

胸椎包虫病 1 例报告

陈建¹, 杨东琪², 郭龙¹, 王华¹, 田进财¹

(1 宁夏银川国龙医院脊柱外科; 2 放射科 750004 银川市)

中图分类号: R383.3, R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2008)-12-0951-02

患者女性, 45 岁, 因“胸背部疼痛 3 年, 伴双下肢感觉运动障碍 9 个月”于 2008 年 1 月收住院。患者 3 年前无明显诱因出现胸背部疼痛, 近 9 个月来疼痛加重, 并出现双下肢疼痛、麻木、无力, 易摔跤, 并有遗尿现象。无寒战高热、午后低热, 无体重进行性下降, 有犬及羊密切接触史。查体: 以 T8 椎体为中心呈后凸畸形, 局部压痛, 明显叩痛。躯干自第 12 肋弓以下皮肤感觉减退, 双下肢肌张力增高, 双侧髂腰肌、股四头肌肌力 4 级, 左侧胫前肌、踝背伸肌、小腿三头肌肌力 4 级, 右侧胫前肌、踝背伸肌、小腿三头肌肌力 2 级, 右侧上腹壁反射正常引出, 左侧上腹壁反射及双侧中、下腹壁反射未引出, 肛门反射未引出, 肛门括约肌松弛。双侧膝腱反射及跟腱反射亢进。Babinski 征 (+), Chaddock 征 (+), 双侧髌、踝阵挛阳性。胸椎正侧位 X 线片示 T8、T9 椎体右侧缘虫蚀状骨质破坏, T8/9 椎间隙变窄, 呈后凸畸形(图 1、2)。CT 示 T8 椎体呈囊泡状骨质破坏并侵及右侧椎弓根, 病灶处见大量碎骨块形成, 椎体右侧缘可见有壁多囊状低密度灶, 病灶内密度均匀(图 3)。MRI 示 T8 椎体骨质呈多房性囊状破坏, 子囊外见均匀一致、连

续低信号的外囊, 厚约 2mm(图 4、5)。实验室检查: 包虫三项试验(Casoni 试验、间接血凝试验、对流免疫电泳试验)阳性, 血沉 8mm/h, C 反应蛋白 3.4mol/dl。入院后诊断: T8 椎体骨质破坏性质待定, 包虫病? 椎体结核?

入院第 5 天在静脉-吸入复合麻醉下行经胸前路病灶清除、椎管探查减压、骨水泥钛网钢板内固定手术。术中见 T8 椎体右侧有 4×5×6cm 大小肿物。用纱布保护好肿物周围, 纵形切开见大小不等的子囊压迫脊髓, 用刮勺、吸引器清除囊皮、囊液及子囊, 然后用石炭酸棉球擦拭囊壁, 20%高渗盐水浸泡 15min, 制作植骨床, 取合适长度钛网并骨水泥灌注后钢板固定。切除组织病理学检查证实为细粒棘球蚴病(图 6, 后插页 II)。术后给予阿苯达唑 400mg/d、西咪替丁 400mg/d 口服治疗, 连续 3 个月。术后 2 周下地活动, 3 个月复查神经功能完全恢复, 在 5 个月随访时, 无胸背部疼痛, 双下肢感觉运动正常, 生活自理, 能骑摩托车, 复查 X 线片示钢板螺钉固定良好(图 7), 复查 MRI 未见复发及新的病灶出现(图 8)。

