DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.03.039

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

1 临 床 资 料

本组患者男9例，女6例，年龄4岁～65岁，平均41岁。有急性胰腺炎(AP)病史6例，腹痛而非AP者3例，外伤史4例，2例无明确病因。2例并发胰腺癌。

以腹痛就诊者8例，多位于中上腹，向腰背部放射，其中3例由饮酒、脂餐诱发腹痛；腹痛伴包块就诊者4例；单纯腹部包块3例，包块多无疼痛且日渐长大。半数患者有腹泻、黄疸、纳差、恶心呕吐、体重减轻等症状。体检有中上腹触痛或不适感，11例左上腹扪及包块，平均10cm×8cm大小，表面光滑，边界清楚，7例包块有囊性感。

2例空腹血糖13.9mmol/L以上，4例血淀粉酶为64u～128u（温氏），2例黄疸指数分别为50、80单位。

11例行X线钡餐造影检查，其中2例十二指肠曲扩大疑胰腺癌；7例有胃肠道受压移位的表现；2例无异常。6例"B超"检查提示囊性占位性病变，3例患者AP恢复期复查B超时发现囊性肿物，定期观察囊肿日渐缩小，1月～2月完全消失。

本组12例手术治疗。术前诊断8例为PPC，2例胰头癌，2例腹部包块。术中见单发囊肿10例，其中1例位于胰头部，胆总管有梗阻，减压后梗阻解除，另9例囊肿在胰体尾部。多发囊肿2例，其1例在胰头、胰体各一个囊肿。另一例为胰头、胰尾各一个囊肿。囊肿最大20cm×12cm×10cm，最小者5cm×3cm。11例囊肿为单房，1例胰尾囊肿为多房性，切除后多处取材病理检查为PPC，排除囊腺癌。2例胰体囊肿同时伴胰尾癌，其囊肿壁病理检查无癌浸润。最大囊肿抽出囊液2000ml。囊液为混浊、血性、黄橙色液体，粘稠，甚至含有胰腺坏死组织。3例测定了囊液淀粉酶，分别为64u、128u、128u（温氏）。10例行囊肿空肠Roux-Y式吻合术，1例行胰尾囊肿切除术，1例囊肿穿刺抽液术。3例内科保守治疗，囊肿消失，11例治愈，2例并胰腺癌者术后半年、1年死亡。作囊肿内抽液者，1年后再行Roux-Y吻合术。4岁幼儿患者，术后1年因内疝致肠梗阻死亡。

2 讨 论

假性胰腺囊肿（PPC）为胰腺病变渗出液积于胰周被纤维组织包绕形成的囊性肿物，它不同于囊壁由上皮组织构成的真性胰腺囊肿。国内1949年以来报道约200例。近年来，由于B型超声（B-us）、计算机断层扫描（CT）及内窥镜逆行胰胆管造影（ERCP）等检查的广泛开展，PPC诊断日渐增多。

在国内，PPC多继发于急、慢性胰腺炎，其次为外伤。本组有AP病史者6例（40%），外伤史4例（26.7%）。国外PPC65%是由饮酒所致[1]。

PPC形成主要因胰腺病变时，其渗出液积于胰周而被纤维组织包裹形成。Lakson[2]报道24例PPC者行ERCP检查，发现17例（70.8%）胰管与囊腔相通，且囊液淀粉酶明显高于血液，提示胰腺损伤时，胰腺内胰管破裂，导致胰液漏出积聚也是PPC形成的原因。

PPC患者多以无规律性的上腹痛，上腹包块等症状就诊。若囊肿较大，还可有黄疸、糖尿病、肠梗阻，甚至囊肿破裂致急腹症的临床表现。本组患者皆以腹痛和腹部包块就诊，有2例伴黄疸，2例并发糖尿病。1例（73.3%）扪及包块，仅7例有囊性感，需注意扪及包块者，也非全是PPC，可因胰腺水肿增大，周围组织粘连所致，Shafen[3]称此种胰腺炎性肿块为假性胰腺假性囊肿（pseudo-pseudocysts）。

