

DOI:10.3724/SP.J.1008.2012.01044

脊髓型颈椎病急性起病误诊为脑卒中 1 例报告

祁敏, 张颖, 陈华江, 袁文*

第二军医大学长征医院脊柱外科, 上海 200003

[关键词] 脊髓型颈椎病; 急性起病; 卒中; 误诊

[中图分类号] R 681.531

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2012)09-1044-02

Acute onset of cervical spondylotic myelopathy misdiagnosed as stroke: a case report

QI Min, ZHANG Ying, CHEN Hua-jiang, YUAN Wen*

Department of Spinal Surgery, Changzheng Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 20003, China

[Key words] cervical spondylotic myelopathy; acute onset; stroke; diagnostic errors

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2012, 33(9): 1044-Inside back cover]

1 病例资料 患者, 女性, 61岁, 因“突发四肢麻木无力伴肢体感觉障碍 2周”入我院。患者于 2 周前骑自行车时突感四肢无力, 遂下车步行, 30 min 内上述症状迅速进展为四肢不全瘫表现, 无法自行站立。至当地医院急诊行头颅 CT、心电图、血糖等检查, 均未见明显异常, 故疑诊为脑卒中, 予以营养神经、改善微循环、补液等对症治疗后留院观察。10 余天后患者症状无明显缓解, X 线检查示颈椎退变严重(图 1A), MRI 检查示颈椎曲度变直, C_{4/5}、C_{5/6}、C_{6/7} 椎间盘突出, 中央偏左型, 以 C_{4/5} 为重, 硬膜囊及神经根明显受压变形, 相应水平椎管狭窄, 脊髓呈高信号表现(图 1B)。转入我院行进一步诊治。患者既往有颈部不适病史 10 余年, 未行特殊诊治; 2 周前骑车时轻微颠簸行驶后即自发出现四肢无力伴双上肢、双侧腹股沟平面以下肢体麻木。查体: 平车推入病室, 颈椎活动明显受限, 脊柱各棘突、棘突间隙、棘突旁无压痛、叩击痛及放射痛。双上肢、双侧腹股沟平面以下肢体触觉、痛觉减退, 位置觉、振动觉未见异常。四肢肌张力增强, 肌肉无明显

萎缩, 双手精细动作障碍。双上肢肌力 4 级, 双手肌力 1 级, 双下肢肌力 0 级。四肢腱反射亢进, 双侧髌阵挛、踝阵挛阳性, 双侧 Hoffmann 征阳性, 双侧 Babinski 征阳性。诊断: (1) 脊髓型颈椎病(JOA 9 分); (2) 颈脊髓压迫症伴四肢不全瘫。在完善术前检查并排除手术禁忌证后于全麻下行 C_{4/5}、C_{5/6}、C_{6/7} 颈椎前路椎间盘切除减压植骨融合内固定术。术后常规予以预防感染、激素抗炎和雾化吸入等治疗。术后患者症状明显改善, 肢体痛温觉减退平面从腹股沟平面下降至膝平面, 四肢肌力显著增加: 双上肢肌力 4 级, 双手肌力 3 级, 双下肢肌力 2 级。术后第 2 天复查颈椎正侧位片, 见颈椎内固定植入物位置良好(图 1C)。出院后口服营养神经药物 2 个月, 并行高压氧治疗 2 个疗程(2 h×10 d)以促进神经功能进一步改善。术后半年随访时患者四肢肌力进一步改善, 已可下地行走, 四肢麻木症状较术前显著改善。术后 1 年随访 X 线片示植骨融合满意(图 1D), 患者神经功能与术后半年时基本一致。



图 1 患者影像学资料

A: 术前 X 线片示颈椎退变严重; B: 术前 MRI 提示 C_{4/5}、C_{5/6}、C_{6/7} 椎间盘突出, C_{4/5} 水平脊髓呈高信号表现; C: 术后第 2 天 X 线片示颈椎内固定植入物位置良好; D: 术后 1 年随访 X 线片示植骨融合满意

[收稿日期] 2012-04-23

[接受日期] 2012-06-15

[作者简介] 祁敏, 第二军医大学临床医学 2005 级八年制学员, E-mail: qiminsmmu@126.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81885631, E-mail: yuanwenspine@163.com

