

揭盖式椎管后壁切除减压治疗颈椎管内肿瘤 16 例

Excision of tumor and decompression of vertebral canal for the treatment of cervical intraspinal tumor: A report of 16 cases

王献印

WAN G Xian yin

关键词 椎管内肿瘤; 肿瘤切除; 减压术 **Key words** Intraspinal tumor; Excision of tumor; Decompression

随着医学影像学的发展,尤其是磁共振成像(MRI)的应用,椎管内肿瘤诊断并不困难,但其治疗仍存在一些困难。我科近 3 年来手术治疗颈椎管内肿瘤(髓外硬膜下肿瘤) 16 例,疗效满意,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 16 例,男 10 例,女 6 例;年龄 32~77 岁,平均 47 岁。病程 1 个月~36 年,平均 56 个月。首发症状:局部疼痛 6 例,神经根性痛 11 例,四肢末梢麻木 1 例,肢体无力 9 例,大小便障碍 3 例,性功能障碍 1 例。神经系统检查:病变阶段以下感觉减退 12 例,不完全瘫 9 例,单瘫 1 例,锥体束征阳性 14 例。伴发心脏病 6 例,高血压 4 例,糖尿病 2 例,精神抑郁症 1 例。

1.2 影像学检查 本组均行 MRI 检查,其中 2 例行 MRI 增强扫描。单发 15 例,主要病变均位于髓外硬膜下,其中 2 例沿神经根穿出至椎管外,呈哑铃形改变。多发 1 例,瘤体广泛分布于颈、胸、腰、骶段椎管内及四肢躯干,其中多个瘤体沿神经根穿出于椎管外。

2 手术方法

气管插管、静脉复合麻醉,俯卧位。后正中切口,显露超过肿瘤长度上、下各 1~2 个椎板。以定位片和 C₂ 棘突为标志,确定病变部位及减压节段,先用尖嘴咬骨钳或磨钻于小关节内缘咬(或磨)断一侧椎板,用打孔器或巾钳提拉棘突以防椎板内陷压迫脊髓,同法将对侧各椎板于小关节内缘纵断。随后将手术范围上、下极中央之弓形黄韧带横断,并用微型椎板咬骨钳或脑膜剪,自尾侧向头侧逐一纵断椎板间之黄韧带,分离椎板、黄韧带与硬膜粘连,将

棘突、椎板连同椎板间黄韧带整体取出以使椎管同时充分减压。彻底止血,保持术野清晰,于瘤体所在平面中央纵形切开硬膜并用吊线牵引,探查瘤体之所在,分离瘤体与硬膜粘连,分离出穿过瘤体之神经纤维,对位于后方或侧后方之瘤体,仔细分离后力争完整取出,对位于侧前方或前方之瘤体,应先切除附近的齿状韧带,并靠瘤体侧将瘤体与脊髓分离开,轻轻提拉齿状韧带,让脊髓稍移向对侧,显露前部瘤体并分离取出,瘤体较大,完整取出困难者,可分块切除。瘤体切除后,冲洗术野,无损伤缝合线连续紧密缝合硬膜。切取皮下脂肪片覆盖硬膜、置负压引流管,逐层缝合。术后常规给予脱水、激素、抗生素治疗。卧位时保持颈部正常序列,1~3 d 去负压引流管带颈围下床活动。术后次日即开始四肢肌肉关节功能练习,术后 4 周开始项背肌功能锻炼,以促进肌力恢复及四肢关节功能恢复。

3 结果

16 例主要病变均位于髓外硬膜下。肿瘤全切除 14 例;次全切除 1 例,为神经纤维瘤患者,肿瘤自椎间孔穿出后环绕椎动脉并与其紧密粘连未能完全切除;部分切除 1 例,系多发神经鞘瘤,瘤体广泛分布于椎管内及四肢躯干,大小不一,不能完全切除,仅切除位于椎管内较大之瘤体及其附近之小肿瘤,每次共取出瘤体 19 枚。术后病理诊断:神经纤维瘤 11 例,神经鞘瘤 3 例,脊膜瘤 2 例。

16 例患者出院时神经功能均有不同程度的改善。术后 3 个月~2 年随访时全部恢复自理能力。其中 1 例切除小关节及椎弓根者出现颈椎不稳,颈部过度活动时颈部疼痛并伴有交感神经刺激症状,休息后可以缓解,未做特殊处理。参照日本骨科学会慢性颈脊髓损伤评分标准(JOA)^[1]评分,术前平均

6 分, 术后 2 周 11 分, 术后 3 个月 15 分, 术后 2 周、3 个月改善率分别为 45.4%、81.8% (改善率= 术后总分- 术前总分/17 × 100%)。

