

进一步提高颈椎管内肿瘤的诊疗水平

侯铁胜

(上海长海医院骨科 200433 上海市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2011.07.01

中图分类号: R739.4 文献标识码: A 文章编号: 1004-406X(2011)-07-0529-02

在颈椎外科, 颈椎管内肿瘤较多见。颈椎管内肿瘤易造成颈脊髓受压, 其致残率较高, 甚至可危及生命。近年来, 随着现代影像学技术和先进外科手术技术的推广应用, 国内越来越多医院的脊柱外科开展了颈椎管内肿瘤的诊疗工作, 其诊断的准确率和手术疗效总体良好, 但误诊、漏诊和严重手术并发症等时有发生, 从而影响临床疗效, 甚至引起严重后果。因此, 如何提高颈椎管内肿瘤的诊治水平值得引起我们的关注和重视。

1 熟悉分类对诊断、治疗和预后判断的指导意义

颈椎管内肿瘤可来源于椎管内各种组织, 如脊膜、神经根、脊髓实质、血管、椎管壁组织及胚胎残余组织等。临床上, 通常根据肿瘤与脊髓、硬脊膜的关系将颈椎管内肿瘤分为三类, 即髓内肿瘤、髓外硬膜下肿瘤和椎管内硬膜外肿瘤。

1.1 髓内肿瘤

约占 10%~20%。主要包括星形细胞瘤和血管瘤等。其中, 星形细胞瘤属于恶性肿瘤, 预后差。因肿瘤位于脊髓内, 且侵犯脊髓, 术前脊髓功能往往已明显受损, 切除肿瘤时可引起或加重脊髓损伤, 术后发生甚至加重截瘫的可能性大, 因此, 术前应作出明确诊断, 不要将其当髓外硬膜下肿瘤手术。同时, 笔者建议对此类肿瘤, 最好与神经外科医生合作, 应用显微外科技术分离、切除肿瘤, 尽可能减少脊髓损伤。

1.2 髓外硬膜下肿瘤

约占 60%~70%。主要包括神经鞘瘤、神经纤维瘤、脊膜瘤等, 多为良性肿瘤, 生长缓慢, 预后良好。对此类肿瘤, 应强调在尽量保留脊髓和神经根功能的前提下, 完整切除肿瘤, 以减少复发率。

1.3 椎管内硬膜外肿瘤:

约占 10%~20%。包括良性肿瘤和恶性肿瘤。前者以神经纤维瘤、脂肪瘤、血管瘤为主, 肿瘤完整切除相对容易, 预后良好; 后者多为转移性肿瘤、淋巴瘤等, 预后差, 临床应注意寻找原发灶, 视情况选择治疗方法: 如患者一般情况较好, 骨质破坏较局限, 可行手术治疗, 术后辅以放疗或化疗。

2 了解临床特点对早期诊断和手术决策的价值

颈椎管内肿瘤常无典型的临床表现, 其早期诊断往往较为困难。此外, 其压迫脊髓、神经根和周围组织引起的上肢麻木、放射痛、手内肌萎缩、下肢无力、步态不稳、锥体束征阳性及膀胱括约肌功能障碍等, 也难与其他脊髓疾患和脊髓压迫症相鉴别。

2.1 上颈椎椎管内肿瘤的临床特点

上颈椎(C1~C2)位于枕颈连接部位, 解剖结构特殊而复杂。位于此区域的椎管内肿瘤具有如下临床特点: (1) 因上颈椎椎管腔大于下颈椎, 存在较大的代偿间隙, 当肿瘤小时不易发现, 而临床出现症状时往往肿瘤已较大。因此, 对于枕颈部出现慢性进行性加重疼痛、夜间痛者, 应及时行颈椎 MRI 检查, 尽早作出明确诊断。(2) 上颈椎椎管内有延髓的延续部分, 与呼吸和心跳中枢具有密切联系的重要结构, 位于上颈椎的椎管内肿瘤, 其体积较大, 与周围组织粘连较紧密, 分离切除肿瘤常较困难。尤其位于腹侧的肿瘤, 术中可能导致呼吸和心跳骤停而危及生命, 因此, 上颈椎管内肿瘤手术的难度和风险明显大于下颈椎。

