

脊髓血管病误诊原因分析

马廉亭

【关键词】 脊髓血管病; 误诊; 原因分析

【文章编号】 1009-153X(2017)10-0673-03

【文献标志码】 C

【中国图书资料分类号】 R 744.1

脊髓血管病是危害人类健康的严重疾病,常导致病人脊髓运动、感觉、植物神经功能及性功能障碍。延误诊治会给病人、家庭及社会带来严重负担。本病虽较少见;但延误诊治屡见不鲜,而且这类病人多是转诊多家医院,最终被误诊误治。

据不完全统计,近20年来,我院共收治它院转来、经1~3次选择性脊髓动脉造影疑视脊髓血管病人17例;经我们再次全面检查分析,全部再次行规范、完整的选择性脊髓动脉造影,部分病例行经股静脉穿刺插管选择性奇静脉、半奇静脉、副静脉、腰横静脉及髂总(内)静脉与左肾动(静)脉造影;结果3例诊断为第三腰横静脉狭窄(图1)、3例左肾静脉狭窄(图2)、2例髂内动静脉瘘(图3)、1例髂内动静脉畸形(图4)、4例硬脊膜动静脉瘘(图5)、1例胸腰段椎间盘脱出症、1例胸腰段椎管狭窄、1例骶管囊肿、1例诊断不清(可疑多发神经根炎?)。

1 误诊误治的原因

有以下几种情况:

①误诊为脊髓炎、椎间盘脱出或椎管狭窄症。脊髓炎的诊断至今没有金标准,多是临床分析排除其它疾病后得出的临床诊断。

②临床虽高度怀疑脊髓血管病,也做了选择性脊髓血管造影,但有下列缺陷:一是遗漏了供应脊髓血管病的供血动脉,一个完整全面的选择性脊髓血管造影,要完成近40根血管的超选择插管造影。二是遗漏了超选择性髂内动脉造影。

③造影时间不够长,只完成了动脉期,而未到静脉期显影,因为有的微小血管病变或供血动脉细小或供血动脉长的病变,长达40s才能显影。

④对少见的椎旁静脉狭窄或闭塞引起的脊髓静

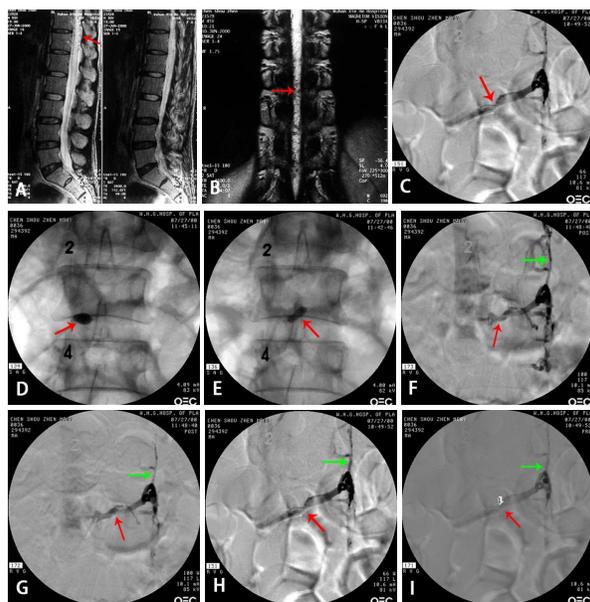


图1 第三腰横静脉狭窄球囊扩张治疗前后影像

A、B. 治疗前MRI,红色↑示流空影;C. 治疗前DSA,经股静脉-第三腰横静脉造影,红色↑示狭窄部位;D、E. 球囊扩张治疗第三腰横静脉狭窄,红色↑示球囊;F-I. 球囊扩张治疗第三腰横静脉狭窄后,造影示第三腰横静脉回流明显加快,红色↑示狭窄部位,绿色↑示向脊髓引流的静脉

脉高压综合征所致的脊髓损害,未进行经股静脉穿刺入路选择性奇静脉、半奇静脉、副奇静脉、腰升静脉及髂内静脉造影。

⑤对微小脊髓血管病变未行放大造影。

⑥对脊髓复杂血管病变未行多模态三维影像融合。

2 如何避免脊髓血管疾病的误诊误治?

