

52 例急性脊髓炎的诊疗探究

蒋 寒

湘潭市第二人民医院神经外科 411100

[摘要] 目的 探究急性脊髓炎的临床表现和发病机理。方法 回顾 52 例患者的临床病历资料。结果 本组 52 例中, 30 例临床治愈, 18 例好转, 2 例未愈。2 例并发褥疮, 40 例膀胱、直肠和植物神经功能障碍消失, 其余好转。经随访 6 个月-3 年未见复发。结论 早检查, 早期诊断、早期治疗, 对改善急性脊髓炎的有积极作用。

[关键词] 急性脊髓炎; MRI; 糖皮质激素

[中图分类号] R744.3

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2018) 05-095-02

急性脊髓炎 (AM) 是神经内科一种常见的自身免疫性脱髓鞘疾病, 这是一种发病率较低但相对严重的脊髓疾病。AM 是指非特异性炎症引起脊髓急性进行性炎性脱髓鞘病变或坏死, 病变常局限于脊髓的数个节段, 胸髓最常受累, 以病损水平以下肢体瘫痪、传导束性感觉障碍和尿便障碍为临床特征^[1]。有专家认为可能是病毒感染后所诱发的一种自身免疫性疾病现将本科室 2012 年 1 月至 2018 年 1 月收治的 52 例急性脊髓炎进行回顾性分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 52 例, 其中男 30 例, 女性 22 例。年龄 17-52 岁, 平均 32 岁。病程 5h-3d, 平均 9h。

1.2 临床表现

本组均为急性起病, 22 例于发病前 4 周以内有急性上感史, 8 例有受凉、扭伤、疲劳等情况。18 例有背疼痛、腹痛等症状。10 例双下肢瘫痪, 4 例四肢瘫痪。52 例均出现感觉障碍, 24 例在感觉障碍区上缘有 1-2 个节段感觉过敏区, 15 例在病变平面以下深浅感觉均消失, 10 例深浅感觉减退, 3 例出现分离性感觉障碍。52 例均出现不同程度的膀胱、直肠和植物神经功能紊乱。18 例脊髓炎病变区棘突及椎旁有压痛。22 例有呼吸困难, 2 例有吞咽及发音障碍。

1.3 辅助检查

生化检查、血常规均正常; 脑脊液检查细胞数正常 34 例, 增高 18 例 (10-150 个/L), 且以淋巴细胞为主, 6 例脑脊液蛋白为 0.5-1.0g/L; 肌电图检查 30 例, 其中 18 例为神经源性损害, 余未见异常; 52 例均行磁共振成像 (MRI) 检查, 28 例示 T1WI 等信号 T2WI 长信号斑片状改变, 余未见异常信号。

1.4 方法

本组 52 例急性脊髓炎患者均依据临床表现、脑脊液、MRI 检查证实。病变定位于胸段 28 例、腰段 12 例、颈段 10 例、骶段 2 例。30 例予以地塞米松静滴, 10 例予以氢化可的松静滴, 1 例强的松口服 (院外已用甲基强的松龙), 15 例予以纳络酮治疗, 2 例配合 β-七叶皂甙钠治疗, 2 例予以针灸治疗, 并给予营养神经、对症支持等治疗, 加强护理, 防止并发症。

1.5 疗效判断

治愈: 步态平稳, 尿便功能正常, 可有感觉障碍, 生活自理; 好转: 肌力改善 1 级以上, 尿便功能及感觉障碍可有不同程度改善; 无效: 症状及体征无改善或加重, 死亡。

2 结果

本组 52 例中, 30 例临床治愈, 18 例好转, 2 例未愈。2 例并发褥疮。40 例膀胱、直肠和植物神经功能障碍消失, 其余好转。经随访 6 个月-3 年未见复发。

3 讨论

3.1 病因及发病机制

急性脊髓炎也称急性非特异性脊髓炎, 系指一组原因不明的急性横贯性脊髓损害, 引起病变水平以下运动、感觉、植物神经功能障碍。其病因及发病机制尚不完全清楚, 发病前 1-2 周有病毒感染, 如 EB 病毒、水痘、流行性腮腺炎等前驱症状, 有人从患者中检测到 II 型疱疹病毒抗体, 故目前学者认为其病因可能为病毒感染或病毒感染后变态反应, 机制可能为细胞介导的免疫反应, 感染早期 CD+8T 细胞在 CD+4T 细胞辅助下发挥清除病毒的强大功能, 在感染后期能引起自身免疫反应, 病毒直接侵及脊髓及自身免疫性脉管炎。病理证实急性脊髓炎可累及脊髓的任何节段, 以胸段最常见。病变可能仅累及脊髓的灰质、白质, 亦可累及脊髓、脊神经根和脑实质, 多数病例以累及软脊膜、脊髓周边的白质为主, 少数以累及中央灰质为主。

