DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.08.030

论著

文章编号:1000-5404(2003)08-0724-03

巨大型椎管神经鞘膜瘤的显微手术治疗

许民辉,邹咏文,沈光建,徐伦山,周 椿 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所神经外科,重庆 400042)

提 要:目的 提高巨大型椎管神经鞘膜瘤的诊治水平。方法 回顾性分析5年来收治的9例病人临床资料及相关文献资料。结果 9例中男6例,女3例。年龄21~41岁。主要表现为神经根痛和肢体运动、感觉及大小便功能障碍。病程2~8年。MRI表现符合Sridhar建议的巨大型椎管肿瘤的诊断标准;采用显微手术,全切除6例,大部分切除3例。术后症状无加重。痊愈6例,好转3例。结论 提高对本病的认识可以减少误诊、漏诊,采取合理手术入路,显微神经外科技术等利于肿瘤全切除。

关键词:脊柱;巨大神经鞘膜瘤;诊断;手术治疗
中图法分类号:R616.2;R730.264;R738 文献标识码:A

Microsurgical treatment of the giant invasive spine schwannomas

XU Min-hui, ZOU Yong-wen, SHEN Guang-jian, XU Lun-shan, ZHOU Chun (Department of Neurosurgery, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To improve the diagnosis and treatment of giant invasive spinal schwannomas. Methods The clinical data and the related literature were analyzed retrospectively. Results Six male and 3 female patients with age range from 21 to 41 years old had suffered from the disease for 2-8 years. Their complaints were nerve root pain and dysfunctions of motion, sense and excretion. Magnetic resonance images proved that the disease could be diagnosed as giant invasive spinal schwannoma as Mr. Sridhar recommended. Total resection of the tumor was performed on 6 patients and subtotal resection on 3 patients by microsurgical operative technique. No exacerbated symptoms were found after the operation. Six of 9 patients achieved a complete recovery and three were improved. Conclusion Further understanding of the disease can help to decrease the misdiagnosis and missed diagnosis. Reasonable operational approach to the tumor and microsurgical operative technique can also help to the radical resection of the tumor.

Key words: spine; giant schwannoma; diagnosis; surgical treatment

神经鞘膜瘤是最常见的椎管良性肿瘤,随着神经影像诊断技术的进步,特别是CT及MRI的普及应用,其诊断已变得容易;显微神经外科技术的应用使其手术疗效更为满意。但是,巨大型的椎管神经鞘膜瘤的手术治疗仍富有挑战性。本研究报告1997年以来作者收治的9例巨大型椎管神经鞘膜瘤病人,并讨论手术治疗等有关问题。

1 临床资料

1.1 病例纳入标准

根据Sridhar等[1]建议标准,巨大型椎管神经鞘膜瘤是指肿瘤长度超过两个椎体,肿瘤向椎管外延伸超过2.5 cm(呈哑铃形)或肿瘤侵蚀椎体或肿瘤向后方和侧方侵入肌筋膜平面(Myofascial planes)。本组9例病人均符合上述标准。

1.2 一般资料

本组9例中男6例,女3例。年龄21~41岁。主要表现为神经根痛和肢体麻木无力(9例),大小便障碍(6例)。病程2~8年。术前生活不能自理5例,2例术前疼痛剧烈,不能平卧睡眠。

肿瘤部位:颈段2例、胸段4例、腰骶段3例。呈哑铃形5例,向椎管外延伸范围为3~5 cm,最长的肿瘤12 cm,最大者10 cm×8 cm。所有病人均行脊柱正、侧位片及MRI检查,4例病人在院外行CT或椎管造影检查。影像学检查主要发现椎弓根距离增宽,椎间孔扩大,椎体后方被侵蚀。MRI表现T1为低信号,T2为高信号占位性病变,部分囊性变。边界清楚,形态不规则,增强时强化不均匀,见图1~3。

作者简介:许民辉(1960-),男,福建省安溪县人,主任医师,教授,主要从事脑和脊髓肿瘤显微手术治疗方面的研究。发表论文36篇。电话:(023)68757263

收稿日期:2002-11-05;修回日期:2003-01-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

