

# 脊髓肿瘤 76 例临床分析

张应旭

(淮北市人民医院神经外科 235000)

关键词 脊髓肿瘤 临床分析

分类号 R739.42

脊髓肿瘤有明显的进展性的临床表现,是脊髓压迫症的最常见原因。近年来,由于影像学的发展,脊髓肿瘤得以早期诊断和定位定性,为及时、正确地治疗提供了有利的条件<sup>[1]</sup>。现就 76 例脊髓肿瘤的诊断和治疗分析如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 男 42 例,女 34 例,平均年龄 37 岁。临床表现:肢体麻木无力 61 例,神经根痛 54 例,排便排尿障碍 51 例。病程平均 10 个月。

1.2 影像学资料 脊髓造影术 26 例,其中 19 例完全梗阻,5 例不完全梗阻,2 例通畅。53 例行脊柱 CT 扫描,32 例能对病灶作出初步定位诊断,不能确定病灶的界限和性质,21 例误诊或漏诊。49 例行 MR 检查(包括增强扫描),46 例能确定肿瘤的位置、界限、形态和性质,3 例因图像模糊仅能诊断病灶位置。

1.3 治疗和结果 76 例均采用手术治疗,肿瘤全切除 56 例,次全切除或部分切除 14 例,椎板减压加活检术 6 例。对于恶性肿瘤术后行放疗。病理报告神经鞘瘤 32 例(其中哑铃型神经鞘瘤 4 例),脊膜瘤 27 例,胶质瘤 17 例。肿瘤位于高颈段 6 例,颈胸段 11 例,胸段 31 例,胸腰段 17 例,腰骶段 11 例。其中髓内肿瘤 19 例,髓外硬膜下肿瘤 37 例,硬膜外肿瘤 20 例。治愈 44 例,好转 20 例,无变化 10 例,死亡 2 例。

## 2 讨论

由于脊髓肿瘤病变早期较隐匿,临床表现也不尽相同,常常被误诊或漏诊,对于出现脊髓、神经根受压表现者,应尽早行适当的辅助检查以期早期确诊。CT 扫描诊断脊髓肿瘤的难度较大,主要由于椎管较厚,而脊髓较细,肿瘤往往相对较小,难以显示清楚,且检查范围常常可能未包括病灶,难免漏诊或

误诊<sup>[2]</sup>,本组 53 例行 CT 扫描的病例中,28%漏诊或误诊。MR 对脊髓肿瘤有很高的定位、定性诊断价值,对于病变的来源、部位和范围能显示清楚。应用 GD-DTPA 增强 MR 冠状面、矢状面扫描更能清晰地显示肿瘤的全貌,看出肿瘤与周围血管、神经的关系,结合 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub> 加权像能进一步对肿瘤的性质加以明确,还有利于发现椎管内多个病灶及哑铃形突出到椎管外的病灶<sup>[3]</sup>。本组 49 例行 MR 检查除因 3 例图像不清晰外,均能做到精确定位和准确定性诊断,诊断符合率为 100%。

治疗原则是摘除肿瘤,解除脊髓压迫,手术是唯一有效的治疗方法,且手术死亡率较低,效果良好。手术的目的是切除肿瘤,解除脊髓压迫,恢复脊髓功能。对髓内肿瘤明确诊断后,为术后放疗提供条件,体位绝大多数采用侧卧位,极少数采用俯卧位。术前应严格准确地标记肿瘤的体表投影位置,手术采用背正中切口,手术操作必须十分轻柔、细致,牵拉、压迫、剥脱、电凝等操作均力求在肿瘤侧进行,以免损伤脊髓,必要时行显微手术,以增加手术切除的成功率。对于髓内肿瘤要争取尽可能多切除肿瘤组织,又不增加脊髓功能障碍。术后应用脱水、激素和改善神经组织代谢的药物,辅以放疗。瘫痪病人应加强手术前、后护理,防治褥疮和全身感染,加强肢体功能锻炼和康复治疗。

## 参 考 文 献

- 1 Wagle VG, Villemure JG, Melanson FR, et al. Diagnostic potential of magnetic resonance in cases of foramen magnum meningiomas. *Neurosurgery*, 1987, 21(5): 622
- 2 沈天真, 陈星荣. 中枢神经系统计算机体层摄影(CT)和磁共振成像(MR). 上海: 上海医科大学出版社, 1992. 287~317
- 3 Hadly DM. Magnetic resonance imaging——how has it helped the neurosurgery? in: Teasdaley GM, Miller JD eds. *Current Neurosurgery*. New York: Churchill Livingstone, 1992. 127~184

(收稿: 1999-02-02 修回: 1999-04-15)

(本文编辑: 程春开)