

## 带状疱疹后遗神经痛行阿霉素毁损术医疗纠纷 1 例

张华文<sup>1</sup>, 魏春<sup>2</sup>, 周云环<sup>1</sup>, 王和斌<sup>1</sup>

(1.西南医科大学司法鉴定中心, 四川 泸州 646000; 2.四川菲斯特司法鉴定所, 四川 泸州 646000)

关键词: 医疗纠纷; 司法鉴定; 带状疱疹脊髓炎; 阿霉素毁损术

中图分类号: DF795.4 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1671-2072.2017.06.016

文章编号: 1671-2072-(2017)06-0097-03

## 1 案例

## 1.1 简要案情

患者张某, 女, 67岁, 因“右侧胸腹部色素沉着伴疼痛4月”于某年4月11日入住某中医院。入院专科查体: 右侧胸腹部可见带状色素沉着, 呈黄色至淡红色, 未见丘疹、疱疹等皮损, 色素沉着未超过人体正中线。入院诊断“带状疱疹后遗神经痛”, 经治疗无好转转入疼痛科, 于4月25日行“T8~12射频调理性术”, 术后仍无好转于5月1日再行“T8~11右侧脊神经根阿霉素毁损术”。手术过程: 透视下定位 T8~9、T9~10、T10~11 椎间隙并向右侧旁开 3 cm 标记穿刺点, 调节神经刺激器, 并注射造影剂, C 臂机下见造影剂沿神经走行, 在每个节段注射 2%利多卡因 1 mL, 张某自述疼痛区域痛感消失, 观察 5 min 无全脊麻现象, 随即在每个节段注入 0.25%阿霉素 1 mL, 观察 10 min, 术后安返病房。术后疼痛缓解不明显, 于5月6日出院。

张某因“大小便功能障碍 9 d, 加重伴右下肢麻木无力 3 d”于5月11日入住某大学附属医院。查体: 四肢肌张力不高, 右下肢肌力Ⅲ级, 腱反射(++~+++), 痛觉平面于剑突下减弱, 双下肢痛觉对称, 病理征(-)。入院诊断: 脊髓病变(炎性或占位病变待排)。5月13日全脊柱 MRI 示脊髓高信号改变, 5月23日 PET/CT 示: T11、L2 水平脊髓糖代谢增高,

考虑脊髓炎性病变。经治疗于6月4日出院, 出院情况: 仍存在大小便障碍, 双下肢无力伴疼痛; 双下肢肌力Ⅱ级, 肌张力不高; 双下肢腱反射迟钝, T7 平面以下痛刺激减退, 病理征(-); 小便常规示隐血, 红细胞 2.7 个/HP, 白细胞(+++), 脓细胞(++)。

## 1.2 司法鉴定情况

张某认为某中医院的诊疗行为存在明显的医疗过错, 单方委托某司法鉴定所进行鉴定。同年11月该司法鉴定所出具鉴定意见: 被鉴定人张某行“T8~11 右侧脊神经根阿霉素毁损术”后不久即出现小便不畅、大便困难等括约肌功能障碍表现, 逐步表现为双下肢肌力减退、感觉麻木, 应与该手术相关, 不能排除术中操作失误导致注射的神经毁损药物随体位改变而渗透入硬脊膜外间隙或蛛网膜下腔隙, 且存在术中、术后观察时间不足的过错, 医方应承担主要责任(过错参与度拟为 75%左右)。

张某于次年1月诉讼到某区人民法院, 经庭诉被告某中医院申请提出重新鉴定, 某司法鉴定中心接受鉴定委托并提出鉴定意见: 被鉴定人张某步行入院, 四肢无异常, 大小便正常; 于5月2日行“T8~11 右侧脊神经根阿霉素毁损术”后, 临床即出现脊髓半切综合症表现, 并逐渐加重, 5月13日全脊柱 MRI 提示脊髓高信号改变, 故认为医方手术操作存在缺陷(术中使用阿霉素, 故为了避免邻近组织发生化学损伤, 一般要联合运用二丙酸倍他米松, 未见被告提供的病历资料中有使用该药物的记载), 与患者目前后果存在关联, 其过错是导致目前后果的主要因素(参与度理论参考值约为 75%)。

收稿日期: 2015-12-24

作者简介: 张华文(1981—), 男, 主检法医师, 主要从事法医临床、法医病理鉴定。E-mail: 458906312@qq.com。

### 1.3 案件诉讼情况

某区人民法院依据上述鉴定意见作出了一审判决。被告(某中医院)不服人民法院判决提起上诉。其理由为:被上诉人张某目前的后果是之前疾病演变为自发性脊髓炎,加之高龄、免疫力低下造成现在后果;阿霉素的使用在教科书上并未明确规定须联合运用二丙酸倍他米松,阿霉素损毁是针对感觉神经元的破坏,与运动神经无关,故医院不应承担赔偿责任。二审法院考虑到审理中争议较大,被告向法院提供临床理论和技术依据,为此提请本司法鉴定中心提供专家咨询意见。根据该专家咨询意见,法院复庭审理后医患双方调解结案。

## 2 讨论

带状疱疹后神经痛(PHN)是带状疱疹常见的后遗症,指带状疱疹经疱疹结痂脱落、皮损愈合阶段后持续1个月以上仍遗留或重新出现剧烈的持续或发作性疼痛,影响患者日常生活和睡眠,是困扰中老年患者的顽疾,免疫力低下者发病率高<sup>[1]</sup>。目前治疗主要以局部和药物治疗为主<sup>[2]</sup>,而临床上常用的神经破坏性阻滞是应用神经破坏性药物进行神经破坏阻滞术,神经破坏性阻滞用药依据其性质、浓度与剂量对神经组织有程度不等的直接破坏作用,导致神经组织的传导功能中断,痛觉消失而实现镇痛。Kato等<sup>[3]</sup>首先将阿霉素注射于外周感觉神经干内,利用其逆行性轴突运输和对感觉神经元的破坏作用,治疗难治性疼痛。在周围神经干内注射小剂量阿霉素,药物沿着轴突逆行性运输达到相应感觉神经细胞中,导致神经节细胞不可逆变性、坏死,最终被结缔组织所取代,而脊神经前根和相应脊髓节段不至于受到影响。

带状疱疹脊髓炎是由水痘-带状疱疹病毒感染所致的脊髓半切或横贯性损害,临床上相对少见,其发病率为0.3%,常见于老年人,尤其是免疫力低下的患者<sup>[4]</sup>。目前认为该病是由于患者对带状疱疹病毒特异性免疫缺陷,导致带状疱疹病毒在神经节内激活,进而侵犯脊髓引起<sup>[5]</sup>。典型的临床症状为受累脊髓节段的感觉障碍,典型者表现为轻度截瘫、四肢轻瘫、括约肌功能障碍,常以皮疹症状首发,数月内出现脊髓损害症状,少数无典型皮疹<sup>[6]</sup>,这给早期诊断带来一定困难。

临床上常用的神经破坏性阻滞是针对常规治疗难以控制的剧烈疼痛的方法,神经破坏阻滞用药有:乙醇、酚甘油、阿霉素、甘油溶液、亚甲蓝等<sup>[7]</sup>。在使用神经破坏性阻滞术治疗前,应向患者或其家属充分说明诊断、预期疗效、原有其他器质性疾病在治疗期间可能加重,可能发生的不良反应及并发症,并解答患者或家属提出的疑问;应具备有相关知情同意书,列明上述事项,在患者或家属充分知情、理解的基础上,履行签字手续确认后方可实施治疗;未经患者或其家属书面同意,不应进行神经破坏性阻滞。

张某因“带状疱疹后遗神经痛”入院,予行“T8~11右侧脊神经根阿霉素毁损术”后发生瘫痪。纵观本案整个诊疗过程,对照临床技术操作规范,医方在术中、术后观察期间确实存在一定不足,但阿霉素主要摧毁支配疼痛区域的神经节,对运动神经元一般并无损害;为此不能考虑医疗行为(神经毁损药物随体位改变而渗透入硬脊膜外间隙或蛛网膜下腔隙)直接给患者带来损害后果。故被告上诉理由中的某些观点,具有一定理论依据。

带状疱疹脊髓炎属于带状疱疹少见的严重并发症,早期难以诊断,其病变可累及脊髓任何部位,多累及一至数个脊髓节段,脊髓MRI为带状疱疹脊髓炎的诊断提供了影像学依据;张某全脊柱MRI示脊髓高信号改变,PET/CT示T11、L2水平脊髓糖代谢增高,综合患者年龄和身体状况,排除其他疾病应考虑所患系带状疱疹脊髓炎。至于是否术中加用二丙酸倍他米松值得商榷。二丙酸倍他米松为人工合成的长效糖皮质激素,为地塞米松的差向异构体<sup>[8]</sup>,具有抗炎、免疫抑制、抗风湿和抗过敏的功效,临床主要用于过敏性与自身免疫性疾病的治疗。阿霉素复合二丙酸倍他米松的考虑是二丙酸倍他米松可以避免阿霉素化疗药物对脊神经和相邻组织产生的化学性反应,同时可以对急性炎性疼痛具有抑制炎症因子释放减轻疼痛的作用。高龄或就诊前发病时间长或伴有免疫力低下的并发症,以及个别患者仍存在痛觉记忆或药物阻断外周神经突而中枢神经未被阻断可能会影响治疗效果<sup>[9]</sup>。

综上所述,张某因带状疱疹遗留神经痛入院后,被告行“T8~11右侧脊神经根阿霉素毁损术”确实存在一定不足;其次,医方未曾预料到患者可能发生带状疱疹脊髓炎,未能提出及时就诊的建议,导致临床

确诊有所延误,在脊髓肿胀明显时未能及时行激素冲击治疗,以致临床愈后效果欠佳;再次,在治疗中阿霉素联合二丙酸倍他米松使用也有一定的理论依据,但临床技术规范并未绝对要求联合配伍使用。因此被告在对患者诊疗过程中术后观察不足、药物配伍联合使用缺陷、预后告知上存在一定过错,但难以认定过错行为与患者损害后果之间存在直接因果关系,而在很大程度上是由患者自身疾病病情特点和特殊性决定的,故医方不应承担太大的责任。

#### 参考文献:

- [1] 汪鑫,贺纯静,康新国.阿霉素治疗顽固性带状疱疹后遗神经痛 1 例[J].实用疼痛学杂志,2014,10(2):125-126.
- [2] 陈志兴,樊碧发.带状疱疹后遗神经痛的诊疗现状[J].中日友好医院学报,2006,20(3):187-189.
- [3] Kato S, Otsuki T, Yamamoto T, *et al.* Retrograde Adriamycin Sensory Ganglionectomy: Novel Approach for the Treatment of Intractable Pain[J]. Stereotact Funct eurosurg, 1990,36(1):54-55.
- [4] Weinberg JM. Herpes Zoster: Epidemiology, Natural History, and Common Complication[J]. J Am Acad Dermatol, 2007,57(6):S130.
- [5] Cohrs RJ, Gilden DH, Mahalingam R. Varicella Zoster-Associated Neurologic Disease and Experimental Models: an Update[J]. Front Biosci, 2004,9(1):751.
- [6] Mayo DR Booss J. Varicella Zoster-Associated Neurologic Disease Without Skin Lesions[J]. Arch Neurol. 1989,46(3):313.
- [7] 中华医学会编.临床技术操作规范疼痛学分册[M].北京:人民军医出版社,2004:286-290.
- [8] 齐思思,卢忠,黄岚,等.二丙酸倍他米松乳膏治疗湿疹和神经性皮炎的多中心、随机双盲对照研究[J].中华皮肤科杂志,2013,46(8):596.
- [9] 王冠羽,郑宝森,史克梅,等.阿霉素背根神经节介入治疗带状疱疹后神经痛疗效及影响因素[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(4):211-215.

(本文编辑:夏文涛)