

·病例报告·

胸 1/2 椎间盘突出并发 Horner 综合征一例并文献回顾

郜顺兴 刘红正 张楠

胸椎受胸廓固定,活动度差,因此症状性 T_{1/2} 椎间盘突出在临床上较为罕见。1945 年, Svien 等^[1]首次报道了 1 例 T_{1/2} 椎间盘突出症,国内至今未见此类病例报道。T_{1/2} 椎间盘突出根据神经受累情况可表现为神经根型或脊髓型,但极少数病人合并 Horner 综合征^[2]和(或)Brown-Sequard 综合征^[3]。如果不能及时明确诊断,易造成漏诊、误诊,影响治疗及预后。我院于 2019 年 12 月收治 1 例 T_{1/2} 椎间盘突出,表现为神经根性损害及 Horner 综合征,现报告如下。

临床资料

病人,女,53 岁,主因突发颈痛伴左上肢放射痛无力、左眼睑下垂 5 d 入院。病人于 5 d 前无明显诱因突然出现颈肩部剧烈疼痛并左上肢放射痛,可放射至左上臂;1 d 后症状加重,疼痛可放射至左前臂及左手,出现左手麻木感、无力感,左手、左腕屈伸活动受限,以左手环小指外展内收受限最为明显,同时伴左脸感觉异常、左眼睑下垂(图 1 a),遂就诊于当地医院。头部 MRI 检查、四肢肌电图检查均未见明显异

常。颈椎 MRI 示 C_{3/7} 椎间盘突出,颈椎骨质增生,颈椎曲度变直;给予对症甘露醇脱水、地塞米松等保守治疗,病人左上肢放射痛症状较前好转,但左手无力感、左环小指外展受限未见明显恢复。

病人遂再次就诊于我院,体检:左上睑下垂、双侧瞳孔不等大(左侧小于右侧)、室内环境下面部未见明显无汗;左侧腕背伸肌力 4 级、屈腕肌力 4 级、指伸肌力 3 级、指屈肌力 3 级、骨间肌肌力 1 级、小指外展肌力 1 级(见图 1 b、c)。余肢体肌力正常,双上肢腱反射正常,Hoffmann 征阴性,Babinski 征阴性,踝阵挛阴性。病人自带颈椎 MRI 见可疑 C₇/T₁ 椎间盘突出,立即于我院复查颈胸段 MRI 示 T_{1/2} 椎间盘突出,颈椎 MRI 示 T_{1/2} 椎间盘脱出(左侧型),T₁ 神经根受压(见图 1 d、e)。门诊医师以“T_{1/2} 椎间盘突出症”收入病房治疗。

病人入院完善相关检查后,建议病人手术治疗,但病人及家属要求保守治疗,拒绝手术治疗。遂给予卧床、止痛等对症治疗,经对症治疗后左上肢放射痛较前好转,左眼睑下垂未见明显恢复,自动出院。



图 1 病人,女,53 岁 a:病人左侧眼睑下垂;b,c:病人左手屈伸活动及左手环小指外展明显受限;d,e: MRI 可见 T_{1/2} 椎间盘脱出(左侧型),T₁ 神经根受压

讨 论

胸椎间盘突出临床少见,且大多数胸椎椎间盘突出发生在T₈水平以下,由于胸廓的遮挡,上胸椎活动度较差,且小关节方向与颈椎活动方向不一致,因此上胸椎椎间盘突出在临床上罕见的^[4]。目前,上胸椎椎间盘突出症报道多位于T_{1/2}节段,占有胸椎间盘突出的1%~3%,T_{1/2}椎间盘突出根据神经受累部位可表现为不同的临床症状。除了肩背部疼痛外,可表现根性症状,为T₁神经根受累,由于其为臂丛神经下干组成部分,表现为上肢尺侧放射性疼痛麻木,手内在肌、小指外展肌力减弱;或可表现为脊髓受累,出现胸腹部束带感、行走不稳、踩棉感等;极少数病人还可表现Horner综合征和(或)Brown-Sequard综合征。早期文献诊断T_{1/2}椎间盘突出,多采用椎管内造影的办法^[5],随着影像学发展,MRI是目前诊断T_{1/2}椎间盘突出最为可靠的方法,CT可用于明确突出间盘组织是否伴有钙化。文献分析显示T_{1/2}椎间盘突出症中,突出物位于后外侧型约占总数的2/3,中央型占1/3^[3]。

Horner综合征是由于交感神经通路障碍导致的眼部症状,交感神经通路自下丘脑发出后经过脑干、颈髓下降至C₈~T₂脊髓侧角换元,第2级神经元发出后离开颈髓沿颈部交感神经链向下行至锁骨下动脉附近,向上折返,到达颈动脉分叉处的颈上神经节再次换元,换元后的节后神经纤维缠绕颈内动脉壁进入颅内、海绵窦,最后随眼神经进入眼眶,支配眼睑Müller肌、瞳孔扩大肌^[6]。Horner综合征典型三联征是患侧上睑下垂、瞳孔缩小、无汗,其中患侧上睑下垂、瞳孔缩小较无汗更为常见,但均不会引起任何功能性视觉障碍^[7]。Horner综合征可发生在交感神经链的任何一点,根据损伤部位不同可分为中枢性、节前性或节后性交感神经损伤,C₈、T₁、T₂神经根受损,可出现Horner综合征。T_{1/2}椎间盘突出导致的Horner综合征属于T₁神经根节前病变,最早在1978年由Gelch^[8]首次报道,后又相继出现临床个案报道^[2,9-10],但国内目前无相关报道。在诊断T_{1/2}椎间盘突出合并Horner综合征前,必须与其他原因引起的Horner综合征进行鉴别,如Pancoast癌等^[11]。李洋等^[12]回顾了2例颈胸段半椎体畸形合并Horner综合征病人,认为是颈胸椎脊柱畸形压迫颈交感神经节而引起Horner综合征。