①进行认真细致的询问病史、全面体格及神经系统检查,分析脊髓病变的纵、横定位诊断及定性诊断。

②对怀疑脊髓血管病的病人一定要实施全面完整规范的选择性脊髓血管造影。

③选择性脊髓血管造影要酌情延长造影时间、

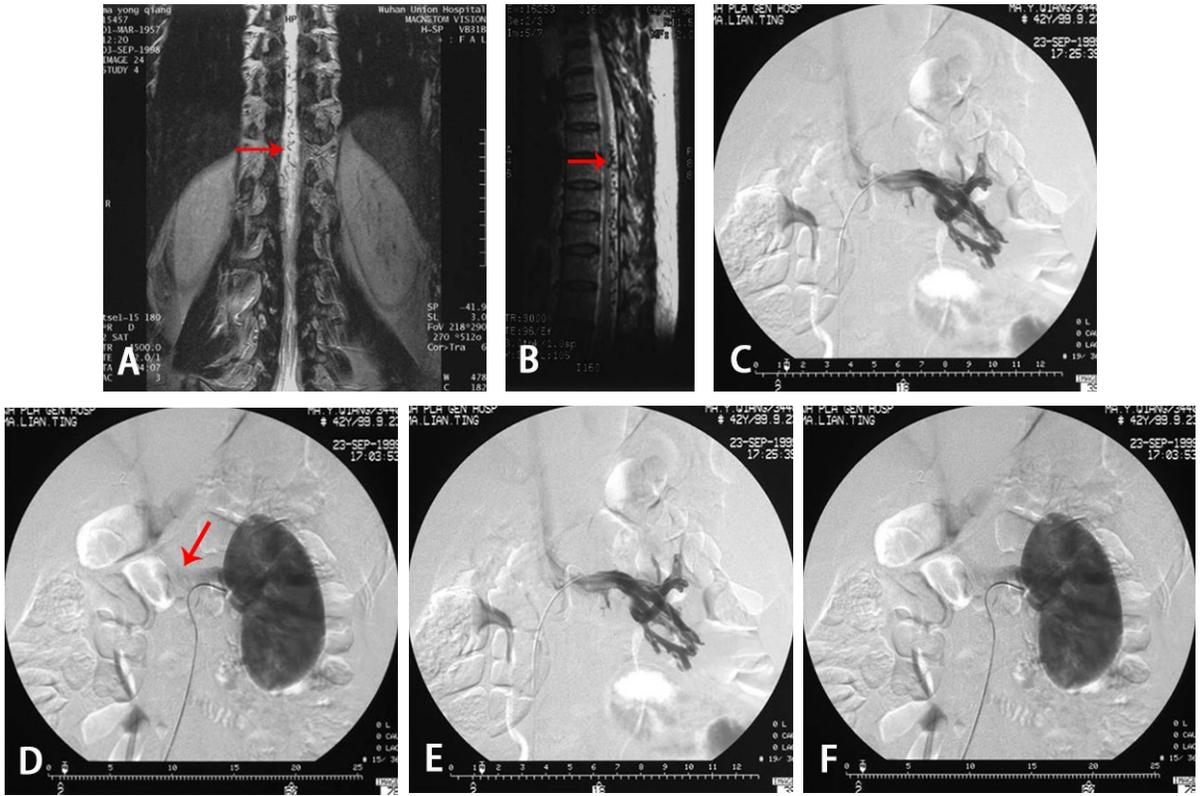


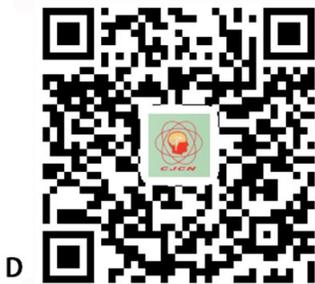
图2 左肾静脉狭窄致脊髓静脉高压综合征

A、B. MRI, ↑示流空影;C、D. 球囊扩张前DSA, ↑示左肾静脉狭窄;E、F.球囊扩张后DSA, 狭窄消失, 静脉回流好转



图3 左颅内动静脉瘘致脊髓静脉高压综合征

A. 左颅内动脉造影, ↑示瘘口;B. 双容积冠状位像, ↑示椎管内引流静脉;C. 双容积侧状位像, ↑示椎管内引流静脉;D. 左颅内动脉造影动态影像;E. 双容积冠状位动态影像;F. 双容积侧状位动态影像



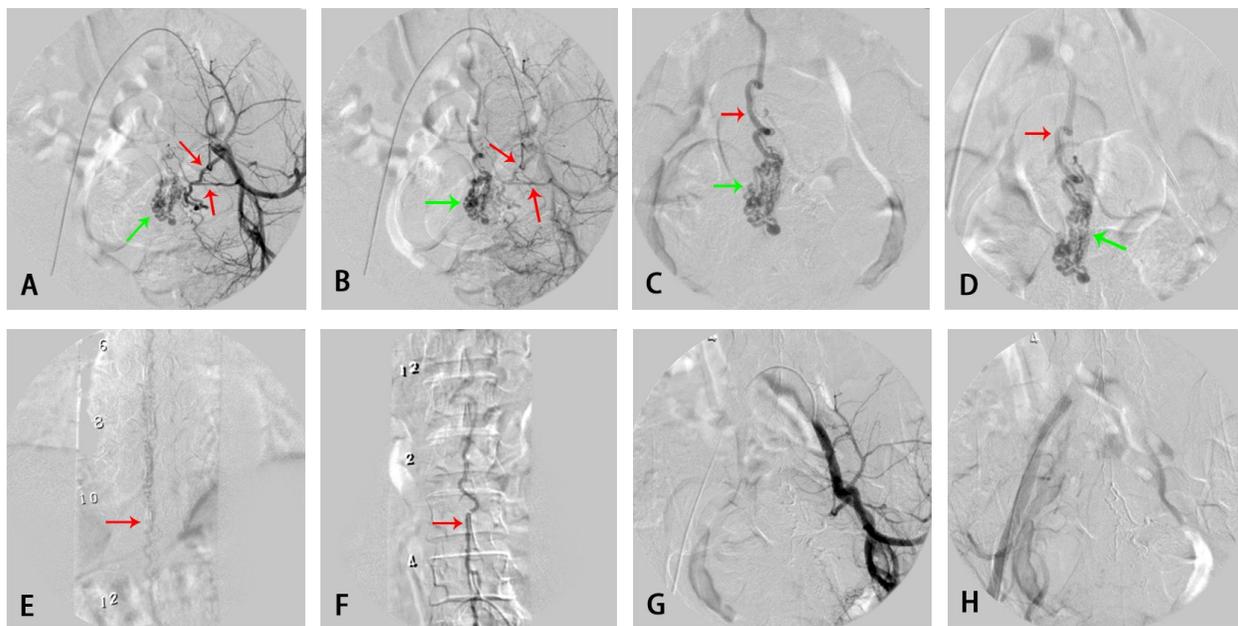


图4 左颅内动静脉畸形致脊髓静脉高压综合征