3.2 临床表现

本组患者均为急性发病。颈段脊髓炎出现四肢瘫痪, C4 以上节段受累时, 出现呼吸困难, 必要时需人工辅助呼吸; 颈膨大脊髓炎者则出现双上肢弛缓性瘫痪, 而下肢为上运动神经元性的瘫痪。胸腰段脊髓炎则出现下肢瘫痪; 骶段出现马鞍会阴区感觉障碍、肛门反射和提睾反射均消失, 无明显肢体运动障碍和锥体束征; 当脊髓损害由较低节段向上发展, 并逐步上升时, 累及脑干出现颅神经损害, 累及大脑出现精神异常; 亦可累及脊膜及脊神经根, 出现阳性脑膜和脊神经根刺激症状。

3.3 诊断依据

早期行 MRI 检查是较为可靠手段之一, 但其病变范围与临床不完全一致, 可能是由于 MRI 对反应脊髓内水分改变非常敏感虽病变的边缘水分增多, 但其神经功能尚无改变, 此点在决定扫描范围时应予注意, T2 加权像对确定脊髓信号有无异常非常重要, 横断 T2 加权像呈均匀质增高者通常脊髓肿胀显著, 治疗效果差; 而呈不均匀质增高者肿胀轻预后较好。就诊时神经功能损害程度、MRI 异常信号表现和肌电图改变密切相关。对临床表现不典型者应作相应的临床检查, 以免误诊、耽误病情。

3.4 治疗

急性脊髓炎急性期药物治疗应以糖皮质激素为主, 可用地塞米松 10-20mg 静脉滴注或氢化可的松 100-200mg, 1 次/d, 7-10d 后如病情稳定可改为泼尼松口服, 40-52mg/d, 随着病情逐渐好转, 泼尼松可逐渐减量。

总之, 尽早做脊髓 MRI 检查, 早期诊断、早期治疗, 对改善急性脊髓炎的预后有积极作用。

[参考文献]

(下转第 97 页)

2.3 手术时间、术中出血量以及疼痛评分比较

相对于对照组, 实验组患者的手术时间更短, 术中出血量更少, 疼痛评分更低; $P < 0.05$, 见表 3。

3 讨论

腹股沟区是指下腹壁和大腿交界三角区, 腹股沟疝主要是腹腔内脏器由于腹股沟区缺损逐渐形成的突出包块, 在临床上俗称为“疝气”。临床上若对该病不进展及时有效的治疗, 容易引发较多的并发症。

表 3: 手术时间、术中出血量以及疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	疼痛评分 (分)
对照组	43.26 ± 5.26	52.32 ± 6.22	7.82 ± 1.63
实验组	6.36 ± 2.15	40.78 ± 3.23	4.92 ± 2.31
χ^2	64.9369	16.4653	10.2575
P	0.0000	0.0000	0.0000

上述研究中, 实验组患者的复发率 (0%) 低于对照组复发率 (1%); 实验组患者的舒张压、收缩压、心率以及呼吸改善情况明显好于对照组, 相对于对照组, 实验组患者的手术时间更短, 术后伤口的引流量和术中出血量更少, 疼痛评分更低; $P < 0.05$, 究其原因: 腹腔镜下疝修补术主要符合病因学说开展腹横筋膜的重建, 符合基本的解剖结构, 完全修复患者的腹股沟部位薄弱区域, 直接符合力学原理, 缓解患者的腹腔内压力冲击。相对于传统有张力组织缝合术, 可有

效弥补创口大、疼痛剧烈等缺点, 随着目前临床医学科技的不断进步与发展, 腹腔镜疝修补术广泛用于腹股沟疝的治疗。腹腔镜疝修补术具有创口小、疼痛轻以及术后并发症发生率低等优点。

结合上述研究, 采用开展腹腔镜 TAPP 术治疗腹股沟疝患者, 可有效降低患者的复发率, 缓解疼痛, 改善应激反应指标, 缩短手术时间、减少术中出血量, 值得临床采纳。

