

• 病例报告 •

针刺致颈椎管硬膜下外血肿 1 例

何天福¹, 韩长青²

(1.北京长庚医院骨科,北京 100043; 2.北京市石景山医院,北京 100043)

关键词 针刺; 颈椎管; 血肿

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2017.08.019

Cervical spinal epidural and subdural hematoma after acupuncture: a case report HE Tian-fu* and HAN Chang-qing.

*Department of Orthopaedics, Changgeng Hospital of Beijing, Beijing 100043, China

KEYWORDS Acupuncture; Cervical vertebrae; Hematoma

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2017, 30(8): 770-772 www.zggszz.com

患者,男,56岁,因“颈部疼痛2d,加重伴头痛6h”入院。患者2d前因失眠在我院针灸科门诊行针刺(风池穴)治疗后即稍感颈部疼痛。1d前来院复查,医生未予重视,仍给予针刺(风池穴)治疗后患者回家。6h前出现颈部剧烈疼痛,伴头疼、右侧肢体麻木,麻木水平呈进行性上升,遂再来我院复查。既往有高血压病史10年,不规则服用降压药物,血压波动在130~160/80~90 mmHg;1年前因冠心病行冠状动脉支架置入术,术后长期服用氯吡格雷片和阿司匹林肠溶片;否认血管畸形、肿瘤及血液病史及家族史。入院查体:血压150/80 mmHg;意识清楚,痛苦面容,强迫体位,头向右侧倾斜,颈椎活动受限;右侧L₁水平以下皮肤感觉减退,肌力正常;双侧膝腱反射亢进,双侧Hoffmann征阳性,左侧Babinski征阳性。入院急查血常规、凝血未见异常。颈椎MRI检查示(图1a, 1b, 1c):C₁₋₂水平左侧颈椎管硬膜内外占位性病变,波及脊髓,呈略长T1长T2信号,形态不规则,边界不清,硬脊膜囊及脊髓受压。颈椎CT检查示(图1d):C₁₋₂水平颈髓左侧可见团片状高密度影,矢状位呈条形,CT值70Hu。头颅CT平扫示(图1e):局部脑沟、小脑幕、左侧桥小脑角区、四脑室、三脑室、左侧脑室后角见线条样或斑片状高密度影,边界不清。根据病史、症状、体征及影像学检查,初步诊断为:颈椎管硬膜下、外血肿;蛛网膜下腔出血、脑室出血。给予颈部制动、预防感染、止血、营养神经、激素、脱水、止痛等处理。治疗2d后,症状未能缓解,但未加重,复查头颅CT平扫,较前无明显变化。颈椎MRI检查(平扫+增强)(图1f)提示病变范围较前无变化,增强后部分病灶可见轻度强化,不排除血管

源性病变。继续治疗16d后,患者脑、颈膜刺激症状基本消失,生理反射正常存在,病理反射未引出,四肢肌力、感觉正常。复查颈椎MRI(平扫+增强)(图1g)及头颅CT(图1h)平扫示血肿已完全吸收。患者出院。出院后2周门诊复查,症状消失无复发,颈部活动正常,四肢肌力、感觉正常。

讨论

针刺致颈椎管硬膜下、外血肿在临床极为罕见。除有明显外伤史外,其发病特点、临床表现及影像学等检查均与自发性椎管内硬膜外血肿(spontaneous spinal epidural hematoma, SSEH)一致。SSEH是指原因不清、非外伤性和医源性因素导致的血液在硬脊膜外腔非特异性的聚集^[1]。患者常有凝血功能障碍、高血压、静脉压增高、血管畸形等,其中约1/3患者在进行抗凝治疗^[2]。针刺致颈椎管硬膜下、外血肿其致病原因多与医者针刺手法、针刺深度有关,但不排除患者自身颈椎管内血管源性病变可能和其它自身因素,如抗凝和溶栓治疗、凝血或血小板功能异常、血液系统疾病、高血压病等。张振等^[3]报道1例口服抗凝药患者推拿致腰椎硬膜外血肿患者。彭德清等^[4]对38例急性自发椎管内血肿进行临床诊治及预后分析,发现3例为针灸或硬膜外麻醉等创伤后发病。

MRI的信号变化主要与出血时间相关,尤其T2WI更具有特征性。超急性期(<24h):T1WI等信号,T2WI高信号;急性期(1~3d):T1WI等信号,T2WI低信号;亚急性早期(3~7d):T1WI高信号,T2WI低信号;亚急性晚期(7~14d)T1WI、T2WI均为高信号;慢性期(>14d):T1WI、T2WI均为高信号^[5-6]。超急性期血肿MRI增强病灶及边缘斑点状和环形强化,提示血肿边缘有持续渗血,亚急性期边缘强化与炎症反应有关,慢性期血肿边缘条状强化与

