

· 诊治失误 ·

椎管内肿瘤误诊 9 例分析

Clinical analysis on misdiagnosis of tumor in spinal canal: A report of 9 cases

陈有光, 傅俊伟, 于继华, 黄晓东

CHEN You-guang, FU Jun-wei, YU Ji-hua, HUANG Xiao-dong

关键词 椎管; 肿瘤; 误诊 Key words Spinal canal; Tumor; Misdiagnosis

我科自 1996—2003 年间共收治椎管内肿瘤 29 例, 其中误诊 9 例, 占 31%。根据误诊率较高情况, 本文试将误诊原因进行分析, 以求共同提高诊断水平、减少误诊。

1 临床资料

本组 9 例, 男 4 例, 女 5 例; 年龄 12~76 岁。发病时间最短 1 个月, 最长 3 年。本文病例均经 MRI 检查确诊, 术后病理切片证实。误诊为颈椎间盘突出 1 例, 该例为 T_{6,7} 椎体平面椎管膜内髓外海绵状血管瘤。误诊为腰椎间盘突出 4 例, 其中 1 例为 L_{3,4} 椎体平面椎管膜内神经鞘瘤, 1 例为 T_{9,10} 椎体平面椎管膜内髓外神经鞘瘤, 1 例为 T_{10,11} 椎体平面椎管膜内毛细血管错构瘤, 1 例为 L₁ 椎体平面椎管膜内髓外神经鞘瘤。误诊为左侧腓总神经损伤 1 例, 该例为 L_{1,2} 椎体平面椎管膜内神经鞘瘤。误诊为生长痛, 关节风湿痛 2 例, 其中 1 例 12 岁女孩 T₁₂ 椎体平面椎管膜内髓外神经鞘瘤, 1 例 12 岁男孩 T_{4,5} 椎体平面椎管内膜外神经鞘瘤。误诊为肾结石 1 例, 该例为 T₁₁ 椎体平面椎管内肿瘤。

2 典型病例介绍

例 1, 男, 52 岁。无外伤情况出现左小腿肌肉萎缩, 足下垂 4 年。当地医院做肌电图检查, 报告为“左侧腓总神经损伤”, 一直以腓总神经损伤治疗。入院前 1 个月, 挑担突发腰背部疼痛伴双大腿放射痛, 不能站立, 咳嗽、打喷嚏、解大便时用力疼痛加剧。专科检查: L_{1,2} 棘突压痛, 叩击该处时出现双下肢放射痛, 屈颈试验阳性, 左大腿、小腿肌肉萎缩, 股四头肌肌力下降, 左足、脚趾背伸功能障碍, 呈足下垂, 左膝跟腱反射消失, 病理反射未引出。MRI 示 L_{1,2} 椎体平面椎管内有一 2.69 cm × 1.12 cm × 1.55 cm 大小占位。手术中在 L_{1,2} 椎体平面椎管膜内髓外有一卵圆形乳白色瘤体压迫马尾神经, 瘤体包膜完整, 有一束神经穿入肿瘤表面, 肿瘤与神经不易分离, 术中予以切断。术后腰腿痛症状立即消除, 但遗留左大腿前侧皮肤麻木及足下垂。病理切片为神经鞘瘤。该病例医生误诊为左侧腓总神经损伤, 主要是根据肌电图报告。只要仔细分析病人无外伤, 腓骨上端无骨折, 腓总神经很少可能会损伤, 排除了神经干损伤, 就应考虑到神经根性病变, 足下垂不会是单根神经根损害而是多根神经根损害的结果, 这样就会追踪到马尾神经受压, 考虑到肿瘤引起的可能。

