

脊髓压迫症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E8_84_8A_E9_AB_93_E5_8E_8B_E8_c22_307126.htm 名称脊髓压迫症所属

科室神经内科病因（一）肿瘤 最常见，约占总数的1 / 3以上。肿瘤位于椎管内硬脊膜外者以转移性为多；硬脊膜下脊髓外的良性神经鞘膜瘤为多，其次为神经纤维瘤、室管膜瘤；脊髓内肿瘤则以神经胶质细胞瘤为常见。（二）脊柱病变 脊柱关节强硬性脊柱炎、类风湿性关节炎，椎间盘脱出，关节脱位以及脊椎肿瘤或结核破坏所致之脊柱病变。（三）先天性畸形 如Arnold-Chiari畸形，脊髓空洞症及脊髓积水等。（四）炎症 硬脊膜外脓肿、脊蛛网膜炎等。（五）脊髓血管性病 变如脊髓血管畸形、硬膜外出血等。临床表现除急性脊柱损伤、转移性肿瘤和硬脊膜外脓肿和脊柱脱位等急性脊髓压迫症之外，一般起病隐匿、缓慢进展，所出现之神经症状可归纳二大组，即病程演变症状和不同节段的特征性症状。（一）病程演变症状 早期无明显症状，主诉腿发硬或局部肢体不适，且因不持久而被忽视。典型脊髓压迫症者，在病程过程中常可出现下列症状和体征：1．神经根痛 常为压迫症之早期症状，由病损压迫神经根所引起。表现为针刺样、刀割、撕裂或电击样疼痛，屏气、咳嗽、打喷嚏加重疼痛。疼痛在站立时，白天减轻，平卧或睡眠时加重。疼痛沿脊神经支配范围放射且伴相应节段皮肤感觉减退或过敏，胸7～12节段的神经根疼痛可误诊为急腹痛。2．脊髓部份受压 脊髓外压迫常压迫病侧的锥体束和对侧的脊髓丘脑束，即出现病侧肢体无力和对侧肢体的传导束型感觉障碍，称为脊髓半切综合征（Brown-Sequard综合征）。脊髓内占位病变所致之脊髓压

迫症，出现病变范围相应节段的肌无力、感觉缺失、分离性感觉障碍，并呈离心性地不断从近端向远端扩散。3. 脊髓完全受压出现脊髓病损的共同症状和体征，即运动障碍、感觉障碍和植物神经功能障碍。其特点：（1）除急性脊髓压迫症外，一般无脊髓休克期，表现为瘫痪肢体肌张力增高，腱反射亢进，一侧或两侧Babinski征阳性，且不伴肌肉萎缩。（2）感觉减退从远端向近端发展，似有逐步上升之趋势，但感觉水平不整洁而且低于实际病损节段2~3节，而这2~3节中常为感觉减退或过敏区。若为髓内压迫者则呈分离性感觉障碍（痛触觉分离），相应节段肢体或躯干酸胀，感觉水平由近端向远端扩散。（3）植物神经功能障碍：大便秘结和排便困难为脊髓压迫症最多见之症状；排尿困难或尿潴留均在晚期出现。髓内压迫症病者排尿障碍较早，以尿潴留或排尿不畅为多见。（二）不同水平特征症状上颈段（C1~3）受压可有后枕、颈部疼痛，四肢瘫痪、呃逆、呕吐和呼吸困难以及颅内压增高和眼底水肿。颈中段病损则有四肢瘫痪，肩胛部疼痛和二头肌腱反射消失，三头肌反射亢进等特点。下颈段（C7、8~T1）则为手臂部疼痛、手肌无力萎缩而下肢腱反射亢进。胸段病变（T2~12）为典型的运动、感觉和膀胱直肠功能障碍。腰段脊髓受压则按节段出现屈髋和股内收困难（L1~2），小腿外侧和大腿外侧疼痛，膝踝反射消失者当为下腰段（L3~5，S1~2）病变。出现鞍区疼痛、感觉障碍、性功能不能和两便障碍而下肢运动功能受累较少者为圆锥马尾受压之特点。检查脊髓脊柱CT和MRI可见相应压迫性病变（肿瘤、炎症等征；T9~10受压出现腹肌收缩时脐孔上移（Beever氏征）；L1~2受累而屈髋、上楼不能&hellip.

等。2. 病变位于髓内还是髓外 借助髓外病变所致之感觉由远到近，髓内病变之感觉由近端至远端，有根痛、脊柱压痛、晚期出现括约肌症状等为髓外，无压痛、无根痛和早期括约肌症状者髓内等特征予以临床鉴别，需CT或MRI予以证实。

3. 何种性质之压迫 起病急，根痛明显者为硬膜外病变，不伴发热者转移性病变可能大；椎管内髓外的慢性压迫者绝大多数为良性肿瘤，神经鞘膜瘤可能最大。腰段或下腰段压迫者以椎间盘突出为最多见。范围广泛，斑块状感觉缺失和症状被动者以蛛网膜炎可能大。治疗根据病变部位和病变性质决定治疗方法。良性肿瘤者应予肿瘤切除之；颈椎病和椎管狭窄者应作椎管减压，椎间盘突出者应作髓核摘除；硬膜外转移肿瘤或淋巴瘤者应作放射治疗或化学治疗；髓内肿瘤者应视病灶边界是否清楚予以肿瘤摘除或放射治疗。预防及预后脊髓压迫症的预后取决于病变性质和受压时间的长短。良性肿瘤病者肿瘤切除后预后良好；髓内肿瘤和炎症性压迫症者预后较差。压迫的时间越长，手术后预后越差；已有并发尿路感染，褥疮者预后差。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com