



• 临床病例报告 •

脊柱源性腹痛 1 例报告

薛婷婷¹ 吴大胜^{2△}(¹ 长春中医药大学临床医学研究生院, 长春 130117; ² 吉林省人民医院疼痛科, 长春 130021)

脊柱源性疼痛是一类由脊柱周围、脊柱本身解剖结构异常或脊髓神经病变引起的头颈部、四肢、胸背、腰腹等部位疼痛的疾病^[1,2]。通常以腰背痛为主要症状的病人会及时得到明确的诊断以及有效的治疗,但以腹痛为首发症状的脊柱源性疼痛,由于其病因复杂导致在诊断过程中常常受到多重干扰,病人大多就诊于多个相关科室仍无法得到明确诊断,以致病情迁延不愈严重影响预后。1933 年 Ussher 首次提出脊柱源性腹痛这个概念,在随后几十年的研究中,脊柱源性腹痛的病因和发病机制尚无统一定论,多数研究表明导致椎体及脊髓神经病变的因素均可以引起不同程度的腹痛^[3,4]。在诊疗中,当病人有明确的脊柱外伤史进而出现腹痛,临床医师往往会及时考虑到脊柱源性腹痛。但有些腰椎退行性变、神经激惹、炎症反应等因素导致的脊柱源性腹痛病人往往容易被忽视。由于脊柱源性腹痛发病机制的特殊性导致误诊误治率较高,近 20 年国内文献报道中仍有脊柱源性腹痛被误诊的病例,国外文献中也有因误诊导致剖腹手术的病例^[5]。本文报道吉林省人民医院疼痛科诊治的 1 例以腹痛为主要症状但椎体和脊髓神经病变均不典型的病例,总结其临床诊疗经验,旨在提高临床医师对该疾病的认知,缩短诊疗时间,降低误诊率,提高病人生活质量。现报告如下。

1. 一般资料

病例: 女性, 汉族, 60 岁, 10 个月前无明显诱因出现脐周疼痛, 脐周疼痛 1 个月后又出现右下腹部疼痛, 于当地医院就诊, 诊断为阑尾炎。6 个月前行阑尾切除术, 术后脐周和右下腹部疼痛症状缓解。2 个月前再次出现脐周间断性钝痛, 1 周后出现右下腹部疼痛, 此后疼痛范围逐渐扩大至全腹部及双侧腹股沟。于多家医院就诊无明确诊断, 为求诊治于 2023 年 3 月 1 日就诊于我院。既往史: 尿

路感染病史 30 年, 13 天前出现尿道疼痛。胃十二指肠息肉、慢性浅表性胃炎病史 10 个月。心肌桥病史 8 个月。妇科疾病(具体诊断及时间不详)曾应用红霉素及雌激素外用治疗。入院查体: 左上腹压痛, 脐周以及小腹压痛, 无反跳痛及肌紧张, 双侧腹股沟无压痛。胸椎棘间无压痛, L₃₋₄、L₄₋₅、L₅S₁ 棘间压痛阳性, 双侧腰背肌压痛阳性。疼痛数字分级评分法(numerical rating scale, NRS)评分 8 分。辅助检查: 脊柱磁共振示: L₄₋₅、L₅S₁ 椎间盘膨出, 腰椎退行性变, T₁₂ 椎体血管瘤。腹部及盆腔 CT 示: 肝小囊肿、双肾结石、左肾囊肿、盆腔少量积液, 肠区未见异常强化。相关实验室检查: 肝肾功能、离子、血糖、血脂、心肌酶、血浆 D-二聚体 + FDP 测定、血凝分析、感染免疫学检查、肿瘤标记物、风湿四项、抗核抗体测定等均未见异常。病人行腰椎管内三氧注射(浓度 25 μg/ml, 体积 20 ml)治疗后腹部疼痛症状缓解近 4 h, 4 h 后再次出现腹部疼痛, 但疼痛程度较入院前减轻。经过该试验性治疗和各项检查综合评定后考虑为脊柱源性腹痛, 予以腰椎间盘三氧化学溶解术、椎间盘射频消融术等微创手术(术中 X 线片见图 1)、腰背部冲击波对症治疗, 病人偶有腹部轻度疼痛、无腰背和骶部疼痛, 尿道痛亦明显缓解, 出院 3 个月后电话随访偶有腹部疼痛, NRS 评分 1 分, 病人主诉疼痛不影响日常生活。

讨 论

目前脊柱源性腹痛尚无统一的诊断标准, 其疼痛性质可表现为持续性剧痛、阵发性隐痛、间歇性钝痛等, 可伴有恶心、呕吐等症状, 疼痛部位不固定, 发作时间不规律。病人往往经消化内科、妇科、普外科等多学科诊疗后, 病情仍旧没有缓解, 此时

