

- 3 许晓静. 基于实验教学平台的 PBL 教学法应用模式探析[J]. 实验技术与管理, 2014, 31(4): 177-179.
- 4 胡靖, 邓云龙, 袁洪, 等. 应用综合模拟人实习教学培养诊断思维的实证研究[J]. 医学与哲学(A), 2014, 35(3): 30-33.
- 5 闫杰, 张成路, 靳奇峰, 等. 运用 PBL 教学法在精细化学品合成与实验教学改革中培养情商[J]. 实验技术与管理, 2010, 7(7): 151-153.
- 6 崔秋霞, 吉云兰, 张学梅, 等. ECS 模拟人在急诊科护士心肺复苏规范化培训中的应用[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(19): 3633-3635.
- 7 李晓华, 黄小凤, 曾怡, 等. PBL 教学法在医学微生物学中的应用探索与体会[J]. 微生物学通报, 2012, 39(4): 572-577.
- 8 秦志平, 李伟, 申志杨, 等. PBL 联合 SBME 教学法在神经内科临床教学中的应用研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 10(10): 60-61.
- 9 贺冬平, 李育, 尚乐. 以问题为基础教学法在神经内科护理临床教学中的应用[J]. 中华护理教学, 2015, 12(8): 594-596.
- 10 石超学. 不同带教模式在神经内科中的应用效果分析[J]. 护士进修杂志, 2011, 21(3): 1941-1942.
- 11 吴辉, 孙翔, 石如玲, 等. PBL + LBL 教学法在全科医学概论课程中的应用效果研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(10): 1176-1180.

[收稿日期 2016-08-18][本文编辑 杨光和]

## 自发性颈髓硬膜外血肿一例

· 病例报告 ·

魏峰, 崔燕

作者单位: 274400 山东, 曹县人民医院神经外科

作者简介: 魏峰(1978-), 男, 大学本科, 学士学位, 主治医师, 研究方向: 神经外科脊髓脊柱疾病的诊治。E-mail: cuiyanwf1104@163.com

通讯作者: 崔燕(1978-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 脑血管病及脊髓疾病的诊治。E-mail: 598286126@qq.com

[关键词] 自发性; 颈髓; 硬膜外血肿

[中图分类号] R 744 [文章编号] 1674-3806(2017)04-0373-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.04.25

### 1 病例介绍

患者, 男, 58岁, 因“突发颈部疼痛、左侧肢体无力1h”入院。患者于入院1h前睡眠中醒来突然感到颈部剧烈疼痛, 颈后部疼痛较重, 持续性, 伴左肩部疼痛不适, 继之左侧肢体活动无力, 症状持续不见好转。院外未诊治, 急入我院。无头痛及恶心、呕吐, 无发热、咳嗽及胸痛、胸闷。既往有高血压病史10年, 服药不规律。5年前患脑梗死治疗后无后遗症。半个月前因胸骨后疼痛住院诊断为“冠心病”治疗后好转, 其后服用“拜阿司匹林、氯吡格雷”等药物。有颈椎病病史, 具体不详。入院查体: 体温36.8℃, 血压165/107 mmHg, 神志清楚, 精神差, 查体合作, 言语清晰。颅神经(-)。右侧肢体肌张力正常, 肌力5级。左侧肢体肌张力稍低, 肌力3级。双侧肢体肌腱反射(++)。双侧肢体深浅感觉未见明显异常。双侧 Babinski 征(-), Chaddock 征(-)。颈轻度抵抗, Kernig 征(-), Brudzinski 征(-)。入院颅脑 CT 示脑梗死软化灶, 颈椎 CT 示椎间盘突出。结合病史、发病过程及查体, 主要诊断: (1) 颈痛、左

侧肢体无力原因待查, 颈部血管夹层? 脑梗死? 急性心肌梗死? (2) 冠心病; (3) 颈椎病; (4) 高血压病(2级很高危)。入院行血常规、心肌酶等生化检查示无明显异常, 心电图示轻度 ST-T 异常, 无异常 Q 波。急查心脏、主动脉及颈部血管超声示双侧颈动脉斑块, 余未见异常, 并预约颅脑及颈髓 MR 检查。入院后给予抗血小板聚集、调脂及营养神经、改善循环药物治疗, 患者颈部疼痛及肢体无力症状稍好转。但2d后患者出现右侧平 T2 平面以下痛温觉减退, 深感觉正常, 当日颅脑 MR 检查结果示脑内多发梗死及软化灶, 未见急性梗死灶, 脑 MRA 符合动脉硬化血管表现。颈髓 MRI 示颈椎退行性改变, C3/4 C4/5 C5/6 C6/7 椎间盘突出并对应椎管狭窄, C3-4 段颈髓左侧可见条状长 T2 信号, 考虑缺血性或炎性变性病可能性大(见图1); 颈部 MRA 未见明显异常。胸髓 MRI: T9/10 T10/11 左侧黄韧带增厚。遂结合患者当时临床表现及查体诊断脊髓病变、脊髓半切综合征, 定位颈髓, 髓外病变可能性大。遂请山东省立医院影像研究所联合阅片、讨论, 诊断左侧颈髓

