

不明原因的急性自发性硬脊膜下血肿 2 例

罗天宝¹, 段虹宇², 管凤增¹, 吴浩¹

(1 首都医科大学宣武医院神经外科 100053; 2 清华大学玉泉医院神经外科 100049 北京市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2010.02.18

中图分类号: R605.972 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2010)-02-0171-02

急性硬脊膜下血肿(SSDH)临床极为少见,常由于创伤、出血性疾病、抗凝治疗、腰穿、肿瘤以及血管畸形等原因所引起^[1-2]。不明原因的急性自发性 SSDH 更为罕见,迄今为止文献报道较少^[2-4]。现结合文献报道我科诊治的 2 例不明原因的急性自发性 SSDH,以提高对于该病的认识和处理。

病例 1, 患者女, 27 岁, 因“突发胸背部疼痛, 双下肢进行性麻木无力 14h”于 2009 年 3 月 9 日入院。入院前无外伤、凝血功能障碍及抗凝药物使用史。专科查体: 双下肢肌力 0 级, 肌张力减低, 腹壁反射、膝腱反射及跟腱反射未引出, 肛门括约肌无力, 双侧巴氏征(+), T2 平面以下浅感觉消失。实验室检查示血小板及凝血功能正常; 颈胸椎 MRI 示“C6~T3 脊髓腹侧条状稍高信号影, 脊髓受压向背侧移位”(图 1); 脊髓血管造影未见异常。患者急诊于全麻下行 C7~T3 椎板切开血肿清除术, 术中见硬脊膜膨胀, 呈蓝紫色, 剪开硬脊膜见血凝块位于硬脊膜下, 以脊髓腹侧为主, 蛛网膜下腔亦可见少量血凝块, 尽量吸除血凝块, 生理盐水冲洗干净血肿腔后, 行硬膜扩大成形, 椎板复位内固定, 逐层关闭手术切口。术后病理回报示“新鲜凝血块, 未见肿瘤及畸形血管”。患者住院 1 周后出院, 出院时双下肢肌力 4 级, T4 平面以下浅感觉减退, 大小便正常, 术后 6 个月随访患者运动及感觉恢复正常。

病例 2, 患者女, 35 岁, 因“突发腰背部疼痛, 双下肢无力 36h”于 2008 年 12 月 21 日入院。否认外伤及凝血功能障碍史及抗凝药物史。查体: 神清, 双下肢肌力 0 级, 肌张力减低, 腹壁反射、膝腱反射、跟腱反射未引出, 肛门括约肌反射消失, 双侧巴氏征(+), T2 平面以下浅感觉消失。实验室检查示血小板计数及凝血功能正常。胸椎 MRI 示“T3~T10 脊髓腹侧条状高低混杂信号影, 脊髓受压向背侧移位”(图 2)。脊髓血管造影未见异常。急诊于全麻下行椎板切开血肿清除术, 术中打开 T7~T10 椎板, 见硬脊膜膨胀, 呈蓝紫色, 剪开硬脊膜见血凝块位于硬脊膜下及蛛网膜下腔, 以脊髓腹侧为主, 尽量吸除血凝块, 生理盐水冲

洗, 硬膜扩大成形, 椎板复位内固定后, 逐层关闭手术切口。患者住院 2 周后出院, 出院时双下肢肌力 3 级, T2 平面以下浅感觉减退, 大小便基本正常, 术后 3 个月随访, 双下肢肌力 3 级, T4 平面以下浅感觉减退。

讨论 硬脊膜下血肿的原因主要有创伤、凝血功能障碍疾病、抗凝治疗、肿瘤、脊髓血管畸形等。大部分急性自发性 SSDH 常能够发现一些与出血相关的因素, 不明原因的急性自发性 SSDH 罕见^[2-4]。我们收治的 2 例 SSDH 患者均无以上高危因素, 血小板及凝血功能正常, 脊髓血管造影未见脊髓血管畸形等与出血相关的原因, 病理学排除肿瘤、血管畸形等原因。因此, 笔者认为尽管文献报道大部分急性自发性 SSDH 存在与出血相关的因素, 然而急性硬脊膜下血肿尚有一部分患者不能找到明确的原因, 需要引起重视。