对于T_{1/2}椎间盘突出的治疗包括保守治疗与手术治疗,保守治疗适用于T_{1/2}椎间盘轻度突出,神经功能受损较轻的病人,Rahimizadeh等^[3]报道1例以左侧神经根性症状及Horner综合征为主要临床表现的病人,经保守治疗5个月,突出的T_{1/2}椎间盘组织基本消失,临床症状缓解。但对于存在疼痛剧烈或合并严重神经功能障碍的病人,以及合并Horner综合征的病人,积极手术治疗是有必要的,多数文献支持手术治疗方案^[1-5,8-10,13-14]。对于中央型T_{1/2}椎间盘突出,可行前路手术[下颈椎入路和(或)有限胸骨劈开入路],对于侧后方T_{1/2}椎间盘突出,可以采用胸椎全椎板切除神经根减压术,或胸椎K-holy技术来完成。目前,行脊柱内窥镜下间盘摘除神经根松解是可选择的手术方案之一。文献报道显示,

手术治疗总体效果良好,多数病人的疼痛症状得到缓解,运动及感觉功能障碍得到改善,但伴随的Horner综合征恢复较慢^[13-14],Possley等^[14]报道1例病人在术后6周根性疼痛、运动和感觉障碍基本消失,但直至术后9个月Horner综合征未见明显改善。对于有神经根性症状和体检结果符合Horner综合征的病人,应进行包括颈胸段在内的MRI检查,准确的诊断和及时的治疗可以改善病人的临床症状,提高临床预后。

参 考 文 献

- [1] Svien HJ, Karavitis AL. Multiple protrusions of intervertebral disks in the upper thoracic region: report of case [J]. Proc Staff Meet Mayo Clin, 1954, 29(13): 375-378.
- [2] Teixeira JC, Santos MM, Melancia JL. T1-T2 herniated disk presenting with Horner syndrome [J]. World Neurosurg, 2017, 107: 1050.e13-1050.e15.
- [3] Rahimizadeh A, Zohrevand AH, Kabir NM, et al. T1-T2 disc herniation: report of four cases and review of the literature [J]. Surg Neurol Int, 2019, 10: 56.
- [4] Gokcen HB, Erdogan S, Gumussuyu G, et al. A rare case of T1-2 thoracic disc herniation mimicking cervical radiculopathy [J]. Int J Spine Surg, 2017, 11(4): 30.
- [5] Carson J, Gumpert J, Jefferson A. Diagnosis and treatment of thoracic intervertebral disc protrusions [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1971, 34(1): 68-77.
- [6] 田国红, 万海林, 沙炎. Horner综合征的定位诊断及处理原则 [J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2016, 16(2): 141-144.
- [7] Martin TJ. Horner syndrome: a clinical review [J]. ACS Chem Neurosci, 2018, 9(2): 177-186.
- [8] Gelch MM. Herniated thoracic disc at T1-2 level associated with Horner's syndrome. Case report [J]. J Neurosurg, 1978, 48(1): 128-130.
- [9] Lloyd TV, Johnson JC, Paul DJ, et al. Horner's syndrome secondary to herniated disc at T1-T2 [J]. AJR Am J Roentgenol, 1980, 134(1): 184-185.
- [10] Spacey K, Zaidan A, Khazim R, et al. Horner's syndrome secondary to intervertebral disc herniation at the level of T1-2 [J]. BMJ Case Rep, 2014, 2014: bcr2014204820. Erratum in: BMJ Case Rep. 2014;2104: doi:10.1136/bcr-2014-204820.corr1. Dannawi, Zaher [corrected to Zaidan, Ammar]; Khazim, R [corrected to Khazim, Rabi]; Dannawi, Z [corrected to Dannawi, Zaher].
- [11] 陈斌, 袁普卫, 周国干, 等. 以臂丛神经损伤为首发症状的Pancoast癌误诊为颈椎病1例及相关文献回顾 [J]. 中国矫形外科杂志, 2016, 24(9): 858-861.
- [12] 李洋, 朱泽章, 史本龙, 等. 颈胸段半椎体畸形伴Horner综合征2例报道 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2019, 29(7): 669-672.
- [13] Morgan H, Abood C. Disc herniation at T1-2. Report of four cases and literature review [J]. J Neurosurg, 1998, 88(1): 148-150.
- [14] Possley D, Luczak SB, Angus A, et al. T1-T2 disk herniation presenting with horner syndrome: a case report with literary review [J]. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev, 2018, 2(11): e016.

(收稿日期: 2020-07-11)

(本文编辑: 陈姗姗)

引用格式

郜顺兴, 刘红正, 张楠. 胸1/2椎间盘突出并发Horner综合征1例并文献回顾 [J]. 骨科, 2021, 12(2): 183-184. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8573.2021.02.018.