硬膜外血肿,家属要求转入上级医院。随访患者在上级医院,进一步强化颈髓 MR 结果示颈髓硬膜外血肿吸收期。患者保守治疗 10 d 后出院,出院继续服用营养神经、B 族维生素维持治疗,1 个月后随访患者恢复较好,双侧肢体活动有力,无明显感觉障碍,生活自理。

②颈髓 MRI T2WI 矢状面病灶条状低信号; ①颈髓 MRI T2WI 横断面病灶梭状不均信号

图 1 患者发病 2 d 后颈髓 MRI T2 矢状面及横断面图

## 2 讨论

**2.1 自发性脊髓硬膜外血肿**发病率较低,国外统计发病率约为 0.1/10 万,而自发性颈脊髓硬膜外血肿发病率更低,更为罕见<sup>[1]</sup>,其好发年龄为 15 ~ 20 岁和 65 ~ 70 岁两个年龄段<sup>[2]</sup>。由于该病临床症状不典型,早期诊断较为困难,若病情进展迅速处理不及时,很可能留下难以恢复的神经功能障碍。本文通过观察 1 例不典型自发性颈髓硬膜外血肿患者的发病过程、临床表现及诊断治疗过程,同时复习相关文献,以提高临床医生对自发性脊髓硬膜外血肿的早期认识,并使患者得到早期有效治疗。

**2.2 自发性颈髓硬膜外血肿**其特点为发病急,无明确外伤病史,主要表现为突发颈后及背部剧痛,随后出现脊髓压迫症状,病变部位以下可出现运动、感觉、括约肌功能障碍,严重者发展为截瘫,发病时一般无发热、头痛、呕吐等症<sup>[3]</sup>。部分患者症状会延迟出现,症状会不典型,因此对一些症状不典型或没有疼痛症状的患者更容易漏诊。目前对血肿发生原因尚不明确,多数学者<sup>[4]</sup>认为是凝血机制紊乱所致,也有学者认为,出血为动脉引起,因为多数患者发病较急,但仍有约 40% 病例难以找到发病相关因素<sup>[5]</sup>。由于脊髓硬膜外静脉从缺乏瓣膜,当管腔内压力突然升高或原有血管有病变时可突然发生血管破裂形成血肿<sup>[6]</sup>;另外,抗血小板或抗凝治疗、溶栓、凝血功能异常、血管畸形、血友病、妊娠、高血压病、轻微创伤、用力等也可能是出血的潜在病因<sup>[7]</sup>。

有报道称<sup>[8]</sup>,在所有发病因素中,凝血功能障碍大概占 1/3,血管畸形只占 4.0% ~ 6.5%。本病例考虑主要原因为长期服用抗血小板药物治疗后引起的凝血异常可能性大,但由于此患者未做进一步检查,亦不排除其他原因导致的出血。

**2.3 急性自发性脊髓硬膜外血肿**的诊断单纯依靠病史及一般检查较为困难,但随着 MRI 时代的到来,其确诊病例呈逐渐增高趋势。血肿常见 MRI 表现为位于颈髓侧后方或后方硬膜外腔,矢状位血肿呈纵行长条状或梭形,横轴位呈新月形包绕脊髓,境界清楚,血肿与脊髓间可见线条状低信号的硬脊膜间隔<sup>[9]</sup>。急性期<sup>[10]</sup>表现为 T1WI 稍高信号, T2WI 稍低信号, 4 ~ 5 d 后, T1WI 等信号为主,边缘环以线样高信号或内部斑片状高信号, T2WI 信号稍低或稍高,内部可见斑片状高信号或低信号。增强扫描对于判断血肿原因及血肿形成时间非常重要,急性期病灶可见轻度强化,亚急性期病灶内部呈不规则线样强化。本文所报道病例为老年男性,既往有脑梗死及冠心病史,安静状态下起病,发病表现为颈部疼痛伴一侧肢体瘫痪,当时首先诊断为常见疾病颈部血管夹层或不典型急性心肌梗死可能性大。颈部血管夹层因血管内膜撕裂疼痛症状较重,夹层形成后血管狭窄导致脑梗死可出现偏瘫等神经系统阳性体征。另外,部分急性心肌梗死患者可首发表现颈部疼痛,且可出现心源性脑栓塞及肢体瘫痪。但入院后完善心电图、心肌酶检查及脑 MR 检查后排除急性脑梗死和心肌梗死。此患者一直无颅神经损害体征及 2 d 后出现的对侧肢体感觉障碍更提示定位颈髓,为脊髓半切综合征典型临床表现,颈髓 T2WI 为条梭状不均匀信号进一步支持此诊断。但因基层医院诊断此类患者较少,水平有限,在我院完善颈髓 MR 后核磁共振室当时未给予明确诊断,遂联合山东省立医院影像研究所明确诊断为急性颈髓硬膜外血肿。患者转上级医院进一步强化 MR 检查更进一步支持此诊断。

