DOI:10.16016/j.1000-5404.1985.02.024

巨大马尾肿瘤

高伯元 王宪荣

（第一附属医院 神经外科）

巨大马尾肿瘤病程长，进展缓慢，早期易误诊。我院1964～1982.6共收治11例巨大马尾肿瘤，占同期椎管内肿瘤的8.3%，占马尾肿瘤的68.7%。现将资料完整的9例分析报告如下：

临床资料

一般资料 本组男4例，女5例。年令16～45岁。病程最长16年，最短2月。其中半年内2例，1～2年4例，5年半1例，8年1例，16年1例。

临床表现 发病前有腰扭伤史2例。首发为神经根症状者7例，其中肛门会阴部疼痛或麻木各1例。根痛者主要表现典型的腰部胀痛伴一侧下肢放射性疼痛。长期误诊为椎间盘突出症或坐骨神经痛等。对4例出现夜痛，不能平卧，改为半坐位或起床活动后症状缓解。检查发现鞍区双侧感觉消失1例，单侧消失3例，腰$_5$感觉消失3例，腰$_1$以下深浅感觉消失1例。双下肢不同程度的肌萎缩4例。双下肢肌力Ⅱ级者4例，其余均接近正常。双侧膝反射、跟腱反射消失或减弱9例。大小便潴留2例。

辅助检查 本组行腰椎穿刺7例，其中干性或血性穿刺者5例（占71%），4例经改换穿刺部位而成功，另1例反复穿刺失败而改用枕大池穿刺造影。Queckenstedt氏试验完全梗阻6例。有脑脊液蛋白定量记录者7例，除1例枕大池脑脊液蛋白为80mg%外，其余6例中最少为548mg%，最高为5800mg%，平均2113mg%。脑脊液中白细胞最少9/mm^3，最多为90/mm^3。

1例行肌电图检查，发现腰$_5$骶$_1$神经性异常。

术前X线平片检查6例，发现椎弓根间距增宽6例，椎体后缘弧形压迹4例，椎板变薄2例，椎间孔扩大1例。除1例未造影直接手术探查外，8例造影均见杯口样缺损或显示肿瘤轮廓。

手术所见 9例均有椎板变薄，硬脊膜外无脂肪，硬脊膜囊搏动消失，脊膜菲薄，其中2例因肿瘤突破而致硬脊膜缺损。9例肿瘤均长满腰椎椎管。8例良性神经纤维瘤具有包膜，1例Ⅲ级室管膜瘤无包膜。神经纤维瘤中2例囊性变，分别抽出黄色囊液10ml及20ml。6例肿瘤全切除；1例圆锥处残留少许瘤组织；1例马尾神经几乎完全被肿瘤组织包埋，仅作活检并减压；室管膜瘤与马尾神经粘连甚紧仅作大部切除。切除肿瘤后均见病变处椎体后缘有不同程度的弧形压迹，最大者凹陷达2.5cm。术后8例恢复顺利。1例手术腔积液，其压力超过400毫米水柱，压颈试验证实有不全梗阻。脑脊液中白细胞800/mm^{3}左右，长期高烧，经用大剂量抗菌素及反复穿刺抽液无效，手术后40天行腰池腹腔分流术，术后体温下降到38℃以下，脑脊液白细胞降至100/mm^{3}左右，一般情况好转。椎管术后5个月积液再发，体温再次升高，腰穿压力高达350毫米水柱。于首次手术后6个月进行椎管手术探查，发现分流管腹腔部份已回缩入椎管，圆锥部蛛网膜粘连，仅有一直径2mm的小孔与上下沟通。用肌片封闭小孔，再行腰池腹腔

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

分流术，术后40天出院。至今恢复良好。

随访 获得随访结果者6例，随访期最短为1年8个月，最长达6年3个月，平均4年。完全恢复工作3例，部份工作1例，生活自理2例。1例马尾神经包埋入瘤内而仅作活检及减压的患者，术后已随访6年，仅双下肢无力，可扶单拐行走，一直坚持工作。

讨　论

本文9例肿瘤均充满腰椎椎管，故命名为巨大马尾肿瘤。

此类型肿瘤往往病程长，早期多仅表现腰腿疼痛。本组9例中有7例早期误诊为椎间盘突出症或坐骨神经痛。一组18例马尾肿瘤中有6例（33%）误诊为腰椎间盘突出症[1]。提示对腰腿痛诊断时，不仅要考虑椎间盘突出症、坐骨神经痛、肥大性脊柱炎等，还应想到有肿瘤的可能，并加以鉴别。本组4例出现夜痛（平卧痛），常在凌晨2～3时痛醒，下床活动或改半坐位后症状缓解，与文献报告相似[2]。产生夜痛的机制可能是：平卧后腰椎前突减少，腰骶管延长，以及睡眠时椎旁肌肉松驰等因素，使马尾神经根张力增加，易受肿瘤压迫而产生疼痛。吴氏报告6例马尾肿瘤中有4例出现夜痛。而9例腰椎间盘突出症中，仅有2例出现轻微的夜痛，且平卧反使症状减轻[1]。因此，有典型夜痛者，对诊断马尾肿瘤有一定帮助。

本组2例首发症状为肛门会阴部疼痛或麻木，曾多次在妇产科，普通外科就诊，长期得不到正确的诊断。因此，对首发症状为会阴肛门感觉障碍或有括约肌功能异常者，应及时进一步作神经系统检查，早期明确诊断。

7例腰穿中有5例为干性或血性穿刺，占71%。一组马尾肿瘤，68例腰穿中有23例为干性或血性穿刺，占33.7%[2]。本组阳性率较高与肿瘤巨大有关。

脑脊液蛋白含量均较高，除一例枕大池穿刺脑脊液蛋白为80mg%外，其余平均达2113mg%。因此，蛋白量超过正常时，应考虑有肿瘤的可能。但Fearnside等报告马尾肿瘤亦有脑脊液蛋白在正常范围内者[2]。所以，不能单靠蛋白定量来排除肿瘤。

本组6例X线腰椎平片中，均有病理性改变。因此，凡怀疑马尾肿瘤者应常规检查或定期复查。

对巨大马尾肿瘤的手术，应在保护马尾神经的前提下，尽可能多切，必要时手术中应用双极电凝器及手术显微镜，可减少神经损伤。本组1例神经纤维瘤，马尾神经被肿瘤包埋，仅作活检及椎板减压，术后症状稳定，恢复工作达6年之久。说明无法切除的良性肿瘤，作充分减压，亦可获得满意疗效。巨大马尾肿瘤切除后残腔往往较大。如高位蛛网膜下腔与手术腔脑脊液流通不畅，脊膜又有大片缺损时，则会导至脑脊液潴留，形成张力性囊腔。本组1例经囊腔、腹腔分流术后而康复。此例提示在手术中应同时分离粘连，使脑脊液循环通畅，以免张力性囊腔形成。

参考文献

1. 吴祥根：腰椎间盘突出症与马尾肿瘤的鉴别诊断。中华神经精神科杂志 1966；10：153—154

2. Fearnside MR, et al: Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1978; 41：24—31

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