

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00464

腰椎间盘突出髓核脱出游离至椎管后方 1 例报告

Herniated lumbar disc transmigrated to the back of vertebral canal; a case report

顾 韬,袁 文,王新伟

第二军医大学长征医院骨科,上海 200003

[关键词] 腰椎间盘突出;髓核脱出;游离;椎管

[中图分类号] R 681.57

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2008)04-0464-02

1 临床资料 患者严某,女,60岁,以“右下肢麻木10年,加重伴双下肢疼痛1年,间歇性跛行3个月”于2007年4月6日入院(病案号:397146)。患者于10年前无明显诱因出现右下肢麻木,症状尚可耐受,未予特殊诊治,口服药物等保守治疗后症状有所改善。1年前开始出现双下肢疼痛,以左侧为重,行牵引、推拿及口服对症药物后症状改善不明显,3个月前症状明显加重,并出现间歇性跛行,行走100m左右即需坐下休息,严重影响工作和生活,遂赴我院治疗。入院查体:患者跛行入病房,L₄、L₅棘突及棘间隙存在压痛、叩痛,双下肢皮肤浅感觉未见明显异常,双下肢髂腰肌、股四头肌、胫前肌、小腿三头肌肌力5级,双足跖趾背伸肌力4级,跖屈肌力5级,双侧膝反射消失,双腿直腿抬高试验阴性,加强试验阴性。双侧髌震挛阴性,踝震挛阴性,双侧巴彬斯基征阴性。腰椎MRI检查见:矢状位L_{3/4}、L_{4/5}椎间盘信号改变,椎间盘组织向椎管内突出,压迫脊髓硬膜囊。冠状面L_{3/4}节段椎间盘组织向左侧突入椎管,并游离至椎管左后方(图1);L_{4/5}椎间盘组织向右侧突入椎管,压迫脊髓硬膜囊使之变形,相应节段小关节增生、内聚,黄韧带明显增厚,椎管狭窄。诊断为:L_{3/4}、L_{4/5}椎间盘突出症;腰椎管狭窄症。

常规术前检查排除手术禁忌后于全麻下行腰后路椎板减压、髓核摘除植骨内固定术。术中行L_{3/4}椎板减压时于椎管左后方发现1.5cm×1cm×0.8cm软组织团块,质软、灰白色(清洗后)、与周围黄韧带粘连,小心剥离摘除后留送病理。之后摘除L_{3/4}、L_{4/5}椎间盘髓核组织留送病理,探查椎管、神经根管通畅后连接内固定,术毕。术后双下肢疼痛症状明显改善,跖趾背伸肌力逐渐恢复。病理报告证实L_{3/4}椎管后方软组织及L_{3/4}、L_{4/5}椎间隙组织均为变性髓核组织。术后2个月复查,跖趾背伸肌力及术前症状均改善良好。

2 讨论 回顾患者病史,可以发现患者先出现右下肢症状,后出现左下肢症状,最后以椎管狭窄症状为主而入院。患者10年前出现右下肢麻木症状可能为向右突出的L_{4/5}椎间盘组织损伤同节段或下节段神经根所致。随着病情发展,L_{3/4}椎间盘退变加快,出现向椎管左侧的突出,此时出现以左下肢为重的双下肢疼痛。该病程中所行的牵引、推拿可能会增加L_{3/4}髓核脱出的趋势,特别是腰椎的扭转动作可能对髓核最终游离至椎管背侧产生重要作用。而随着椎间盘变性突出,椎间隙变窄,腰椎局部不稳而加快退变,导致小关节增生、内聚,黄韧带增生、肥厚,最终导致椎管狭窄,而两节段椎间盘组织的进一步突出、髓核的脱出和游离更加剧了椎管容积的变小,最终形成患者以椎管狭窄为主的临床表现,这种椎管狭窄症状是建立在椎间盘突出基础上的。

诊治经验:(1)术前进行全面的影像学检查非常重要,MRI、MRI+增强和CT对该病的诊断、病情的认识以及手术方式的选择是最为直接和有利的证据。此类疾病需与椎管内肿瘤或硬膜外血肿相鉴别,因髓核组织无血管分布,故髓核中心部分无强化表现,而周围因多有肉芽组织包绕,增强后可呈环形强化,类似于“牛眼征”,而瘢痕、肿瘤或硬膜外血肿有较丰富血供,可被强化。硬膜下髓外肿瘤的典型症状常为逐渐进展的节段性损害。如常见的脊膜瘤和神经鞘瘤,在MRI表现为硬膜下圆形或椭圆形病灶,脊髓受压移位呈半月形或条状,可见“硬膜下征”,且增强后可明显强化^[1-2],与脱出的髓核组织不难鉴别。(2)对于有影像学证据的明显的椎



图1 患者病变局部MRI检查结果
MRI冠状面见L_{3/4}髓核向左侧脱出至椎管后方

[收稿日期] 2007-10-12 [接受日期] 2008-02-24

[作者简介] 顾 韬,博士. E-mail: gutao0618@163.com

间盘突出和脱出患者应避免大重量牵引、推拿或腰部的扭转性运动,这些因素会增加突出椎间盘特别是一侧性突出的椎间盘内压力,使髓核组织更容易突破后纵韧带脱出并挤入椎管。在椎间盘的膨出或轻度突出的病理节段这些保守措施可能更有治疗意义。(3)对于此类病例的手术操作,我们认为:术前应通过影像学仔细判断突出髓核的大小、形态及出现部位,术中椎板减压更应谨慎,仔细辨别突出髓核包裹的团性组织,因髓核组织多与黄韧带粘连,且脱出髓核占据椎管容积,椎管非常狭窄,硬膜囊变形且局部张力不均,枪钳的伸入咬除动作易对脊髓产生刺激,易造成脊髓硬膜囊的撕裂。此类病例即使不存在椎管狭窄也不建议半椎板切除或开窗髓核摘除,而行全椎板切除为妥,可以彻底减压,对椎管

及根管可有良好的探查,避免因体位变动而造成游离髓核的游移,导致手术不彻底,术后症状再现。

[参 考 文 献]

- [1] Dorfmueller G, Wurtz F G, Umschaden H W, Kleinert R, Ambros P F. Intraspinal primitive neuroectodermal tumour: report of two cases and review of the literature[J]. Acta Neurochir (Wien), 1999, 141: 1169-1175.
- [2] Chang U K, Choe W J, Chung S K, Chung C K, Kim H J. Surgical outcome and prognostic factors of spinal intramedullary ependymomas in adults[J]. J Neurooncol, 2002, 57: 133-139.

[本文编辑] 贾泽军