目前对于自发性 SSDH 的发病机理不明。与硬脑膜下腔含有丰富的桥静脉不同的是, 硬脊膜下腔为一潜在的间隙, 不含有大的血管, 仅仅硬脊膜外侧缘下面有极为细小的血管分布, 不太可能形成硬脊膜下血肿^[5]。因此, 一些作者认为自发性 SSDH 可能为脊髓蛛网膜下腔出血突破蛛网膜至硬脊膜下腔所致^[3]。本组 2 例患者术中均见相应节段硬脊膜下腔血肿及脊髓蛛网膜下腔出血, 因此, 笔者亦支持自发性 SSDH 可能为脊髓蛛网膜下腔出血穿透蛛网膜进入硬脊膜下腔形成所致。

文献报道急性自发性 SSDH 发病高峰年龄在 40~60 岁, 无明显性别差异, 以胸椎较为多见。Kyriakides 等^[3]回顾性分析 19 例文献报道的不明原因的自发性 SSDH 患者, 男女比例接近 1:1, 其中 14 例患者血肿完全或部分位于胸椎。临床上急性自发性 SSDH 常表现为突发的胸背部疼痛, 可以放射至颈肩、下肢及躯干等部位, 双下肢感觉、运动障碍及大小便功能障碍。本组 2 例患者为女性, 1 例位于颈胸交界, 1 例位于胸椎, 均急性起病, 表现为根性疼痛及运动、感觉以及大小便功能障碍, 在临床表现上与文献报道类似。

脊髓 MRI 具有较好的软组织分辨率, 且对出血诊断的敏感度及特异度较高, 因此能够较好地显示急性自发性硬脊膜下血肿的部位、范围及脊髓受压情况, 是诊断急性 SSDH 最佳的方法。脊髓矢状位 MRI 能够显示出血肿位于脊髓腹侧或背侧, 呈长索条状扩展, 轴位上可见血肿呈新

第一作者简介: 男(1983-), 医学硕士, 研究方向: 先天性神经管畸形(现在清华大学玉泉医院神经外科)