[参考文献]

- [1] 王桐生, 丁磊, 赵爱民, 等. 腹腔镜下全腹膜外腹股沟疝修补术与经正中切口腹膜前腹股沟疝修补术的比较研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2016, 16(2):118-121.
- [2] 陶红光, 宗华. 腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的疗效观察 [J]. 中国当代医药, 2016, 23(25):22-24.
- [3] 艾万朝, 周旭坤, 张成建, 等. 腹腔镜下腹股沟疝修补术与开放式无张力疝修补术的临床对比分析 [J]. 中华疝和腹壁外科杂志 (电子版), 2016, 10(4):270-272.
- [4] 汪文峰. 腹腔镜疝修补术与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床比较 [J]. 医药前沿, 2016, 6(20):157-158.
- [5] 张杰. 传统腹股沟疝修补术、开放性无张力疝修补术及腹腔镜疝修补术的临床疗效比较 [J]. 临床医学工程, 2016, 23(2):197-198.

(上接第 92 页)

学院学报, 2011, 23(5): 527-529.

- [3] 张晓勇. 普通外科患者术后手术部位感染的易感因素分析及对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(5): 1041-1043.
- [4] 张东风. 普外科术后切口感染的因素以及预防措施分析 [J]. 中国保健营养, 2012(10): 3843-3815.

(上接第 93 页)

进行治疗, 在接受治疗之后, 患者的 GOS 预后情况较好, 效果显著由于对照组, 致死率、致残率明显降低 ($P < 0.05$), 治疗效果显著, 具有较高的临床应用价值。

[参考文献]

- [1] 石舒翔, 韦燕, 冯鲁乾. 去骨瓣减压术用于重型颅脑损伤致双侧瞳孔散大老年患者的可行性分析 [J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(10):1191.

析 [J]. 中国保健营养, 2012(10): 3843-3815.

- [5] 孙长文. 普外科手术后发生伤口感染的情况调查 [J]. 临床研究, 2013(4): 71-77.
- [6] 杨成虎, 范秀华. 普外科手术后切口感染危险因素与预防对策探讨 [J]. 西部医学, 2009, 21(5): 808-809.

治杂志, 2016, 31(10):1191.

- [2] 徐勇, 林爱明, 刘佳骐, 鲁虎臣, 马骏. 预见性与相继性双侧去骨瓣减压治疗重型颅脑损伤疗效的差异 [J]. 临床神经外科杂志, 2014, 11(06):470-472.
- [3] 杨开华, 冉启山, 文远超, 王飞, 余云湖. 对冲性重型颅脑损伤双侧去骨瓣减压临床疗效分析 [J]. 泰山医学院学报, 2016, 37(07):779-780.

(上接第 94 页)

起到的药效不同。抗菌药物具备干扰细菌的重要功能而不影响宿主细胞的特性。合理使用抗菌药, 可以有效地促进患者机体的康复, 如果滥用抗菌药, 则易导致患者不良反应增多, 机体对抗菌药产生耐药性, 甚至导致治疗失败。就医人群对抗菌药物的认知与使用直接影响着抗菌药物应用的整体趋势。居民缺乏基本用药常识, 而患者是抗生素最终消费者。通过面向医院就诊者宣传合理、安全使用抗生素的常识, 减少消

费者用药的盲目性, 就有可能有效地遏制药物滥用现象。

[参考文献]

- [1] 许丽, 陈爱红. 浅谈滥用抗生素的危害. 中华实用医药杂志, 2007, 7(1):18.
- [2] 刘冬雪. 浅谈医院抗菌药物合理应用的管理. 中外健康文摘, 2009, 14.
- [3] 张秀勤. 我院抗菌药物应用的管理与控制. 中华医院感染学杂志, 2003, 13(9): 856-857.

(上接第 95 页)

- [1] 孙文秀, 王如明. 急性脊髓炎. 山东医药, 2001, 41(11):47.
- [2] 郑建仲. 神经病学诊断. 上海科学技术出版社, 1998:345-355.

[3] 张焱, 程敬亮. 急性脊髓炎 30 例 MRI 诊断及鉴别. 郑州大学学报, 2005, 40(6):1167.

[4] 王义刚, 邢永前, 郑华. 急性脊髓炎的临床与 MRI. 临床神经病学杂志, 1997, 10(3):165-166.