

# 以腰腿痛为主要症状的恶性肿瘤 26例

## Malignant tumor with lumbar and leg pain as a main symptom: a report of 26 cases

韩乙庭, 刘新功, 朱红, 赵琦辉

HAN Yi-ting, LIU Xin-gong, ZHU Hong, ZHAO Qi-hui

关键词 肿瘤; 腰痛 **Key words** Neoplasms; Low back pain

腰腿痛是骨科常见病,骨科医生常想到腰椎间盘突出症,对老年患者考虑骨质疏松症,我们近 9年中见到 26例以腰腿痛为主要症状的恶性肿瘤,报告如下。

### 1 临床资料

本组 26例中,男性 17例,女性 9例;年龄 48~90岁,平均 69.7岁。转移性骨肿瘤 22例,多发性骨髓瘤 4例。骨肿瘤中男性 12例,女性 10例;年龄 61~90岁,平均 72.3岁。多发性骨髓瘤中男性 3例,女性 1例;年龄 48~62岁,平均为 53.4岁。本组恶性肿瘤中发现原发为肺癌的 7例,前列腺癌 3例,其余未发现原发病灶。

### 2 典型病例

(1) 患者,男性,65岁,农民,腰痛 2年伴右臀部、右下肢痛 3个月,近 3个月来行走约 20 m因右下肢疼痛难忍要休息一下,当地医院腰椎拍片报告为骨质增生,CT报告 L<sub>3,4</sub>及 L<sub>4,5</sub>椎间盘膨出,骨质增生伴椎管狭窄。来院检查以腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症入院。入院后检查,拍片报告:腰椎退行性改变伴 L<sub>3,5</sub>椎弓根密度改变。胸片报告右肺上方有 1个 2.5 cm × 2.5 cm 阴影。骨盆及右股骨拍片未发现明显异常。肝胆等 B 超未见明显异常。血沉 72 mm/h, C 反应蛋白 39 mg/L, L<sub>3,5</sub>腰椎 CT 检查报告: L<sub>3</sub> 左椎弓根、L<sub>4,5</sub> 右椎弓根骨质破坏。肺 CT 检查报告右肺上叶前段周围型肺癌,患者不愿进一步治疗而出院。

(2) 患者,女性,77岁,退休工人,感腰痛,右臀部痛伴右大腿、小腿后侧痛 3个月,加重 2 d 入院。疼痛以夜间为明显,无明显诱因,有骨质疏松病史。入院前在其他医院 CT 检查报告 L<sub>3,4</sub>椎间盘膨出。以骨质疏松症、腰椎间盘突出症? 肿瘤待排入院。入院后检查:腰段磁共振检查报告, L<sub>3,4</sub>椎间盘膨出。盆腔 B 超检查(-)。血沉 21 mm/h, 碱性磷酸酶 281 U/L (参考值 42~240 U/L)。按骨质疏松症、腰椎间盘突出症对症治疗无好转。ECT 检查报告:右髌骨、右坐骨转移瘤。骨盆磁共振检查报告:右髌骨、右坐骨转移瘤。患者出院后 2个月病故。

(3) 患者,男性,50岁,工人,腰痛伴右下肢痛 2个月入院。腰腿痛以晨起为重,活动后减轻,无外伤史。1个月前曾行 CT 检查报告: L<sub>4,5</sub>椎间盘突出。有慢性肾功能不全、尿毒

症史,行血透治疗。入院诊断:腰椎间盘突出症,肾功能不全,尿毒症,肿瘤待排。入院后按腰椎间盘突出症非手术治疗方案治疗,同时行必要检查。白细胞计数为 3.6 × 10<sup>9</sup> /L, 红细胞计数为 1.35 × 10<sup>12</sup> /L, 血红蛋白为 47 g/L, 红细胞压积为 0.147 L/L, 血小板计数 91 × 10<sup>9</sup> /L, 总蛋白 85.1 g/L, 白蛋白 32.9 g/L, 球蛋白 52.2 g/L, 白球 0.63, 尿素氮 12.45 mmol/L; 肌酐 791 μmol/L, 血磷 1.92 mmol/L, 血钙 2.72 mmol/L, 血沉 36 mm/h。胸腰椎拍片报告:骨质疏松,伴多发米粒样低密度影。因怀疑多发性骨髓瘤,请内科会诊后转入内科,经骨穿检查,诊断为多发性骨髓瘤。

