

4. Mirkovic S, Cybulski GR. Thoracic Disk Herniations. In: Garfin SR, Vaccaro AR, eds. Orthopaedic Knowledge Update: Spine [M]. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1997: 87-96.
 5. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Uematsu Y, et al. Symptoms of thoracolumbar junction disc herniation: clinical case study [J]. Spine, 2001, 26(22): E512-518.
 6. Mulier S, Debois V. Thoracic disc herniations: transthoracic, lateral, or posterolateral approach? a review [J]. Surg Neurol, 1998, 49(6): 599-608.
 7. Currier BL, Eismont FJ, Green BA. Transthoracic disc excision and fusion for herniated thoracic discs [J]. Spine, 1994, 19(3): 323-328.
 8. Love JG, Kiefer EJ. Root pain and paraplegia due to protrusions of thoracic intervertebral disks [J]. J Neurosurg, 1950, 7(1): 62-69.
 9. Hulme A. The surgical approach to thoracic intervertebral disc protrusions [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960, 23(5): 133-137.
 10. Simpson JM, Silveri CP, Simeone FA, et al. Thoracic disc herniation: re-evaluation of the posterior approach using a modified costotransversectomy [J]. Spine, 1993, 18(13): 1872-1877.
 11. Bohlman HH, Zdeblick TA. Anterior excision of herniated thoracic disc [J]. J Bone Joint Surg (Am), 1988, 70(7): 1038-1047.
- (收稿日期: 2005-12-16 修回日期: 2006-01-12)
(英文编审 蒋欣)
(本文编辑 卢庆霞)

短篇论著

椎管内裂头蚴病 2 例报告

刘宇军

(广西桂林市南溪山医院骨科 541002)

中图分类号: R383.3, R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2006)-02-0137-02

椎管内裂头蚴病是一种罕见的中枢神经系统寄生虫病。据不完全统计, 至 2004 年 12 月, 国内文献报告椎管内裂头蚴病仅 3 例^[1-3]。我院收治 2 例, 报告如下, 并结合文献加以讨论。

病例 1, 男, 40 岁, 农民。10 个月前无明显诱因出现反复腰背痛, 近月余伴双下肢麻木无力, 大小便失禁, 于 1990 年 2 月 15 日入院。查体: 脊柱无叩痛和畸形, 腹股沟以远感觉、运动、腱反射丧失, 鞍区无感觉, 肛门括约肌松弛, Frankel A 级。X 线片显示胸腰段脊柱左侧凸, CT 示 T12~L5 段脊髓增粗, 白细胞 6.5×10^9 个/L, 嗜酸性细胞百分比正常。拟诊为脊髓肿瘤, 行手术探查。术中见硬脊膜增厚, 脊髓粗, 无搏动, 切开硬膜见蛛网膜增厚, 脊髓表面及实质内有許多变性坏死组织及米粒大小白色颗粒物, 尽可能去除圆锥表面、马尾神经上的坏死组织及颗粒物。病理检查为死亡虫体, 大量炎细胞浸润, 虫体内为石灰小体及许多纵横交错的平滑肌。诊断为裂头蚴病。术后疼痛解除, 但神经功能无改善。现失访。

病例 2, 女, 52 岁, 农民。3 年前出现大小便费力, 近 1 年出现右侧腰腿痛, 大便 10 余天解 1 次, 小便解不尽。于 2005 年 5 月 10 日入院。查体: 腰椎无畸形及压痛, 双下肢感觉运动正常, 鞍区麻木, 直腿抬高试验(-), MRI 示 L4~S2 段椎管内纵行等 T1、等 T2 信号, 信号不均匀, 抑水像仍呈等信号, 增强呈中度强化(图 1); 白细胞 5.17×10^9 /L; 嗜酸细胞百分比 21.5%, 绝对值 1.11×10^9 个/L; 腰椎穿刺

