

42 例儿童脊髓髓内占位病变临床特征的回顾性分析

向永军

(苏州大学附属儿童医院神经外科, 江苏 苏州 215002)

【摘要】目的 分析 42 例儿童脊髓髓内占位病变的临床特征及相关检查结果, 为临床诊治该疾病提供参考。**方法** 回顾性分析 2016 年 1 月至 2021 年 1 月苏州大学附属儿童医院确诊为脊髓髓内占位病变的 42 例患儿的临床资料, 统计并分析患儿性别、发病年龄、病变部位、病理组织学类型、首发症状、主要症状、体格检查结果, 以及 X 线、CT、MRI 及病理检查结果; 42 例脊髓髓内占位病变患儿均进行手术治疗, 并于术后持续随访 12 个月, 统计患儿术前和术后 12 个月疼痛、二便障碍及运动障碍发生情况。**结果** 42 例患儿中男患儿 23 例, 女患儿 19 例; 年龄 2 个月~14 岁, 平均 (5.63 ± 1.47) 岁; 病程 5 h~11 年, 平均 (3.64 ± 1.21) 年。病变部位以腰段最多, 颈胸段次之; 首发症状以肢体活动障碍最为常见, 其次为疼痛; 症状则以肢体运动障碍最为常见, 其次为腰背痛、腹痛及肢体颈肩疼痛; 体格检查以腱反射异常, 肌力下降, 浅反射消失, 步态异常最为常见; 42 例患儿均进行脊髓 MRI 检查, 其成像显示均存在髓内异常信号区与病变段脊髓出现增粗现象。病理类型以良性肿瘤较为常见; 所有患儿均进行手术治疗, 其中手术全切 24 例, 次全切 4 例, 部分切除 14 例, 手术全部获得成功, 均于术后持续随访 12 个月, 与术前比, 术后 12 个月患者疼痛与运动障碍发生率显著降低 ($P < 0.05$); 手术前后二便障碍发生率相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 儿童脊髓髓内占位病变多为良性, 首发症状多为肢体运动障碍和疼痛, MRI 能为其临床诊疗提供可靠依据, 而尽早发现、诊断并进行手术治疗, 则能够有效减少占位压迫对于脊髓造成的损伤, 提高预后质量。

【关键词】 脊髓髓内占位病变; 临床特征; 核磁共振成像

【中图分类号】 R729

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0084.05

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.028

脊髓内部出现的占位性异常病变被称为脊髓髓内占位病变, 主要由肿瘤、血肿及炎性肉芽肿所致, 由于表达能力的限制, 儿童无法像成年人一样准确察觉到自身异常, 且难以清晰表达病情^[1]。儿童脊髓髓内占位病变所产生的占位会导致脊髓受到压迫, 进而产生占位效应, 如不及时进行手术切除以解除脊髓受压, 则会导致神经功能障碍甚至受损, 造成永久性损伤, 对患儿后期日常生活造成严重影响^[2-3]。由于脊髓髓内占位病变临床表现因受占位位置和病程差异影响而较为多样化, 导致诊断难度较高, 且容易造成误诊, 延误治疗时机^[4-5]。本研究回顾性分析苏州大学附属儿童医院收治并确诊的 42 例脊髓髓内占位病变患儿的临床资料, 以进一步丰富临床数据, 为后期诊治提供更多数据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 1 月至 2021 年 1 月苏州大学附属儿童医院收治并确诊的脊髓髓内占位病变患儿 42 例的临床资料, 其中男患儿 23 例, 女患儿 19 例; 年龄 2 个月~14 岁, 平均 (5.63 ± 1.47) 岁; 病程 5 h~11 年, 平均 (3.64 ± 1.21) 年。本研究经院内医学伦理委员会批准。

