

个案报告

腰椎峡部裂性滑脱伴骨化性蛛网膜炎 1 例报告

任忠明, 籍剑飞, 张银华, 吴宏飞

(武警浙江省总队医院脊柱外科 武警骨科医学专科中心 314000 嘉兴市)

中图分类号: R681.5, R742.6 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-06-0477-02

患者男性, 59 岁。因“腰痛 10 年, 加重伴右下肢放射痛、麻木 20d”于 2006 年 8 月 4 日入院。患者 10 年前无明显外伤或其他诱因出现腰背部疼痛, 站立负重、活动时加重, 休息后稍缓解。20d 前腰痛加重, 并向右下肢放射, 有麻木感, 下肢无力、行走困难。1 周前曾在外院就诊, 行 MRI 检查示 L3/4~L5/S1 水平椎管内异常信号、L4 椎体 I 度滑脱、L3/4~L5/S1 椎间盘膨出 (图 1), 脊髓造影示 L3/4

水平以下椎管完全阻塞 (图 2), CT 示 L3/4~L5/S1 椎管内骨化灶 (图 3), 给予对症保守治疗 1 周, 疗效欠佳, 转入我院。查体: L3~S1 棘突区压痛、叩击痛, 沿右下肢放射痛, 直腿抬高试验左 55°、右 60°, 加强试验阳性, 屈颈、挺腹试验阳性, 双膝反射、跟腱反射均减弱, 肛周、提睾反射正常, 病理征未引出。X 线斜位片示 L3~L5 双侧峡部裂 (图 4)。诊断为“腰椎峡部裂性滑脱伴骨化性蛛网膜炎”。



图 1 MRI 显示 L3/4~L5/S1 水平椎管内异常高信号, L4 椎体 I 度滑脱 图 2 脊髓造影示 L3/4 水平以下椎管完全阻塞 图 3 CT 示 L3/4~L5/S1 椎管内见骨化灶 图 4 X 线斜位片示 L3~L5 椎弓峡部裂

连续硬膜外麻醉下行 L3~L5 全椎板切除减压、L3~S1 椎弓根螺钉内固定加后外侧植骨融合术。术中见 L3~L5 双侧椎弓峡部裂; L3/4~L5/S1 水平椎管内硬脊膜无搏动, 并与周围脂肪粘连, 触之质地坚硬; 切取病变组织时见硬脊膜、蛛网膜增厚粘连严重, 局部骨化明显, 部分马尾神经被分隔骨性包裹, 稍剥离牵拉就会产生放射症状, 故除全椎板切除彻底减压外, 只切取部分病变组织, 以减少对马尾神经的干扰或损伤, 同时由于术中未出现脑脊液外漏, 未对硬脊膜行修补缝合; 于 L3 椎弓根水平以上蛛网膜内抽取 5ml 脑脊液化验, 并注入 500mg 甲基强的松龙。

病理报告示蛛网膜组织伴局灶骨化 (图 5, 后插图 I), 脂肪组织伴少量炎症细胞浸润, 黄韧带慢性炎症。脑脊液检验示外观淡黄色, 红细胞计数 $3.84 \times 10^6/L$, 白细胞计数 $0.001 \times 10^6/L$, 葡萄糖含量下降 (2.10 mmol/L)、蛋白含量升高 (296.0 mg/24h)、腺苷脱氨酶升高 (20 U/L)、潘氏试验阳性。

术后给予激素、抗炎、神经营养等治疗 1 周, 患者腰痛腿痛症状缓解, 但残留右下肢轻度麻木。术后拍 X 线片复查示全椎板减压充分, 内固定位置良好, 正位片仍见椎管内正中央纵行条索状高密度影 (图 6)。经 6 个月以上随访, 患者除右小腿后外侧仍感麻木外, 原腰腿痛症状消失, 现已从事轻体力劳动, 近期疗效满意。



