

后外侧入路微创通道下治疗腰椎管内软骨瘤 1 例报告*

杨佳宁, 陈 宾[△], 宋有鑫, 赵丽丽, 孔庆柱, 李 戈, 赵 龙
(承德医学院附属医院脊柱外科, 河北承德 067000)

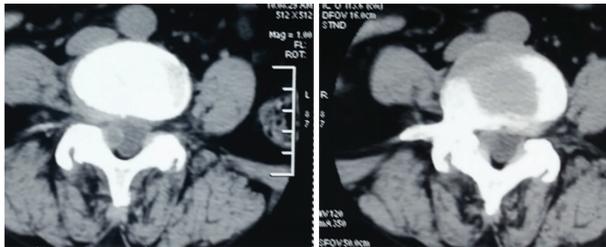
[中图分类号] R738.3 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2017)04-0568-02

骨软骨瘤也称骨软骨外生骨疣或外生骨疣,为临床常见的良性骨肿瘤之一,约占全身骨肿瘤的 8.5%^[1],多生长在四肢干骺端,而发生于腰椎管内比较少见^[2]。

1 临床资料

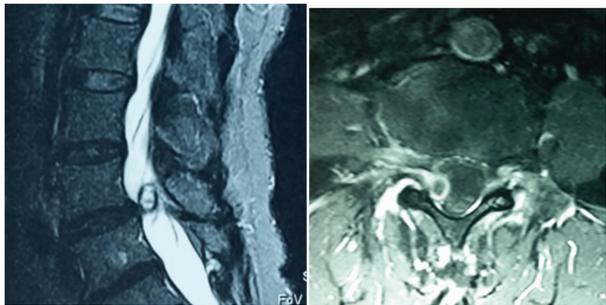
患者,女,55 岁,腰疼伴右下肢麻木痛 8 个月加重 1 周入院。查体:腰椎正常生理曲度存在,腰 4~5 棘突间隙压痛阳性,痛向右下肢放射,右下肢胫骨前肌及腓长伸肌肌力 3 级,左侧 5 级,肌张力正常,右下肢直腿抬高实验 30° 阳性,加强实验阳性,左下肢阴性,膝腱反射、跟腱反射正常,病理特征阴性。腰椎 CT 平扫示:腰 4~5 右侧隐窝见约 8 mm×9 mm 环状高密度影,中心为低密度影,外缘光滑平整,压迫硬膜囊及右侧神经根,无邻近骨质破坏(图 1)。腰椎磁共振平扫示:腰 4~5 椎间隙平面右侧隐窝 T1WI, T2WI 为周边环形低信号,中央高信号高卵圆形影,与周围组织无明显粘连,硬膜囊受压变形(图 2),患者腰椎动力位片可见腰椎不稳。入院诊断:腰椎椎管内占位性病变,骨软骨瘤不排除。

应用碘伏消毒术野,铺盖无菌巾单。首先用 C 型臂 X 射线机透视,正侧位定位腰 4、5 节段腰椎弓根体表投影,旁开约 1 cm,于左侧经皮置入 2 枚椎弓根螺钉,透视检查位置良好。随后在右侧腰椎弓根体表投射点旁 1 cm 处做后侧纵行皮肤切口,长约 4 cm。切开皮肤、皮下组织及腰背筋膜,钝性分离椎旁肌,沿多裂肌间隙,4 级套管,逐级扩张,建立工作通道,显露椎间小关节及部分椎板,切除下关节突及部分椎板、黄韧带,显露硬脊膜及腰 5 神经根,见硬膜囊外侧、腰 5 神经根腹外侧有白色硬质肿物,神经根受压明显,肿物大小为 8 mm×8 mm×8 mm,肿物不规则近圆形,边界清楚,与周围组织无粘连,分次取出肿物送病理检验后,经椎板穹窿潜行减压至对侧神经根,见对侧神经根松弛。随后行椎间植骨融合,患侧置入椎弓根螺钉。放置负压引流 1 枚,关闭切口,术毕。术后病理检查结果回报示:纤维软骨及退变坏死的纤维炎性组织(图 3),诊断为骨软骨瘤。术后切口甲级愈合。术后随访 3 个月,右下肢麻木痛无力症状明显缓解,日本骨科协会评估治疗(JOA)评分 25 分,改善指数 13,术后评分改善率 76%。腰背痛视觉模拟评分(VAS):术前 7 分,术后 3 个月随访 1 分。Oswestry 功能障碍指数(ODI)问卷表术前得分 76%,术后 3 个月随访得分 30%。