通讯作者:何天福 E-mail:htf23258395@qq.com

Corresponding author: HE Tian-fu E-mail:htf23258395@qq.com

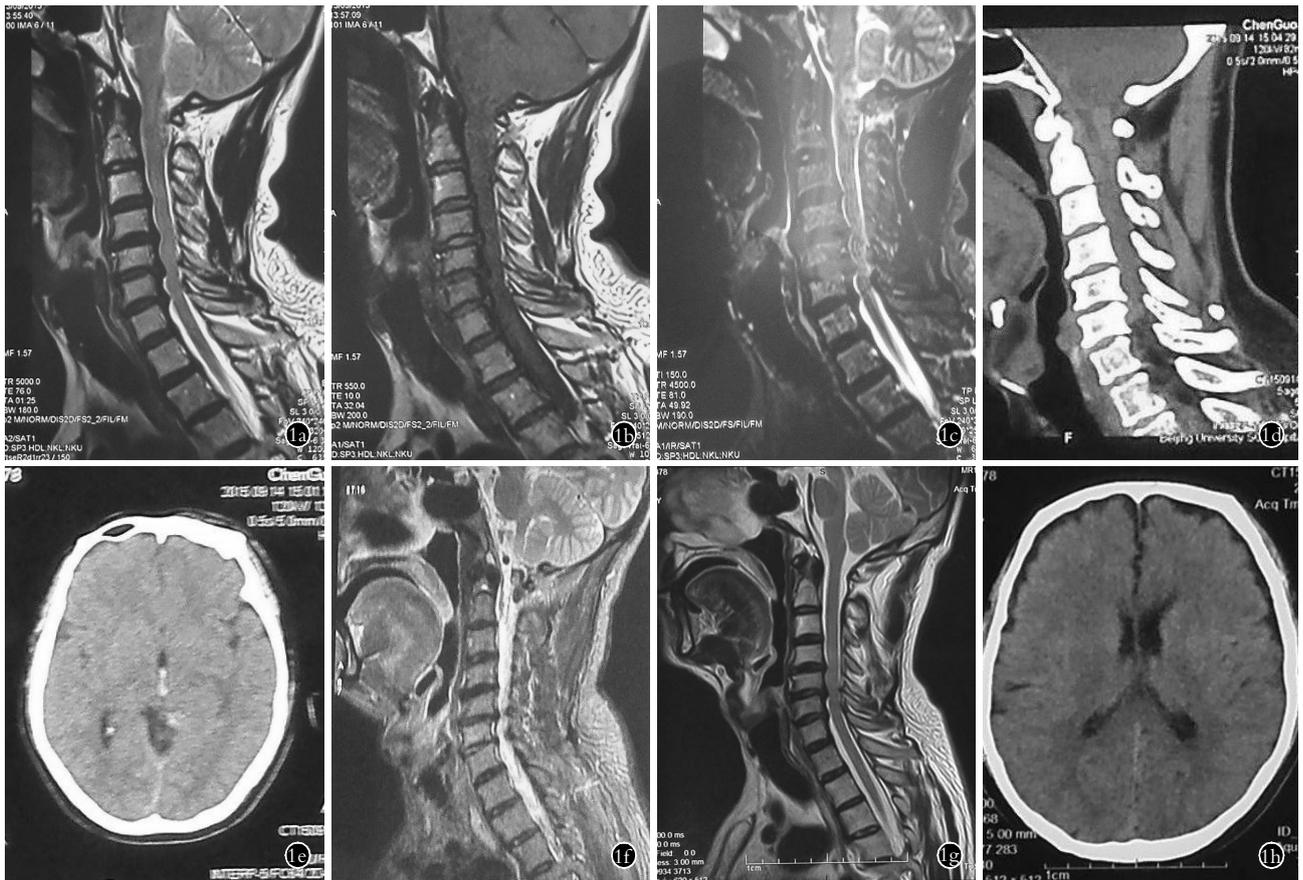


图 1 患者,男,56 岁,针刺致硬膜下、外血肿 **1a.** 治疗前矢状位 MRI 示 C₁₋₂ 水平左侧颈椎管硬膜内、外占位,硬脊膜囊及颈髓受压呈长 T2 信号 **1b,1c.** 治疗前矢状位 MRI 示 C₁₋₂ 水平左侧颈椎管硬膜内、外占位,略长 T1 信号,T2WI 脂肪抑制呈长 T2 信号 **1d.** 治疗前矢状位 CT 示 C₁₋₂ 水平颈髓左侧可见团片状高密度影,矢状位呈条形,CT 值 70 Hu **1e.** 治疗前头颅 CT 平扫示局部脑沟、小脑幕、左侧桥小脑角区、四脑室、三脑室、左侧脑室后角见线条状或斑片状高密度影 **1f.** 治疗 2 d 后矢状位 MRI 示病变范围较前无变化,增强后部分病灶可见轻度强化 **1g.** 治疗 16 d 后矢状位 MRI 示血肿已完全吸收 **1h.** 治疗 16 d 后头颅 CT 平扫示血肿已完全吸收

Fig.1 Male, 50 years old, acupuncture lead to cervical spinal epidural and subdural hematoma **1a.** Before treatment, sagittal T2-weighted MRI showed a long T2 signal of the cervical spinal epidural and subdural lesion at left-dorsal location of C₁₋₂ level. The catheter capsule and cervical spinal were compressed **1b.** Before treatment, sagittal T1-weighted MRI showed a slightly long T1 signal of cervical spinal epidural and subdural lesion at C₁₋₂ level **1c.** Before treatment, sagittal fat suppression of the T2-weighted MRI showed a long T2 signal of cervical spinal epidural and subdural lesion at C₁₋₂ level **1d.** Before treatment, sagittal CT showed a sheet high signal of the cervical spinal epidural and subdural lesion at C₁₋₂ level. CT value is 70 Hu **1e.