

# 原发性椎管内肿瘤误诊为腰椎间盘突出症

第二军医大学附属长征医院骨科 倪 斌 贾连顺 刘洪奎 侯铁胜 戴力扬 赵定麟

**〔摘要〕** 本文对胸、腰段椎管内肿瘤误诊为腰椎间盘突出手术 11 例进行分析,就误诊原因进行讨论,认为各级医师应重视临床医学常规检查,掌握现代影像学诊断椎管内肿瘤的特点,将两者结合才能使诊断更加准确。

**关键词:** 椎管内肿瘤; 诊断

胸腰椎椎管内肿瘤可出现与椎间盘突出症相似的临床症状和伴征,但两者病因和病理变化却完全不同。通过认真仔细的临床检查,结合影像学成像,常能作出正确诊断,但也有延迟诊断、甚至误诊手术,给病人带来痛苦和负担。作者对椎管内原发性肿瘤误诊为腰椎间盘突出症手术的 11 例病例进行分析,并就其原因进行探讨,以引以为戒,提高诊断正确率。

## 临 床 资 料

1. 一般资料: 11 例中,女性 5 例,男性 6 例。年龄 28~64 岁,平均 43 岁。起病到肿瘤切除 16 月~7 年不等,平均 3.4 年。

2. 肿瘤部位及病理类型: 按肿瘤所在部位的相应椎体水平分,胸段肿瘤 4 例,胸腰段 2 例,腰段 5 例。肿瘤与脊髓膜关系: 髓内肿瘤 2 例,髓外硬膜下 9 例。在脊髓左后 3 例,左前 1 例,右后 2 例,正中 5 例。所有肿瘤均经手术切除及组织学检查。髓外硬膜下肿瘤中,神经鞘瘤最多,为 6 例,与原发性脊髓肿瘤常见部位及病理种类一致。脊膜瘤 2 例,均为女性。错构瘤 1 例。髓内肿瘤中,血管瘤及室管膜瘤各 1 例。

3. 临床情况: 病人首发症状以腰痛伴下肢痛为最多(附表)。4 例病人有夜间静息痛。3 例系搬运重物或跌倒后出现症状,起病突然。双下肢无力、行走不稳 2 例中,后期均伴下肢弥漫性麻木感。本组病例中,上行

性麻痹 3 例,下行性麻痹 1 例。无完全性截瘫病例。

附表 11 例患者首发症状

| 症 状        | 例 数 |
|------------|-----|
| 腰痛伴单侧下肢痛   | 2   |
| 腰痛伴双侧下肢痛   | 3   |
| 腰痛伴臀痛      | 1   |
| 双下肢无力、行走不稳 | 2   |
| 双下肢麻木、疼痛   | 3   |

4. 治疗史: 误诊为“腰椎间盘突出症”手术之前,共作下腰、骶段脊髓造影 10 次,其中脑脊液蛋白定量检查 5 次,20—113mg%,平均 52mg%。CT 扫描检查 7 次,扫描范围 L<sub>3</sub>—S<sub>1</sub>,其中有 2 例各作 2 次检查。腰椎 MRI 检查 2 次。影像学检查共 19 次,均集中于腰、骶部。结果读片错误 2 次,因检查部位低于肿瘤处而使其被疏漏达 13 次,其余资料不详。除 1 例术中探查发现 L<sub>1-2</sub>左侧神经根管内神经鞘瘤予以摘除外,其余 10 例均行“椎间盘髓核摘除术”。术后近期症状缓解 8 例,加重 1 例,无变化 1 例,缓解期 6 月~2 年不等。其中 2 例因症状再现拟“腰椎管狭窄症”再次手术切除全椎板减压。患者因症状未能缓解或再现而复诊时,双下肢疼痛伴肌无力进行性加重 9 例,夜间剧烈疼痛伴膀胱症状者 1 例。膝、踝反射亢进 4 例,单侧或双侧下肢多个神经节段支配区感觉障碍 9 例,合并躯干节段性感觉障碍 3 例。确定神经系统病变部位与原手术间隙不符合,便对该可疑处重新有针对性的进行脊髓造影及

59.2%。其中以轻、中度反应为主,严重反应者极少,其发生率分别为 0.7%,2.3%及 0。因此,绝大多数患者均能耐受。本组心脏毒发生率为 13.8%,主要表现为窦性心动过速,心律不齐及 ST-T 波改变,未出现严重心力衰竭表现,可能与用药剂量有关。本组 ADM 量达 300mg 以上者仅 11 例,最大量仅 480mg。本组毒性反应与文献报道基本一致。