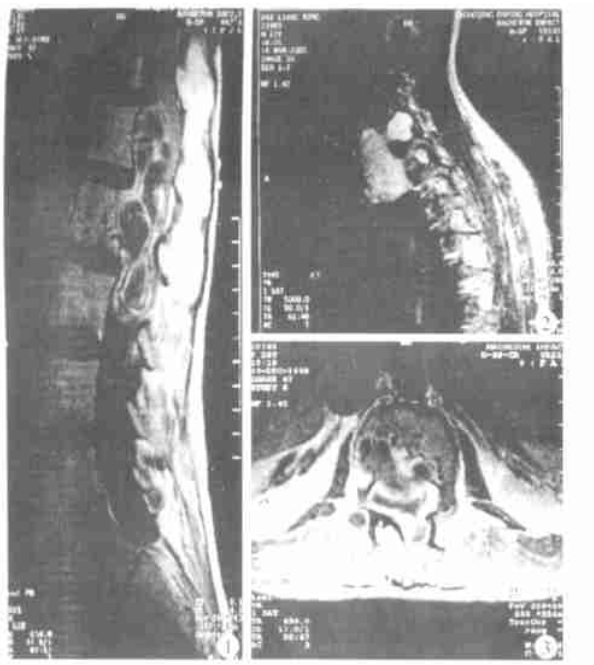


图 1　椎管内肿瘤长度大于 2 个椎体节段

Fig 1　Intraspinal tumor of > 2 vertebral segments in length

图 2　哑铃形肿瘤, 椎管外部分大于 2.5 cm

Fig 2　Dumbbell-shaped tumor with > 0.25 cm extraspinal componet

图 3　肿瘤侵蚀椎体

Fig　Tumor invasion into the vertebral bodies

2　治疗及结果

本组 9 例均采取椎管后正中入路(呈哑铃形肿瘤切除时根据病变附加切口), 切除病变节段的全椎板, 最多者切除 4 个椎板。哑铃形肿瘤尚向外切除关节突显露肿瘤。显微镜下分块切除肿瘤, 哑铃形肿瘤先在椎间孔处离断, 分块切除椎管内部分, 然后再切除椎管外部分, 在颈段者注意保护肿瘤前方的椎动脉; 位于胸腰段者分别与胸外科、骨科合作肿瘤一期切除。进入胸腔者注意修补脊膜。缝合胸膜防止"水胸", 并行胸腔闭式引流。术后病人卧床 3 周。9 例病人肿瘤全切除 6 例, 3 例因肿瘤巨大与神经根广泛粘连, 为避免损伤神经根和脊髓仅行大部分切除。全切除者痊愈出院, 大部分切除者症状明显改善。

随访结果: 9 例病人经半年至 5 年随访, 恢复正常工作 5 例, 4 例生活能自理。

3　讨论

椎管神经鞘膜瘤一般是单发性的良性肿瘤, 若能早期诊断手术切除较容易, 疗效也令人满意。但因肿瘤生长缓慢, 早期症状不典型或未引起重视或被误诊为其它疾病, 故部分病人就诊时肿瘤往往较大, 此时治疗有一定困难, 有些疗效也欠佳。因此, 早期诊断和治疗是十分重要的。

3.1　巨大型椎管神经鞘膜瘤的定义

国内教科书和参考书[2~4]一般将椎管肿瘤分为髓内肿瘤、脊髓外硬膜下和硬脊膜外肿瘤 3 类。未见对肿瘤进一步分类、分型。这一传统的分类方法对肿瘤性质的估计和预后的判定是有意义的, 但对指导手术的意义有限。因此, 有必要对其进一步分类、分型, 以指导外科手术。作者认为 Sridhar[1] (2001)建议的分类方法可资借鉴。他将椎管神经鞘膜瘤分为 5 型。Ⅰ型: 椎管内肿瘤长度小于 2 个椎体节段, Ⅰa 为硬膜内, Ⅰb 为硬膜外; Ⅱ型: 椎管内肿瘤长度大于 2 个椎体节段(巨大型肿瘤), 见图 1; Ⅲ型: 椎管内肿瘤并伸入椎间孔; Ⅳ型: 肿瘤占据椎管内、外, 呈哑铃形, Ⅳa 椎管外部分小于 2.5 cm, Ⅳb 椎管外部分大于 2.5 cm (巨大肿瘤), 见图 2; Ⅴ型: 肿瘤侵蚀椎体(巨大侵袭性肿瘤)并侵入侧方和后方进入肌筋膜平面, 见图 3。该氏将上述Ⅱ型、Ⅳb、Ⅴ型定义为巨大型神经鞘膜瘤。依此分类本组属Ⅱ型 3 例, Ⅳb5 例, Ⅴ型 1 例。