** Before treatment, Coronal CT showed sheet or line-shaped high signals lesion at brain ditch, the tentorium, the left cerebellopontine angle area, third and fourth ventricle **1f.** Sagittal contrast T2-weighted MRI 2 days after conservative treatment showed contrast foci in part of the lesion **1g.** Contrast T2-weighted MRI 16 days after the conservative treatment showed the disappearance of the lesion **1h.** CT 16 days after the post-conservative treatment showed the disappearance of the lesion

肉芽组织增生有关^[7-9]。MRI 检查不但能清晰显示血肿部位、大小及脊髓受压情况,动态观察出血量是否稳定及吸收情况,而且也能与其他硬膜外病变鉴别,如硬膜外脓肿、肿瘤等,并具有定位准确、特异性高的优点。因此,MRI 检查应为诊断该病首选。

风池穴深层解剖结构邻近枕骨大孔、颈髓、延髓下段及小脑等重要结构,其主要危险在于针刺过深或针刺方向错误,可能刺伤椎动脉或脊髓后动脉引起蛛网膜下腔出血,若针尖刺伤延髓,可危及患者生命。针刺风池穴时针尖要指向鼻尖斜刺,深度为 0.8~1.2 寸,风池穴针刺过深会损伤椎动脉及延髓^[10]。

本例特点:(1)医者为苛求“得气”而针刺过深且反复提插强烈刺激风池穴,伤及椎动脉或者脊髓后动脉引起出血。(2)患者既往有高血压病史,长期服用抗凝药物。(3)针刺前无颈椎 MRI 或 CT 检查,发病后颈椎增强 MRI 提示部分病灶轻度不均匀强化,曾误认为颈椎管内血管源性病变可能,但治疗后病灶吸收,复查 MRI 及 CT,并未发现椎管内及颅内占位性病变,说明该颈椎管硬膜下、外占位性病变为针刺所致出血,强化部分为伤及的椎动脉或者脊髓后动脉持续少量渗血、炎症反应及肉芽组织增生所致。(4)脑室内及蛛网膜下腔出血为颈椎管硬膜下出血

上行所致,并非颅内出血。(5)MRI 及 CT 显示颈椎管硬膜下、硬膜外、颅内及椎管外均有血肿,出血量较大且持续性渗血,而临床表现以脑、颈膜刺激症状为主,神经功能障碍不严重,且未持续加重,保守治疗后症状逐渐改善。可能由于“血肿扩散”和“血肿泄漏”^[6],未局限于硬膜外有关。前者是指血肿沿硬膜外间隙扩散,沿硬膜下向颅内扩散,从而“自行减压”;后者指血肿从椎间孔漏出,从而降低了椎管内压力,减轻脊髓和神经压迫。