过去 ADM 一直依赖进口,价格昂贵,患者负担较重。鲑滨(华明)ADM 的问世,其疗效可靠,毒副反应不重,价格比进口 ADM 低,既减轻了患者负担,又

减少了国家外汇支出,故值得进一步推广应用。

(协作单位: 湖北省肿瘤医院、广州军区武汉总医院、一六一医院、协和医院)

## 参 考 文 献

- 冯奉仪,等.阿霉素临床使用 175 例分析.实用肿瘤杂志,1986,1(1):78
- 管忠霍,等.以阿霉素为主的联合化疗方案治疗恶性肿瘤 227 例临床观察.癌症,1988,7(5):349
- 孙燕,等.肿瘤化学治疗新进展.山东科学技术出版社,1987.145~146

影像学检查。

5. 脑脊液及脊髓造影检查:  $L_1\sim S_1$  间隙进蛛网膜下腔, 留取脑脊液作生化、常规检查, 注入 Omnipaque 12—15ml, 作腰椎拍片及上行性造影, 在 X 线荧屏监视下行蛛网膜下腔通畅性的动态学观察。共检查 7 例, 其中完全性梗阻 6 例, 不完全梗阻 1 例。梗阻形态呈杯口状 5 例, 呈梭形充盈缺损 1 例, 造影剂柱变细、呈蚯蚓状 1 例。脑脊液蛋白 46—1430mg%, 平均 140mg%。奎克氏试验 2 例, 均呈完全梗阻。

6. 影像学检查及结果: 11 例中, X 线片呈腰椎术后改变者 10 例。其中  $L_1\sim S_1$  半椎板切除 4 例, 全椎板切除 3 例。  $L_5S_1$  半椎板切除 1 例,  $L_5S_1$  全椎板切除 2 例。肿瘤造成骨质变化 2 例, 椎弓根变薄、距离增宽 1 例, 椎间孔增大 1 例。

CT 扫描共 5 例, 4 例显示肿瘤形态, 其中 2 例于造影检查定位后进行, 1 例为 CTM 扫描。因仅行下腰椎 CT 扫描, 遗漏肿瘤部位致使检查结果阴性 1 例。

MRI 检查 10 例, 明确肿瘤诊断 9 例, 腰椎 MRI 成像, 在矢状面图像边缘发现  $T_{12}L_1$  圆锥部肿瘤 1 例。MRI 对肿瘤纵定位 10 例, 与术中探查肿瘤部位完全符合。横定位 9 例, 正确 8 例。

7. 手术及其疗效: 肿瘤全切除 10 例, 大部切除 1 例。术前准确定位, 根据影像学上肿瘤所在位置, 在相应脊柱水平皮肤上划痕后放置金属标记拍片, 确定切口位置。术中保护脊髓和神经根是提高疗效的关键之一, 采用局部麻醉有利于手术中操作并保护脊髓。安全使用咬骨钳, 防止枪钳端子反弹击伤脊髓。为显露肿瘤而牵拉脊髓前, 可先切断齿状韧带。不能不顾损伤脊髓片面追求肿瘤全切除。根据运动、感觉及括约肌功能恢复情况作疗效评定。痊愈 6 例, 三者恢复到正常状态; 明显进步 3 例, 残留部分运动及感觉障碍; 好转 2 例, 较术前有改进。

## 讨 论

腰腿痛病因繁多, 病理较为复杂, 其诊断处理常涉及多个学科领域。由于腰椎间盘突出症等脊柱退行性疾病发病率较高, 常导致其他原因被忽视。椎管内肿瘤引起腰腿痛并不少见, Craig 报道<sup>[1]</sup>在因“坐骨神经痛”而手术探查病人中, 原发性椎管内肿瘤发生率为 4%。由于肿瘤大多为良性, 早期诊断切除, 预后良好。但其部位多变, 肿瘤所表现临床症状并不典型, 常给早期诊断带来困难, 出现延迟诊断、误诊, 使病人忍受长期无效的保守治疗, 增加了脊髓神经不可逆转损害的危险, 甚至误诊“腰椎间盘突出症”盲目施行手术, 造成治疗上的错误。因此, 对两种疾病进行鉴别诊断十分

