

一例妊娠合并自发性脊髓硬膜外血肿诊疗病例报告

程群仙, 李航, 胡峥*

上海市闵行区中心医院妇产科 上海

【摘要】自发性脊髓硬膜外血肿在临床中较为罕见, 疾病多为急性发作, 如临床诊治不及时, 可导致永久性的神经功能受损, 甚至危及患者生命。而临床中妊娠合并自发性脊髓硬膜外血肿更是罕见。本文报告1例妊娠34周5天, 自发性脊髓硬膜外血肿的孕产妇, 经终止妊娠后行手术清除硬膜外血肿, 术后积极康复治疗出院。以下对病例诊疗进行报告并结合相关文献进行分析阐述。

【关键词】妊娠; 自发性脊髓硬膜外血肿; 病例报告

A Case Report of Diagnosis and Treatment of Pregnancy Complicated with Spontaneous Spinal Epidural Hematoma

Qunxian Cheng, Hang Li, Zheng Hu*

Department of Obstetrics and Gynecology, Minhang District Central Hospital, Shanghai

【Abstract】 Spontaneous spinal epidural hematoma is relatively rare in clinical practice, and most of the diseases are acute attacks. If clinical diagnosis and treatment are not timely, it can lead to permanent neurological damage and even endanger the patient's life. In clinical pregnancy, spontaneous spinal epidural hematoma is even rarer. This article reports a case of a pregnant woman with spontaneous spinal epidural hematoma at 34 weeks and 5 days of pregnancy, who underwent surgery to remove the epidural hematoma after termination of pregnancy, and was discharged after active rehabilitation. The following is a report on the diagnosis and treatment of cases and an analysis of the relevant literature.

【Keywords】 Pregnancy; Spontaneous spinal epidural hematoma; Case report

自发性脊髓硬膜外血肿 (spontaneous spinal epidural hematoma, SSEH)^[1]是一种病因不明的脊髓出血性疾病。多与高血压、服用抗凝药物、血液系统疾病、隐匿的硬膜外血管畸形、少数椎管内肿瘤或血管瘤、妊娠等有关。疾病临床特征主要表现为突发颈背部及后腰背部疼痛伴进行性脊髓压迫症状, 往往能够引起严重的神经功能缺失症状。该疾病的致残率很高, 但疾病发病率相对较低, 且妊娠期合并 SSEH 则更为罕见^[2,3]。所以国内外相关文献对该病有关发病特点、治疗及预后的报道较少, 我院于2022年2月17日收治了1例妊娠34周5天, 合并 SSEH 的孕产妇, 本文就其诊疗经过, 并查阅相关文献进行分析报告, 希望能为提高该类疾病的

早诊早治提供参考。

1 病例资料

患者, 女, 25岁, 因“停经34周5天, 腰背疼痛半天”入院。患者孕期我院建卡正规产检, 孕产妇风险预警评估为绿色、低风险。患者诉自妊娠5⁺月起睡眠质量欠佳, 此次发病当日清晨5:00卧床睡眠时, 自睡眠中痛醒, 疼痛表现为腰背部剧烈、持续性钝痛, 放射至肩颈部, 意识清楚。否认外伤及服用抗凝药物史, 否认恶心、呕吐, 否认头痛、头晕及晕厥, 否认大、小便失禁。患者自发病以来, 饮食可, 睡眠欠佳, 否认家族史及遗传性疾病史。约6:30左右家属陪同步行来院急诊产科就诊, 就诊过程中8:30左右突发双下肢肢体抖动继而双下肢肌

