

· 病例报告 ·

L₅ S₁ 椎间盘突出症合并双侧神经鞘瘤 1 例

赵继荣¹, 陈文², 杨峰¹

(1. 甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730050;

2. 甘肃中医学院 2008 级硕士研究生, 甘肃 兰州 730000)

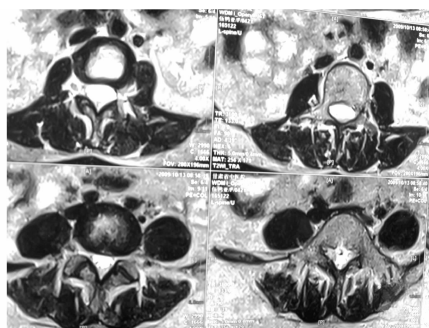
关键词 神经鞘瘤 椎间盘移位 病例报告

患者, 女, 42 岁。腰痛伴右下肢麻痛 3 年余, 加重伴左下肢麻痛 8 个月。查体: L₃、L₄、L₅、S₁ 棘突压痛, 活动受限, 直腿抬高试验双侧 40°、加强试验(+), 仰卧挺腹试验(+), 双下肢肌力 V 级, 双侧膝关节以下皮肤感觉减弱, 双膝腱、跟腱反射减弱, 末梢血供可。X 线检查: 腰椎序列正常, 生理弧度存在, 腰椎动态位片示 L₅S₁ 节段不稳, L₄ 椎体前缘轻度骨质增生, L₅S₁ 椎间隙狭窄。MRI 检查示: 在 T2WI 上见 L₃₋₄、L₄₋₅、L₅S₁ 脊膜囊弧形受压, 椎间盘信号减低, 相应椎间盘

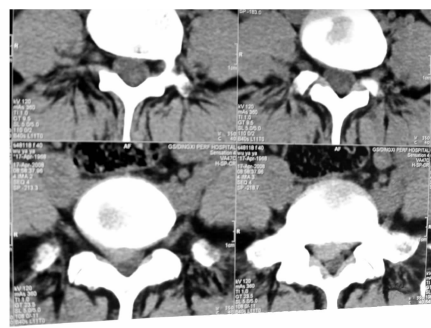
后突, 周围软组织信号无明显异常[图 1(1)、图 1(2)]。腰椎 CT 示: L₅S₁ 椎间盘向后突出, 压迫硬膜囊及神经根[图 1(3)]。治疗: 行 L₅S₁ 全椎板减压、髓核摘除、神经根松解、椎弓根钉棒系统内固定及横突间植骨融合术。术后病理报告示: 神经鞘膜瘤。诊断: L₅S₁ 椎间盘突出症合并双侧神经鞘瘤。术后 2 周, 腰围保护下下地活动; 术后 3 个月, 患者左下肢麻木、疼痛感消失, 右下肢疼痛感消失、麻木症状明显缓解, 二便可自行控制。



(1)



(2)



(3)

图 1 术前腰椎 MRI 及 CT 片

(1) MRI T1 加权像 (2) MRI T2 加权像示脊膜囊弧形受压, L₅S₁ 椎间盘信号减低

(3) CT 示 L₅S₁ 椎间盘向后突出, 压迫硬膜囊及神经根

讨 论

神经鞘瘤多发生于中年人, 常发生于脊神经后根, 且好发于脊髓的一侧, 发于双侧者较罕见。神经根性疼痛是神经鞘瘤的首发症状, 神经根刺激期主要表现为神经支配区放射痛, 疼痛部位可呈多发性、广泛性, 伴感觉异常, 病情可反复多年^[1]。

神经鞘瘤的临床表现与椎间盘突出症相同, 均由机械性压迫神经根所致。其不同点为椎间盘突出症患者休息后症状多能获得不同程度的缓解, 而神经鞘瘤患者休息后症状不能缓解, 且夜间疼痛明显。X 线检查腰椎常无明显异常表现, 因此无法对两者鉴别。CT 扫描腰椎间盘只能显示椎管内神经根横断面, 扫描层次常与腰椎间盘相同, 因此 CT 扫描也很难辨别。

MRI 检查示肿瘤在 T1 加权像呈等信号及稍高或低于脊髓的信号, 可见模糊的边界; T2 加权像其信号高于脊髓信号, 可清楚显示肿瘤大小、部位及形态, 大部分表现为髓外硬膜内占位, 脊髓受压移位。MRI 对病变的定性诊断准确率不断提高, 但受各种因素的影响, 术前 MRI 诊断病变的准确率为 18.2% ~ 73.9%^[2]。可见 MRI 检查虽有其优越性, 但是对肿瘤的最后诊断还应结合病理检查。

治疗上, 椎管内神经鞘瘤多是良性肿瘤, 手术切除效果良好, 术后很少复发^[3]。但是术中应注意神经根的走行、形态和张力, 在未明确诊断为神经源性肿瘤之前, 不能纵形减压、活检和切除, 避免判断失误给患者留下神经功能障碍。如术中高度怀疑为(下转第 76 页)

(上接第 75 页)神经鞘瘤,试行切开活检时必须严格沿神经纤维方向纵形切开,尽量避免损伤神经根。本例患者行全椎板减压、扩大神经根管、髓核摘除术后,两侧神经根压迫和刺激解除,患者腰痛、下肢麻痛症状减轻。由于椎骨结构的破坏将严重影响脊柱的稳定性,因此应行脊柱钉棒系统内固定术和两侧横突间植骨融合术,以增加脊柱的稳定性。

参考文献

- [1] 王小振,郭林新,林斌,等. 椎管内神经鞘膜瘤治疗体会[J]. 颈腰痛杂志,2006,20(4):281-283.
- [2] 马骥超,艾泉山,夏吉勇. 脊髓硬膜外神经鞘瘤临床特点分析[J]. 中国医刊,2008,43,(7):30-32.
- [3] 李健,谢清华,高梁斌. 颈丛神经根部神经鞘膜瘤 1 例[J]. 颈腰痛杂志 2006,27(4):337.

(2010-03-16 收稿 2010-08-10 修回)