

CT 诊断急性自发性胸椎硬膜外血肿一例

李春英 朱芳 王承缘

【中图分类号】R681.5, R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2000)05-0375-01



图1 CT平扫椎管内后方硬膜外血肿呈梭形高密度影,硬膜囊受压前移。

图2 MRI矢状位T₁WI和T₂WI硬膜外血肿呈梭形稍短T₁混杂T₂信号,脊髓明显受压前移。图3 轴位T₁WIGD-DTPA增强,血肿明显均匀强化。图4 矢状位T₁WIGD-DTPA增强,血肿明显均匀强化。

急性自发性椎管内硬膜外血肿十分少见,有关其MRI表现国内已有报告^[1],但CT尚未见报告。我院近期遇到1例经CT检查、MRI和手术证实的急性自发性胸椎硬膜外血肿,并复习相关文献,报告如下。

患者女,72岁,突发腰背部剧烈疼痛7h,双下肢麻木、乏力伴大小便失禁5h入院。查体:脊柱胸_{9,12}椎棘突上下压痛(+),脐以下感觉消失,双下肢肌力II级,肌张力低下,双侧腱反射未引出,肛门括约肌松弛。患者有高血压病史10余年,发病前无外伤、血管损伤或凝血机制障碍等病史。

X线平片:胸腰椎正位片未见明显异常。胸段CT平扫(发病后9h):胸_{6,12}椎下缘椎管内见高密度软组织影,呈梭形或半圆形紧贴椎管后侧壁,前后径约9mm~11mm,CT值85HU,境界清楚,硬膜囊受压前移(图1)。CT诊断胸段椎管内硬膜外血肿。

胸腰段MRI平扫+增强(发病后24h):矢状位自胸₆椎体平面至腰₁椎体上缘椎管内硬膜外见长梭形稍短T₁、混杂T₂信号,病灶下部混有少量短T₁高信号,脊髓硬膜囊明显受压前移(图2)。为了同其它占位病变如肿瘤相区别,以作增强扫描。G₄DTPA增强后病灶明显均匀强化(图3、4)。MRI诊断:胸段脊髓硬膜外血肿。

手术结果:行胸₆~腰₁全椎板切除减压术,胸椎管内硬脊膜外大量条状凝血块,压迫脊髓,清除血块,见胸₆~₉椎硬膜外部分血管不规则。病理结果:凝血块及部分纤维索样坏死物。

讨论 椎管内急性自发性硬膜外血肿临床极为少见^[2]。发病前无外伤史,多见于程度不同的硬膜外血管破裂。其出血原

因较多,据统计硬膜外血管畸形占全部脊髓血管畸形的15%~

20%,且多发生于胸段。由于存在胸椎管硬膜外血管畸形,血管迂曲增粗,血管壁变薄,弹性减低,当腹压增高超过了畸形血管壁的耐受力,引起畸形血管突然破裂。本例患者72岁,有10余年高血压病史,即动脉硬化基础,MRI虽未见血管畸形的异常流动空效应,但术中已见不规则的血管畸形,因高血压及动脉硬化可使原有血管畸形更容易破裂出血,形成胸椎管内急性硬膜外血肿,造成急性脊髓压迫。又因胸椎管相对狭窄,即使出血量很少,也易在短时间内出现感觉运动丧失,大小便障碍。如诊断不及时,预后较差。因此立即作脊柱CT或MRI检查是尽早诊断本病的最佳手段。常规脊柱CT平扫可以清楚显示椎管内血肿的范围和部位。硬脊膜外血肿CT表现为紧贴椎管壁的,局限性或包围整个硬膜囊的高密度软组织影,CT值50~90HU之间,境界清楚。本例椎管内硬膜外血肿CT表现和临床特征均与文献报道相符。但限于分辨率等因素,术前CT难以准确判断血肿发生部位。而MRI检查对诊断本病则比CT更具有明显优越性,矢状面成像可直接观察出血肿的全貌,其准确部位及体积以及和周围结构的关系,并能精确显示脊髓受压的部位和范围,为术前定位及定性做出准确判断。磁共振血管成像(MRA)还可显示血管畸形,诊断价值更高,明显优于CT。

参考文献

- 1 洪澄,丁永红,王承缘,等.自发性脊髓硬膜外血肿的MRI的诊断[J].临床放射学杂志,1999,18(4):205-207.
- 2 刘金钊,陈晓亮,李书忠,等.急性自发性胸椎管硬膜外血肿的早期诊断和手术时机[J].中国脊柱脊髓杂志,1999,9(3):156-157.

(2000-05-08,收稿)

作者单位:430033 武汉军总医院CT室
作者简介:李春英(1950~),女,上海人,副主任医师,从事中枢神经系统疾患影像诊断及研究