△ 通信作者 吴大胜 jlcwds@163.com

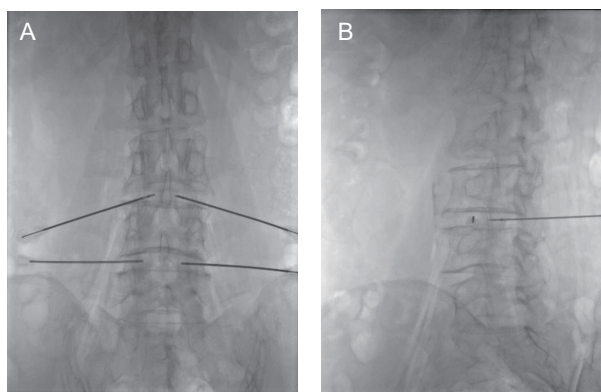


图1 术中腰椎影像学图片
(A) 正位片; (B) 斜位片

应及时考虑脊柱源性腹痛。本例病人腰背部查体压痛阳性, 腹痛症状呈钝痛或隐痛, 试验性治疗后可使症状减轻, 相关辅助检查排除腹腔脏器病变, 故考虑为脊柱源性腹痛。腹部神经分布有脊神经和内脏神经。脊神经分布于腹壁和腹膜壁层, 内脏神经分布于腹腔内器官及腹膜的脏层, 由于内脏神经在入脊髓前先形成腹腔、肠系膜上、肠系膜下和腹下4个神经丛, 然后进入相应脊髓节段, 与脊神经节段发出的脊神经发生联系, 因此任何能刺激或压迫 $T_6 \sim L_1$ 之间脊神经后根的病变, 在产生躯体性疼痛的同时, 均可产生不同程度的内脏性疼痛^[6,7]。

本例病人虽然未直接刺激或者压迫 $T_6 \sim L_1$ 之间的脊神经, 但查体腰部棘间压痛阳性, 核磁检查示: L_{4-5} 、 L_5S_1 椎间盘膨出, 腰椎退行性变, 这些因素可刺激腰、骶交感干, 其节后纤维分布于结肠左曲以下消化管、盆腔脏器及下肢, 引起自主神经功能紊乱, 胃肠蠕动减弱或消失, 导致腹痛^[8]。另外, 腰背部软组织损害可以向上经补偿调节导致胸段软组织损害或借由胸腰筋膜牵拉或者相应姿势代偿引起腹壁组织紧张进而出现腹部疼痛。王静等^[9]报道表明焦虑以及情绪不稳定也会增强肌肉痉挛及脊柱反射功能, 加重腹痛。由于此病的临床表现与多系统症状相似, 因此误诊率较高, 国外文献中也报道过因脊柱源性腹痛导致剖腹探查的案例^[10]。脊柱源性腹痛一经确诊, 治疗方法往往多样。总体原则是病因治疗及对症治疗。神经阻滞疗法作为一种非手术方式具有试验性治疗的优势被广泛应用。骨质增生或慢性软组织损伤导致脊神经后支缺血水肿引起放射性腹痛应用体外冲击波物理治疗, 效果佳^[11]。脊柱压缩性骨折导致的脊柱源性腹痛首选经皮椎体

成形术^[12]。腰椎间盘突出症病人可行间盘三氧化化学溶解术、间盘射频消融术等。辅助非甾体消炎镇痛药、针灸、针刀松解术等可加快治疗时间。采用多种方式联合治疗, 往往能得到满意的治疗效果。本例病人经过微创手术改善间盘对神经的刺激以及体外冲击波治疗腰背部疼痛缓解进而腹痛缓解。

综上所述, 脊柱源性腹痛的诊断重于治疗。应该对脊柱源性腹痛的概念及脊神经分布节段充分认识, 接诊病人时要详细询问病史并进行全面的查体, 结合实验室检查以及影像学资料充分做好鉴别诊断。待明确诊断后及时进行多种方式联合治疗。

利益冲突声明: 作者声明本文无利益冲突。

参 考 文 献

- [1] 王孝文. 脊柱源性疼痛的诊断与鉴别诊断对其治疗最关键[J]. 中华疼痛学杂志, 2022, 18(6):723-724.
- [2] Manchikanti L, Boswell MV, Datta S, et al. Comprehensive review of therapeutic interventions in managing chronic spinal pain[J]. Pain Physician, 2009, 12(4): E123-E198.
- [3] Jackson K, Lapsia S, Strunc M, et al. Spinal cord astrocytoma: a unique presentation of abdominal pain[J]. Radiol Case Rep, 2018, 13(1):284-288.
- [4] 王晨峰, 卢旭华. 脊柱源性腹痛的临床研究进展[J]. 脊柱外科杂志, 2021, 19(6):420-423.
- [5] 徐国明, 李艳梅. 89例脊柱源性腹痛的诊疗体会[J]. 中国实用医药, 2012, 7(25):59.
- [6] 李宁. 疑难性脊柱源性腹痛四例误诊分析[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(11):786-787.
- [7] 刘四方, 高广周, 杨洋, 等. 以腹痛为首发症状的脊柱压缩性骨折8例临床分析[J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14(12):969-970.
- [8] 孙晶, 高勇, 于慧. 腰脊神经后内侧支射频热凝术联合腰椎旁密集型银质针治疗脊柱源性腹痛的疗效[J]. 中华疼痛学杂志, 2023, 19(3):439-445.
- [9] 王静, 陶熔, 夏令杰, 等. 体外冲击波联合背根神经节脉冲射频治疗脊柱源性腹痛的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(2):121-126.
- [10] Yang I, Paik E, Huh NG, et al. Giant thoracic schwannoma presenting with abrupt onset of abdominal pain: a case report[J]. J Med Case Rep, 2009, 3:88.
- [11] 王帅, 陈凯雄, 王震生, 等. 基于软组织外科学理论体外冲击波治疗脊柱源性腹痛的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(10):758-762.
- [12] 林昱, 刘文革, 王振宇. 经皮椎体成形术治疗以脊柱源性腹痛为主要症状的骨质疏松性椎体压缩性骨折[J]. 中国骨伤, 2022, 35(5):418-422.