1.2 检查与手术方法

1.2.1 检查方法 X 线检查: 21 例患儿进行脊柱 X 线检查, 取仰卧位, 以移动式数字摄影 X 线系统对其颈、胸、腰段部位进行扫描, 设置机器参数为电压 75 kV, 电流 500 mA; CT 检查: 5 例患儿行 CT 检查, 取仰卧位, 以双层螺旋 CT 对其颈、胸、腰段部位进行扫描, 设置机器参数为电流 180 mA, 电压 120 kV, 层厚 5.00 mm, 层间距 5.00 mm; MRI 检查: 所有患儿均进行脊髓 MRI 检查, 取仰卧位, 以磁共振成像系统对患儿全脊柱进行检查, 设置机器扫描参数为 T1WI: TR/TE=400 ms/13 ms, T2WI: 3 500 ms/120 ms, 层数 5 层, 层厚 5 mm, 层间距 1 mm, 矩阵 352×512, 采集患儿矢状位与轴位图形, 并对图像无法明确辨别的部分患儿进一步进行增强扫描。

1.2.2 手术方法 42 例脊髓髓内占位病变患儿均进行手术治疗, 其中手术全切 24 例, 次全切 4 例, 部分切除 14 例, 取术中切除的病变组织, 进行病理检查。手术全部获得成功, 所有患儿于术后每个月进行 1 次随访, 观察患儿疼痛、二便障碍、运动障碍恢复情况, 持续随访 12 个月。

1.3 观察指标 ①统计 42 例脊髓髓内占位病变患儿的首发症状、病程、病理特征、病变部位, 以及有无疼痛、运动障碍、二便障碍等情况。②统计所有患儿的病变部位

作者简介: 向永军, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 小儿脊柱疾病。

分布情况。③统计所有患儿的首要症状、主要症状发生情况。④统计患儿体格检查异常情况。⑤分析患儿 X 线、CT、MRI 检查结果。⑥统计患儿术前和术后 12 个月疼痛、二便障碍及运动障碍发生情况。

1.4 统计学方法 通过 Excel 2007 录入数据,并通过 SPSS 22.0 统计学软件分析数据,计数资料以 [例 (%)] 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 42 例脊髓髓内占位病变患儿临床资料统计 统计 42 例脊髓髓内占位病变患儿的临床资料,包括首发症状、病程、病理特征、病变部位,以及有无疼痛、运动障碍、二便障碍,见表 1。

2.2 42 例脊髓髓内占位病变患儿病变部位统计 42 例脊髓髓内占位病变患儿以腰段病变最多,占比为 28.57%,颈胸段病变次之,占比为 21.43%,见表 2。

2.3 42 例脊髓髓内占位病变患儿临床症状统计

2.3.1 42 例脊髓髓内占位病变患儿首发症状 42 例脊髓髓内占位病变患儿的首发症状以肢体活动障碍最为常见,发生率为 52.38%,其次为疼痛,发生率为 33.33%,见表 3。

2.3.2 42 例脊髓髓内占位病变患儿主要症状 42 例脊髓髓内占位病变患儿的主要症状以肢体运动障碍最为常见,发生率为 59.52%,其次为腰背痛、腹痛及肢体颈肩疼痛,发生率为 35.71%,见表 4。

2.4 42 例脊髓髓内占位病变患儿体格检查 对 42 例脊髓髓内占位病变患儿进行体格检查后发现,以腱反射异常最为常见,发生率为 88.10%,其次为肌力下降、浅反射消失及步态异常,发生率为 76.19%,见表 5。

2.5 42 例脊髓髓内占位病变患儿辅助检查结果分析

2.5.1 X 线检查 21 例患儿进行脊柱 X 线检查,检查结果显示,椎弓根受压、椎板破坏 9 例,脊柱畸形 2 例,椎间隙变窄 6 例,椎管增宽 4 例。

2.5.2 CT 检查 5 例患儿进行 CT 检查,检查结果显示,患儿最终成像均显示存在有脊髓肿瘤,所有患儿经 CT 检查后,均能对病变节段进行定位,且 CT 影像显示为椎管内占位性病变。

2.5.3 MRI 检查 所有患儿均进行了 MRI 检查,检查结果显示,所有患儿均有病变段脊髓增粗和髓内异常信号区。①病例 8,男患儿,10 岁,术前 MRI 检查示 L₁~L₃ 长节段实质性脊髓占位,腰骶部 MRI 示占位处 T2WI 表现为稍高信号,脊髓受挤压,脊髓圆锥低位,见图 1-A。②病例 27,男患儿,6 岁,术前 MRI 检查示 C₇~T₁ 颈髓腹侧类圆形囊性占位,脊髓受压向背侧移位,见图 1-B。③病