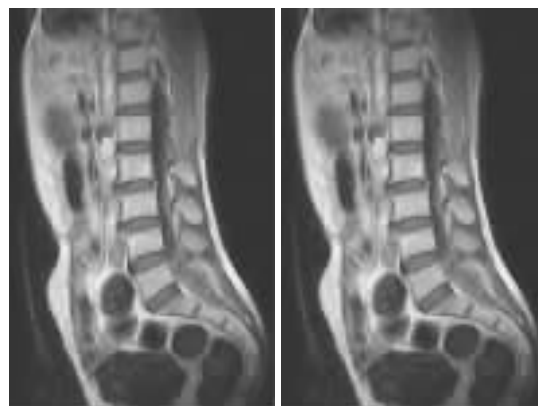


图 1 MRI 示 L4~S2 椎管内纵行等 T1、等 T2 不均匀信号

测脑脊液压力为 160mmH₂O, 蛋白阳性, 细胞总数 28×10^6 /L, 白细胞 21×10^6 /L, 糖 1.04mmol/L, 蛋白 1.05g/L。拟诊为炎性病变。术中见马尾神经粗、乱、粘连; 有葡萄样囊泡样物, 聚集成团, 能完整摘除, 增粗粘连的马尾神经未做处理。病理检查为坏死虫体, 其内分布石灰小体及平滑肌(图 2, 后插页 I), 诊断为裂头蚴病。术后 1 周复查, 白细胞 6.58×10^9 个/L, 嗜酸性细胞百分比 10.3%, 绝对值 0.69×10^9 个/L, 术后 2 个月随访, 双下肢感觉运动正常, 残留腰腿痛, 较术前减轻, 能劳动, 但大小便功能仍未恢复正常。

讨论 裂头蚴是假叶目裂头科迭宫属曼迭宫绦虫

(下转第 141 页)

2. Williams B. Sciatica caused by sacral nerve root cyste[J]. Lancet, 1971, 1: 137.
3. Nicpon KW, Lasek W, Chyczewska A. Cauda equine syndrome caused by Tarlov's cysts—case report [J]. Neurol Neurochir Pol, 2002, 36(1): 181–189.
4. Friedman H, Weinberg PE. Imaging sacral nerve root cysts [J]. Surg Neurol, 1986, 26(6): 585–590.
5. Willinsky RA, Fazl M. Computed tomography of a sacral perineural cyst [J]. J Computer Assisted Tomography, 1985, 9(3): 599–601.
6. Blank W, Brawanski A. Intracanal meningeal cyst demonstrated by magnetic resonance imaging [J]. Neurosurg Rev, 1992, 15(4): 323–325.
7. Mummaneni PV, Pitts LH, McCormack BM, et al. Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts [J]. Neurosurg, 2000, 47(1): 74–79.
8. Voyadzis JM, Bhargava P, Henderson FC. Tarlov cyst: a study of 10 cases with review of the literature [J]. J Neurosurg, 2001, 95 (Suppl 1): 25–32.
9. Caspar W, Papavero L, Nabhan A, et al. Microsurgical excision of symptomatic sacral perineural cysts: a study of 15 cases [J]. Surgical Neurology, 2003, 59(2): 101–105.
10. 陶惠人, 王全平, 李新奎, 等. 骶管内蛛网膜囊肿的外科治疗 [J]. 中华外科杂志, 2002, 22(1): 22–23.
11. 许国华, 叶晓健, 李家顺, 等. 骶管内囊肿的临床研究 [J]. 脊柱外科杂志, 2004, 2(2): 79–81.

(收稿日期: 2005-06-05 修回日期: 2005-12-28)

(英文编审 蒋欣)

(本文编辑 彭向峰)

(上接第 137 页)

