

รายงานผู้ป่วย

ก้อนเลือดเหนือดูราที่ไขสันหลังชนิดเกิดเอง เฉียบพลัน : รายงานผู้ป่วย

มุจลินท์ เฉลิมพรพงศ์ พ.บ.*

Abstract **Acute Spontaneous Spinal Epidural Hematoma : A case Report**
Mujalin Chalernpornpong M.D.*

* Department of Surgery, Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.
J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center 2007;24:111–115.

บทนำ

Spontaneous spinal epidural hematoma (SSEH) พบได้น้อยแต่ทำให้เกิดความพิการได้มาก ประมาณอุบัติการณ์โรคนี้ 0.1 รายต่อผู้ป่วย 100,000 รายต่อปี¹ รายงานโรคนี้ครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ. 2412² จนถึงปัจจุบันมีรายงานประมาณ 400 ราย^{3,4} ลักษณะของโรคคือมีอาการปวดทันทีบริเวณ คอ หรือหลัง ปวดร้าวไปตามแขนหรือขา ตามระดับของรอยโรค และมีอาการของการกดเบียดไขสันหลังตามมาในระยะเวลาเป็นนาที่หรือชั่วโมง เกิดอาการอัมพาตและสูญเสียความรู้สึกของร่างกาย การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าให้ผลได้แม่นยำ^{5,6} และการรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกทันที ผลการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัด ระยะเวลาก่อนการผ่าตัด^{3,7,8} ในรายงานนี้ได้กล่าวถึงผู้ป่วยโรคนี้ 1 ราย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติความดันโลหิตสูง รักษาไม่สม่ำเสมอ มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 เวลา 06.30 น. ด้วยเรื่องปวดหลังบริเวณบั้นเอวมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1/2 ชั่วโมง ขณะที่กำลังเดินออกกำลังกาย ตรวจร่างกายแรกพบ BP 190/110 mmHg P 60/min แขนขาไม่อ่อนแรง ไม่ชา ได้รับการวินิจฉัยเป็น Low back pain ได้ยา Diclofenac 75 mg IM และส่งปรึกษาศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ต่อมาเวลา 08.30 น. ผู้ป่วยขา 2 ข้างอ่อนแรงขยับไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Paraplegia ส่งทำ TL myelography แต่ทำไม่สำเร็จเนื่องจาก contrast leakage ได้ส่งทำ MRI – TL Spine ผลเป็น Extradural hematoma T10 – L3 level with pressure effect to spinal cord, conus medullaris และมี intramedullary high signal

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

intensity at T10-conus medullaris เข้าได้กับ spinal cord edema หรือ ischemia (รูปที่ 1) และได้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, PT, PTT, Blood chemistry ปกติ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute spinal epidural hematoma T10 - L3 level อาการก่อนผ่าตัด BP 130/80 mmHg ปวดหลังบริเวณเอว (Hypesthesia - T10-12) ขา 2 ข้างขยับไม่ได้ (Complete Paraplegia) ขา

บริเวณขาหนีบลงไป no bladder function ไม่มี Patella และ Ankle reflex ทั้ง 2 ข้าง ได้รับการผ่าตัด Laminectomy T10 - L2 decompression with remove blood clot 21 พฤศจิกายน 2549 21.30 น. หลังผ่าตัดอาการเหมือนเดิม ยกเว้นอาการปวดหลังหายไป หลังผ่าตัด 1 เดือน ผู้ป่วยขยับหัวแม่เท้าขวาได้เล็กน้อย หลังผ่าตัด 4 เดือน ผู้ป่วยขยับข้อเท้าได้ทั้ง 2 ข้าง ส่วนอื่นเหมือนเดิม ยังต้องคาสายสวนปัสสาวะ



รูปที่ 1 ภาพซ้าย T1 weighted แสดง extradural lesion มีลักษณะ isointense signal to spinal cord และกดเบียด dural sac ทาง posterior ตั้งแต่ T10-L3



ภาพขวา T2 weighted แสดง extradural lesion มีลักษณะ hyperintense with foci of hypointense signal to spinal cord และมี intramedullary hyperintense signal ตั้งแต่ T10-conus medullaris บ่งบอกถึง spinal cord edema หรือ ischemia