4 讨论

4.1 本术式优点 揭盖式切除椎管后壁, 可充分同时减压, 避免脊髓损伤; 不伤及椎间关节, 有利于颈椎稳定; 硬膜外露处脂肪片覆盖, 可预防硬膜外瘢痕粘连。传统术式多采用平头或鹰嘴咬骨钳咬除椎板, 因其前端粗大, 易致脊髓损伤, 合并椎管狭窄者, 更易造成脊髓损伤; 再者蚕食样咬除椎板, 因椎管内压力高, 以致在首先减压的窗口出现局部硬膜膨出, 致使脊髓受压, 加之术者多习惯于从已咬开的突破口进行操作, 很容易造成脊髓损伤, 危害极大。

4.2 注意事项 本手术宜妥善固定头颈部, 以免面部、眼部受压。在气管插管和摆体位时应避免颈部过度屈伸, 以防止脊髓受压症状加重。以定位片和 C₂、7 棘突为标志准确定位, 以避免错切或过多切除椎板。对大多数病例来说, 椎板切除的范围宜紧靠小关节内缘, 不必扩及关节突关节和侧块, 以保留颈椎的稳定性。无论肿瘤生长于脊髓前方、后方、侧方,

均应于后正中或略偏瘤体侧纵切硬膜, 切开的硬膜长度应大于肿瘤的长度, 尤其肿瘤位于脊髓侧前方者, 在分离切除肿瘤过程中, 应遵循两个原则: 一是遇到肿瘤边界不清而难以分离时, 应先寻找边界清楚的突破口, 最后分离边界不清处; 二是在操作过程中只能牵拉肿瘤, 不能牵拉脊髓, 所有操作都应靠肿瘤一侧而不能靠脊髓一侧进行。对于较大之瘤体可分块切除, 以免整体切除肿瘤时伤及脊髓。切除瘤体过程中应始终保持术野清晰, 对出血以棉片压迫止血为主, 或采用双极电凝器电凝止血, 不主张使用明胶海绵或银夹止血^[1, 2]。瘤体切除后, 硬膜切口应紧密缝合, 对于硬膜缺损大、不能紧密缝合者, 应考虑腰部皮下放置硅胶管引流, 以保证在硬膜愈合之前, 脑脊液处于低张状态; 对于硬膜缺损小, 可用肌纤维捣成片覆盖。

参考文献

- 1 古金海, 何锦花, 向晖, 等. 脊髓髓内肿瘤的显微外科治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(3): 204-206.
- 2 Hanbali F, Fournay DR, Mamor E, et al. Spinal cord ependymoma: Radical surgical resection and outcome. Neurosurgery, 2002, 51(5): 1162-1172.

(收稿日期: 2004-09-03 本文编辑: 王宏)

关于“盘龙七片治疗风湿骨病临床研究”的招标通知

盘龙七片是陕西盘龙制药集团有限公司独家生产的国药准字中药制剂(国药准字 Z61020050), 具有活血化瘀、消肿止痛、祛风除湿之功效, 临床用于治疗风湿及骨伤疾病, 为了更科学的评价及进一步验证临床疗效, 陕西盘龙制药集团拟与我分会合作, 就盘龙七片治疗类风湿关节炎、强直性脊柱炎、骨性关节炎等临床常见风湿骨病进行多中心、大样本、随机、对照研究, 观察总例数为 500 例。

本次招标活动总牵头单位为中华中医药学会风湿病分会, 由分会部分专家组成临床研究小组, 统一制定临床研究方案。对临床分中心要求为, 具有一定的科研协作能力, 二级医院以上资格或是风湿病专科医院。

拟参加本次招标活动的单位, 请以书面形式向风湿病分会申请, 由专家组选出具有招标资格的医院, 给予书面通知, 并进行临床观察病例分配。总负责人: 王承德、姜泉 联系人: 姜泉 联系电话: 010-63366376 13901081632 联系地址: 北京市海淀区莲花池东路 9 号 邮编: 100038

2005 年骨折微创治疗与生物学固定技术学习班

由《中华创伤骨科杂志》编辑部和山东省医学会骨科学分会主办, 青岛市骨伤科医院承办的“2005 年骨折微创治疗与生物学固定技术学习班”, 定于 2005 年 8 月 19~22 日在青岛举行。研讨会将邀请上海第九人民医院戴克戎院士, 北京积水潭医院荣国威教授、王满宜教授, 南方医科大学南方医院裴国献教授, 山东大学齐鲁医院陈允震教授, 山东省医院骨科周东升教授等创伤骨科专家就骨折的解剖、生物力学、影像学及 CT/MRI 诊断、分类、急救处理、内固定及外固定治疗、手术入路等进行专题演讲。本项目为国家继续教育培训项目, 记国家 I 类学分 10 分。欢迎报名参加! 会务费: 780 元/人, 食宿费: 100 元/天/人。报名地址: ①广州市南方医科大学南方医院《中华创伤骨科杂志》编辑部 张宁编辑收 邮编: 510515 电话: 020 61641748 E-mail: zhangn_79@yahoo.com.cm; ②山东省青岛市骨伤科医院科教信息科 丁梅老师收 邮编: 266021 电话: 0532 3615013。报到地点: 青岛市市南区彰化路 4 号邮电疗养院