3.2　造成巨大型椎管神经鞘膜瘤的原因

神经鞘膜瘤较突出的临床表现为神经根痛, 加上从远端到近端发展的运动、感觉障碍, 结合相关的辅助检查, 做到早期诊断并不难。但由于下列原因, 使得椎管神经鞘膜瘤不能早期诊断, 直至发展为巨大型肿瘤, 才就诊做出诊断。①因早期只有根痛, 不伴运动感觉障碍, 这种疼痛往往被认为其它原因引起的疼痛, 病人和医生都没有想到椎管肿瘤。本组 2 例腰腹痛病人都误认为腰椎骨质增生所致, 长期未能得到诊断; ②辅助检查的定位不准确, 未能检查到病变节段, 本组 2 例在病变的上下节段均进行过 CT 检查; ③对检查结果未能做出正确诊断。本组 1 例病人入院前 2 年曾在外院行 CT 扫描, 由于分辨度差加上医生经验不足, 未能发现已经存在的病灶, 又按其它病治疗 2 年直到出现运动障碍, 不能行走, 大小便障碍再行 MRI 检查才诊断巨大型神经鞘膜瘤。④就诊时未到神经外科或神经内科等专科就诊, 而按其它疾病治疗而耽误诊治。因此, 对于有神经根痛者, 应仔细查体, 确定病变节段进行相关的辅助检查, 以期早期诊断, 一定要克服查体马虎的不良现象, 以免检查节段定位错误, 而导致漏诊。

3.3　手术治疗

对于巨大型椎管神经鞘膜瘤, 应积极采取手术切除, 以挽救病人的脊髓功能。但部分病人全切除是有困难的, 特别是位于椎管外部分, 主要原因是: ①肿瘤通常超过 3 个椎体水平; ②肿瘤通过椎间孔向侧前方侵蚀且范围广; ③向后使硬膜变薄或消失或突入后方的肌筋膜平面; ④前方不同程度侵蚀椎体; ⑤肿瘤缺乏完整的包膜并与脊髓脊神经根粘连紧密, 甚至包绕神

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

经根、马尾。根据本组病例的治疗，作者体会采取下列措施有助于肿瘤的全切除：①根据肿瘤大小、部位、生长方向及其与周围结构的关系，采取合理的手术入路，对于一期切除肿瘤至关重要[5~7]。②采用显微神经外科手术技术，此点甚为重要，在镜下有助于辨清肿瘤与脊髓、神经根、血管的关系，在放大 7～12 倍的情况下分块切除肿瘤可避免造成副损伤，本组病例全部采用显微手术，术后症状无加重，且恢复良好；③肿瘤多将脊髓、神经根推向对侧，故切除肿瘤时先从肿瘤的侧方进入，行肿瘤囊内切除减小体积，创造一间隙，这将利于分离肿瘤与神经根、脊髓的粘连，而不致损伤它们；④对于突入软组织的肿瘤，当其无完整包膜，局部解剖关系不清，无硬膜界面和血供丰富时切除困难，此时应暴露出肿瘤上下极正常的硬膜，这样有利于了解周围关系，不至于切除时迷失方向，减少周围结构的损伤；⑤突入椎体内的肿瘤，一般为分叶状，虽无完整包膜，但周围有假包膜，可用刮匙刮除；⑥当肿瘤突入胸、腹腔时应与相关科室合作，因其熟悉局部解剖关系，可缩短切除肿瘤时间，避免周围结构的损伤，提高全切除率，对于肿瘤侵犯椎体较多，切除后可能影响脊椎的稳定性，应同时作内固定，但本组 1 例侵犯 2 个椎体术后未作固定。卧床休息 4 周，随访结果良好；⑦当肿瘤与脊髓粘连较紧或较多的神经根被包绕，分离困难时不应勉强，以免术后出现严重的神经功能障碍。

参考文献：

[1] Sridhar K, Ramamurthi R, Vasudevan M C, *et al*. Giant invasive spinal schwannomas: definition and. surgical management[J]. J Neurosury(Spine 2), 2001, 94 (2 Suppl): 210－215.

