

功能不全^[5]。临床治疗应严密监测各项生命指标,积极治疗原发病的同时注意预防并发症。

参考文献:

- [1] 段天宝,朱庆仑.急诊抢救重度创伤性休克 157 例分析[J].中华创伤杂志,1995,11(3):176-177.
- [2] 陈善成,虞佩兰.颅脑外伤液体疗法的进展[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,2000,27(2):101-104.
- [3] Damiano S, Davidj B, Amena A, et al. Compound anterior-orcranial-

basefractures: Classification using computerized tomography scanning as a basis for selection of patients for dural repair[J]. J Neurosurg, 1998, 88(3):471-477.

- [4] 石祥恩,王忠诚,郝建忠,等.复杂性颅眶损伤 I 期手术治疗[J].中华创伤杂志,1996,12(4):227-229.
- [5] 柳宪华,于效良,孙光远,等.颅脑损伤合并多脏器功能不全综合征 42 例报告[J].佳木斯医学院学报,1997,20(3):25-26.

收稿日期:1999-05-01 修回日期:2000-05-06

本文编辑:程春开

术前被误诊为肿瘤的脑血管畸形 5 例临床分析*

梁 成

(淮阴市第三人民医院神经外科,江苏 淮阴 223001)

关键词:脑血管畸形;误诊

中图分类号:R651.1+2 文献标识码:B 文章编号:1000-2065(2000)05-0391-02

脑血管畸形是脑血管胚胎发育不全所致的一组疾病。其临床表现及影像学改变多样,即使采用 CT 检查,仍有些病人被误诊为脑肿瘤而手术。近年我们收治 5 例术前被误诊为脑肿瘤的脑血管畸形病人,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 5 例患者中男性 2 例,女性 3 例。年龄 23~45 岁,病程 1~12 个月,无一例急性发病。主要症状:头痛 3 例,癫痫发作 2 例。其中伴有头晕 2 例、单侧视力下降 2 例、走路不稳 1 例、一侧面部感觉减退 1 例,病程中出现颅内高压表现 2 例。

1.2 辅助检查 本组病人均行头颅 CT 扫描,3 例术前误诊为胶质瘤,其 CT 表现为球形混杂密度影,均有占位效应,其中 1 例病变位于右侧颞顶叶皮质下,1 例病变位于左侧额叶,周围有水肿,增强扫描后病变呈点片状增强;另 1 例病变位于右侧颞叶,周围水肿较重,增强扫描后病变强化不明显。另外 2 例术前误诊为脑膜瘤,CT 扫描表现为卵圆形占位性病变,边缘完整,密度较高且均匀,周围无水肿,增强扫描时增强效应明显。其中 1 例病变位于枕骨大孔内上缘伴梗阻性脑积水;另 1 例病变位于右侧颅中窝前部。

1.3 治疗结果 本组病例均经手术治疗,4 例在术中即发现有异常血管。其中 2 例病灶中见有少量陈旧血液。3 例肿块全切除,1 例术中出血较多、肿块大部分切除,另 1 例术中见肿块为血管团,色红壁薄,因该畸形血管位于延髓上而未能切除(此病人术后死亡)。病理报告:2 例为动静脉畸形,2 例为海绵状血管瘤。

2 讨论

颅内血管畸形是指脑血管发育障碍引起的脑局部血管数量和结构异常^[1]。一般分为动静脉畸形、海绵状血管瘤、毛细血管扩张、静脉畸形 4 种类型。血管畸形发生率为 5% 左右,其中以动静脉畸形最常见,幕上占 90%,幕下占 10%。临床表现:①出血:多发生于年龄较小的病例,多表现为脑内出血,可破入脑室,也可表现为蛛网膜下腔出血(SAH),发病突然,出血可反复发生;②癫痫:40%~50% 病例有癫痫发作,多见于年龄较大者,约半数以癫痫为首发症状;③头痛:60% 以上病人有长期头痛病史;④其他症状:如进行性神经功能障碍,智力减退等。一些病人因临床及影像表现无特异性、常在术前误诊为脑肿瘤。