讨论 包虫病又称细粒棘球蚴病, 是一种人、畜共患

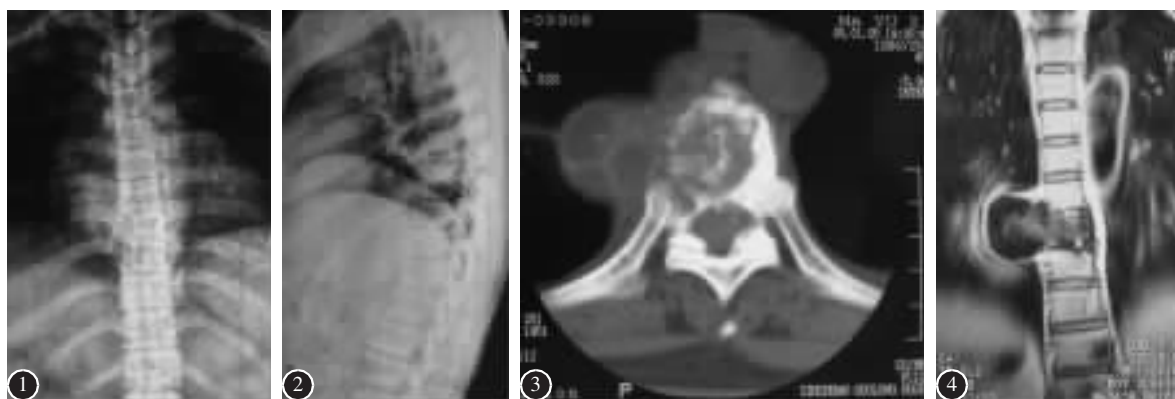


图 1、2 术前正侧位 X 线片示 T8 椎体骨质破坏呈虫蛀样改变, 椎体楔形变, T8/9 椎间隙狭窄并后凸畸形 图 3 CT 示 T8 椎体见多个大小不等的囊状膨胀性低密度骨缺损, 有硬化环的软组织肿块突向椎体右侧及椎管形成边缘清晰 图 4 MRI 冠状面示 T8 椎体呈中低混杂信号, 右缘处见囊实性病灶, 病灶呈高低混杂信号, 以高信号为主, 边界清晰, 病灶内可见分隔

的地方性传染病, 骨包虫病占有包虫病的 0.5%~2%, 脊柱包虫病约占整个骨包虫病的 60%^[1]。

脊柱包虫病的诊断需结合临床、影像学、血清免疫学检查及病理学检查综合分析。患者一般有明确的牧区生活

史及犬、羊密切接触史, 起病隐匿, 病程较长, 不合并发热、消瘦等全身症状, 首发症状主要表现为病变部位的疼痛, 易被误诊或漏诊, 就诊时多有神经损害。盛伟斌等^[2]报告 14 例脊柱包虫病例中 12 例表现有不同程度的脊髓损害。Pamir 等^[3]报告在牧区脊柱包虫病引起的脊髓、神经压迫症占同期所有脊髓、神经压迫症患者的 1.1%~14%。脊柱包

(下转第 96 页)

第一作者简介: 男(1975-), 医学学士, 主治医师, 研究方向: 脊柱外科

电话: (0951)4109040 E-mail: chenjian20041214@sina.com

第三届全国微创脊柱外科学术会议暨 2008(重庆)国际微创脊柱外科前沿论坛延期举办通知(6):441,(7):553 全国骨科主任临床诊疗经验与手术操作技能技巧演示高研班(6):446,(7):506,(9):664 第二届全国骨关节结核专题研讨会延期通知(6):454,(7):493,(8):640 欢迎订阅 2009 年《中国脊柱脊髓杂志》(7):556,(8):564,(9):644,(10):784,(11):819,(12):909 2008 年全国颈椎外科及颈性眩晕专题研讨班通知(8):562 第一届首都骨科高峰论坛通知(8):612 《中国骨伤》2009 年征订启事(8):626 《实用骨科杂志》征订启事(9):672,(10):775 第二届“全国脊柱脊髓复合性损伤新进展学习班”通知(9):676 欢迎订阅《中华骨科杂志》(10):751 欢迎订阅 2009 年《脊柱外科杂志》(10):756 第四届全国脊柱外科学术论坛暨国际脊柱外科学术会议通知(10):770 第 3 届湘雅国际脊柱外科学术大会暨 2009 中国骨科医师协会(长沙)脊柱外科新技术培训班通知(10):779,(11):831,(12):933 《中国微创外科杂志》2009 年征订通知(11):837 第九届国家级《脊柱畸形》医学继续教育学习班通知(12):904 《经皮激光椎间盘减压术》一书出版发行(12):948 首届全国脊柱非融合新技术研讨会顺利召开(12):①