图 6 X 线片示全椎板减压充分, 内固定位置良好, 椎管内正中央纵行条索状高密度影

讨论 骨化性蛛网膜炎临床上罕见^[1],是继发于多种致病因素的反应性炎症导致蛛网膜的钙化与骨化^[2]。蛛网膜位于硬脊膜与软脊膜之间,本身无血管供应,缺少炎症反应的能力,但在病原刺激下,血管丰富的硬脊膜与软脊膜发生活跃的炎症反应,进入慢性期以后,引起蛛网膜的纤维增厚,并使蛛网膜与硬脊膜及软脊膜发生粘连成为脊髓蛛网膜炎^[3],极少数病例最后演变成蛛网膜的钙化或硬膜骨斑^[4]。脊髓蛛网膜炎发病原因分为原发性和继发性,前者不多见,继发性病因包括脊髓造影、脊柱手术、外伤、感染等。分析本例骨化性蛛网膜炎发病原因可能与腰椎峡部裂伴多节段椎间不稳有关,可能是局部异常活动反复压迫刺激硬脊膜及蛛网膜所致。MRI、CT 扫描、脊髓造影检查是诊断骨化性蛛网膜炎的有效方法,在临床上需与椎管内肿瘤、脊髓血管畸形等相鉴别。关于脊髓蛛网膜炎的治疗,至今仍有争议,但考虑腰椎峡部裂伴椎体滑脱、骨化性蛛网膜炎均是本例患者出现腰腿痛症状和体征的原因,因此

我们采取了积极的手术治疗,除全椎板切除减压手术外,另选用了椎弓根螺钉系统内固定融合术,术后辅激素、神经营养等治疗,取得了较满意的临床疗效。

参考文献

1. Kriaa S, Hafsa C, Zbidi M, et al. Arachnoiditis ossificans of the lumbar spine: a case report [J]. Joint Bone Spine, 2006, 73 (6): 765-767.
2. Faure A, Khalfallah M, Perrouin-verbe B, et al. Arachnoiditis ossificans of the cauda equina: case report and review of the literature [J]. J Neurosurg, 2002, 97 (Suppl 2): 239-243.
3. 李义凯, 王爱华, 张志凌. 脊髓蛛网膜炎 [J]. 颈腰痛杂志, 2000, 21 (2): 166-168.
4. Wilkinson HA. Arachnoiditis ossificans [J]. J Neurosurg, 2003, 98 (Suppl 2): 226-227.

(收稿日期: 2007-01-15 修回日期: 2007-03-29)

(本文编辑 彭向峰)

读者·作者·编者

(六) 如何写医学期刊的论文引言?

李伟霞

(《中国脊柱脊髓杂志》编辑部 100029 北京市)

引言也叫导言或前言,是指医学论文开端的一段短文,是对正文的简介,它起到提纲挈领、引导读者阅读的作用。引言应回答“为什么作此项研究?”、“采用什么方法研究?”、“解决什么问题?”及“有何重要意义?”。引言中应以简短的篇幅介绍论文的写作背景和相关领域的前人研究历史与现状,以说明本研究与前人工作的关系、目前研究的热点和存在的问题等,以便读者了解该文的概貌。

引言写作要求:①开门见山,紧扣主题,文字生动、简洁、有吸引力。一开头就能让读者接触到文章的中心,了解文章的基本内容是什么,医学期刊论文的引言应避免大篇幅地讲述历史渊源和立题研究过程。②言简意赅,突出重点。引言中不应详述同行熟知的,包括教科书上已有陈述的基本理论和实验方法内容,确有必要提及他人的研究成果和基本原理时,只需以参考引文的形式标出文献即可。在引言中提示本文的工作和观点时,意思应明确,语言应简练。③评价应恰如其分,尊重科学,实事求是。在论述本文的研究意义时,应注意分寸,切忌夸大及不实之词;同时也避免客套。④引言的内容不应与摘要雷同,也不应是摘要的注释。引言一般应与结论相呼应,但应避免结论纳入引言。⑤不需加小标题,不分段论述,不插图和列表,不使用非通用的符号、术语或缩略词,英文缩写首次出现时应给出中文全称和英文全拼。⑥引言文字不宜过长,一般以 200~250 字为宜。

目前稿件中引言的常见问题:①引言过于简单,有些论文的引言,三言两语,只说明了研究目的,缺乏背景材料、目前现状或存在的问题,未达到导语的作用。②引言冗长繁杂,笔者曾见到一篇稿件的引言长达 1500 字左右,如同一篇文献综述。过多地引证国内外文献进展,或过多地回顾历史,或详细地交代某一事物的来龙去脉,或重复一些众所周知的道理。③未紧扣文章主题,与主题无关的内容出现在引言中。④使用让读者产生困惑的缩略语或英文缩写。⑤不切实际的自我评价。在引言中尽可能避免“未见报道”、“首次报道”、“达到国际先进水平”和“填补国内空白”等自我评语。⑥文章结论出现在引言中。

总之,作者应重视论文引言的写作,简练而精彩的引言能起到抛砖引玉的作用,让读者对文章产生良好的初始印象,产生阅读的兴趣。