### 3 结果

本组有 8例因为腰腿痛,以腰椎间盘突出症入院,经对症、非手术治疗无好转,其中 6例经 CT 或 ECT、磁共振检查发现转移瘤; 2例怀疑多发性骨髓瘤,转内科经骨髓细胞学检查诊断为多发性骨髓瘤。有 10例以骨质疏松症入院检查,经 ECT、磁共振等检查发现为转移瘤。有 2例门诊初步诊断为腰椎间盘突出症,其中 1例经磁共振检查诊断为转移瘤,另一例经骨髓细胞学检查诊断为多发性骨髓瘤。6例门诊初步诊断骨质疏松症,其中 5例经 ECT、磁共振等检查发现为转移瘤。另 1例经骨髓细胞学检查为多发性骨髓瘤。

### 4 讨论

4.1 本组患者有以下几个特点 首诊时均有明显的腰腿痛,并有夜间痛。按腰椎间盘突出症常规非手术治疗及骨质疏松症治疗无效。且症状逐渐加重,靠止痛剂才能减轻症状。初期 X 线片未发现病灶,后经 CT 或 ECT、磁共振检查发现转移瘤;经对症治疗无好转者及时请内科会诊。

4.2 腰椎间盘突出症与脊柱转移瘤鉴别特点 生长于腰骶部的肿瘤,表现为腰骶部痛,当肿瘤侵入椎管及椎间孔,侵及神经根时可产生放射痛<sup>[1]</sup>。脊柱肿瘤与腰椎间盘突出症有鉴别的必要,脊柱肿瘤的腰痛为持续性加重,不因卧床而减轻;腰椎间盘突出症的疼痛为间歇性,卧床、休息后使症状减轻。脊柱肿瘤待病程进行到一定时期后可出现骨改变,转移瘤的患者往往在中年、或以上、或老年,较腰椎间盘突出症发病年龄高。往往较早有贫血及恶液质出现。宋恒平等<sup>[2]</sup>报告 2例在外院诊断为腰椎间盘突出症而手术治疗,术后症状未缓解且加重,其中 1例再次手术发现 T<sub>12</sub>、L<sub>1</sub> 椎板破坏,病理检查为未分化网状细胞肉瘤;另一例,再次手术病理检查诊

断为耻骨转移瘤。重视骨转移的特殊临床症状:静息痛,患处骨突叩痛,血沉加快,血碱性磷酸酶增高,无明显外伤发生骨折的中老年人更应该警惕骨转移瘤可能,磁共振检查在诊断上有重要价值。由于椎体内转移瘤的发展,蔓延至硬膜外腔,并不断向椎管中心部侵袭,以致引起脊髓或马尾神经受压症状,临床特点为:剧痛,其特点是白天稍觉减轻,夜间为剧;甚至于非用强止痛药而无法入睡,并随着局部的活动而加剧。

活动受限,由于脊柱活动可使疼痛加剧而影响局部的正常活动。因系来自身体他处的转移瘤,除可有原发灶症状外,多伴有恶液质征<sup>[2-3]</sup>。

**4.3 骨质疏松症与脊柱转移瘤鉴别特点** 骨质疏松是老年人腰痛最常见原因之一,常累及脊柱导致椎体骨折、变形并随之而来的疼痛,老年人又是肿瘤好发时期。老年性骨质疏松症的主要症状是全身无力及腰痛,疼痛可向下肢放射,有的突然加剧,可能有压缩骨折。疼痛位置有的很明显,相当于压缩骨折处,向腰背部两侧或腹部放射;有的逐渐发生,晨起严重;有的有腰背肌痉挛,不敢活动,轻微的动作如咳嗽、喷嚏、排便均能引起难忍的疼痛。而脊柱恶性肿瘤最早出现为病变平面持续性腰痛,一般不引起注意,位于腰椎者,往往误诊为坐骨神经痛,疼痛出现不久便出现运动减弱,初感步态不稳,一侧或两侧下肢发僵。有时出现痉挛,下肢常出现麻木或痛觉下降,一般从足趾开始,渐上移,在病变平面上往往有一个过敏区域,同时可出现尿急、尿频、尿失禁等,对一位年龄较大患者出现以上症状要怀疑脊柱或硬膜外肿瘤<sup>[4]</sup>。脊柱转移瘤首发的症状常表现为局部疼痛,与脊柱退变、骨质疏松症引起的疼痛常难以鉴别,早期 X线片无特殊表现,既往无肿瘤病史,易漏诊。转移瘤早期诊断注意点:同位素骨扫描的局限性,骨扫描对肿瘤骨转移和血供变化极敏感,比 X线片早 2~18个月发现病灶,但是骨的修复、损伤、炎症、肿瘤均可表现为放射性浓聚,所以对可疑部位应做 X线、CT、磁共振等检查。磁共振与钆强化的价值:磁共振可准确反映骨髓内细胞密度和脂肪含量的变化,可发现 3 mm 以上的病灶,是脊柱转移瘤最有价值的诊断方法,在 T1 加权时,可用钆强化来区别炎症和转移,评价放、化疗效果。寻找原发灶<sup>[5]</sup>。