重要。

对两种疾病缺乏认识是造成误诊手术的重要原因。脊髓肿瘤常以腰腿痛等为首发症状, 据周秉文等报道<sup>[2]</sup>, 根性痛占 57.5%, 其症状与脊柱退行性变相似, 但具有部位固定、疼痛剧烈, 症状持久, 进行性加重的特点。夜间静息痛是肿瘤常见信号之一, 在脊髓肿瘤中也不例外, Ker<sup>[3]</sup>报道为 25%, 本组 11 例中有夜间静息痛者 4 例。椎间盘突出症等运动系统疾患以下腰椎多发, 卧床休息后症状大多能缓解, 无夜间静息痛。除中央型椎间盘突出外, 腰痛伴单侧肢体痛最为多见, 感觉障碍以单个神经支配节段居多。所以当出现以下症状时, 进行性加重腰腿痛伴夜间静息痛, 下腰痛伴大腿前侧痛, 双侧坐骨神经痛伴单侧、双侧多个神经支配节段区域感觉障碍时, 应想到椎管内肿瘤可能, 作进一步检查明确诊断。

本组 3 例胸段、胸腰段脊髓肿瘤, 有传导束症状及马尾神经症状, 以下腰椎退行性疾患无法解释。故临床医师应重视神经系统检查, 要了解每一体征的意义, 并加以评价解释。有时单凭临床情况鉴别诊断有一定困难, 特别是在疾病早期, 须借助辅助检查进一步鉴别分析。80 年代以来, 新型非离子碘水溶性造影剂的出现, CT 扫描、MRI 检查的应用, 使脊髓肿瘤的认识水平有了很大提高, 并已成为脊髓肿瘤早期鉴别诊断的重要手段。

本组采用 Omnipaque 造影剂 7 例, 均显示蛛网膜下腔充盈缺损, 结合脑脊液蛋白增高, 作出脊髓肿瘤诊断。但脊髓造影仅能进行初步定位。要确定肿瘤的界限, 须行上行、下行 2 次造影, 且不能显示肿瘤形态。鉴于注意力集中下腰椎使脊髓造影遗漏肿瘤所在部位, 作者认为, 对腰腿痛患者行造影检查时, 透视未见压迹或压迹所在节段与临床情况不相符合时, 应在 X 线荧屏监视下, 进行蛛网膜下腔上行性造影, 观察其通畅情况, 关在异常处摄片。有 2 例临床诊断“腰椎间盘突出症”, 采用这一方法, 发现  $T_{12}L_1$  及  $T_7$  处梗阻, 进一步作 CT 及 MRI 检查, 明确肿瘤诊断。

CT 扫描具有敏感的密度分辨力, 但其扫描部位, 特别是作为首项检查时, 需根据临床体征定位来确定。本组误诊手术之前, 行 CT 扫描 7 次, 均因未行定位或定位不准, 检查时错过肿瘤所在处而遗漏诊断。同时, 被检查部位有脊柱退行性变化, 据此作出相应的影像学诊断而干扰了疾病的正确诊断及治疗, 这应引起临床医师的高度重视。

由于 MRI 能直接进行纵向成像, 脊髓检查范围较 CT 扫描为广, 遗漏肿瘤机会较 CT 扫描为少。本组检

查 10 例, 9 例阳性, 另一例在图像边缘发现脊髓圆锥部肿瘤, 这是 CT 扫描所不及的。同时须指出, 由于 MRI 对脱水变性灵敏的显示力, 使其对椎间盘突出变性尤为敏感, 致使 MRI 图像上出现单个、多个节段的椎间盘突出, 临床上并无相应神经系统症状。Boden<sup>[1]</sup>发现正常人群 MRI 检查, 28% 有椎间盘突出或椎管狭窄但并无临床症状。因此, 过分依赖影像学检查, 有可能把真正病变部位遗漏。一旦发现影像学结果与临床症状和体征不符合, 应仔细分析其原因, 作出正确判断。

总之, 检查手段的不断进步; 使脊髓肿瘤的早期诊断水平随之提高, 并为手术治疗提供了依据。但任何先进设备都不能代替临床常规检查。全面病史了解, 神经系统检查定位, 对于脊髓肿瘤, 腰椎间盘突出症等疾病的鉴别诊断, 对影像学检查部位确定及图像信息对临