右侧隐窝见一 8 mm×9 mm 环状高密度影,中心为低密度影,外缘光滑平整,压迫硬膜囊。

图 1 腰椎间盘 CT 图



腰 4~5 椎间隙平面右侧隐窝 T1WI, T2WI 为周边环形低信号,中央高信号卵圆形影,与周围组织无明显粘连,硬膜囊受压变形。

图 2 腰椎磁共振图

本例患者采用腰椎后路微创通道下微创颈椎间孔入路的腰椎椎间融合(MIS-TLIF)手术摘除肿物,椎间融合联合椎弓根钉棒内固定术。手术过程:全身麻醉后,患者取俯卧位,常规

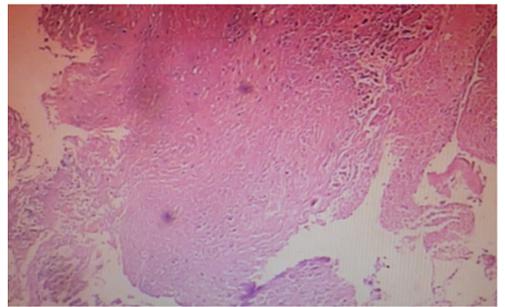


图 3 病理检查结果图



图 4 患者术后复查 X 线片

* 基金项目:2014 承德市科学技术研究与发展计划(20142045)。研究。 △ 通信作者, E-mail: drchenbing@vip.sina.com。

作者简介:杨佳宁(1982—), 硕士, 主治医师, 主要从事脊柱微创外科

2 讨 论

椎管内骨软骨瘤生长位置隐蔽,早期诊断困难,较易引起误诊、漏诊,本例患者入院前曾于当地医院以腰椎退行性病变长期反复保守治疗,症状缓解一般。如此类疾病存在明确神经损害,一经确诊,应积极手术治疗。常规后外侧入路其显露肿瘤过程中难免对椎旁肌进行切开、剥离,椎旁肌的存在对于脊柱整体稳定性的维持具有重要意义,手术操作过程中为充分显露术野,使用牵拉器械对椎旁肌进行牵拉等操作,在一定程度上都会对椎旁肌造成损害,并可能带来术后卧床时间较长,术后深静脉栓塞、肺炎及术后长期下腰痛等不良后果。本例手术通过采用旁正中入路,在多裂肌天然间隙内钝性分离肌束并插入工作通道,由小到大逐级放置扩张套管,肌纤维逐渐被推开,肌肉排列顺序不会改变,由于避免了暴力操作,术中肌肉压力降低,肌肉损伤程度减轻,术后瘢痕组织减少,有效地保留了椎旁软组织的生理功能^[3]。通过完善术前检查与术中确定好肿瘤位置,后外侧入路开窗覆盖肿瘤的椎板扩大切除,再从肿瘤四周把包绕肿瘤正常结构逐渐分离,保护好临近硬脊膜与神经

根,骨刀劈开肿瘤,分次切取瘤体,蒂部位扩大切除,同时潜行对侧,显露椎管,探查对侧神经根管,进行对侧神经根减压松弛。对侧采用经皮椎弓根螺钉内固定术,避免了以往手术采用双通道的术式,组织损伤更少。对于此类患者,笔者认为,微创通道下手术治疗创伤小,出血少,术后恢复快,可供临床参考。

参考文献

[1] Moon KS, Lee JK, Kim YS, et al. Osteochondroma of the cervical spine extending multiple segments with cord compression[J]. *Pediatr Neurosurg*, 2006, 42(5): 304-307.
 [2] 陈仲强, 党耕町, 高子芬, 等. 脊柱骨软骨瘤[J]. *中华骨科杂志*, 1997(1): 49-51, 83.
 [3] Ozgur BM, Yoo K, Rodriguez G, et al. Minimally-invasive technique for transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF)[J]. *Eur Spine J*, 2005, 14(9): 887-894.

