

镜检为肥厚脂肪组织。术后神经症状无改变。皮质类固醇逐渐减量到20mg/日,三周后停药,哮喘控制良好。术后10周死于消化道出血。尸检证实为食道溃疡侵蚀动脉所致。硬脊膜外仅有少量脂肪。脊髓正常。

有报告指出:当皮质类固醇减量或停药时,纵膈脂肪减少或消失,说明脂肪的沉积和应用类固醇有关。本病例死后检查硬脊膜外脂肪显著减少,系因死前7周泼尼松量已减少到20mg/日。有19例报告指出:纵膈脂肪增多症多发生在大剂量(60mg/日)给药2月内,或小剂量(7.5mg/日)治疗5年后。最常见于肾移植病人,也可见于胶原性血管病、哮喘、肺间质病和血液病病人。本例手术探查和死后检查均未见其他原因,其脊髓受压显然是由于大剂量、长时间皮质类固醇治疗引起硬膜外脂肪增多造成的。

本病例提示:今后临床上大剂量、长时间应用皮质类固醇治疗时,应警惕这种潜在的破坏性神经系统合并症。

[Butcher DL等; Annals of Internal Medicine

90(1):60, 1979 (英文)

王志辉摘,王者晋、游国雄校]

呈布朗一塞夸综合征的脊髓硬膜外脓肿

本文报告一例文献上未曾报导过的罕见的呈布朗一塞夸综合征的脊髓硬膜外脓肿,并回顾了有关文献。该例与一般髓外病变有两点不同:1)呈布朗一塞夸氏综合征,2)无疼痛与压疼。

患者女性,69岁。因左下肢无力,不能站立、行走一天而入院。入院前一周自觉“感冒”,发热、厌食、头疼、恶心及呕吐,曾用抗菌素治疗。入院前一天症状好转,但发现行走困难,于数小时内左下肢完全麻痹。无胸疼、背疼。入院当时检查:体温38℃,脉搏78次,呼吸14次,血压150/80毫米汞柱。整个左下肢明显无力,“发麻”,不能站立和行走。左脚趾及踝部本体感觉消失,无Babinski反射,无踝阵挛,双下肢腱反射减弱。右下肢肌力正常而疼觉减弱,躯干无确切感觉消失水平。脊柱无叩疼。入院时白血球9000。腰穿:单核细胞100,蛋白640毫克%,糖52毫克%。X线检查:颈、胸、腰段脊柱无骨髓炎的证据。住院第二天出现尿失禁。脊髓造影显示为硬膜外病变,胸₃—胸₆有部分梗阻。于住院第三天进行椎板切除术,从黄韧带下排脓3毫升,脓肿主要位于左后、外侧沟处。硬膜变白、变厚,创口用枯草杆菌抗菌素溶液灌洗后闭合。脓

汁培养:生长出金黄色葡萄球菌。手术创口骨碎片病理检查,没有骨髓炎改变。化验:血、尿培养正常。胸部X线正常。牙及皮肤检查未发现感染灶。术后经过良好。术后八天可以站立。住院44天后扶杖步行出院。术后复查脊管流动情况,无梗阻表现。术后一年,双下肢运动、感觉、反射都正常。

讨论:布朗一塞夸综合征常常是由外伤性脊髓半切断或非外伤性髓内病变所引起,而非外伤性硬性外病变所致者少见。曾有少数报告描述了此综合征可因自发性硬膜外血肿、颈椎病、急性间盘突出所引起。

脊髓硬膜外脓肿的典型表现有:背疼及根疼、高热、棘突压疼及进行截瘫。但在500多例的本病文献报告中,没有一例出现布朗一塞夸综合征,也没有一例无疼痛。

1938年Stammer报告七例中的一例,继发于胸椎硬膜外结核性肉芽肿,有慢性根疼及单瘫,但是没有叙述本体感觉及疼觉缺乏的问题。

Dandy对脊髓硬膜外脓肿的临床症状和病理改变曾有很好的叙述。颈、腰区孤立性病变比胸部脓肿少见。儿童病例少见。

最近Baker的39例,20例急性、19例亚急性发作。32例找到感染源,为疖子、呼吸道感染、牙的感染及骨髓炎。26%有菌血症。12例有外伤史。再次强调了背和根疼、发热、压疼及截瘫为本病的临床表现。全部病人都有严重的背疼,34例有根疼。急性发作的病人都有白血球增多及发热。全部脊髓造影都是异常的。病变的平均大小为4—5个脊椎。脑脊液蛋白及细胞都增高,糖正常。20例原发部位在胸椎,12例在腰椎,7例在颈椎。脓肿部位:有32例位于后部。全部病例的致病菌为金黄色葡萄球菌。15例手术,10例恢复良好。

本文讨论的病人是可治疗的、非典型表现的罕见病例,支持了如下论点:即布朗一塞夸综合征可以发生在硬膜外病变,发生的原因可能与硬膜下面的局部水肿或神经实质缺血有关。

[Davidson RI等, Surg Neurol 19(3):195,

1978 (英文) 李鸿智摘 陈谅校]

脊髓纵裂(附6例报告)

脊髓纵裂(Diasrematomyelia)是一种罕见的先天性畸形,起因于神经外胚层神经管闭合不全,导致脊髓发育不良,常在脊髓远侧某一段上出现一纵沟,将脊髓劈开,分成两个“半脊髓”,各自包有一个独立的硬脊膜鞘。每个半脊髓只含有一个前角和一个