作者简介: 程群仙 (1993-) 女, 汉族, 硕士, 住院医师, 研究方向: 妇产科。

*通讯作者: 胡峥 (1970-) 女, 汉族, 副主任医师, 妇产科行政副主任兼产科主任。

力、感觉完全丧失, 立即被送至急诊抢救室。

查体: 生命体征平稳, 呼吸稍急促, 痛苦面容, 脊柱生理曲度正常, 背部无红肿, 压痛明显, 活动受限; 左上肢肌力: III级, 感觉存在, 右上肢肌力: III级, 感觉存在, 双侧肱二头肌腱反射、肱三头肌腱反射和桡骨膜反射正常; 双侧乳头平面以下感觉完善丧失, 双侧上、中、下腹壁反射消失; 双下肢痛觉和触觉消失, 各肌群肌力 0 级, 双侧膝腱反射、踝反射引不出, 双侧 Hoffman 征和 Babinski 征阴性; 产科查体: 腹隆, 宫高 33cm, 腹围 100cm, 胎儿估计体重 2300g 左右, 胎位 LOA, 胎心 142bpm, 胎动可, 宫缩偶有, 宫口未开, 宫颈管未容受, 胎膜未破, 先露高浮, 胎监反应型。即刻完善血常规、尿常规、凝血及血气、心电图等检查, 结果无明显异常。经内、外科等多科会诊后, 急诊行头、颈、胸部 磁共振检查, 口头报告提示颈椎 C4-胸椎 T3 椎管硬膜外血肿。初步诊断: 1.高位截瘫; 2.急性硬膜外血肿; 3.G3P1,孕 34 周 5 天,LOA。紧急启动危重孕产妇抢救, 组织产科、神经内科、神经外科、

骨科、影像科、ICU、新生儿科等多科会诊后建议尽快终止妊娠后行手术清除硬膜外血肿。

术前予地塞米松 10mg 肌注, 12: 00 左右急诊行全麻下剖宫产术, 剖 1 女婴, 重 2710g, Apgar 评分 9-10 分。术中同时行 B-Lynch 子宫捆绑术预防宫缩乏力, 术毕出血 300ml, 放置腹腔引流管 1 根。剖宫产结束后, 15: 00 左右骨科医生相继行颈椎后路椎板切除减压术+内固定术。由 C5 上缘至 T3 下缘, 切开皮肤, 由棘突两侧向外侧剥离椎旁肌, 显露 C5-T3 两侧关节突关节。棘突椎板边缘用超声骨刀切开, 切除棘突椎板, 显露 C5-T3 椎管, 见后方广泛血凝块, 剥离血凝块可见后方血管破裂出血, 予以流体力止血。彻底止血, 清除血凝块后, C5、C6 双侧置入美敦力侧块螺钉 (共 4 枚), T1-T3 置入美敦力椎弓根螺钉 (共 6 枚), 安装预弯粗-细棒 2 根, 尾帽锁定。术中透视见: 减压彻底, 内固定在位。术毕放置负压引流管 2 根, 敷料包扎, 术后转入 ICU 进一步进行后续救治。



图 1 术前颈椎 MRI 图像



图 2 术中血管破裂图



图 3 术后 2 周颈部 CT 图

图 1, C5-T4 水平椎管外可见梭形异常信号影, T1WI 呈等信号, T2WI 呈混杂高信号。图 2, 术中切开背侧及背侧硬膜, 显露 C5-T3 椎管, 见后方广泛血凝块, 剥离血凝块可见后方血管破裂出血。图 3, C6-T2 椎体及附见术后改变, 局部椎板缺如, 可见大量金属伪影干扰, 细节无法观察。

转入 ICU 病房后予哌拉西林他唑巴坦静滴预防感染, 甲强龙静滴减轻神经水肿, 弥可保营养神经, 泮托拉唑抑酸护胃, 缩宫素促宫缩及营养支持, 维持内环境稳定等治疗。术后第 4 天再次院内会诊, 查体感觉平面位于 T4 水平, 较前稍下降, 双上肢肌

力较前好转, III+, 双下肢肌力 0 级, 病理征 (+), 神经内科医生会诊建议激素减量, 积极康复治疗。术后第 6 天神经外科会诊 建议高压氧治疗。术后第 8 天转骨科病房行脊柱术后护理, 术后第 13 天查体: 双侧屈肘肌力 4 级, 伸肘肌力 3 级, 伸腕肌力 4 级, 屈腕、屈指肌力 0 级, 双下肢肌力 0 级, 感觉平面 T4 水平, 左侧腱反射阳性, 双侧巴氏征阳性。术后第 15 天, 患者家属自行联系康复中心进行后续理疗, 遂予出院。术后 1 月电话随访时患者感觉平面仍在 T4 水平。