电话: (010)88257755-8217 E-mail: neurosurgeonluo@gmail.com

通信作者: 吴浩

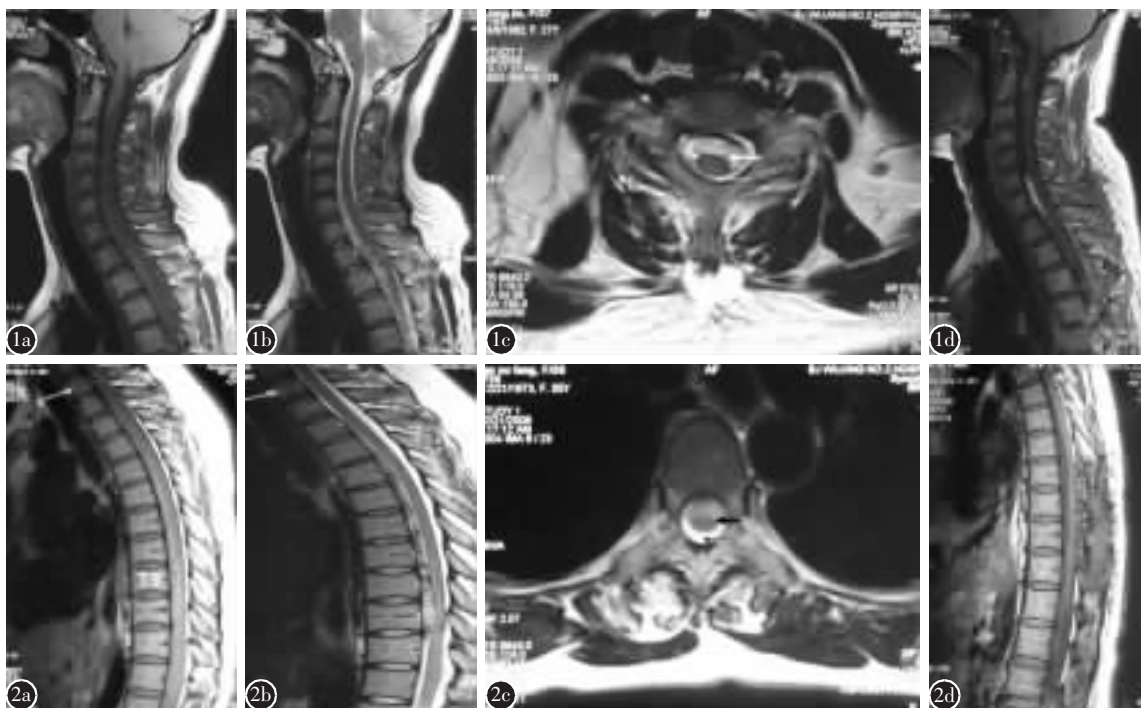


图 1 a 术前颈椎 MRI 矢状位 T1 加权像示颈髓(C6~T4)前方凸状稍高信号影,脊髓明显受压向背侧移位 b 术前颈椎 MRI 矢状位 T2 加权像示颈髓(C6~T4)前方凸状高信号影,脊髓明显受压向背侧移位 c 术前颈椎 MRI 水平位 T2 加权像示脊髓腹侧新月形高信号影(粗箭头),脊髓受压向背侧移位,脊髓背侧硬脊膜外脂肪存在(细箭头) d 术后颈椎 MRI 矢状位 T1 加权像示颈髓(C6~T1)前方条梭状高信号影,体积较前明显减少,脊髓受压缓解 **图 2** a 术前胸椎 MRI 矢状位 T1 加权像示脊髓(T3~T10)前方凸状等高混杂信号影,脊髓受压向背侧移位,尤以 T8~T10 明显 b 术前胸椎 MRI 矢状位 T2 加权像示脊髓(T3~T10)前方凸状高低混杂信号影,脊髓受压向背侧移位,尤以 T8~T10 明显 c 术前胸椎 MRI 水平位 T2 加权像示脊髓腹侧新月形高信号影(粗箭头);脊髓受压向背侧移位,脊髓背侧硬脊膜外脂肪影存在(细箭头) d 术后胸椎 MRI 矢状位 T1 加权像示脊髓(T4~T9)前方凸状低信号影;脊髓轻度受压,向背侧移位

月形或双凸形以及脊髓受压情况及信号改变^[9]。Kyriakides 等^[9]回顾性分析 19 例文献报道的不明原因的自发性 SSDH 患者,血肿位于脊髓腹侧与背侧的比例为 10:7。本组 2 例患者脊髓 MRI 示血肿在 T1 和 T2 分别表现为高信号影及高低混杂信号影,均位于脊髓腹侧,呈长条索样扩展,脊髓受压向背侧移位,轴位上显示血肿呈新月形,脊髓腹侧硬膜外脂肪信号消失,背侧硬膜外脂肪信号存在。因此,脊髓 MRI 能够较好地明确急性 SSDH 的定性及定位诊断,具有一定的特异性。

目前对于急性自发性 SSDH 的处理包括保守治疗、外科手术治疗以及腰穿引流^[1-2]。不同的神经功能状态及血肿的部位决定治疗方式的选择,临床神经功能损害轻或早期神经功能有改善者可以选择保守治疗;外科手术清除血肿适用于神经功能损害严重以及神经功能继续恶化的患者;腰骶部背侧较长范围的 SSDH 可选择腰穿引流^[1]。急性自发性 SSDH 是引起神经功能障碍的急症,大部分患者入院是神经功能损害严重,需要急诊行椎板减压手术治疗,亦有少部分患者具有自发缓解的病例报道^[1-2]。本组 2 例患者入院时神经功能损害严重且无改善趋势,血肿主要位于脊髓腹侧,急诊行椎板切开血肿清除术,术后患者恢复良好,神经功能均有明显的改善。因此,对于急性自发性

SSDH 的处理不能一概而论,临床治疗的策略依赖于患者的神经功能状态、变化趋势以及血肿的体积及部位。

参考文献

1. Kang HS, Chung CK, Kim HJ. Spontaneous spinal subdural hematoma with spontaneous resolution [J]. Spinal Cord, 2000, 38 (3): 192-196.
2. Maeda M, Mochida J, Toh E, et al. Nonsurgical treatment of an upper thoracic spinal subdural hemorrhage [J]. Spinal Cord, 2001, 39(12): 657-661.
3. Kyriakides AE, Lalam RK, ElMasry WS. Acute spontaneous spinal subdural hematoma presenting as paraplegia [J]. 2007, Spine, 32(21): E619-662.
4. Dampeer RA. Spontaneous spinal subdural hematoma; case study [J]. Am J Crit Care, 2009, Sep 21, Epub ahead of print.
5. Kim SH, Choi SH, Song EC, et al. Spinal subdural hematoma following tissue plasminogen activator treatment for acute ischemic stroke [J]. J Neurol Sci, 2008, 273(1-2): 139-141.
6. Braun P, Kazmi K, Nogués-Meléndez P, et al. MRI findings in spinal subdural and epidural hematomas [J]. Eur J Radiol, 2007, 64(1): 119-125.

(收稿日期: 2009-11-03 修回日期: 2010-01-06)

(本文编辑 彭向峰)