作者简介: 男(1950-), 教授, 研究方向: 脊柱外科

电话: (021)81873391 E-mail: houtsh@sh163.net

2.2 下颈椎椎管内肿瘤的临床特点

发生在下颈椎(C3~C7)的椎管内肿瘤具有如下的临床特点:(1)因下颈椎椎管官腔较上颈椎小,颈膨大位于此区域,其代偿间隙小,发生肿瘤后症状出现早,且根性症状重。应注意与其他颈椎疾患和脊髓压迫症相鉴别,及时行颈椎 MRI 检查。部分患者行普通颈椎 MRI 检查未见异常改变,但行增强 MRI 检查后发现肿瘤的存在。因此,为防止漏诊,对可疑患者,必要时应行增强 MRI 检查。(2)下颈椎椎管内肿瘤,由于椎管腔较小,分离切除肿瘤时易损伤脊髓和神经根,因此,术中应力求细致精巧,达到既要完整切除肿瘤又不损伤脊髓和神经根的要求。

3 掌握手术要点和技巧是确保疗效和预防并发症的关键

3.1 手术应在全麻插管下进行

切除颈椎管内肿瘤,通常需采取俯卧位,手术时间长,术中对呼吸和循环系统可能造成影响,尤其是切除上颈椎椎管内肿瘤更易发生意外情况。因此,术中麻醉管理显得非常重要。为确保手术能安全、顺利的完成,应强调手术必须在全麻插管下进行。

3.2 切断齿状韧带

齿状韧带位于颈髓两侧,呈三角形,起于软脊膜,其尖端穿越蛛网膜止于硬脊膜内面。对颈髓具有固定作用,可防止左右摆动,在行髓外硬膜下肿瘤切除时,为避免在分离和切除肿瘤时对颈髓过度牵拉,应切断手术区域的齿状韧带。但在切断齿状韧带时应注意仔细显露和操作,避免损伤脊髓和神经根。

3.3 牵吊和填充技术

在分离切除位于髓外硬膜下或椎管内硬膜外肿瘤时,部分显露后,应在肿瘤包膜上用缝线牵吊,然后从肿瘤下方或上方开始,逐渐向周围分离。同时在牵吊下方分离肿瘤,并用明胶海绵充填,这样,既有利于切除肿瘤,也可达到止血目的。特别是对体积较大的肿瘤,因其切除后留下的空间较大,往往术中出血多,止血困难,如在分离切除肿瘤的同时用明胶海绵充填可达到满意的止血效果。

4 哑铃状肿瘤宜行分次手术

位于颈椎管内的神经鞘瘤,可沿神经根生长,穿过椎间孔到达椎管外,肿块形成哑铃状。以往有学者主张,对此种肿瘤,如完全切除困难,可只切除椎管内部分,而位于椎间孔外的部分可保留,以避免因损伤椎动脉和椎静脉而造成不良后果。此外,此类肿瘤生长缓慢,手术时已行全椎板切除减压,术后即使存留肿瘤增大,一般不会造成对脊髓或神经根压迫。但随着现代影像学技术、手术方法、术中麻醉管理和术后 ICU 的不断进步,上述观点受到了质疑。目前,大多数学者主张,对此类肿瘤,应采用一期前后路或分次前后路手术切除肿瘤。虽然已有不少采用一期前后路手术切除肿瘤的成功报道,但笔者认为此类肿瘤属良性肿瘤,生长缓慢,为确保手术安全和减少并发症,以行分次前、后路手术切除肿瘤为宜。根据肿瘤的部位和大小,可采取先行后路或前路手术,3 周后再行前路或后路手术。

5 重建枕颈部稳定和下颈椎选择性内固定术

切除颈椎管内肿瘤后,重建和维持颈椎稳定性非常重要。切除上颈椎椎管内肿瘤,往往需要切除 C1 后弓和 C2 椎板,术后可发生枕颈部不稳。因此,在切除上颈椎椎管内肿瘤的同时应行枕颈融合内固定术。近年来,不少文献报道证实,枕颈融合内固定术对重建枕颈部稳定,特别是抗旋转具有重要作用。切除下颈椎椎管内肿瘤需行全椎板切除。目前,全椎板切除后是否需行内固定重建稳定性仍存在争议。但不少学者认为,如切除 3 个以上椎板应考虑稳定性重建。有研究证明,颈椎侧块螺钉内固定术是行椎板切除后维持颈部曲度,防止后凸畸形的有效方法。笔者认为,下颈椎椎板切除后,并非都要行稳定性重建,但如存在如下情况之一者应考虑稳定性重建:(1)青少年患者;(2)术前存在颈椎不稳者;(3)术中需切除小关节者;(4)肿瘤复发者。在行肿瘤切除的同时应行颈椎侧块螺钉内固定术。

总之,颈椎椎管内肿瘤无论从局部解剖、病理分类、临床表征、手术要求都有其特殊性,因此,对脊柱外科,特别是骨科医生对颈椎管内肿瘤,应进一步加强其诊治水平的提高!

(收稿日期:2011-05-24)

(本文编辑 刘彦)