DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.038

误诊13年的脊髓马尾神经鞘膜瘤一例报告

何奇元 邹咏文 姜德福（大坪医院 神经外科）

脊髓马尾神经鞘膜瘤为临床常见病，但误诊13年之久，文献报道较少。近年经我科短期检查和治疗后，随访一年，病人双下肢功能恢复，现总结报道如下：

病 例 患者男性，43岁。双下肢活动障碍13年伴双足底溃疡3年，于1988年5月5日入院。病人于1975年1月发现左下肢无力、肌萎缩及左下肢远端浅感觉减退，住某医院行肌活检及腰骶椎平片等检查，未明确诊断出院。1年后病情逐渐加重，双下肢软瘫，到某医院行肌电图，脊髓Myodil和气脑造影等检查仍未明确诊断，且造影后出现大小便失禁。1984年2月开始出现双足底溃烂。1988年4月8日行L_3—S_3段CT扫描未见异常，给予对症治疗无效。检查：体温37.5℃，左臀部有两处褥疮。双足底各有3处2cm×1cm溃疡，皮下形成窦道，局部红肿。双下肢近端肌力Ⅳ级，远端0级。L_3以下痛觉消失，触觉减退，跟、膝腱反射消失，病理征（-）。1988年5月6日腰穿压力2.24kPa，CSF 糖2.5mmol/L，蛋白6.25g/L，氯化物120mmol/L，细胞数0.01×10^9/L。Queckenstedt试验提示完全梗阻，Myodil脊髓造影示L_2平面完全梗阻，上端呈杯口状双弧形影。腰椎平片示L_2右侧椎弓根受压变扁。于5月14日在全麻下行脊髓探查术，完整切除L_2马尾部—5.5cm×3cm×2cm实质性肿瘤，病理诊断：神经鞘膜瘤。

讨 论

神经鞘膜瘤发病率占椎管内肿瘤的40%～50%[1]，居首位，其次为脊膜瘤。肿瘤可发生于任何节段[2]。脊髓神经鞘膜瘤最常见的症状是根性疼痛，感觉异常，运动障碍和反射异常等。如能仔细进行神经系统检查和必要的辅助检查，如Queckenstedt试验及脊髓造影，可以作出定位诊断。但在脊髓肿瘤早期（刺激期）常易于把神经根性疼痛误认为一般性腰腿痛。本例缺乏根性疼痛症状。虽有右下肢无力，肌肉萎缩及浅感觉减退，CSF生化常规正常，考虑“神经根炎”，“侧索硬化”，“腓总神经麻痹”等而未考虑脊髓肿瘤的可能性。因此早期没有进行必要的辅助检查，1年后虽行脊髓Myodil造影，可能由于当时肿瘤较小或检查平面不够高而漏诊。1988年初又经先进的CT扫描检查，因仅扫描L_3以下仍未发现病变。入我院时已截瘫，CSF动力学检查提示完全梗阻，CSF蛋白-细胞分离。L_2椎弓根受压变扁，根距加宽。脊髓造影L_2平面完全阻塞，呈杯口状充盈缺损，手术证实为神经鞘膜瘤。延续13年之久才明确脊髓瘤的诊断。因此作者认为凡有肢体运动或感觉障碍者应结合病史进行仔细神经系统检查，首先作出病变平面，想到有脊髓肿瘤的可能性。并进行必要的辅助检查，如CSF动力学检查，X线照片，体感诱发电位，脊髓造影等，可以获得较为早期的诊断。如有CT或MRI设备更有助于明确病变的部位及大小。但CT扫描节段应准确，以免造成误诊或漏诊。

参 考 文 献

1. 王忠诚 陈炳恒 赵雅度，等。神经外科学(3)脊髓疾病。北京：人民卫生出版社 1983:108
2. 中国人民解放军总医院 第四军医大学 第二军医大学，等。实用神经外科学。北京：战士出版社，1978:764

（收稿：1990.03.17；修回：1991.02.02）

假性胰腺囊肿15例临床分析

冷恩仁 陈东风 武兵兵 （大坪医院 消化科）
周月庆 廖维健 （大坪医院 普外科）

假性胰腺囊肿（pancreatic pseudocyst,PPC），临床较少见。我院1965年至1989年共收治经手术、病理或B型超声检查证实的15例患者，报道如下。

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