后角,故有别于双脊髓畸形。迄今文献报导此症未逾300例,大多数年龄在15岁以下,仅有个别成人病例报导。本文介绍6例,年龄最小者仅5个月,最大者15岁。

临床症状:脊髓纵裂往往同时伴有其它畸形诸如:骨骼畸形以及皮肤异常表现如皮窦、血管瘤、脂肪瘤、多毛症等,为诊断此症的重要线索。临床上神经障碍并不占主导位置,只是体检发现而已。患儿常因脊柱侧凸、后凸、脊柱裂、下肢左右不等长、单下肢肌萎缩、各种足畸形(跖内翻、马蹄内翻足、距内翻等)等不同原因前来就诊。本组中2例因脊柱裂、2例因脊柱侧凸伴神经症状、1例因足穿通性溃疡、1例因尿潴留求治,始发现此病。

放射学检查:一、脊柱平片可见:1.椎体畸形:椎体融合、半椎体、双半椎体、蝶翼椎体、脊柱裂、椎体发育不全均常见(Keim组占65%,Hilal组85%)。本组中2例呈椎体融合伴半椎体一只。椎体畸形与脊髓纵裂并不在同一部位上。2.后弓畸形:常为隐性脊柱裂,本组占5例。往往伴有椎板上下纵向融合。椎弓根间距离增宽,椎管前后径亦增宽。3.骨刺:为脊髓纵裂之特征,赖以确诊。其位置多变,文献中50%位于腰₁₋₃,向上至胸₅发生率递减,胸₅以上则罕见。本组5例骨刺分别位于胸₅、胸₇₋₁₀、胸₁₂、腰₁及腰₃。另1例系纤维性刺,故在平片上不显现。二、脊髓腔碘油或空气造影:正位断层片上可显示一纵沟,长短不一,而骨刺则大多位于其下端。骨刺的存在于儿童发育期会妨碍脊髓的上升,故圆锥部位置往往偏位,本组中占3例。

治疗:手术目的在于松解两个“半脊髓”并解除骨刺压迫之害。椎板切除范围应包括骨刺所在区及其上下各2个椎节。经硬膜外摘除骨刺务尽,然后纵向切开每个半脊髓之内侧面硬膜,广泛分离粘连,直至两“半脊髓”可完全游离活动为止。硬膜前壁无须缝合,其后壁应整形修复缝合。

结果:本组6例手术无死亡。术后随访除1例仅3个月外均达1~5年不等。结果堪称满意:3例神经症状都得到恢复,骨畸形均保持稳定,术后无1例继续恶化者。故早期诊断、早期手术能起预防作用,有防止病程继续恶化之功效。

作者强调指出,儿科、矫形外科及神经外科大夫在临床上每遇脊柱侧凸、后凸畸形、足畸形伴神经症状以及中线皮肤异常表现之患儿,应警惕脊髓纵裂之可能性,始不至于延误诊断。

[Lapras C等; Neurochirurgie 24(6):381,

1978(法文)张天锡摘 编辑组校]

由于后纵韧带骨化所致的颈脊髓病

报导一例由于后纵韧带骨化(OPLL)所致的颈脊髓病的临床病理研究,并通过复习文献对本病的临床病理特征进行了讨论。患者为男性、75岁的日本人,于1976年因步态障碍30年而住院治疗。从1942年他曾因双手感觉异常和力弱而求治。几年后症状累及下肢,1959年病残停止工作,1966年以后的十年出现进行加重的四肢瘫。患者矮小,发育不良,营养差。除双侧霍纳氏征外,颅神经无异常。颈活动受限,特别在旋转和后伸时明显。Lhermitte氏征易于出现。双手、臂、肩的肌肉普遍萎缩,拇指对掌不完全,双上肢肌力中度减退,双下肢严重痉挛状态,不能行走,左Babinski征和双侧踝阵挛阳性。颈₅₋₆以下有明显的感觉减退,震动觉减退,各趾位置觉缺失,无感觉分离。有尿潴留和便秘,双小腿皮肤变薄、干燥、发凉。

实验室检查和胸部X线片均未见异常。颈椎片见颈椎₄₋₅₋₆和第一胸椎前缘中度骨刺增生以及椎体间骨桥形成,第5颈椎的高度缩小,但椎间隙不窄,椎体后缘骨刺不明显,椎间孔不小。在侧位断层片上沿椎体后缘从第2颈椎到第7颈椎有0.25厘米厚的致密的骨化结构,它使得椎管严重狭窄,经测量此处椎管前后径小于7毫米。腰穿检查未见明显异常,椎管通畅。肌电图研究,二头肌、桡侧伸腕肌、第一背间肌和鱼际肌显示去神经电位,入院后二个月出现进行性梗阻性黄疸,入院后三个月死亡。

尸检发现胰头癌。脑重1300克。第₅₋₆颈椎处后纵韧带增厚局部肿胀,第₆₋₇颈椎水平局限性狭窄,于第₅₋₆颈椎水平脊髓被狭窄的前后径所压迫,色苍白。双侧中部、侧部脊髓均受压而苍白,右侧较重,脊髓第₅₋₆颈节明显压扁,脊髓第6颈节前后径仅有2毫米。

组织学检查发现,主要为脊髓颈段的变性,累及楔束、薄束及束间束,其次为侧索,同时有髓鞘脱失,胶质增生、毛细血管增生。下颈段受压处髓鞘纤维广泛破坏,前角细胞明显丧失。尽管由于后纵韧带骨化所造成的机械压力作用在脊髓腹侧,而产生的变性却发生在脊髓背侧部和两侧部。

文献中由于后纵韧带广泛骨化所致的慢性颈脊髓病,于1960年首先被日本作者所报导。1964年寺山等推荐“颈椎的后纵韧带骨化”(OPLL)一词,以与强直性脊椎炎、老年性强直性骨肥厚病以及脊椎的骨关节炎相区别。