本组病例误诊原因:①病史、体征不典型。5 例患者病史都在 1 个月以上,无急性发病,既往无 SAH

病史,其中3例病史中症状和体征有逐渐加重过程,似乎符合肿瘤发病特点。2例病人虽术中见有少量陈旧血液,但出血量少,位于非功能区无明显症状和体征^[2,3]。②CT影像缺乏特征。吴恩惠^[4]指出,脑血管畸形CT表现为边界不清、等或高密度的点状、线状血管影,可有钙化灶,血管间为等密度的脑实质,周围可有低密度的软化灶。病变周围及远侧可显示脑萎缩;并指出CT对脑血管畸形诊断只是帮助和参考。王忠诚^[1]指出,CT诊断脑血管畸形准确率为42%。本组病例中2例因CT平扫有占位表现,增强扫描后肿块均匀增强、边缘完整而被误诊为脑膜瘤;3例因CT扫描表现密度不均匀,有轻度占位效应,强化不明显,部分周围有水肿,被误诊为脑胶质瘤。③先入为主。本组5例病人有2例从神经内科治疗“确诊”后转入外科,3例病人在门诊做好CT检查和诊断后入外科。认为诊断明确,造成误诊。

根据误诊原因分析,我们认为对于基层医院,虽

拥有CT检查,但必须熟悉脑血管畸形的CT表现特点。如CT诊断脑肿瘤可疑,特别是占位效应不明显的病例需进一步作脑血管造影或MRI血管成像检查,以明确诊断。其次,脑外科医生必须根据病人症状体征及影像学检查仔细分析,若有点滴疑虑,必须作进一步检查,不能盲目进行手术治疗,以免导致术中大出血等严重的不良后果。

参考文献:

[1] 王忠诚主编. 神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 1998. 632—659.
 [2] 姜瑞华,李庆彬. 脑内血肿误诊为脑瘤的临床分析[J]. 中华神经外科杂志, 1997, 13(3): 169—170.
 [3] 陈立华,曹美鸿,秦天森,等. 非高压性自发性颅内血肿 54 例临床分析[J]. 中华神经外科杂志, 1996, 12(1): 32—34.
 [4] 吴恩惠主编. 头颅 CT 诊断学[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1996. 112—116.

收稿日期:1999—12—22 修回日期:2000—09—10

本文编辑:吴进

人工椎体置换术治疗胸腰椎椎体肿瘤*

施伟,辛兵,李宏伟,刘凯,苏星华,魏永

(徐州医学院附属医院骨科,江苏徐州 221002)

摘要:目的 研究人工椎体置换术在胸腰椎椎体肿瘤综合治疗中的意义。方法 对我院5年间8例人工椎体置换术进行回顾性分析,其中原发性肿瘤5例,转移性肿瘤3例。结果 1例患者术后6个月死亡,7例存活。截瘫恢复情况:1例全瘫患者神经功能无恢复,4例患者神经功能基本恢复正常。X线片随访显示人工椎体固定可靠。结论 人工椎体置换术能够达到缓解症状、稳定脊柱、恢复神经功能、提高生存质量等作用,同时为患者接受综合治疗赢得了时间。

关键词:脊柱;人工椎体;肿瘤

中图分类号:R738.1;R681.5;R615 **文献标识码:**B **文章编号:**1000—2065(2000)05—0392—02

随着医疗技术水平的提高和患者对其生命延续阶段生活质量的更高要求,越来越多的肿瘤患者愿意接受积极的手术治疗^[1~4]。对于脊柱的原发性及转移性肿瘤临床上引起剧烈疼痛和不同程度的瘫痪,其治疗目的主要在于彻底切除肿瘤的同时重建脊柱的稳定性。报道应用人工椎体置换术治疗胸腰椎椎体肿瘤8例,疗效满意。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者8例,男6例,女2例;年

龄14~68岁,平均40岁。原发性肿瘤5例:T₁₁巨细胞瘤2例,T₁₂及L₁嗜酸性肉芽肿各1例,T₁₀骨髓瘤1例。转移性肿瘤3例:L₁肾癌转移、T₁₁神经鞘膜瘤及L₂前列腺癌各1例。患者均主诉腰背部疼痛。截瘫1例,截瘫4周后入院手术,余7例有不同程度的神经损伤症状,出现症状12周内手术。

1.2 人工椎体构成 钛合金材料,中间为可纵向调节高度的中轴,两边为L型托板及螺丝钉。每侧托板附有尖刺,调节中轴高度时尖刺插入椎体截骨面