**2.4 颈髓硬膜外血肿**是临床少见的急症,发病隐匿,病情进展快,较大血肿压迫可直接导致脊髓不可逆性损伤,因此对于此疾病应尽早作出诊断和治疗。治疗提倡早期手术解除脊髓压迫,恢复神经功能,并给予神经营养代谢药如 B 族维生素、维生素 E、胞磷胆碱、ATP、辅酶 A 以及神经生长因子等药物。有学者<sup>[11]</sup>提出早期手术减压有利于术后神经功能的恢复,一旦明确诊断应立即手术清除血肿,手术不但能减少血肿,且能了解发病原因。但对于影像学提示

血肿较小、脊髓受压程度较轻者,亦可考虑非手术治疗,但应密切观察。以往亦有文献报道<sup>[12]</sup>部分硬膜外血肿患者经保守治疗后症状自行缓解、血肿消失而达到完全康复,但这些患者血肿量小,神经损害表现较轻。目前大多数学者仍认为,如果有条件应尽快手术治疗,以免发生瘫痪等严重后果。脊髓硬膜外血肿预后相关因素包括出血量的大小、受累平面、发病快慢等,而与性别、年龄和位置关系不大<sup>[13]</sup>。本文患者未行手术治疗,经保守治疗后逐渐恢复,1个月后基本恢复正常,未留神经功能障碍后遗症,考虑与出血量相对较小有关。

#### 参考文献

- 李继海,朴哲,张树泉. 自发性颈脊髓硬膜外血肿 MRI 诊断[J]. 中国实验诊断学,2014,18(12):2016-2017.
- Mattei A, Tabbia G, Baldi S. Diagnosis of sleep apnea[J]. Minerva Med,2004,95(3):213-231.
- 刘百海,史淑洁,王拥军. 颈髓硬膜外血肿误诊 1 例[J]. 中国误诊学杂志,2003,7(18):4443.
- Hsieh CF, Lin HT, Chen KT, et al. Acute spontaneous cervical spinal epidural hematoma with hemiparesis as the initial presentation[J]. Eur J Emerg Med, 2006,13(1):36-38.

- 赵宪林,孙守成. 脊髓硬脊膜外血肿的诊断与治疗[J]. 中华神经外科杂志,2000,16(3):193-194.
- 张守祥,王扬美,袁先厚,等. 自发性硬脊膜外血肿[J]. 中国临床神经外科杂志,2006,11(8):478-480.
- 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.
- Tezeren G, Gumus C, Bulut O, et al. Anterior versus modified combined instrumentation for burst fractures of the thoracolumbar spine; a biomechanical study in calves [J]. J Orthop Surg (Hong Kong), 2008,16(3):281-284.
- 刘焦枝,李光. 自发性脊髓硬膜外血肿 2 例[J]. 医学影像学杂志,2012,22(2):327-328.
- 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):107-109,113.
- 张殿君,付长峰,刘一. 颈髓特发性硬膜外血肿 1 例报告[J]. 吉林医学,2010,31(31):5695.
- 蓝涛,陈扬,钱文彬,等. 自发性颈椎管内硬膜外血肿 1 例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2014,24(5):478-480.
- Seon HJ, Song MK, Han JY, et al. Spontaneous cervical epidural hematoma presenting as brown-sequard syndrome following repetitive korean traditional deep bows[J]. Ann Rehabil Med,2013,37(1):123-126.

[收稿日期 2017-01-04][本文编辑 吕文娟]

## 儿童急性淋巴细胞白血病合并化脓性脑膜炎一例

· 病例报告 ·

陆明旭

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区江滨医院儿科

作者简介: 陆明旭(1989-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:儿童肾脏病的诊治。E-mail:972304601@qq.com

[关键词] 急性淋巴细胞白血病; 化脓性脑膜炎; 儿童

[中图分类号] R 733.7 [文章编号] 1674-3806(2017)04-0375-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.04.26

### 1 病例介绍

患儿,男,8岁,因“反复发热 10 d,头痛、呕吐 4 d”入院。既往于 2014-10-12 在广西壮族自治区人民医院住院治疗,确诊“急性淋巴细胞白血病(L3型 B 细胞性低危)”,目前按全国白血病方案化疗。入院 10 d 前,患儿无诱因下出现了发热,以中高热为主,经当地医院抗感染治疗后,仍有反复发热,4 d 前,患儿出现了头痛、呕吐症状,入院查体:体温 39.4℃,

呼吸 31 次/min,脉搏 130 次/min,血压 117/76 mmHg,体重 21 kg。神志清醒,精神较萎靡。双侧瞳孔等大等圆,直径约 4.5 mm,对光反射迟钝。神经系统检查:各颅神经检查未见异常,双下肢肌力 2~3 级,不能自行移动,痛、温、触觉正常,关节感、震动感正常。角膜反射、腹壁反射、膝反射、腱反射可引出,对称。肱二、三头肌反射、骨膜反射、跟腱反射可引出,颈强直、克氏征、奥本海姆征、巴彬斯基征双侧阳性,戈登