床症状体征的解释, 都具有重要指导意义, 掌握影像学检查特点, 有针对性的选择运用, 并与临床情况紧密结合, 综合判断, 才能使诊断更加准确, 治疗更为有效。

### 参考文献

1. Craig WM, et al. Intraspinal lesions masquerading as protruded lumbar intervertebral discs. JAMA, 1952, 149 : 250
2. 周秉文, 等. 原发性椎管内肿瘤. 中华神经精神科杂志, 1980, 13 (4) : 212
3. Ker NB, et al. Tumors of the cauda equina: The problem of differential diagnosis. J Bone Joint Surg, 1985, 67B : 358
4. Boden DS, et al. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. J Bone Joint Surg, 1990, 72A : 403

## 炎性乳腺癌 3 例报告

陕西省澄合矿务局中心医院 权创成

1990 年作者收治 3 例炎性乳腺癌报告如下。

例 1 女, 29 岁, 工人, 住院号 63246, 左乳房肿块 7 月迅速增大 2 月余。左乳肿块针吸涂片找到恶性肿瘤细胞 (腺癌可能性大)。体检 T37.7℃, 体重 68kg。左乳房弥漫性肿大, 肿块为 19×18×9cm<sup>3</sup>, 压痛明显, 质硬固定, 表皮呈暗红色。左腋下及一 4×3×3cm<sup>3</sup>、左锁骨上及一 3×2×2cm<sup>3</sup> 之肿块, 质硬、固定。血象 Hb9.3g%, WBC5300/mm<sup>3</sup>, N82%, L18%, PC21 万/mm<sup>3</sup>, ESR50mm/h。胸片示: 纵隔内淋巴结病理性增大。临床诊断: 左乳房炎性癌伴左腋下左锁骨上及纵隔淋巴结转移。治疗方案: CA+HCFU+pred 每 28 天重复一次, 共 2 个周期。治后肿瘤稍缩小, 住院 5 个月, 出院后 2 月死亡。全病程 16 个月。

例 2 女, 34 岁, 已婚, 工人, 住院号 62391, 右腋下肿块 10 月右乳肿块 4 月。右锁骨上淋巴结针吸活检示: 转移性腺癌。体检 T37.8℃, 体重 62kg。右乳外上和乳头下及一 16×12×12cm<sup>3</sup> 之扁平肿块, 质硬, 固定有压痛, 表皮呈暗红色, 周围水肿明显, 右腋下及一蚕豆大小之肿块, 活动差, 右锁骨上右颌下各及一 3×2×2cm<sup>3</sup> 肿块。血象 Hb12.2g%, WBC6000/mm<sup>3</sup>, N72%, L28%, PC14 万 u/mm<sup>3</sup>。SGPT、γ-GT 正常, AKP113.2U, ESR28mm/h, B 超示: 右胸腔前后径 5.5cm 积液。临床诊断: 右乳炎性癌伴右腋下右锁骨上右颌下淋巴结及右胸膜转移。治疗同例 1。在间歇期因

复发即改用 5-FUDR, Epi-ADM, DDP, 方案共用 2 个周期后又加用 Me-CCNU150mg 口服, 住院 3 个半月, 因癌至晚期自动出院后 20 天死亡, 全病程 13 月。

例 3 女, 34 岁, 农民, 已婚, 住院号 62768, 右乳外上肿块渐大 1 年。右锁骨上 2 枚花生米样之淋巴结切取活检示: 转移性低分化腺癌伴癌栓。体检: T37℃, 体重 48.5kg, 右乳外侧及一 10×9×2cm<sup>3</sup> 之肿块, 质韧固定稍有压痛, 表皮呈深红色, 乳头轻度回缩, 部分皮肤桔皮样变。右腋下及一 5×5×2cm<sup>3</sup> 肿块。血象胸片及腹部 B 超检查正常。临床诊断: 右乳炎性癌伴右腋下及右锁骨上淋巴结转移。化疗同例 1。住院 62 天, 因疗效不著, 自动出院后 3 月死亡。全病程 17 月。

讨论: 本文 3 例炎性乳癌均经病理活检确诊, 住院治疗。该病仅是临床上的名称, 不能列为单纯的组织学类型, 其临床特点: (1) 表现似炎症; (2) 恶性度极高, 进展快, 早期转移; (3) 癌肿直径大, 一般为 10~19cm 且弥漫性浸润; (4) 本文 3 例均用 CTX、ADM、HCFU 方案化疗并用 TAM 和 PED, 另一例加用 DDP、5-FUDR 治 2 个疗程后 1 例完全缓解, 两例有效, 但短期内复发, 随访 3 例均在治疗后的 8 个月内死亡。本文结果表明: 炎性乳癌恶性度高, 进展快, 早期均有转移, 预后甚差, 无论何种治疗一般约半数以上在治疗后一年内死亡。