วิจารณ์

SSEH พบได้น้อย และยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อาจเกี่ยวข้องกับ Hypertension, Disc herniation, Coagulopathy, Anticoagulation การเบ่ง จาม ยกของหนัก และ spinal vascular anomaly หรือใน minor trauma^{1,6,9,10,11} อาจทำให้มีการส่งผ่านแรงดันจากช่องอกหรือช่องท้องไปสู่ epidural venous plexus ใน spinal canal และทำให้ epidural venous plexus ที่มีผนังเปราะบางและไม่มี valve ฉีกขาด¹² แต่ก็มีข้อแย้งว่าเลือดที่ออกจาก epidural venous plexus ก็ไม่ได้มี pressure มากพอจะไปกดเบียด dural sac ได้ และในความเป็นจริงที่พบในการผ่าตัดเสมอก็คือ pressure จาก dural sac นั้นสามารถ tamponaded เลือดที่ออกจาก epidural venous plexus ได้ Beatty and Winston สันนิษฐานว่า SSEH เกิดจากการฉีกขาดของ small epidural arteries¹⁰ บางรายงานที่พบ SSEH ร่วมกับ herniated disc และตั้งสมมติฐานว่า herniated disc ทำให้ epidural venous plexus ฉีกขาด ซึ่งจะพบ epidural hematoma ทางด้านหน้าของ dural sac¹³ แต่ในรายงานส่วนใหญ่ รวมทั้งในผู้ป่วยรายนี้พบว่า Hematoma อยู่ทางด้านหลังของ dural sac แต่ทั้งนี้สาเหตุที่แท้จริงอาจเกิดได้จากหลายปัจจัยที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมต่อไป สำหรับผู้ป่วยรายนี้ก็มีประวัติ Hypertension และเกิดอาการขณะกำลังเดินออกกำลังกาย SSEH พบในเพศชายหญิง 3:1 พบมากทางด้านหลังของ dural sac ในเพศชายพบมากที่สุดที่ระดับ thoracic region ส่วนเพศหญิงพบมากที่สุดที่ระดับ cervical region อายุที่พบส่วนใหญ่เกิน 50 ปี^{9,14}

การวินิจฉัย SSEH ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังหรือคออย่างรุนแรงทันทีโดยไม่มีประวัติอุบัติเหตุและมีอาการปวดร้าว (radicular pain) ไปตามแขนขาหรือร่างกายตามระดับที่เกิด hematoma และมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา รวมทั้งความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ¹⁵ อย่างในผู้ป่วยรายนี้ปวดหลังทันทีบริเวณบั้นเอวเนื่องจากรอยโรคอยู่ที่ระดับ T10-L3 แม้ว่าอาการของ SSEH จะดูค่อนข้างชัดเจน แต่การวินิจฉัยที่ถูกต้องยังมี

ความยุ่งยากอยู่ ดังในผู้ป่วยรายนี้ การวินิจฉัยแยกโรค มี spinal abscess, epidural tumor, spinal ischemia, transverse myelitis or acute vertebral disc disease¹⁶

การตรวจด้วย myelography สามารถแสดงถึงการกดเบียดไขสันหลังได้ แต่ก็มีข้อจำกัดตรงที่ไม่สามารถบอกชนิดและขอบเขตรอยโรคได้^{5,11} การตรวจด้วย Spiral CT Scanning ก็ได้ผลที่ไม่ดีนัก เนื่องจาก high contrast ของ spinal canal กับ vertebral bone⁵ แต่จะดีขึ้นถ้าตรวจด้วยวิธีร่วมกันของ myelography และ Spiral CT Scanning¹⁰ สามารถบอกชนิดและขอบเขตของรอยโรคได้ ในปัจจุบันนี้ MR imaging ถูกนำมาใช้แทน Myelography และ CT Scanning เนื่องจากมีข้อดีกว่า คือ noninvasive และสามารถบอกชนิดขอบเขตของรอยโรคและระดับความรุนแรงของการกดเบียดไขสันหลังได้โดยจะพบ SSEH ในลักษณะ isointense signal to spinal cord ใน T1-weighted imaging และใน T-2 weighted imaging พบ SSEH มีลักษณะเป็น hyperintensity with hypointense foci^{5,6} ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยได้จาก MR Imaging หลังจากทำ Myelography แต่ไม่สำเร็จ

การรักษา SSEH ถือเป็น emergency surgical decompression^{6,7} แต่ก็มีรายงานที่กล่าวถึงการรักษาโดยไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและมีอาการดีขึ้นได้เอง^{6,17-21} ผู้ป่วยรายนี้มีอาการรุนแรงและมี paraplegia แล้วจึงต้องได้รับการผ่าตัด ผลการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคก่อนผ่าตัด (severity of preoperative neurological deficit) ระยะเวลาที่มีอาการก่อนผ่าตัด (operative interval)^{3,7,8} ในรายงานของ Groen and Van Alphen ได้ review ผู้ป่วย 333 ราย พบว่า ผู้ที่มี complete spinal dysfunction ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 36 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ incomplete spinal dysfunction ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง มีผลการรักษาที่ดี³

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดหลังจากมีอาการ paraplegia ไปแล้วถึง 37 ชั่วโมง และหลังผ่าตัดอาการไม่ดีขึ้น จากการติดตามผลการรักษาที่ 4 เดือน ผู้ป่วยทำได้เพียงขยับข้อเท้า 2 ข้างได้เท่านั้น อาการอื่น ๆ ไม่ได้ดีขึ้น