例 33,男患儿,4 岁,术前 MRI 检查示:L₁~L₃ 节段脊髓内实质性占位,脊髓受压变形,见图 1-C。④病例 26,女患儿,1 岁,术前 MRI 检查示:L₄~S₂ 节段椎管内索条状占位,增强显示腰骶部椎管内稍低信号占位,边界清晰,见图 1-D。⑤病例 30,女患儿,11 岁,术前 MRI 检查示:颈髓 C₄~C₇ 节段索条状占位,MRI 增强显示占位高信号,强化明显,边界清晰,见图 1-E。⑥病例 21,男患儿,1 岁,术前 MRI 检查示:颈胸髓 C₆~T₅ 长节段脊髓内索条状占位,MRI 增强显示为低信号,强化不明显,边界不清,见图 1-F。

2.5.4 42 例脊髓髓内占位病变患儿病理检查 所有患儿均进行手术治疗,并于术后进行病理检查,病理结果显示:畸形血管团、表皮样囊肿、椎管内囊肿、皮样囊肿、星形胶质细胞瘤、神经母细胞瘤、神经鞘瘤各 2 例;局部血管畸形、出血、骶尾部发育异常、白血病细胞浸润、室管膜瘤、节细胞胶质瘤、卵黄囊瘤、低度恶性神经鞘瘤、局部胶原纤维组织增生、小圆细胞恶性肿瘤、毛细胞星形细胞瘤、多发性神经纤维瘤、潜毛窦、纤维脂肪组织增生、脊膜瘤、单纯性囊肿、局部炎性病变伴肉芽组织形成、纤维与脂肪组织伴局部出血改变、肠源性囊肿、椎管内 SMARCB1 缺陷性肿瘤、星形细胞瘤、生殖细胞瘤、毛细血管瘤、血管源性肿瘤、胶质母细胞瘤、局部出血、周围组织纤维增生、上皮囊肿、缺陷性肿瘤各 1 例。

2.6 42 例脊髓髓内占位病变患儿术后相关症状恢复情况 与术前比,术后 12 个月患者疼痛、运动障碍发生率均显著降低,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);手术前后二便障碍发生率相比,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 6。

3 讨论

脊髓髓内占位病变指脊髓内的肿瘤,对脊髓的位置存在压迫性,具有占位效应。随着影像学技术的发展,脊髓肿瘤的定位和定性已可以得到较为明确的诊断。脊髓内肿瘤较大时,神经系统受损严重,且手术时稍有损伤便会导致瘫痪,因此临床对于脊髓内占位病变多主张早诊断、早治疗的原则,通过显微外科手术切除病变,可得到较好的治疗效果。

本次研究中经统计发现,脊髓髓内占位病变患儿的临床症状以肢体障碍与疼痛最为常见。疼痛多为钝痛或放射性疼痛,极少数患儿则表现为神经根痛;脊髓外肿瘤早期明显症状多为肿瘤部位的明确神经根痛,而髓内肿瘤所导致的疼痛水平相对较轻且范围较为模糊,部分患儿可能被诊断为消化系统疾病,因此对于婴幼儿的不明确疼痛,需进行充分检查,以避免因误诊而延误治疗^[6]。肢体障碍主要表现为肢体无力、跛行等,这是由于肿瘤在患儿髓内呈偏心