例 2, 女, 12 岁。因反复双下肢疼痛 1 年加重 1 个月入院。患者于 1 年前无明显诱因出现双下肢膝、踝关节疼痛, 时发时缓, 当地医院曾诊断为风湿痛、生长痛。1 个月前右髋部疼痛剧烈, 以夜间为甚, 双下肢麻木, 二便失禁。专科检查: 脊柱侧弯畸形, 胸腰段各棘突无明显压痛, 双下肢感觉无明显减退, 右下肢肌力 IV 级, 屈颈、挺腹试验阳性, 膝跟腱反射对称, 未引出病理反射。MRI 示 T₁₂ 椎体平面椎管内肿瘤, 术中见位于 T₁₂ 椎体平面椎管内膜内髓外约 3 cm × 4 cm × 1.5 cm 大小肿瘤, 质软, 包膜完整, 位于椎管右侧, 有一条马尾神经穿入瘤体, 术中无法分离, 用双极电凝切断, 取出瘤体, 术后二便及右下肢肌力恢复正常, 病理切片为神经鞘瘤。儿童椎管内肿瘤比较少见, 当肿瘤压迫神经出现双下肢膝踝关节疼痛时, 医生很少想到会是椎管内肿瘤引起, 而首先考虑是风湿痛、生长痛等, 这也是限于当时症状不典型, 但出现马尾神经综合征时, 未能及时诊断, 而 1 个月后才入院, 耽误了较长时间。

例 3, 女, 33 岁。腰痛 2 年伴双下肢乏力, 大小便功能障碍 1 个月入院。患者于 2 年前出现腰痛, 曾于当地医院做 CT 检查, 诊断为腰椎间盘突出症。经内服中药及牵引治疗无明显效果。2002 年 8 月 21 日腰部胀痛伴小腹部疼痛, 曾赴省城医院妇科、外科检查未明确诊断, 最后仍然考虑腰椎间盘突出症回当地。2003 年 1 月 4 日出现双下肢乏力, 腰部胀痛, 不能平卧 10 min, 小便淋漓, 大便失禁。专科检查脊柱侧弯畸形, T_{9,10} 棘突有叩痛, T₁₁ 脊髓平面以下感觉减退, 双下肢直腿抬高阴性, 股神经牵拉阴性, 双下肢肌力 III~IV 级, 双膝跟腱反射亢进, 双侧踝阵挛阳性, 巴宾氏征阳性, 肛门括约肌松弛。MRI 示 T₁₀ 椎体平面椎管内肿瘤。手术中见 T₁₀ 椎体平面椎管膜内脊髓下方有一 2.3 cm × 1.6 cm × 1.2 cm 大小椭圆形肿瘤予以完整摘除, 病理报告为神经鞘瘤。术后腹部以下感觉, 双下肢肌力、大小便均恢复正常。该例病人为 T₁₀ 椎体平面椎管内肿瘤, 压迫神经放射性引及小腹部疼痛, 妇科、外科医生只查腹部内脏有无疾病, 而没有注意到腹部皮肤感觉检查, 从而忽略了由椎管内病变引起的腹部放射痛。

3 讨论

3.1 胸腰段椎管内肿瘤与相应节段椎间盘突出的鉴别 胸腰椎椎管内肿瘤与胸腰段椎间盘突出, 临床上容易混淆^[1]。以下 6 点可作为诊断参考: ①腰椎间盘突出多集中在下腰段, L_{2,3} 以上以及胸椎间盘突出实为少见, 而肿瘤多发在胸椎段,

腰椎段较少;②胸腰段椎间盘突出一般压单根神经根,而肿瘤则压迫多根神经根;③椎间盘突出脊柱活动有明显障碍,而肿瘤对脊柱影响较少;④椎间盘突出休息或体位改变时疼痛明显减轻,而肿瘤疼痛为持续状、进行性加重,夜间尤甚;⑤椎管内肿瘤(髓内肿瘤除外)感觉异常从远端开始逐渐向上发展,而椎间盘突出,疼痛往往自臀部开始逐渐伸展至小腿后侧、后外侧、足底外侧;⑥脊柱体表椎间盘突出在受累间隙的棘突旁侧有压痛,而椎管内肿瘤则在受累间隙棘突的正中有深部叩击痛。

3.2 早期诊断椎管内肿瘤的方法 椎管内肿瘤诊治关键在于早期诊断、早期手术。要识别椎管内肿瘤早期出现的症状、体征。椎管内肿瘤以胸段最多,颈段次之。而椎管内肿瘤以膜内髓外肿瘤居多。在胸段早期症状有双下肢麻木、疼痛、行走不利、无力,胸部多有束带感,随肿瘤所在节段平面以下感觉减退,肿瘤在椎管内偏向一侧或居中间,均有肢体相应节段麻木、放射痛。感觉障碍从下向上发展^[2],随着肿瘤逐渐增大,症状呈进行性加重,疼痛以夜间明显。如为胸髓内肿瘤,首发症状为受累肢体的麻木、乏力和感觉异常,其感觉异常起