2 讨论

2.1 病因及发病机制

SSEH 疾病发病率低, 临床较为罕见, 在人群中的发病率约为 1/100 万^[4]。大多数学者认为: 出血来源于静脉, 主要因为脊髓静脉缺少静脉瓣, 属于一个无“阀门”的解剖系统。脊髓静脉出血后, 因静脉瓣缺乏, 血流方向主要随胸腹压力及静脉压力而变化。硬膜外静脉的血流压力亦是受到胸腹压力及静脉压力的干扰。疾病发病时, 胸腹腔压力骤然上升, 静脉血流入硬膜外静脉丛。因无静脉瓣阻挡, 血管壁压力不断升高, 最终可导致血管破裂出血, 进一步形成血肿^[5,6]。其发病的高危因素包括: 高强度体力锻炼、不正确传统物理治疗、长期使用抗凝药物、血管畸形等。而妊娠作为 SSEH 独立的危险因素, 主要是因为妇女在妊娠时, 腹腔压力随着孕周增大及胎儿生长而逐渐增加, 硬膜外静脉丛从血管壁压力随之不断增大, 从而导致 SSEH 的发生。事实上, 通过临床表现、实验室检查、手术及病理送检, 也很少能确认发病原因。通过对近十年妊娠合并 SSEH 文献进行复习, 发现自 2009 年以来, 国内外共有 13 例妊娠合并 SSEH 的病例报道, 疾病发病罕见。而且此病起病隐匿, 常急性发作, 多在静息状态下或轻微活动中发病, 进而在数小时或数天内逐渐出现病变部位以下感觉、运动功能障碍和大小便失禁等, 这种说法可解释本案例患者在发病前无明显外伤史, 且是在休息较安静的状态下发病。

2.2 临床特点及诊断方式

胸段属于妊娠期合并 SSEH 发病的最为常见部位, 其次则为下位颈段以及腰段。且因机体背侧的静脉血管丛更为丰富, 背部脊柱活动幅度相对较大, 疾病发病多位于硬膜外背侧^[7]。本文病例发生在颈椎 C4-胸椎 T3, 患者突发腰背部剧烈钝痛, 放射至肩颈部。疾病发病可伴随相应脊柱平面以下的感觉运动及排便功能损伤。SSEH 发病后, 相关神经功能损伤症状可在短时间内快速进展, 几小时内即可出现胃肠功能以及膀胱功能等的完全丧失, 患者出现相应的大小便失禁、胃肠功能紊乱、肠梗阻等症状。但因临床上急性脑梗患者初期也可表现出肢体无力甚至运动功能受损、轻瘫等症状, 且 SSEH 临床发病率低, 故初期极易被误诊为急性脑梗。故临床针对此类入院表现的患者, 应更加关注其有无颈肩部、背部疼痛及活动受限等自发性椎管硬膜外血肿的典

型症状体征, 必要时可配合进行 MRI、CT 检查, 以明确疾病诊断, 避免误诊导致的延误治疗。该例报道的患者其发病部位及临床表现符合该病发病特点。因硬膜外血肿可迅速形成巨大血肿, 导致脊髓压迫, 造成不同程度的神经功能障碍。如不能及时解除脊髓压迫, 甚至会造成不能逆转的神经损伤。有文献表明 SSEH 在疼痛发作 6 小时内即可发展至下肢运动能力丧失^[8]。本例患者在胸背痛发生后 3 小时左右出现高位截瘫表现, 7 小时内完成了血肿清除术, 后功能稍有恢复, 但现在仍处于截瘫状态。

在诊断方面, 核磁共振成像是临床上诊断 SSEH 公认的金标准。经核磁共振检查, 清晰可见硬膜外脂肪间隙受压图像, 正常脂肪形态及相关信号减弱或消失, 血肿位于脊柱椎管内, 正常脊髓节段状态消失。目前, 核磁共振是临床上对怀疑是自发性硬膜外血肿的患者(特别是孕期)的首选检查手段^[9,10]。硬膜外血肿在超急性期(<24 小时)发病, 核磁共振信号表现为等、稍高 T1 信号, 混杂 T2 信号(根据 MRI 提示此病例应为超急性期)。疾病处于发病急性期(1-3 天)时, 核磁共振检查则表现为等 T1 短 T2 信号。疾病进展至慢性期(7-14 天)时, 血肿包膜形成, Gd-DTPA 增强扫描表现为环形增强。此外, 数字减影血管造影(Digital subtraction angiography, DSA)亦可作为疾病的辅助诊断方式。其可直观显示脊髓和椎管内外血管情况, 因此对血管畸形引起的 SSEH 的诊断具有重要意义。