发病后进展迅速,以脑、颈膜刺激症状及进行性加重的神经功能障碍为特点。若治疗不当或不及时,将导致神经功能不可逆性损害,甚至造成患者高危截瘫、呼吸抑制或死亡。因此,对于针刺风池、风府、哑门等穴位患者,如出现头、颈部疼痛,以及肢体麻木、无力等症状时,应首选 MRI 检查,因 MRI 更能清楚显示病变位置、范围及程度。一经确诊,如果神经症状严重或者进行性加重者,应积极手术,如果神经症状较轻且不加重或者逐渐缓解、MRI 动态观察出血量稳定或者逐渐吸收者可保守治疗,但应严密观察患者。

参考文献

- [1] Alexiadou-Rudolf C, Ernestus RI, Nanassis K, et al. Acute nontraumatic spinal epidural hematoma. An important differential diagnosis in spinal emergencies [J]. Spine (Phila Pa 1976), 1998, 23(16): 1810-1813.
- [2] Harik SI, Raichle ME, Rreis DJ, et al. Spontaneous remitting spinal epidural hematoma in a patient on anticoagulants [J]. N Engl J Med, 1971, 284(24): 1355-1357.
- [3] 张振, 张亚东. 口服抗凝药患者推拿致腰椎硬膜外血肿 1 例 [J]. 颈腰痛杂志, 2016, 37(1): 56-57. ZHANG Z, ZHANG YD. 1 cases of lumbar epidural hematoma caused by massage who with oral anticoagulation [J]. Jing Yao Tong Za Zhi, 2016, 37(1): 56-57. Chinese.
- [4] 彭德清, 应广宇, 朱亮亮, 等. 急性自发椎管内血肿临床诊治及预后分析 [J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25(4): 486-490. PENG DQ, YING GY, ZHU LL, et al. Clinical study of acute spinal spontaneous hematoma [J]. Zhonghua Ji Zhen Yi Xue Za Zhi, 2016, 25(4): 486-490. Chinese.
- [5] 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. WAN DY. Clinical progress of spontaneous spinal epidural hematoma [J]. Zhongguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2012, 22(7): 659-661. Chinese.
- [6] 韩芸峰, 王振宇, 陈晓东. 自发性椎管内硬膜外血肿保守治疗 3 例报告 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, 24(7): 663-666. HAN YF, WANG ZY, CHEN XD. Conservative management of spontaneous spinal epidural hematoma: 3 cases report [J]. Zhongguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2014, 24(7): 663-666. Chinese.
- [7] Nawashiro H, Higo K. Contrast enhancement of a hyperacute spontaneous spinal epidural hematoma [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2001, 22(7): 1445.
- [8] 徐忠飞, 吴玉林, 郑建萍, 等. 自发性椎管内硬膜外血肿的 MRI 诊断 [J]. 医学影像学杂志, 2014, 24(1): 29-31. XU ZF, WU YL, ZHANG JP, et al. MRI diagnosis of spontaneous spinal epidural hematoma [J]. Yi Xue Ying Xiang Xue Za Zhi, 2014, 24(1): 29-31. Chinese.
- [9] 杨家斐, 邢新博, 杨淑辉, 等. 非创伤性脊髓硬膜外血肿的 MRI 诊断及鉴别诊断 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2015, 13(3): 107-113. YANG JF, XING XB, YANG SH, et al. Diagnosis and differential diagnosis of nontraumatic spinal epidural hematoma on MRI [J]. Zhongguo CT He MRI Za Zhi, 2015, 13(3): 107-113. Chinese.
- [10] 方继良, 王映辉, 张民, 等. CT 定位下风池穴安全进针深度初步研究 [J]. 中国针灸, 2000, 20(9): 550. FANG JL, WANG YH, ZHANG M, et al. Preliminary study on using CT to position the safety depth of fengchi acupoint [J]. Zhongguo Zhen Jiu, 2000, 20(9): 550. Chinese.

(收稿日期: 2016-09-13 本文编辑: 李宜)

·读者·作者·编者·

本刊关于一稿两投和一稿两用等现象的处理声明

文稿的一稿两投、一稿两用、抄袭、假署名、弄虚作假等现象属于科技领域的不正之风,我刊历来对此加以谴责和制止。为防止类似现象的发生,我刊一直严把投稿时的审核关,要求每篇文章必须经作者单位主管学术的机构审核,附单位推荐信(并注明资料属实、无一稿两投等事项)。希望引起广大作者的重视。为维护我刊的声誉和广大读者的利益,凡核实属于一稿两投和一稿两用等现象者,我刊将择期在杂志上提出批评,刊出其作者姓名和单位,并对该文的第一作者所撰写的一切文稿 2 年内拒绝在本刊发表,同时通知相关杂志。欢迎广大读者监督。

《中国骨伤》杂志社