表 1 42 例儿童脊髓髓内占位病变临床资料

序号	性别	年龄	首发症状	病程	病理特征	病变部位	疼痛	运动障碍	二便障碍
1	男	4 岁	头晕、四肢无力	10 d	局部血管畸形、出血	颈胸段 (延髓髓内占位)	无	有	无
2	女	8 个月	骶尾部肿物	20 d	骶尾部发育异常	腰段 (L ₅ ~S ₄)	无	无	无
3	女	4 岁	咳嗽伴背部疼痛	7 d	白血病细胞浸润	颈胸段 (C ₅ ~T ₂)	有	无	无
4	女	6 岁	骶尾部肿物	5 年	表皮样囊肿	腰段 (S ₁ ~S ₃)	无	无	无
5	男	9 岁	右上肢无力、右眼视力障碍	3 年	室管膜瘤	颈段 (C ₂ ~C ₃)	无	有	无
6	女	12 岁	腰部疼痛、下肢无力	11 年	节细胞胶质瘤	胸腰段 (T ₆ ~L ₁)	有	有	无
7	女	2 岁	阵发性腹痛伴尿少	1 d	畸形血管团	颈胸段 (C ₇ ~T ₄)	有	有	有
8	男	10 岁	小便排出困难	1 d	卵黄囊瘤	腰段 (L ₁ ~L ₃)	无	无	有
9	女	4 岁	左下肢跛行	1 年	低度恶性神经鞘瘤	腰段 (S ₁ ~S ₃)	无	有	无
10	男	1 岁	排尿困难	1 年	表皮样囊肿	腰段 (L ₄ ~S ₁)	无	无	有
11	女	6 岁	颈部疼痛	15 d	局部胶原纤维组织增生	颈段 (C ₃ ~C ₃)	有	无	无
12	女	4 岁	腰骶部间断疼痛	9 d	小圆细胞恶性肿瘤	腰段 (L ₅ ~S ₃)	有	无	无
13	女	6 岁	左腿间断疼痛及跛行	15 d	椎管内囊肿	胸腰段 (T ₁₂ ~L ₂)	有	有	无
14	男	4 岁	左足跛行	3 年	毛细胞星形细胞瘤	颈段 (C ₁ ~C ₂)	无	有	无
15	男	3 岁	全身咖啡斑	3 年	多发性神经纤维瘤	颈胸段 (C ₁ ~C ₂)	无	无	无
16	男	7 岁	反复腰痛	8 个月	皮样囊肿	腰段 (L ₄ ~L ₅)	有	无	无
17	女	2 岁	颈部反复疼痛后间断发热	13 个月	潜毛窦	颈段 (C ₃ ~C ₇)	有	无	无
18	男	6 岁	颈部歪斜、右侧背痛、步态异常	8 d	纤维脂肪组织增生	胸段 (T ₁ ~T ₃)	有	有	无
19	女	7 岁	肢体无力伴有麻木感	15 d	脊膜瘤	腰段 (L ₅ ~S ₃)	无	有	无
20	男	12 岁	行走不稳	1 个月	单纯性囊肿	胸腰段 (T ₁₁ ~L ₂)	无	有	无
21	男	1 岁	胸部脊柱后凸	8 个月	星形胶质细胞瘤	颈胸段 (C ₆ ~T ₅)	无	无	无
22	女	2 岁	双下肢疼痛、乏力伴行走不稳	3 个月	神经母细胞瘤	胸腰段 (T ₁₂ ~L ₄)	有	有	无
23	女	9 岁	左侧背部疼痛, 行走不稳	15 d	局部炎性病变伴肉芽组织形成	胸段 (T ₅ ~T ₇)	有	有	无
24	男	1 岁	头颈、四肢无力	20 d	纤维、脂肪组织伴局部出血改变	颈段 (C ₆ ~C ₇)	无	有	无
25	男	1 岁	脊柱侧弯	4 d	星形胶质细胞瘤	颈胸段 (C ₄ ~T ₁₂)	无	无	无
26	女	1 岁	下肢无力	11 个月	皮样囊肿	胸腰段 (L ₄ ~S ₂)	无	有	无
27	男	6 岁	颈部活动受限伴双侧肩部疼痛	7 d	肠源性囊肿	颈胸段 (C ₇ ~T ₁)	有	无	无
28	男	9 个月	四肢无力	5 d	椎管内 SMARCB1 缺陷性肿瘤	颈胸段 (C ₄ ~T ₂)	无	有	无
29	男	5 岁	背部肿块	2 年	畸形血管团	胸段 (T ₅ ~T ₇)	无	无	无
30	女	11 岁	右上肢乏力	21 d	神经鞘瘤	颈段 (C ₄ ~C ₇)	无	有	无
31	男	4 岁	贫血	15 d	神经母细胞瘤	胸腰段 (T ₁₂ ~L ₄)	无	无	无
32	男	2 岁	双下肢无力	17 个月	星形细胞瘤	胸腰段 (T ₈ ~L ₂)	无	有	无
33	男	4 岁	双侧髋关节、膝关节疼痛	15 d	生殖细胞瘤	腰段 (L ₁ ~L ₃)	有	无	无
34	女	7 个月	排尿困难伴活动减少	7 个月	毛细血管瘤	腰段 (L ₂ ~L ₃)	无	无	有
35	女	9 个月	下肢无力, 且活动减少	7 d	脂肪瘤	颈胸段 (C ₄ ~T ₁₀)	无	有	无
36	女	2 个月	左侧腹股沟区出血点	10 d	血管源性肿瘤	腰段 (L ₃ ~S ₁)	无	无	无
37	男	14 岁	右下肢乏力伴跛行	3 个月	神经鞘瘤	胸段 (T ₅ ~T ₇)	无	有	无
38	男	10 岁	胸腰痛伴双下肢无力	6 个月	胶质母细胞瘤	胸腰段 (T ₉ ~L ₂)	有	有	无
39	男	2 岁	左下肢无力	7 d	局部出血、周围组织纤维增生	腰段 (L ₂ ~L ₃)	无	有	无
40	女	7 岁	颈部活动受限伴右下肢无力	13 d	上皮囊肿	胸段 (T ₂ ~T ₃)	无	有	无
41	男	10 个月	活动减少	14 d	椎管内囊肿	颈段 (C ₁ ~C ₃)	无	无	无
42	男	3 岁	间断性抽搐	5 h	缺陷性肿瘤	颈段 (C ₁ ~C ₂)	无	无	无

表 2 42 例脊髓髓内占位病变患儿病变部位		
病变部位	患儿例数	构成比 (%)
腰段	12	28.57
颈胸段	9	21.43
颈段	8	19.05
胸腰段	8	19.05
胸段	5	11.90
合计	42	100.00

表 3 42 例脊髓髓内占位病变患儿首发症状		
首发症状	发生例数	发生率 (%)
肢体活动障碍	22	52.38
疼痛	14	33.33
肿物或肿块	3	7.14
括约肌障碍	3	7.14
脊柱后凸或侧弯	2	4.76
全身咖啡斑	1	2.38
贫血	1	2.38
异常出血	1	2.38
间断性抽搐	1	2.38

表 4 42 例脊髓髓内占位病变患儿主要症状		
主要症状	发生例数	发生率 (%)
肢体运动障碍	25	59.52
腰背痛、腹痛及肢体颈肩疼痛	15	35.71
排便困难	4	9.52
异常肿物、肿块	3	7.14
脊柱后凸侧弯	2	4.76
头晕	1	2.38
视力障碍	1	2.38
全身斑点	1	2.38
贫血	1	2.38
异常出血	1	2.38
间断性抽搐	1	2.38

表 5 42 例脊髓髓内占位病变患儿体格检查		
体格检查异常	发生例数	发生率 (%)
腱反射异常	37	88.10
肌力下降	32	76.19
浅反射消失	24	57.14
步态异常	21	50.00
肌张力低下	16	38.10
感觉障碍平面	16	38.10
巴氏征阳性	13	30.95
脊柱叩击痛	11	26.19
肌张力增高	3	7.14
背部肿物	3	7.14
脊柱畸形	2	4.76

表 6 42 例脊髓髓内占位病变患儿 术后相关症状恢复情况 [例 (%)]				
组别	例数	疼痛	二便障碍	运动障碍
术前	42	14(33.33)	4(9.52)	15(35.71)
术后 12 个月	42	2(4.76)	0(0.00)	1(2.38)
χ^2 值		11.118	2.363	15.132
P 值		<0.05	>0.05	<0.05