2.3 治疗与预后

针对 SSEH 的治疗, 可行保守性治疗和手术治疗。对于发病后椎管内出血量较少, 血肿压迫症状不明显者, 其神经功能受损不严重可采取保守治疗的方式。保守治疗期间应尽量制动及卧床休息, 尽量避免胸腹腔压力增高的动作, 减少创伤、震荡等因素刺激, 尽量避免使用抗凝药物。患者在保守治疗期间需要密切关注病情变化, 出现疾病快速进展情况则需要立即开展急诊治疗手术。对疾病起病急骤, 症状进展明显, 神经功能等出现明显损伤障碍者, 核磁共振显示血肿压迫明显造成脊髓水肿则需要及时进行手术治疗。早期椎板减压及血肿清除仍是主要的外科治疗手段, 同时尽早辅以神经营养代谢药物及康复锻炼。临床上常因误诊或就诊不及时而延误治疗的最佳时机, 导致永久性的神经功能损

伤、甚至死亡。因此, 选择合适手术时机对于患者术后功能恢复具有很大的影响, 但是其治疗时机的选择仍存在很大分歧。总的治疗原则是一旦明确有手术指证, 应尽快采取积极的手术治疗。

对于妊娠期 SSEH 患者, 除外根据疾病发病情况进行诊疗方式选择外, 还需重点结合患者自身妊娠情况, 考虑胎儿评估结果。妊娠期 SSEH 患者, 如处于妊娠晚期, 胎儿足月, 则可先行剖宫产终止妊娠, 后进行血肿清除术^[11]。如为妊娠早中期, 不能进行剖宫产终止妊娠者, 则建议先行椎管减压术治疗。脊髓压迫症状解除后, 可针对性进行保胎治疗, 延长妊娠期。同时指导妊娠孕妇合理开展康复锻炼, 促进脊髓功能恢复。对于继续妊娠意愿不强烈者, 可征求患者意见终止妊娠, 后进行血肿清除术并及早进行康复治疗。

3 小结

综上, 妊娠合并 SSEH 在临床上十分罕见, 因其病情发展迅速, 致残、致死率高, 故需要接诊医师早诊断、早治疗, 以提高患者的预后及生存质量。

参考文献

- [1] 叶伟权, 邱伟, 赵庆瑞, 等. 自发性脊髓硬膜外血肿的诊疗进展[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 21(23): 142-144.
- [2] 王丹, 徐琳, 王亭, 等. 妊娠合并自发性脊髓硬膜外血肿 1 例报告并文献复习[J]. 青岛大学学报 (医学版), 2020, 56(5): 613-615.
- [3] Kim DH, Kim DH, Nam KH, et al. Spontaneous Epidural Hematoma Associated with Venous Phlebolith in Cervical Spine and Possible Pathogenesis[J]. Korean J Spine, 2017, 14(3): 96-98.
- [4] 陈国栋, 肖瑾, 戴健, 等. 自发性高颈段脊髓硬膜外血肿误诊为脑梗死溶栓 1 例[J]. 中国卒中杂志, 2020, 15(1): 93-95.

- [5] 李雅欣, 冯德宏, 沈红雷, 等. 急性自发性脊髓硬膜外血肿诊断与治疗方法研究[J]. 现代保健·医学创新研究, 2008, 5(29): 20-21.
- [6] 李雷, 杨礼庆, 王志为, 等. 自发性脊髓硬膜外血肿的早期诊断和治疗[J]. 中国医科大学学报, 2002, 31(6): 470-472.
- [7] Matsubara S, Inoue H, Takamura K, et al. Spontaneous spinal epidural hematoma at the 16th week of a twin pregnancy[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2011, 37(10): 1466-1469.
- [8] Coulibaly O, Habibou L, Togbé Régis O, et al. Spontaneous Spinal Epidural Hematoma Causing Paraplegia: A Case Report[J]. 神经科学国际期刊 (英文), 2015(4): 270-274.
- [9] 钱伟新. 自发性椎管硬膜外血肿的 MRI 诊断特点[J]. 世界临床医学, 2016, 10(12): 232-233.
- [10] 万德余. 自发性椎管内硬膜外血肿的临床研究进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2012, 22(7): 659-661.
- [11] 张心红, 于荣, 王凤英. 妊娠合并创伤性脊髓损伤七例临床分析[J]. 国际妇产科学杂志, 2021, 48(6): 675-679.

收稿日期: 2022 年 3 月 26 日

出刊日期: 2022 年 6 月 20 日

引用本文: 程群仙, 李航, 胡峥, 一例妊娠合并自发性脊髓硬膜外血肿诊疗病例报告[J]. 国际妇产科研究, 2022, 2(1): 5-8
DOI: 10.12208/j. ijog.20220002

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS