



12-1-1991

Spinal Epidural Hemorrhage Three Cases Report and Literature Review

Huey-Jen Lay

Chein-Wei Chang

I-Nan Lien

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Lay, Huey-Jen; Chang, Chein-Wei; and Lien, I-Nan (1991) "Spinal Epidural Hemorrhage Three Cases Report and Literature Review," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 19: Iss. 1, Article 19.

DOI: <https://doi.org/10.6315/JRMA.199112.013910>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol19/iss1/19>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

坐骨神經痛合併腦腫瘤 -- 病例報告 --

賀中權 曾堯人

造成坐骨神經痛的原因有很多，但絕大多數的病案起因於椎間盤脫出症，腰椎退行性病變或腸薦關節疾病。而頂葉腦腫瘤之臨床表徵以感覺和運動異常最常見。但椎間盤脫出症或腰椎退行性病變合併原發性頂葉腦腫瘤共同引起大腿和小腿感覺異常，運動無力者並不常見。本文報告二例因椎間盤脫出症和腰椎退行性病變而有坐骨神經痛症狀，接受復健治療壹週半後，其症狀未改善卻加重，因警覺有異故做進一步檢查而發現合併腦瘤的病例，以供臨床醫師參考，並建議醫師應常追蹤病人病況和理學檢查，若病程不如醫師所預期者，應提高警覺，並進一步考慮是否有其他因素影響，期能早期診斷和治療。

關鍵字：坐骨神經痛，腦腫瘤。

前言

坐骨神經痛是臨床上常見的症狀，常合併於下背痛。其原因甚多〔1 - 4〕，但絕大多數的病例起因於椎間盤脫出症（Herniation of Intervertebra Disk），腰椎退行性病變（Lumbar Spondylosis）或腸薦關節疾病（Sacrolilac disease）。而頂葉腦腫瘤之臨床表徵以感覺和運動異常最常見〔5，6〕。但椎間盤脫出症或腰椎退行性病變合併原發性頂葉腦腫瘤共同引起大腿和小腿感覺異常，運動無力並不常見。本文報告二例因有坐骨神經痛症狀，經臨床醫師臆斷，放射診斷和電腦斷層檢查證實確定，其中一男子75歲有椎間盤脫出症和腰椎退行性病變；另一女子45歲有椎間盤突出症而接受復健治療，然其症狀未改善反卻加重，因警覺有異故做進一步檢查而發現合併腦腫瘤的病例，以供臨床醫師參考。

病例一

病人是位75歲已婚男性，主訴下背痛多年。近來四、五個月感到左臀酸痛，左腳腳趾麻，追溯其病史並無重大外傷。但以往從事漁農粗重工作多年，曾至馬祖連江醫院治療，因症狀持續而轉至本院復健部接受物理治療。理學檢查發現下背部有局部壓痛，腹壓上升時（Valsalva maneuver）可加重酸痛，直腿上舉檢查（SLRT）：左側70度，右側90度。實驗室血液生化檢查，除腎功能（BUN稍高）外皆正常。神經學檢查，左下肢膝踝伸屈肌較弱約四級強；大腳趾肌力檢查（Big Toe Test），左側有明顯減弱；左小腳感覺較遲鈍，左腳趾麻；神經反射，僅左側膝反射稍增，其他無病理性反射。接受一般腰椎平面攝影，發現腰椎有退化性關節病變和骨刺發生；腰椎電腦斷層攝影（圖1）也發現第四、五腰椎間和第五腰椎，第一薦椎間有椎間盤膨出（bulging），第四、五

腰椎間小面關節有退化性病變。在約十天的治療期間，僅下背痛稍緩解，但左下肢肌力愈來愈差，退至約四級弱肌力，左上肢也感疲累無力。再進一步檢查，深部肌腱反射（DTR）左側肢體明顯升高；巴彬斯奇氏徵（Babinski's sign）左側呈陽性；手指屈反射（Hoffmann sign）左側微陽性。疑有中樞神經系統腫瘤，而做腦部電腦斷層檢查（圖2）發現右側頂葉腫瘤，其四週有水腫現象。病人後來接受神經外科開顱手術證實為多形性神經膠質細胞瘤（Glioblastoma multiforme），位於前中央迴（Pre-central Gyrus）和後中央迴（Post-central Gyrus），靠近腦鐮（falx）有 $4 \times 5 \times 5$ cm大小。病人於術後接受放射治療。

病例二

病人是位45歲已婚女性，主訴左臀酸痛，左下肢麻木無力有數月之久，追溯其病史並無外傷或搬重扭傷。地方診所診斷為坐骨神經痛，而至本院門診。理學檢查：伸腿提高試驗（Laseque's test），左側呈陽性；直腿上舉檢查（SLTR）：左側65度，右側85度；大腳趾肌

力檢查（BTT）：左側明顯減弱；左下肢感覺異常，左足和左小腿腓腸部有不正常放電抽搐感。在門診接受腰椎電腦斷層攝影檢查（圖3）發現在第四、五腰椎和第五腰椎、第一薦椎間其椎間盤有向後膨出（bulging）現象，故臆斷為椎間盤突出症而接受門診復健治療。近一年來有頭痛發作（尤其眼球後側），有時合併面色蒼白、噁心、畏光、視力模糊等現象。曾至眼科接受眼底鏡檢查，無特別異常發現。其母親也有類似頭痛，故被臆斷為偏頭痛，接受藥物治療可部份控制疼痛。她在門診斷斷續續接受復健治療，但其下肢肌力愈來愈差，約退至四級肌力；左足部和左小腿後外側感覺遲鈍；深部肌腱反射（DTR）：四肢都呈過度反射（約三級）；巴彬斯奇氏徵（Babinski's sign）：左側呈陽性。實驗室血液生化檢查皆正常。令臨床醫師感到不似單純椎間盤突出症，故提高警覺，並做進一步考慮是否有其他因素影響，經電腦斷層檢查發現右側頂葉靠近矢狀竇附近有 5×5 cm的腦瘤，後接受神經外科開顱手術證實為腦膜瘤（Meningioma）（圖4）。

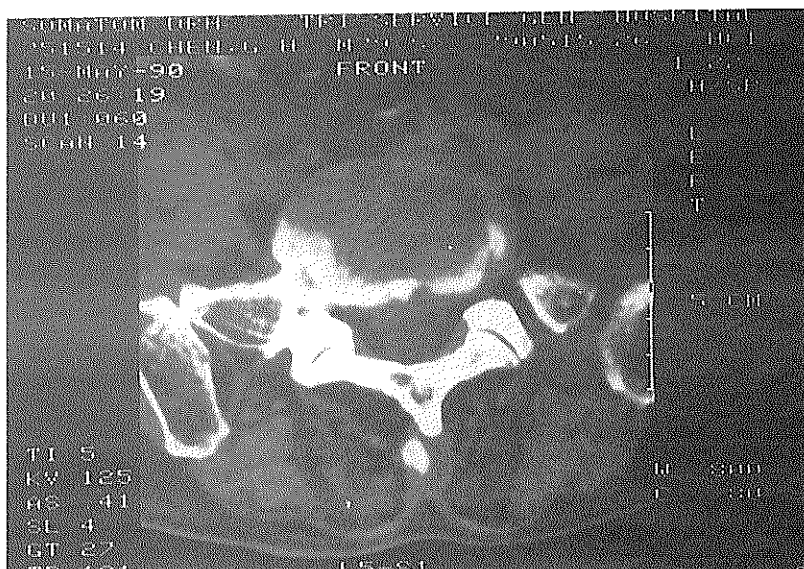


圖1 腰椎電腦斷層攝影檢查：

第四、五腰間和第五腰椎，第一薦椎間有椎間盤膨出(bulging)，第四、五腰椎間小面關節有退化性病變。

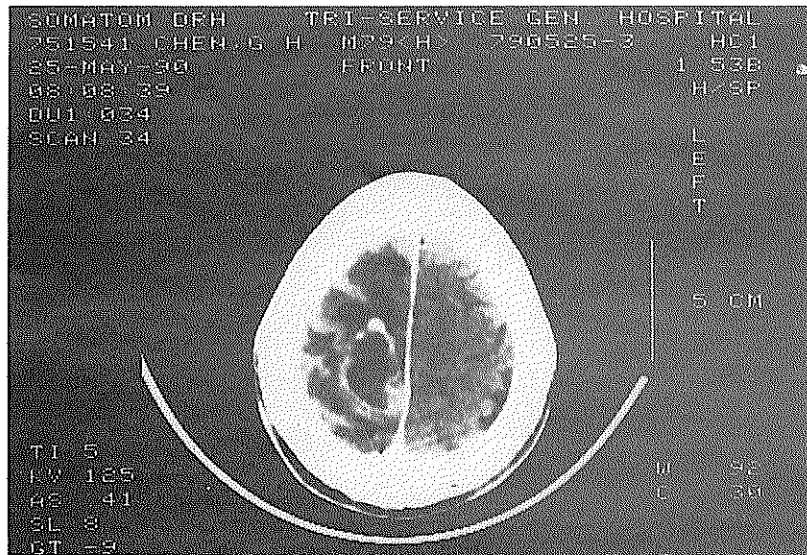


圖2 腦部電腦斷層攝影檢查：
右側頂葉腫瘤侵犯，四週有水腫現象。

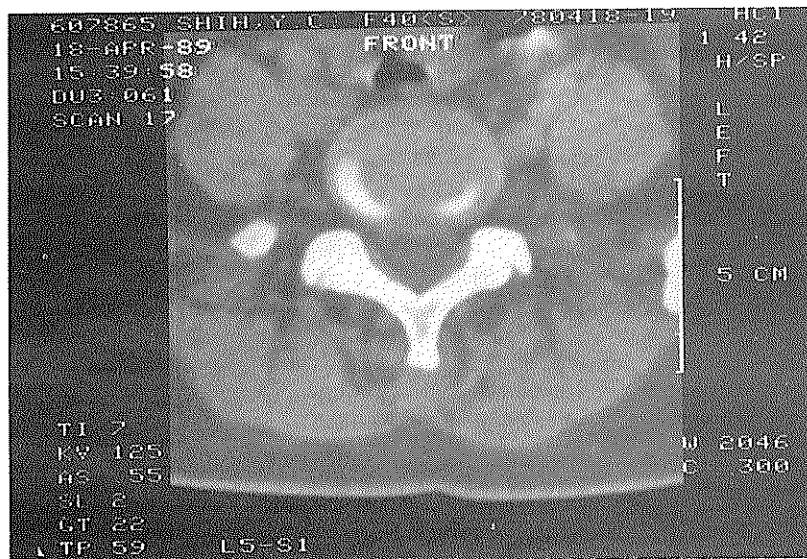


圖3 腰椎電腦斷層攝影檢查：
第四、五腰椎和第五腰椎、第一薦椎間其椎
間盤有向後膨出（bulging）現象。

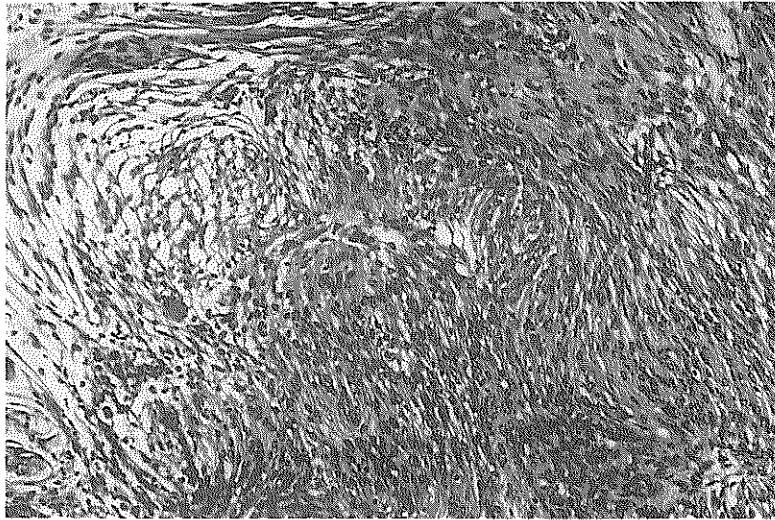


圖4 腦膜瘤 (Meningioma)
低倍下可見混合型腦脊髓膜化及纖維化細胞
型態，成梭狀及漩渦狀排列。(H&E x40)

討 論

在平常單純的下背痛，其最常見的診斷是非特異性的，如腰薦扭傷，肌內拉傷，只有10～20%能有明確病理解剖診斷〔7〕。若以坐骨神經痛為明顯症狀的亞急性或慢性下背痛，大多數個案應做確定診斷，因多為特異性的，要多方面鑑別診斷。尤其脊椎以外的因素最易被忽視或被誤診〔8〕。

臨床診斷坐骨神經痛〔9〕必須根據仔細反覆的物理檢查，最重要的臨床特徵是找出並定位疼痛是在那條神經根，可因疼痛再現的陽性神經根緊張徵象檢查〔10〕，如直腿上舉檢查（SLTR）。利用有表現特異皮節的異常影響反射、感覺和運動功能（MMT）檢查，都是確定證實診斷的徵象，幫助確定是那條特定的神經根被侵犯〔11〕。

要更進一步確定臨床診斷要根據放射攝影檢查，在前後位和側位平面射線攝影術是無法提供有關椎間盤突出之是否存在或確定位置的足夠資，甚至發現椎間盤變狹窄。而電腦斷層術、脊髓攝影術、椎間盤攝影術、肌電圖檢查

〔12，13〕都是良好的診斷工具。學者Hudgins發現30～40%在電腦斷層術〔14〕、脊髓攝影術〔15〕、椎間盤攝影術〔16〕有異常發現，但病人無症狀，故雖有陽性攝影檢查發現，是不能驟下診斷。最重要和決定性步驟來確定診斷是仔細核對病人相關的症狀和徵象和放射攝影檢查。

只有1～2.5%的坐骨神經痛病人有須緊急手術之適應症〔17〕，如急性馬尾症候群〔18〕、硬膜外膿腫、出血、腫瘤等。而5%病人有明顯的神經學上缺失，如垂足（dropfoot），若延遲不超過12週開刀則不影響其長期功能結果〔19〕。學者Weber's強調手術的基本好處是在短期的功能增進。頭一、二年手術組其功能較進步，症狀較輕。但四年和十年後比較，手術組和保守治療組其功能和症狀一致〔19〕，故沒適應症須緊急手術者，學者建議先做保守治療6～8週，若無效再手術。保守性治療〔20，21，22〕包括：臥床休息、藥物、硬膜外類固醇注射〔23〕、脊椎支架。臥床休息要多久才最理想，學者Deyo研究二天和七天的臥床休息對急性者效果一樣〔24〕，故若只有短短二、

三天可休息，只要把握也是有用的。學者也研究自我牽引（Autotraction）〔25〕，和藥物如phenylbutazone、Indomethacin都有顯著效果。

而造成下背痛合併坐骨神經痛的危險因素〔26〕有：1.須經常前彎和轉身搬重物者，尤其要費很大力氣者，2.肥胖（obesity），3.常暴露於車輛或工廠的震動環境，4.抽煙，5.精神壓力，6.骨質疏鬆症。故醫師要教導病人減少危險因素來預防之。

本文兩病例都是右側頂葉腦瘤，靠近矢狀竇和腦鐮。但無明顯腦瘤的一般症狀如頭脹痛，嘔吐，視神經乳突水腫，視力障礙，嗜睡，癲癇，失語症或意識障礙等。除了病例二之45歲女子有類似偏頭痛症狀，又有家族史，且接受藥物治療可部份控制疼痛易被視為偏頭痛。而頂葉腦腫瘤其臨床表徵以感覺和運動異常最常見。著名的感覺和運動小人像圖（Sensory & Motor Homunculus）可清楚解釋之。本文兩例的坐骨神經痛症狀又被電腦斷層檢查證實有椎間盤突出症及脊椎退行性病變。但此兩病例合併原發性頂葉腦腫瘤共同引起大腿和小腿感覺異常及運動無力，則不易被診斷出有腦瘤。

總之，坐骨神經痛其造成的原因有很多，臨床醫師做診斷工作時，不要只單純注視在疼痛症狀上，雖有現代化進步的診斷工具如電腦斷層儀協助，也不要驟下結論。許多前輩都曾告戒要注視病人整體和整個病程，故建議臨床醫師應常追蹤病人病況和理學檢查，若病程不如醫師所期望者，應提高警覺，並進一步考慮是否有其他因素影響，期能早期診斷和治療。適當的治療基於正確的診斷，如何去鑑別診斷，找尋最正確的病因，做最合適的治療，實為一重要課題。

參考文獻

1. Brown MD: The source of low back pain and sciatica. *Semin Arthritis Rheuma*. 1989;18:67-72.
2. Anne VX, Judy MD: Mechanism of pain caused by the nerve-root tension in sciatica. *Neurology* 1989;39:601-2.
3. John W. Frymoyer MD: Back pain and sciatica. *N Engl J Med*. 1988; 318:291-300.
4. Helliwell PS: Back pain and sciatica. *Br J Rheumatol*. 1988; 27:243-4.
5. Wilson CB: Brain tumors. *N Engl J Med* 1979; 300:1469.
6. Intracranial neoplasms. *Clin Neurology*. Vol. 1/Chap.9.
7. Nachemson AL: Advances in low-back-pain. *Clin Orthop* 1985; 200:266-78.
8. Ogilvie GA: Pseudosciatica. *Anesth Analg*. 1989; 69:261.
9. Macnab I: The clinical diagnosis of sciatica. *Acta Orthop Belg*. 1987;53:148-51.
10. Scham SM, Taylor TKF: Tension signs in lumbar disc prolapse. *Clin Orthop* 1971; 75:195-204.
11. Hudgins WR: Computer-aided diagnosis of lumbar disc herniation. *Spine* 1983; 8:604-15.
12. Levine AM: Electromyography in the diagnosis of sciatica. *Postgrad Med*. 1989;85:37.
13. Haldeman S: The electrodiagnostic evaluation of nerve root function. *Spine* 1984;9:42.
14. Wiesel SW, Tsourmas N, Feffer HI et al: A study of computer-assisted tomography. I. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 1984; 9:549-51.
15. Hitselberger WE, Witten RM: Abnormal myelograms in asymptomatic patients. *J Neurosurg* 1968; 28:204-6.
16. Holt EP Jr: The question of lumbar discography. *J Bone Joint Surg(Am)* 1968; 50-A:720-6.
17. Henderson I: Low back pain and sciatica: evaluation and surgical management. *Aust Fam Physician*. 1985;14:1149-59.
18. Kostuik JP, Jarrington I, Alexander D et al: Cauda equina syndrome and lumbar disc herniation. *J Bone Joint Surg(Am)* 1986; 68-A:386-91.
19. Weber H: Lumbar disc herniation: a controlled prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983;8:131-40.
20. Fast A: Low back disorders: conservative management. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988;69:880-91.

- 21.Lee CK: Office management of low back pain. Orthop Clin North Am. 1988;19:797-804.
- 22.Bell GR, Rothman RH: The conservative treatment of sciatica. Spine. 1984;9:54-6.
- 23.Cuckler JM, Bernini PA, Wiesel SW, et al: The use of epidural steroids in treatment of lumbar radicular pain. J Bone Joint Surg. 1985, 67A:63-66.
- 24.Deyo RA, Eiehl AK, Rosenthal M: How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. N Engl J Med 1986; 315:1064-70.
- 25.Gillstrom P, Ehrnberg A: Longterm results of autotraction in the treatment of lumbago and sciatica: an attempt to correlate clinical results with objective parameters. Arch Orthop Trauma Surg 1985;104:294-8.
- 26.Heli:ovaara M: Risk factors for low back pain and sciatica. Annals of Medicine. 1989;21:257-64.

Sciatica Combined with Brain Tumor --Case Report--

Jong-Chyuan Heh and Yau-Jen Tseng

There are so many causes of sciatica, and most cases are due to lesions of the lumbar intervertebral disc, lumbar spondylosis or sacroiliac disease. Sensory and motor abnormalities are common in the parietal lobe brain tumor. The impairment of sensory and motor functions in leg and thigh due to the herniation of intervertebral disc or spondylosis combined with the parietal lobe brain tumor is rarely found. Of the two proposed cases, they all had the symptom of sciatica, and HIVD and spondylosis were

diagnosed by a series of examinations including CT scan. Their symptoms and signs got no improvement after ten days' rehabilitative program, and, moreover, deteriorated. So we were alert to further evaluate patients, hence found parietal brain tumor. So authors suggest closely follow up and frequently check up patient's condition including physical examinations, especially when something deviate the expected disease course to make further correct diagnosis and treatment.