

· 病例报告 ·

腰椎椎管内外痛风石 1 例

王世龙

(辽宁省海城市正骨医院, 辽宁 海城 114200)

关键词 痛风 椎管内痛风石, 椎管外痛风石, 腰椎

痛风的临床表现为关节的急、慢性炎症, 痛风石泌尿系结石及痛风性肾病。痛风石是关节炎症长期迁延不愈的表现。以关节软骨及关节周围组织多见。体表痛风石好发部位是外耳、尺骨鹰嘴、膝关节囊、跖趾、指间和掌指等处。发生在腰椎部位的痛风石临床少见, 而腰椎椎管内实为罕见。我院收治 1 例腰椎椎管内、外痛风石的患者, 报告如下。

患者男, 52 岁, 以无明显诱因出现腰部、右侧臀部疼痛伴右下肢无力 4 个月加重 3 d, 于 2001 年 3 月 7 日入院。患者 4 个月前无明显诱因出现腰部、右侧臀部疼痛伴右下肢无力, 曾于外院行 CT 检查后简单的腰部外敷药, 症状有所减轻, 未重视。于 3 d 前右侧腰臀部疼痛症状明显加重, 伴右下肢无力, 无法正常行走。经门诊检查后以腰椎管内占位收住院。既往 35 年嗜烟酒史 (平均每天 0.3 kg 白酒、60 支香烟), 15 年前曾患肺结核。10 年前患原因不明贫血, 现仍贫血。1 年前被诊断患痛风, 服小诊所开的药物 (具体用药不详)。专科情况: 神清, 痛苦贫血貌, 腹部隆突, 四肢偏瘦, 扶入病房, 腰椎生理曲度减小, 腰部右侧、右侧臀部压痛存在, L_{4-5} 棘突右侧叩痛、放射痛存在, 放射到右大腿后侧、右足跟。腰椎活动范围受限, 双下肢皮肤感觉正常, 右下肢肌力 III 级, 左下肢肌力 V 级, 双侧膝腱反射和跟腱反射均未引出。右手、右肘、双足多关节皮下可见多个痛风石, 其中右足背痛风石已融合成片。腰椎 X 线片示腰椎生理曲度减小。腰间盘 CT (4 个月前) 示 L_{4-5} 椎体水平椎管右侧见略不规则密度增高影, 密度不均匀, 脊髓受压, 右侧椎间孔略增宽 (图 1)。腰椎 MRI 平扫加增强示 L_{4-5} 层面椎管后方可见半圆形长 T_1T_2 信号影, 马尾神经受压前移, 增强后边缘轻度强化, 病灶突向附件内, 骨质未见明显破坏。腹部彩超检查, 肝胆双肾未见明显异常。实验室检查: 血常规检查 $WBC\ 6.07 \times 10^9 \cdot L^{-1}$, $RBC\ 2.13 \times 10^{12} \cdot L^{-1}$, $HGB\ 76\ g \cdot L^{-1}$, 总蛋白

$51.5\ g \cdot L^{-1}$, 白蛋白 $33.7\ g \cdot L^{-1}$, 空腹血糖 $10.3\ mmol \cdot L^{-1}$, 肝功能 $ALT\ 55.1\ U \cdot L^{-1}$, 抗溶血素 $O < 200\ IU \cdot mL^{-1}$, 类风湿因子 $< 20\ IU \cdot mL^{-1}$, 血尿酸 $331.8\ \mu mol \cdot L^{-1}$, 全量程 C 反应蛋白 $109.2\ mg \cdot L^{-1}$ 。入院初步诊断: ①腰椎管内肿瘤? ②全身多发性痛风; ③贫血; ④糖尿病 II 型。

入院后请内科会诊控制血糖、口服促进尿酸排泄药物, 同时输血纠正贫血、输白蛋白纠正低蛋白。待各项理化检查允许手术情况下于 2011 年 3 月 24 日在全麻下行 L_4 右侧椎板切除减压、椎管内外病灶清除术, 术中见 L_{4-5} 右侧骶棘肌内有一直径 2.6 cm 类圆形肿物, 其沿 L_{4-5} 右侧椎板间隙突入椎管内, 未见椎板和小关节骨质破坏, 见一 3.4 cm 大小的圆形肿物, 外有一层薄膜包裹, 其内为白色沙粒状异物。打开椎管可见椎管内脂肪组织呈颗粒状增生水肿, 硬膜囊明显受压, 见薄膜包裹的白色沙粒状异物, 长为 3.4 cm, 其将右侧 L_5 根管充填使 L_5 神经根变扁, 与硬膜囊、神经根无粘连但与 L_{4-5} 之间黄韧带粘连。术中将异物完全清除 (图 2)。椎板内外白色沙粒状异物和附近组织 3 份送病理检查, 镜下见大片坏死及巨细胞, 周围有纤维组织及淋巴细胞浸润 (图 3)。结合病史及手术所见符合痛风改变。术后嘱低嘌呤饮食多饮水, 应用非甾体类抗炎止痛和促进尿酸排泄药物。术后腰臀腿痛完全消失, 术后 1 周可以在支具保护下下床活动, 术后 12 d 出院。

讨 论

痛风又称高尿酸血症是人体内嘌呤代谢发生紊乱, 尿酸的合成增加或排出减少, 造成高尿酸血症, 血尿酸浓度过高时, 尿酸以钠盐的形式沉积在关节、软骨和肾脏中, 引起组织异物炎性反应。焦根龙等^[1]认为痛风石是痛风的一种特征性损害, 可以存在于任何关节、肌腱和关节周围软组织内。薛文等^[2]认为脊柱痛风罕见, 其发生机制可能是尿酸盐在骨内的直接沉

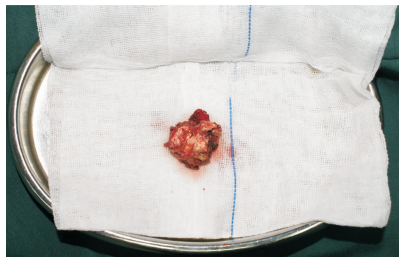


图 1 术中切取的肿物

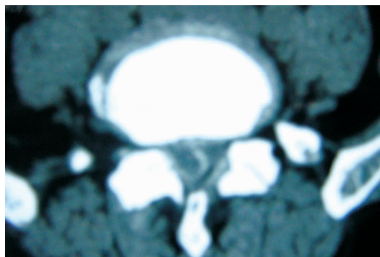


图 2 腰椎管内外痛风石术前 CT 片

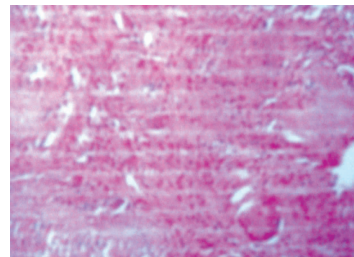


图 3 腰椎管内外痛风石术后病理片

积。本例患者没有脊柱破坏考虑为关节周围组织长期尿酸盐沉积所致。国外也有颈椎、胸椎、腰椎痛风石的文献报道^[3-6]。高嘌呤饮食、酗酒、使用利尿剂、肾功能不全、尿酸过高均是其危险因素^[3]。本例患者有 35 年酗酒史,全身多发性痛风结节,术中见白色沙粒状异物,术后病理诊断符合痛风改变,作者认为可以诊断腰椎痛风石。目前脊柱痛风的治疗方法有非手术和手术两种,如有神经压迫症状者,即使在急性期也可行病灶清除减压加内固定术,可以获得满意效果^[3]。本例因术前诊断不明确术中只采用椎管减压、病灶清除,术前术后应用抗痛风药物,患者原有症状消失,说明治疗方法有效。

参考文献

- [1] 焦根龙,李志忠,潘永勤. 腰椎间盘突出合并右侧关节痛风石 1 例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2007, 17, (12): 942.
- [2] 薛文,管晓鹂,丁孝意. 腰椎关节突痛风石一例[J]. 中华外科杂志, 2005, 43(20): 1339.
- [3] Hou LC, Hsu AR, Veeravagu A, et al. Spinal gout in a renal transplant patient: a case report and literature review[J]. Surgical Neurology, 2007, 67(1): 65.
- [4] Suk KS, Kim KT, lee SH, et al. Tophaceous gout of the lumbar spine mimicking pyogenic discitis[J]. The Spine J, 2007, 7(1): 94.
- [5] Gerard C, Jean DA, Franck M, et al. Formes cliniques rares de la goutte[J]. Revue du Rhumatisme, 2007, 74(2): 153.

(2011-05-03 收稿 2011-08-01 修回)

· 通 知 ·

全国水针刀三氧消融术尸体解剖研修班及中华筋骨三针法学习班通知

水针刀三氧消融术及筋骨针法是由中国骨伤微创水针刀学术委员会会长、张仲景国医学院教授、广东省中医院主任导师吴汉卿教授在水针刀疗法的基础上,结合三氧治疗仪所研发的新技术,研制发明的多用系列筋骨针具已获国家专利,并创立了十大筋骨针法(已编入骨伤教材),出版了《中华筋骨三针疗法》。该项技术的培训班已举办 180 余期,来自国内包括台湾、香港等地区及国外(马来西亚、新加坡、韩国)的万余名医生学习、掌握了该技术。为满足广大医师要求,现继续举办以下研修、学习班:

水针刀三氧融盘术及尸体解剖研修班:由吴汉卿教授主要传授:水针刀新针法治疗骨伤颈肩腰腿痛病、水针刀三氧融盘术。应用水针刀法结合新鲜尸体详细讲解三针法安全入路法、配合独特松解液及椎间孔扩张术、侧隐窝分离术。新颖的三针法理论、独特的十大针法、结合尸体刀法入路、水针刀挂图,有专科医院手术病人治疗,同时讲解影像诊断,保证每位学员能够独立操作。临床上可治疗腰椎间盘突出症,对颈肩腰腿痛患者具有较好的疗效。

中华筋骨三针法学习班:中华筋骨三针法是吴汉卿教授在水针刀针法九针针法基础上,根据人体生物力学,提出了人体软组织立体三角平衡学说,创立了平衡三针法。该班传授筋骨三针法原理、三针定位法、十大针法技巧。该法主要治疗:颈椎病、颈 1 横突综合症、颈 7 棘突综合症、肩关节周围炎、肌筋膜炎、腰椎间盘突出症、股骨头坏死症、膝关节骨关节炎、神经病、类风湿性关节炎、脊柱相关病等。

脊柱九病区药磁线植入技术:传授独特的脊背九大诊疗区,临床应用水针刀分离、磁线留置并配合整脊手法,快速治疗脊柱相关病,如颈源性心脏病、颈性咽炎、面瘫、三叉神经痛、癫痫、慢性支气管炎、哮喘、胃炎、胃溃疡、结肠炎、生殖疾病等。

其他:参加学习班者将授予国家级中医药 I 类继续教育学分(项目编号:390206006)

开学时间:2012 年 3 月 1 日开课,以后每月 1 日开课,需提前 2 日报到

报到地址:河南省南阳市仲景路与天山路口(水针刀专科医院)

邮政编码:473000

联系电话:0377-63282507, 13721820657

联系人:黄建

网址:www.shuizhendao.com

邮箱:shuizhendao@163.com