2 讨论 颈椎病是由于颈椎韧带松弛、椎体失稳、颈部软组织劳损等因素导致颈椎间盘变性、压缩、纤维环断裂或髓核脱出,刺激或压迫颈椎动脉、颈交感神经、脊神经、脊髓等引起的相应临床症状和体征^[1]。颈椎病急性起病大多由自发性颈椎间盘突出所致,患者发病前大多无明显症状,轻微外伤甚至无明确外伤后出现急性瘫痪表现^[2],根据患者瘫痪平面、瘫痪性质(硬瘫、软瘫),可初步判断损伤部位。但急性瘫痪并非颈椎病的特异表现,多种疾病如外伤、脑血管病、肿瘤、感染性疾病(如结核、格林-巴利综合征、脊髓炎、脓肿)、血肿等均可引起急性瘫痪,应予以鉴别。颈椎病好发于中老年人,但突发起病的颈椎病患者由于急性脊髓损害早期可表现为脊髓休克,呈软瘫而非典型的硬瘫,为早期诊断增加了难度。老年患者脑卒中的发病率很高^[3],且起病时亦表现为突发神经症状、肢体瘫痪等,此外,部分脑卒中患者早期(24 h内)头颅CT检查难以发现病灶,更易与颈椎病急性起病混淆。因而接诊医师应对脊髓病有清晰的认识,对于无颅神经受累、损伤平面定位于脊髓水平者,应早期行相关检查以明确诊断。此外,在急性瘫痪的鉴别诊断过程中还应重视硬膜外血肿的压迫。硬膜外血肿大多来源于硬膜外丰富的静脉丛破裂出血^[4],由于此处静脉丛无瓣膜且血管壁薄,在轻微外伤等可能引起静脉压升高的诱因作用下容易发生自发出血形成局部血肿,进而压迫脊髓引起神经症状。由于血肿形成具有范围逐渐扩大的特点,因此患者往往表现为神经症状平面渐进性上升。

对于突发神经症状的老年患者,早期首先应该考虑脑卒中等发病率较高的疾病,并在急诊和早期检查诊断过程中给予相应的治疗措施。如怀疑急性缺血性脑卒中的患者应该尽快予以溶栓、抗凝等治疗^[5-6];如怀疑硬膜外血肿或中枢神经系统出血性疾病,应早期予以脱水、止血等治疗甚至急诊手术探查^[7]。在排除了神经内科相关疾病,且颈椎MRI检查明确存在颈椎间盘突出及颈脊髓压迫后,应该尽快明确责任病灶以进行手术治疗,解除神经压迫,尽早为患者神经功能的恢复提供机会。本病例中患者以突发四肢不全瘫起病,且患者年龄较大,缺乏典型的外伤史,外院在急诊时经头颅CT、MRI、心电图等检查初步排除了相关神经内科疾病,影像学检查结果显示为阴性,也着重考虑了脑卒中、硬膜外血肿

形成压迫等的可能性,但忽略了存在颈脊髓压迫症的可能,仅予以补液等对症治疗,历经10余天观察后才行颈椎MRI明确了责任病灶,一定程度上延误了最佳的手术时机。患者发病后等12天在我院进行了颈前路减压植骨融合内固定术,术后配合高压氧、营养神经药物等综合治疗,较好地改善了神经功能并预后良好。因而,对于无外伤史而出现的急性瘫痪的中老年患者,应首先明确损伤平面,对于定位于颈髓平面的患者,应考虑颈椎病急性发作可能,尽早行颈椎MRI检查以明确诊断,及时行手术治疗,以获得最大可能的神经功能改善。

3 利益冲突 所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

【参考文献】

- [1] Faldini C, Leonetti D, Nanni M, Di Martino A, Denaro L, Denaro V, et al. Cervical disc herniation and cervical spondylosis surgically treated by Cloward procedure: a 10-year-minimum follow-up study[J]. *J Orthop Traumatol*, 2010, 11: 99-103.
- [2] Bednarik J, Kadanka Z, Dusek L, Kerkovsky M, Vohanka S, Novotny O, et al. Presymptomatic spondylotic cervical myelopathy: an updated predictive model[J]. *Eur Spine J*, 2008, 17: 421-431.
- [3] European Stroke Organization (ESO) Executive Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008[J]. *Cerebrovasc Dis*, 2008, 25: 457-507.
- [4] Pan G, Kulkarni M, MacDougall D J, Miner M E. Traumatic epidural hematoma of the cervical spine: diagnosis with magnetic resonance imaging. Case report[J]. *J Neurosurg*, 1988, 68: 798-801.
- [5] Iqbal A. The 'golden hour' treatment of acute ischemic stroke [J]. *Med Health R I*, 2011, 94: 378-379.
- [6] Saver J L, Smith E E, Fonarow G C, Reeves M J, Zhao X, Olson D M, et al. The "golden hour" and acute brain ischemia: presenting features and lytic therapy in >30,000 patients arriving within 60 minutes of stroke onset[J]. *Stroke*, 2010, 41: 1431-1439.
- [7] Al-Mutair A, Bednar DA. Spinal epidural hematoma[J]. *J Am Acad Orthop Surg*, 2010, 18: 494-502.

【本文编辑】 周燕娟, 孙岩