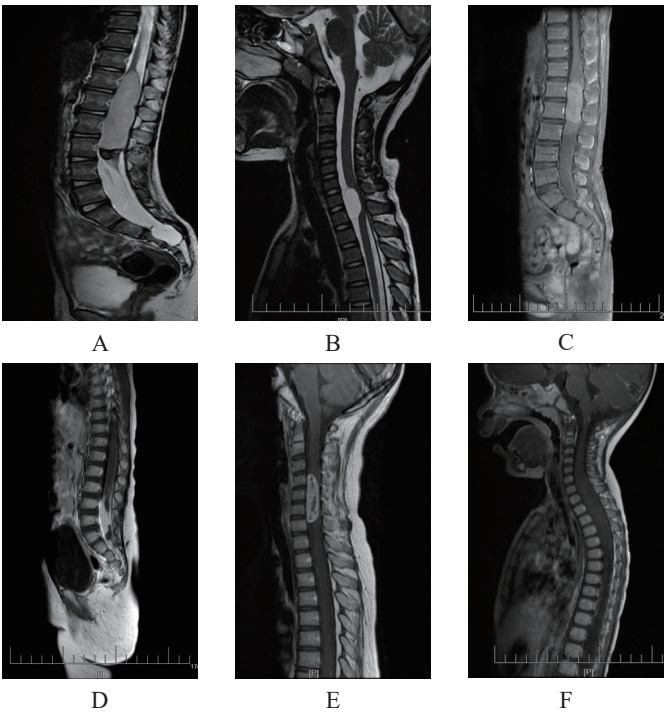


图 1 典型病例术前 MRI 检查结果

性生长时，患儿外部表现便是肢体的不对称性无力，而颈段占位病变则会导致自上而下的进行性乏力或肌肉萎缩^[7]。

对于儿童脊髓髓内占位病变，其诊断难点主要在于儿童的临床表达能力不佳，且患儿合作性较差，无法顺利实施检查，导致某些临床症状不典型的脊髓髓内占位病变易被忽视抑或是漏诊。X 线检查能够大致提示新生肿物占位范围，但其准确率较低；而 CT 检查能够更为清楚地显示肿瘤囊变部位，但对于肿瘤的范围与大小均存在有一定的影像局限性；MRI 由于具有高度的软组织分辨能力，以及能够多角度成像的特点，对于肿瘤的诊断与鉴别具有优越性，再结合增强扫描及平扫，使其能够进一步鉴别髓内肿瘤的病理类型^[8-9]。因此，对于儿童脊髓髓内占位病变而言，MRI 检查是占位肿物定位及定性诊断更为可靠的方法。而手术治疗则能够通过切除占位病变，从而改善脊髓髓内占位病变的相关症状。本研究对 42 例脊髓髓内占位病变患儿手术后对组织进行了病理检测，其检测结果显示，42 例脊髓髓内占位病变患儿中有 31 例为不同性质的肿瘤，多为良性肿瘤，如表皮样囊肿、皮样囊肿等为先天性良性肿瘤，由于其首发症状比较隐匿且缺乏典型性，诊断难度较高，

电针环跳穴、阳陵泉穴联合针刺治疗腰椎间盘突出症坐骨神经痛患者的效果分析

谢雨辰, 赵 翹*, 许 辉, 马 苗
(河南省中医院康复针灸科, 河南 郑州 450053)

【摘要】目的 探究电针刺激环跳穴、阳陵泉穴联合针刺治疗对腰椎间盘突出症坐骨神经痛患者疼痛程度、炎症因子及神经传导速度的影响。**方法** 选取河南省中医院 2019 年 9 月至 2021 年 9 月期间收治的 121 例腰椎间盘突出症坐骨神经痛患者作为研究对象, 采用随机数字表法将其分成对照组 (60 例, 常规针刺治疗) 和观察组 (61 例, 常规针刺联合电针环跳穴、阳陵泉穴治疗)。两组均以 6 d 为 1 个疗程, 治疗 4 个疗程。比较两组患者治疗前后疼痛程度、血清炎症因子水平、神经传导速度, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 与治疗前比, 治疗后两组患者疼痛分级指数 (PRI)、视觉模拟疼痛量表 (VAS)、现时疼痛强度 (PPI) 评分, 血清白细胞介素 -6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 - α (TNF- α)、单核细胞趋化蛋白 -1 (MCP-1) 水平均降低, 观察组较对照组降低; 而两组患者胫神经、腓总神经运动神经传导速度 (MCV), 腓浅神经、腓肠神经感觉神经传导速度 (SCV) 均增快, 观察组快于对照组 (均 $P<0.05$); 而两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 电针环跳穴、阳陵泉穴联合针刺治疗腰椎间盘突出症坐骨神经痛患者, 可减轻其疼痛程度, 抑制炎症反应, 提高神经传导速度, 且安全性良好。