《中国脊柱脊髓杂志》稿约------(1):后插页
《中国脊柱脊髓杂志》第五届编辑委员会委员名单------(1):4
沉痛哀悼饶书城教授------(2):84
《中国脊柱脊髓杂志》2008 年第 18 卷 1~12 期索引与总目次----- (12): 951

(上接第 951 页)



图 5 MRI 横断面示 T8 椎体骨质呈多房性囊状中低混杂信号,子囊外见均匀一致、连续低信号的外囊 图 7 术后 5 个月复查 X 线片示钢板螺钉固定良好 图 8 术后 5 个月复查 MRI 未见新的病灶及复发,脊髓无受压

虫病的 X 线表现缺乏特异性,CT 主要表现为多个大小不等的囊状膨胀性低密度缺损,向椎旁四周侵入形成边缘锐利有硬化环的肿块。多数学者认为 MRI 是目前诊断脊柱包虫病的最敏感和有效的方法之一^[1,2,4-6],主要表现为两大特征:(1)病灶呈多囊性改变,T1 加权像呈囊状、多房性低信号;(2)T1WI 表现为母囊信号高于子囊。本例患者有犬、羊密切接触史;病史较长,有脊髓神经受压迫症状;CT 示 T8 椎体呈囊泡状骨质破坏;MRI 示 T8 椎体骨质呈多房性囊状破坏,子囊外见均匀一致、连续低信号的外囊;包虫病三项试验阳性;诊断明确。

目前脊柱包虫病的治疗以手术切除为主,辅以药物治疗。Yildiz 等^[6]报告,采用病灶清除、骨水泥填塞残腔手术,术后服用阿苯达唑治疗是目前治疗包虫病的最佳方法之一。但是阿苯达唑难溶于水,胃肠道内吸收差,血药浓度低,对包虫病的治愈率仅为 30%。温浩等^[7]报道采用肝药酶抑制剂西咪替丁联合阿苯达唑可以提高疗效。本例患者行经胸前路病灶清除、椎管探查减压、骨水泥钛网钢板内固定手术,术后给予阿苯达唑 400mg/d、西咪替丁 400mg/d 口服治疗 3 个月。在术后 5 个月随访时神经功能恢复良好,

但随访时间较短,有待于进一步远期效果观察。

参考文献

1. Islekeli S, Erakin Y, Zileli M, et al. Spinal hydatid disease[J]. Spinal Cord, 1998, 36(3): 166-167.
2. 盛伟斌, 刘毅, 徐小雄, 等. 脊柱包虫病的临床特点及诊断方法[J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(1): 7-12.
3. Pamir MN, Özdoğan K, Elmazlı I. Spine hydatid disease[J]. Spinal Cord, 2002, 40(4): 153-160.
4. Pedrosa L, Saiz A, Arrazola J. Hydatid disease radiologic and pathologic features and complications[J]. Radiographics, 2000, 20(3): 796-797.
5. 刘大鹏, 谢增如, 张锐, 等. 骨包虫病的诊断及治疗[J]. 中华骨科杂志, 2004, 24(7): 403-407.
6. Yildiz Y, Bayrakci K, Altay M, et al. The use of polymethylmethacrylate in the management of hydatid disease of bone[J]. J Bone Joint Surg Br, 2001, 83(7): 1005-1008.
7. 温浩, 杨文光, 维通, 等. 人体包虫病诊断和治疗的现状与进展[J]. 新疆医科大学学报, 1996, 19(3): 183-184.

(收稿日期: 2008-04-30 修回日期: 2008-05-16)

(本文编辑 朱琳)