源于肿瘤所在部位相应节段,随病情有纵向垂直发展倾向,由上而下逐渐扩展^[3]。一般椎管内肿瘤相应节段体表多数患者早期有疼痛,有的不能平卧,肿瘤水平附近常有一个皮肤过敏区,棘突及棘突间有压痛及深部叩击痛。在颈段膜内髓外肿瘤早期可表现神经根受激惹之症状,如上肢疼痛,肌力减弱,持物易坠落;如为颈髓内肿瘤,早期有颈背部疼痛,随着肿瘤增大疼痛扩展至肩臂及手部,多为持续性。感觉障碍从上而下发展,且有感觉分离现象出现。总之随肿瘤在椎管内的不同部位临床表现各异,最后通过 MR 证实肿瘤所在的位置、大小、形态。医生应通过严格的神经系统检查,以避免漏诊、误诊。

参考文献

- 1 刘兴炎,葛宝丰,高秋明,等 椎管原发性肿瘤致截瘫临床特点与外科治疗效果分析. 中国骨伤,2003,16(4):199-201.
- 2 王志成. 骨科主治医师 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版,1998 461.
- 3 李书忠,胡有谷,刘吉华,等. 脊髓内室管膜瘤的诊断及手术治疗. 中华骨科杂志,2002,22(1):11-13.

(收稿日期:2004-07-15 本文编辑:连智华)

· 短篇报道 ·

腓肠神经逆行岛状皮瓣修复小腿 1/3 及足背皮肤缺损 5 例

张致军,常源兴,朱成善,柴俊

(山丹县人民医院骨科,甘肃 山丹 734100)

1 临床资料

本组 5 例,男 4 例,女 1 例;年龄 25~62 岁。胫骨下段开放性骨折,胫前皮肤缺损,钢板外露 2 例;内踝溃疡 2 例;足背皮肤缺损骨外露 1 例。皮瓣最大 8 cm × 8 cm,最小 5 cm × 4 cm。

2 手术方法

5 例均为 II 期手术,均在腰麻下进行,先设计皮瓣从外踝-跟腱中点至腓窝中点划一条连线,作为皮瓣及蒂的轴线,以外踝上 5~7 cm 处为蒂的最低端,并以此为圆心测量创面最远端距离确定皮瓣上界,在上界切开皮肤皮下组织,结扎小隐静脉,寻找腓肠神经并切断,然后以腓肠神经为中心切开皮瓣,蒂部行皮肤切开,保留蒂宽 3~5 cm,包括腓肠神经及滋养动脉,小隐静脉与深浅筋膜之间向下游离至外踝上 5 cm 处,检查皮瓣远端有出血,皮肤无苍白及发绀,指压充盈良好,用温盐水(30℃左右)纱布包裹皮瓣,即可将皮瓣逆转通过明道或皮下隧道转至皮肤缺损部位,检查蒂部无张力及压迫,供区行游离植皮。术后石膏托制动。

3 治疗结果

5 例患者皮瓣均成活,其中 3 例术后 2 d 皮瓣边缘出现散在小水泡,8 d 后结痂,2 周后拆线,2 例术后 1 周内出现一定程度的肿胀,以后消退。随访 5 例,最长 1 年 6 个月,最短 3 个月,皮瓣存活,无溃疡及感染。

4 讨论

小腿下 1/3 及足背皮肤缺损的修复比较复杂,而且并发症多,虽然有游离皮瓣、肌皮瓣等方法可供选择,但都因医疗设备条件所限和手术操作要求高、风险系数大,均不易推广实用。近年来我国也先后有此皮瓣应用报道[中华显微外科杂志,1996,19:82-84],术中必须保留 4 cm 以上宽度完整的深筋膜,再将外踝上不低于 5 cm 内深浅动脉交通支加以保护,才使腓肠神经滋养动脉逆行岛状皮瓣有充分的血供保证。因此皮瓣蒂最低不能低于外踝上 5 cm。手术的缺点:术后皮瓣肿胀,腓肠神经切断影响属区皮肤感觉。优点比较突出:操作简单、安全、可靠、成功率高、实用,值得临床应用。

(收稿日期:2003-12-05 本文编辑:连智华)