中幼虫期。曼氏迭宫绦虫分布广, 其生活史需 3 个宿主, 成虫寄生于猫、犬等肉食动物小肠内, 虫卵孵化成钩尾蚴, 被第一中间宿主剑水蚤吞噬后发育成原尾蚴, 剑水蚤被第二中间宿主蝌蚪吞食后发育成裂头蚴, 当蝌蚪发育成蛙被蛇、鸟等转续宿主吞食后, 不发育为成虫, 第二宿主或转续宿主被猫、犬等终宿主吞食后方发育成虫。曼氏裂头蚴病是一种人兽共患寄生虫病, 世界各国均有散发报告, 但以东南亚较为多见, 在国内多见于浙江、福建、广东和广西。寄生于人体的裂头蚴主要分布于表皮、粘膜下或浅表肌肉内, 寄生于眼部最多, 其次为颌面和躯体^[4], 累及中枢神经系统较少, 而其中以脑为多^[5]。人体感染裂头蚴主要有两条途径: 即裂头蚴或原尾蚴经皮肤粘膜直接侵入或误食裂头蚴或原尾蚴。综合文献感染方式大致有 3 种: ①民间传说蛙肉有清凉解毒作用, 用生蛙肉外敷伤口。②食用未熟感染裂头蚴的蛙、蛇、鸟等动物。③饮用不洁水源或皮肤粘膜接触此类水源。病例 1 为伐木放排农民, 有长期食用生水习惯, 病例 2 有经常食用蛙肉习惯, 大致符合上述感染途径。饮用不洁水源可能是主要感染途径, 但如今喜食半熟野生动物的饮食方式也增加了感染机会。

本病临床表现与椎管内占位性疾病无特殊差异, 多表现为相应平面脊髓及马尾受压症状, 易误诊为腰椎间盘突出症及脊髓肿瘤, 血中嗜酸性粒细胞升高有诊断价值。但文献中报告血中嗜酸性粒细胞多在正常范围。影像学检查报告以炎性病变或脊髓肿瘤(胶质瘤)居多。MRI 是目前脊髓疾病诊断最有力的工具, 由于该病的病理生理主要是虫体迁移性及虫体死亡激发的局部炎性反应, 因而亦表现为炎性病变的信号特征。ELISA 法查血清、脑脊液中裂头蚴抗体呈阳性。Nishiyama 认为化学荧光 ELISA 法比微量比色 ELISA 法效价高 10 倍以上, 具有高度特异性及敏感性,

是人体曼氏裂头蚴病的一种可靠免疫学诊断方法^[6], 但大多数医院尚未开展此项目。因此术前做出正确诊断很困难, 确诊必须依靠病理检查。其特征性的病理结构是散在分布的同心圆形石灰小体及交错分布的平滑肌, 多为死虫体, 但也有脑裂头蚴活虫体的报告, 应与椎管内其它寄生虫病鉴别, 如猪囊虫病及包虫病, 前者为猪肉绦虫病, 有食米猪肉史, 后者为牧区病。

此病药物治疗无效, 完整切除肉芽肿及寄生虫才是有效方法^[7]。但临床上较为困难的是术中见到的炎性病变与脊髓等神经组织浸润粘连时难以彻底切净, 术后神经功能改善不理想, 甚至有复发可能。

参考文献

1. 廖烈庆, 柯瑞莲. 脑脊髓裂头蚴病一例光镜和电镜病理观察 [J]. 中华神经精神科杂志, 1991, 24(4): 239.
2. 赵恒梅. 脊髓裂头蚴病 1 例报告 [J]. 中国人兽共患病杂志, 1998, 14(5): 44–49.
3. 李西融. 脊髓裂头蚴病致瘫一例报告 [J]. 广西医学, 2001, 23(5): 133.
4. 刘国章. 我国人体曼氏裂头蚴病概况 [J]. 中国寄生虫病防治杂志, 1990, 3(2): 152.
5. 陈宏, 吴劲松, 周良辅, 等. 脑裂头蚴病的诊断与外科治疗 [J]. 中国临床神经科学, 2003, 11(2): 166–169.
6. Nishiyama T, Ide T, Himes SR, et al. Immunodiagnoses of human Sparganosis mansoni by microrchemiluminescence enzyme-linked immunosorbent assay [J]. Trans R Soc Trop med Hyg, 1994, 88(6): 663.
7. Kim DG, Peak SH, Chang KH, et al. Cerebral Sparganosis: clinical manifestations, treatment, and outcome [J]. J Neurosurg, 1996, 85(6): 1066–1071.

(收稿日期: 2005-08-02 修回日期: 2005-10-10)

(本文编辑 卢庆霞)