**4.4 多发性骨髓瘤的临床特点** 多发性骨髓瘤常不为骨科医生所关注,所以了解其临床特点尤为重要。多发性骨髓瘤

是骨髓内浆细胞异常增生的一种血液系统恶性肿瘤,主要侵犯多处骨组织,引起多发性溶骨性损伤。当患者感腰背痛、四肢骨关节痛时会来骨科检查,多发性骨髓瘤有时表现为广泛性骨质疏松而非骨质破坏,在脊柱可有一个或同时间隔有几个病理性压缩性骨折,患椎上下椎间隙正常,与骨质疏松引起的病理骨折甚为相似。因此,对老年人特别是男性发生有多椎体病理骨折者,应检查尿凝溶蛋白及血浆球蛋白,必要时作骨髓检查,拍摄胸部、骨盆及头颅骨 X线片,多发性骨髓瘤往往在颅骨、肋骨及骨盆亦有破坏<sup>[4]</sup>。多发性骨髓瘤的特点:多见于脊柱,尤其在腰椎,其他扁骨也多见,男性多于女性,以中壮年多。疼痛。至少 80%以上患者出现持续性骨痛,渐加重,范围较广。病理性骨折。约 40%~50%患者伴有病理性骨折。

神经症状。可引起截瘫或根性受压症状,约占全部病例的 1/3。血沉加快,贫血征,球蛋白多,白、球蛋白比值倒置;血清蛋白电泳检查多有异常免疫球蛋白峰,约半数患者血钙增高;尿蛋白多为阳性,但本周氏蛋白阳性率约占 30%~60%。

骨髓涂片,显示增生性骨髓象,浆细胞增多,约占核细胞的 8%左右,多伴有畸形。X线检查,主要显示溶骨性破坏,多发者居多,常呈圆形或卵圆形阴影,并与疼痛部位相一致,也可出现其他不典型影像,必要时可行 CT 或磁共振检查<sup>[3]</sup>。多发性骨髓瘤特征是广泛性溶骨破坏,伴有顽固的贫血、高血钙、肾功能紊乱和抗感染降低,主要症状是疼痛,多发生于白天,行走、活动和操练均可加重疼痛,故在腰部肿瘤会被误诊为腰椎间盘突出、坐骨神经痛,约 20%患者因病理性骨折而发现。骨髓瘤的 X线特征是“轧孔”状骨缺损,骨膜反应极少,在椎体上有时类似严重骨质疏松<sup>[6]</sup>。

#### 参考文献

- 1 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 北京:人民卫生出版社, 1985. 195.
- 2 宋恒平, 方健, 王磊, 等. 骨转移瘤在常见颈肩腰痛疾病中的漏诊误治. 颈腰痛杂志, 2000, 21(2): 129-130.
- 3 赵定麟. 下腰痛. 上海:上海科学技术文献出版社, 1990. 283-286.
- 4 刘润田. 脊柱外科学. 天津:天津科学技术出版社, 1981. 535-571.
- 5 胡云洲, 曾建成. 脊柱转移瘤诊治中值得注意的一些问题. 中国脊柱脊髓杂志, 2003, 13(8): 453.
- 6 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社, 1996. 2468.

(收稿日期: 2006-03-28 本文编辑:李为农)

## 全程美国脊椎矫正学培训班招生

美式脊椎矫正学 (Chiropractic, 国内又称脊骨神经医学) 自传入我国后, 现在迅猛发展, 在各级医疗机构及部分康复科室中的运用如雨后春笋, 致使脊椎矫正技术人才呈现奇缺的局面。为了满足强大的医疗市场需求, 北京医学教育协会培训中心和北京凯诺脊椎健康研究中心, 定于 2007 年元月在北京中医药大学举办美式脊椎矫正研修班。课程由美国脊椎矫正学医学博士董安立、曹修梯、Vaientine Guzman, Ray Weigand 等亲授, 系统讲解脊椎编码、脊椎生物力学的结构分析、脊椎矫正方法。教学方法理论联系实际, 现场实际操作, 交流讨论相结合, 也欢迎学员带着在现实中碰到的疑难病例来讨论。该班开办以来, 培养了来自武警总医院、北京军区总医院、哈医大等全国 20 多个省市的数百名学员。学员们普遍反映: 学习内容非常实用具体, 操作安全, 疗效显著, 回单位可以马上开展工作。

欢迎来电、来函索取招生简章!

联系电话: 010-67661234, 84632106(传真)、13910972006。联系人: 赵勇。

E-mail: bcrc@chinachiro.com 网址: www.chinachiro.com