ถือว่าผลการรักษาไม่ดี เนื่องจากก่อนผ่าตัดมี paraplegia อยู่เนาน และจาก MR imaging พบว่ามี spinal cord edema หรือ ischemia แล้ว

สรุป

Spontaneous spinal epidural hematoma เป็นโรคที่พบได้น้อยแต่ทำให้เกิดความพิการได้มาก แม้จะยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่ก็เชื่อว่าการเพิ่มแรงดันในช่องอกหรือช่องท้องทำให้มีการฉีกขาดของ epidural venous plexus เกิดก้อนเลือดขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดคอ หรือปวดหลังทันที และตามมาด้วยอาการของการกดเบียดไขสันหลัง การตรวจด้วย MR imaging สามารถบอกชนิดและขอบเขตของก้อนเลือดรวมทั้งความรุนแรงของการกดเบียดไขสันหลังได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว (โดยเฉพาะใน T2 - weighted) การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกโดยเร็ว จะให้ผลการรักษาที่ดี และลดภาวะแทรกซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

- Holtas S, Heiling M, Lonntoft M. Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology* 1996; 199:409-13.
- Jackson R. Case of spinal apoplexy. *Lancet* 1869; 2:538-9.
- Groen RJ, van Alphen HA. Operative treatment of spontaneous spinal epidural hematomas : a study of the factors determining postoperative outcome. *Neurosurgery* 1996; 39:494-509.
- Lonjon MM, Paquis P, Chanalet S, Grellier P. Nontraumatic spinal epidural hematoma : report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 1997; 41:483-87.
- Avrahami E, Tadmor R, Ram Z, Feibel M, Itzhak Y. MR demonstration of spontaneous acute epidural hematoma of thoracic spine. *Neuroradiology* 1989; 31:89-92.
- Fukui MB, Swarnkar AS, Williams RL. Acute spontaneous spinal epidural hematomas. *Am J Neuroradiol* 1999; 20:1365-72.
- Foo D, Rossier AB. Preoperative neurological status in predicting surgical outcome of spinal epidural hematomas. *Surg Neurol* 1981; 15:389-401.
- Lawton MT, Porter RW, Heiserman JE. Surgical management of spinal epidural hematoma : relationship between surgical timing and neurological outcome. *J Neurosurg* 1995; 83:1-7.
- Groen RJ, Ponsse H. The spontaneous spinal epidural hematoma. A study of the etiology. *J Neurol Sci* 1990; 98:121-38.
- Beatty RM, Winston KR. Spontaneous cervical epidural hematoma. A consideration of etiology. *J Neurosurg* 1984; 61:143-8.
- Pear BL. Spinal epidural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1972; 115:155-64.
- Markham JW, Lyngne HN, Stahlman GE. The syndrome of spontaneous spinal epidural hematoma. Report of three cases. *J Neurosurg* 1967; 26:334-42.
- Gundry CR, Heithoff KB. Epidural hematoma of the lumbar spine : 18 surgically confirmed cases. *Radiology* 1993; 187:427-31.
- Liao CC, Lee ST, Hsu WC, Chen LR, Lui TN, Lee SC. Experience in the surgical management of spontaneous spinal epidural hematoma. *J Neurosurg Spine* 2004; 100:38-45.
- Bruyn GW, Bosma NJ. Spinal extradural hematoma. In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds: *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: North-Holland Publishing; 1976. p 1-30.

16. Alexiadou–Rudolf C, Ernestus RI, Nanassis K, Lanfermann H, Klug N. Acute nontraumatic spinal epidural hematomas: An important differential diagnosis in spinal emergencies. *Spine* 1998; 23: 1810–3.
17. Boukobza M, Guichard JP, Boissonet M, George B, Reizine D, Gelbert F, et al: Spinal epidural haematoma: report of 11 cases and review of the literature. *Neuroradiology* 1994; 36:456–9.
18. Hernandez D, Vinuela F, Feasby TE. Recurrent paraplegia with total recovery from spontaneous spinal epidural hematoma. *Ann Neurol* 1982; 11:623–4.
19. Pahapill PA, Lownie SP. Conservative treatment of acute spontaneous spinal epidural hematoma. *Can J Neurol Sci* 1998; 25:159–63.
20. Saito S, Katsube H, Kobayashi Y. Spinal epidural hematoma with spontaneous recovery demonstrated by magnetic resonance imaging. *Spine* 1994; 19:483–6.
21. Wagner S, Forsting M, Hacke W. Spontaneous resolution of a large spinal epidural hematoma. Case report. *Neurosurgery* 1996; 38:816–8.