A、B. 左颅内AVM,红色↑示左颅内动脉有双支供血,绿色↑示畸形血管团;C~F. AVM向椎管内引流致脊髓静脉高压,红色↑示引流静脉,绿色↑示畸形血管团;G. 左颅内动脉造影,AVM不显影;H. 右颅内动脉造影,AVM不显影

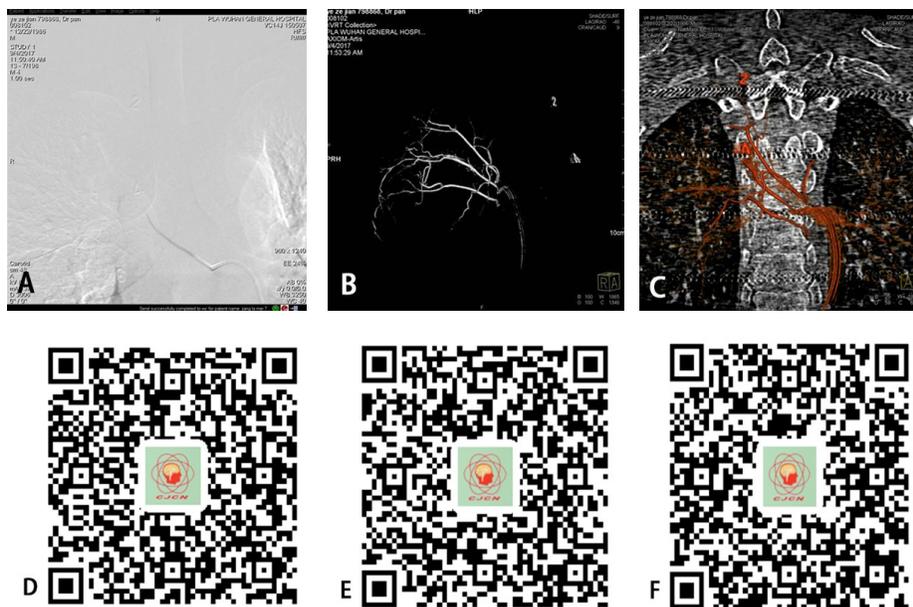


图5 右T5硬脊膜动静脉瘘

A. 右T5 DSA正位像;B. 右T5 DSA三维重建影像;C. 右T5双容积影像;D. 右T5 DSA正位动态像;E. 右T5 DSA三维重建影动态像;F. 右T5双容积影动态像

放大、不要手推而应用高压注射器注药,要进行三维成像与三维融合成像。

④对高度怀疑脊髓血管病者,完整规范的选择性脊髓动脉造影未发现病变者、尤其对MRI上有血管流空影者,建议一定经股静脉插管行选择性奇、半奇、副奇、腰横、颅内静脉造影与左肾动(静)脉造影,了解这些静脉有无因狭窄或闭塞向下腔静脉回流障

碍,致脊髓静脉高压综合征。

⑤虽脊髓选择性DSA是脊髓血管病诊断的金标准,但与脊髓CTA及MRA检查互补应用也可减少脊髓血管病的误诊率。

⑥不要满足于脊髓炎、椎间盘脱出与椎管狭窄症的诊断?

(2017-09-12收稿)