(收稿日期: 2016-10-13 修回日期: 2016-11-14)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.04.053

嗜酸性粒细胞小肠炎 1 例

何文静¹, 王兰兰², 闵敏², 刘岩^{2△}, 徐杨²

(1. 河北省承德市宽城满族自治县医院内窥镜室 6632526; 2. 解放军第三零七医院消化内科, 北京 100071)

[中图分类号] R574.5

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)04-0569-02

嗜酸性粒细胞胃肠炎(eosinophilic gastroenteritis, EG)是嗜酸性粒细胞消化道炎的一种,临床极少见,且缺乏特异性,故易误诊、漏诊^[1-2]。现报道 1 例以腹痛并黑便为主要表现的弥漫性黏膜病变型嗜酸性粒细胞小肠炎。

1 临床资料

患者,男,50 岁,主因“中上腹痛 2 周,黑便 1 周”入院。缘于 2 周前无明显诱因开始出现中上腹间断性隐痛,可耐受,多于空腹时发作,进食后可略缓解,伴反酸、烧心、恶心、腹胀,余无特殊不适,就诊于当地医院予对症治疗,效果不佳。1 周前开始排黑色成形软便,1~2 d 1 次,量中等,具体不详,便中未见鲜血,再次就诊于当地医院查胃镜提示十二指肠球炎伴出血、慢性胃炎伴糜烂,予抑酸保护胃黏膜、止血及对症等治疗,

患者大便色泽转黄,但仍感腹痛。查体:腹软,中上腹压痛,肠鸣音 3 次/min。辅助检查结果回报:血常规示白细胞 $11.10 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞 $1.90 \times 10^9/L$ 、嗜酸性粒细胞百分比 17.20%;本院胃镜检查示反流性食管炎(LA-A)、慢性胃炎、十二指肠球炎、十二指肠降段多发糜烂灶(图 1);胶囊内镜示小肠多发糜烂(图 2);肠镜示回盲末端黏膜糜烂性病变(图 3);病理示十二指肠降段黏膜慢性炎症,间质内嗜酸性粒细胞显著增多,倾向嗜酸性肠炎;回盲部黏膜慢性炎症,有大量嗜酸性粒细胞浸润(图 4);腹部增强 CT 未见异常。治疗上给予控制高蛋白、海鲜类等食物,保护胃黏膜,口服醋酸泼尼松片(40 mg/d),2 周后腹痛较前减轻,逐步减量,经电话随访,第 3.5 周腹痛感消失。

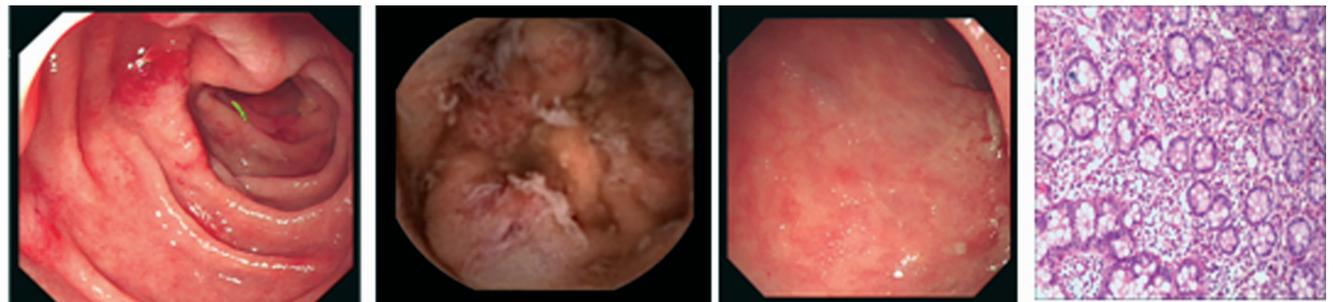


图 1 胃镜检查

图 2 胶囊内镜检查

图 3 肠镜检查

图 4 组织病理与检查 (HE×100)

2 讨 论

嗜酸性粒细胞小肠炎是 EG 的一种,嗜酸性粒细胞消化

道炎是嗜酸性粒细胞从食管到直肠的黏膜层、黏膜下层甚至全层过度积累浸润,并活化脱颗粒损害周围正常细胞,导致胃肠