【关键词】 腰间盘突出症; 坐骨神经痛; 电针刺激; 疼痛; 炎症因子; 神经传导速度

【中图分类号】 R681.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2096-3718.2023.04.0088.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.029

作者简介: 谢雨辰, 硕士研究生, 住院医师, 研究方向: 针灸康复治疗。

通信作者: 赵翹, 博士研究生, 住院医师, 研究方向: 脊柱、骨与关节等慢性筋骨病的诊疗。E-mail: Zhaochi1216@163.com

且临床症状的多样化, 导致确诊难度较高。而星形胶质细胞瘤、神经母细胞瘤等恶性肿瘤体积增长速度较快, 容易导致更为严重的神经功能障碍; 此外, 由于恶性肿瘤还能够蛛网膜下腔进行扩散, 进一步造成蛛网膜病变^[10]。

临床治疗脊髓髓内占位病变常采用显微外科切除手术进行治疗, 疾病早期患者神经系统仍处于良好状态, 积极进行手术治疗可切除肿瘤, 并减少对患者脊髓的损伤。本研究中, 术后 12 个月患者疼痛、运动障碍发生率均显著低于术前, 表明通过手术治疗可安全地切除肿瘤, 改善患者神经功能。

综上, 儿童脊髓髓内占位病变其首发症状多为肢体活动障碍以及疼痛, 括约肌功能障碍也出现较早, 而 MRI 检查则能够更好地为医师的临床诊断提供可靠依据, 面对存在腰背部疼痛、肢体活动障碍, 下肢感觉异常、肌肉萎缩儿童, 可优先考虑进行脊髓 MRI 检查, 以尽早发现、诊断并进行手术治疗, 从而减少占位压迫对于脊髓造成的损伤, 提高预后质量。

参 考 文 献

- [1] 菅凤增, 王兴文. 分子病理诊断时代脊柱脊髓肿瘤的诊断与治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2022, 22(8): 651-654.
- [2] 张文, 孙超, 易进, 等. 少儿型“特发性”脊柱侧凸椎管内神经轴畸形发生率及相关临床特征分析[J]. 中华解剖与临床杂志, 2019, 24(3): 263-267.
- [3] 张丽娜, 李明会, 邵楠楠, 等. 儿童髓上皮瘤 1 例报告及文献复习[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(8): 131-132.
- [4] 曲龙, 吴锦斌. 脊髓内占位性病变的 MRI 诊断及鉴别诊断[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(17): 101-103.
- [5] 李红敏, 钱伟军. 髓内室管膜瘤 MRI 影像表现[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21(8): 895-897.
- [6] 王鹏程, 张超才, 李俊驹, 等. 脊髓髓内肿瘤显微外科治疗[J/CD]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版), 2019, 9(4): 231-233.
- [7] 孔德生, 刘伟豪, 张耀武, 等. 弥散张量成像对颈髓髓内肿瘤手术切除程度判断的初步研究[J]. 中华神经外科杂志, 2021, 37(10): 976-980.
- [8] 高颜鹏, 王玲娟, 马许宁, 等. 脊髓髓内转移性肿瘤 MRI 征象表现及其诊断价值分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2021, 19(3): 142-144.
- [9] 马文超, 唐晓平. 髓内神经鞘瘤误诊病例报告并文献复习[J]. 临床误诊误治, 2015, 28(9): 21-23.
- [10] 周刚, 饶家声, 高俊. 弥散张量成像在脊髓髓内肿瘤诊断和治疗中应用的研究进展[J]. 中华神经外科杂志, 2022, 38(9): 956-959.