临床上，对AP缓解期、慢性胰腺炎或外伤后出现上腹痛、中上腹包块者应警惕PPC。B-us、CT、ERCP等检查可提供确诊依据。PPC与左肾积液、左肾囊肿、脾内囊肿、肠系膜囊肿等鉴别实为不难。重要的是须与胰腺囊性肿瘤鉴别，若术前B-us、CT查见囊肿为多房性，并有浸润表现时应警惕。术中囊壁多处活检病理检查有助确诊。

PPC约有20%自行消失。其途径为积液自然吸收和囊肿破入胰管、胆总管、胃肠道。本组3例AP恢复期发现PPC，经对症治疗，囊肿缩小至消失。目前认为PPC急性期行对症治疗，B-us动态观察，若6周后囊肿仍存在，应手术治疗。多采用囊肿与空肠或胃吻合内引流术，吻合口尽量选在囊肿的最低点，以引流通

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

畅。囊肿因有效减压而迅速缩小，纤维壁塌陷致吻合口封闭而愈合[4]。也可在B-us导向下经皮穿刺抽液减压或插管作短期引流[5]。PPC预后良好。

参考文献

1. Beebe DS, Bubrick MP, Onstad GR, et al. Management of Pancreatic Pseudocyst. Surg Gynecol Obstet 1984; 159:562
2. Laxson LC, Fromkes JJ, CooPerman M. EndoscoPic retrograde cholangioPancreatography in management of Pancreatic Pseudocysts. Am J Surg 1985; 150:683
3. Shafer RB, Silvis SE. Pancreatic Pseudo-Pseudocyst. Am J Surg 1974; 127:320
4. Kulicz A. Radiologic observations of stomach after internal drainnge of Pancreatic Pseudocysts. Pol Przegl Radiol 1970; 34:671
5. Colhoun E, Murphy JJ, MacErlean DD. Percutaneous drainage of Pancreatic Pseudocysts. Br J Surg 1984; 71:131

（收稿：1990.03.31；修回：1991.02.02）

高速钢珠弹伤犬血浆及脏器过氧化脂质含量变化

赖西南 刘荫秋 陈 洪（野战外科研究所）

本实验以犬肢体高速钢珠弹伤为模型，观察伤后血浆及肺、肝、心、肾等主要脏器的过氧化脂质（LPO）含量的变化，探讨LPO变化和脏器损伤的关系，为临床救治提供理论依据。

1 材料和方法

实验系用体重11kg～14kg的重庆雄性犬21只，分为致伤组（$n=14$）和对照组（$n=7$）。以戊巴比妥钠30mg/kg静注麻醉。致伤采用53式7.62mm弹道枪，发射质量为1.03g，初速为1500m/s的钢珠，射击犬左后肢，不伤及股骨和大血管。定时抽取动物静脉血，并于伤后8h、24h分别活杀实验动物，取脏器组织测定LPO。组织和血浆LPO测定采用硫戊巴比妥酸（TBA）反应法，以丙二醛（MDA）含量表示[1]。

2 结果

伤后静脉血浆LPO浓度迅速上升，伤后12h为对照值的144.40%，伤后24h略有下降，但仍高于对照值（表1）。伤后肺脏LPO含量升高显著，伤后8h和24h分别为对照值的133.33%和230.77%。伤后24h肝、心LPO含量为对照值的175.76%和135.00%，伤后肾脏组织LPO含量无明显变化（表2）。

表1 高速钢珠弹伤血浆LPO浓度变化（MDAnmol/ml）

对照	伤后（h）			
	2	8	12	24
2.95±0.31	3.35±0.47△	3.48±0.29*	4.26±0.41*	4.10±0.43*

注：和对照值比，△$P<0.05$，* $P<0.01$

表2 高速钢珠弹伤脏器LPO含量变化（MDAnmol/mg蛋白）

组织匀浆	对照	伤后（h）	
		8	24
肺	0.39±0.07	0.52±0.10*	0.90±0.18*
肝	0.33±0.05	0.39±0.12	0.58±0.08*
心	0.60±0.09	0.83±0.18*	0.81±0.13*
肾	0.73±0.15	0.71±0.06	0.74±0.10

注：和对照值比，△$P<0.05$，* $P<0.01$

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