[2] 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1998. 800－807.

[3] 吴承远，刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001. 909－918.

[4] 周良辅. 现代神经外科学[M]. 上海：复旦大学出版社，上海医科大学出版社，2001. 667－680.

[5] Jackson B, Salvant J, Ylung H F. Giant intrascaral schwannoma: An unusual cause of lumbrosacral radiculpathy[J]. Surg Neurol, 1994, 41(5): 411－413.

[6] Iwai Y, Hakuba A, Kanai M. Giant cervical dumbbell-shaped neurinoma treated by transuncodiscal approach[J]. Surg Neurol, 1993, 40(6): 504－507.

[7] Kubo T, Nakamura H, Yamano Y. Transclavicular approach for a large dumbbell tumor in the cervicothoracic junction[J]. J Spinal Disord, 2001, 14(1): 79－83.

（编辑　张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2003)08-0726-02

支气管异物误诊 13 年 1 例

One case report of a foreign body in bronchus misdiagnosed for 13 years

李文碧，刘　平，胡建林　（第三军医大学附属西南医院呼吸内科，重庆 400038）

患者，男，59 岁，因反复咳嗽、咳痰 13 年，加重 2 个月于 2001 年 9 月 18 日入院。于 13 年前(1988 年 7 月)患者因剧烈咳嗽从睡眠中醒来，咳嗽呈刺激性呛咳，无痰，伴气促、胸痛，无咯血，发现义齿缺失，当时遍寻不着，立即到当地卫生院就诊，考虑为异物(义齿)进入食道，未给予特殊处理，症状无缓解。于 10 d 后到某医院就诊，未做进一步检查，给予消炎、止咳等对症治疗(具体诊疗不详)病情仍无缓解。此后患者长期反复剧烈刺激性呛咳，多为干咳无痰，左侧卧位咳嗽稍缓解，无季节差异，每遇受凉感冒后加重，可出现咳黄色脓痰，未再到医院检查，长期间断口服消炎、止咳药物及煎服中药等治疗，症状无明显缓解。近 2 月咳嗽、咳痰加重，咳黄色粘液脓性痰，约 30 ml/d，无咯血、畏寒、发热，当地医院摄 X 线胸片示：右下肺炎。经抗炎治疗 1 周后于 2001 年 9 月 5 日复查 X 线胸片示：右主支气管有金属丝异物。为进一步诊治来我院。入院时查体：慢性病容，口唇轻度发绀，肺气肿征(＋)，右肺呼吸音减低，可闻及局限性吸气性干鸣音，双下肺可闻及少许湿啰音。入院后查血常规正常，ESR 156 mm/h，X 线胸片示：右主支气管见环形金属丝影，右下肺阻塞性肺炎、肺不张。于 9 月 20 日行纤支镜下取异物术。镜下见：右主支气管开口处有一义齿嵌顿，基底部周围有粉红色肉芽组织增生，不完全阻塞管腔，用鳄鱼钳取出异物为两颗并排磨牙，约 3 cm×3 cm，支气管腔内吸出大量黄色脓性分泌物后，管壁增生的肉芽组织向腔内不规则突出，于此处取活检及刷检；其余支气管未见异常。吸引后在右下叶基底干用生理盐水冲洗，注入庆大霉素 8 万 U 和地塞米松 5 mg。术后患者咳嗽明显缓解。病理结果示：右主支气管粘膜慢性炎，支气管粘膜刷检未查见癌细胞及抗酸杆菌。经抗生素治疗 3 d 后症状缓解出院。随访 8 个月无复发。

（下转 729 页）

作者简介：李文碧(1972－)，女，重庆市人，主治医师，主要从事哮喘病因及治疗方面的研究，现在解放军 324 医院呼吸内科工作，重庆 400020。电话：(023)67723944

收稿日期：2002-05-27；修回日期：2002-09-09

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net