.个案报告.

腰椎穿刺术后硬脊膜外脓肿1例

比拉力·巴拉江　艾尼·奥斯曼　阿依图尔荪·阿卜杜外力　穆扎帕尔江·穆太力甫　秦　维　阿吉木·库尔班

【关键词】腰椎穿刺术;硬脊膜外脓肿;蛛网膜下腔出血;脑脊液
【文章编号】1009-153X(2020)11-0816-01　【文献标志码】B　【中国图书资料分类号】R 651.1+1

腰椎穿刺术为神经科临床常用的检查方法之一,对神经系统疾病的诊断和治疗有重要价值,简便易行,操作也较为安全;然而,其可能存在一些并发症,轻者可加重原有病情,重者甚至危及病人生命。本文报道1例颅脑损伤后行腰椎穿刺术,出现罕见的并发症——硬脊膜外脓肿(spinal epidural abscess,SEA),现报道如下。

1 病例资料

35岁男性,哈萨克族,因外伤后头痛、头晕3 d于2018年12月15日急诊入院。3 d前,下楼梯时不慎摔伤,当即意识丧失,5 min后清醒,随后感头痛剧烈伴头晕、呕吐,无烦躁、四肢抽搐、活动障碍、大小便失禁等表现,当时立即就诊于当地医院,头颅CT示蛛网膜下腔出血、脑挫裂伤,给予补液、脱水降颅内压、营养神经等对症治疗,症状未见明显好转,出现烦躁、言语错乱等症状,遂转入我院。入院复查头颅CT示出血未见增多。入院体格检查:神志嗜睡,精神烦躁,言语错乱;双眼青紫,左眼结膜水肿,瞳孔等大等圆,对光反射存在,眼球活动自如,视力正常,四肢肌力、肌张力正常,病理反射未引出。入院头颅CT示蛛网膜下腔出血,左侧颞叶、右侧额叶散在出血点,考虑脑挫裂伤。2018年12月16、19、21、24日分别行腰椎穿刺术释放适量血性脑脊液,以减轻头痛症状,加速病情恢复。四次腰椎穿刺术均采取同一体位、同一椎间隙(腰3~4),均由同一术者操作(严格无菌操作),每次释放脑脊液约20 ml,均留取适量标本行脑脊液常规+生化检查。前三次脑脊液颜色为血性,最后一次为淡黄色,四次腰椎穿刺术后头痛头晕症状逐渐好转,但仍存在言语错乱等症状,高压氧治疗5 d后好转。2018年12月31开始出现腰背部疼痛,逐渐加重,疼痛放射至双侧大腿,腰椎MRI示腰骶部软组织损伤,并腰3/4椎体水平占位灶,考虑硬脊膜外脓肿。2019年1月3日在全麻下急诊行腰3~5椎体水平硬脊膜外脓肿切除术,术中可见腰部组织水肿明显,咬骨钳咬除腰3~4棘突后见硬脊膜外白色脓性液体溢出,用过氧化氢、庆大霉素及阿米卡星反复冲洗术区。术后复查腰骶部MRI未见脓肿残留,细菌培养结果为金黄色葡萄球菌,给予补液、抗感染、营养神经等治疗。2019年1月13日病情好转出院,无明显神经系统后遗症。

2 讨 论

腰椎穿刺术后并发症较多,SEA较为罕见,好发于30~60岁病人,男女比例为1:0.56。最常见的危险因素是糖尿病,其次是创伤、静脉吸毒和酗酒。5.5%的SEA与硬膜外麻醉或镇痛有关,皮肤脓肿和疖是最常见的感染源。71%的SEA以背痛为首发症状,66%为发热症状。SEA是一种严重的、化脓性的硬脊膜外腔感染,革兰氏阳性金黄色葡萄球菌是其最常见的病原体,约占革兰阳性菌的2/3,常需紧急的神经外科干预,以避免永久性的神经功能缺损。SEA的形成可能主要通过三种途径:血行播散;临近感染灶直接蔓延;医源性传播。MRI具有很高的诊断准确率,是诊断SEA的首选方法。治疗方法首选手术清除脓肿联合长期有效抗生素治疗。

本文病例为年轻男性,有明确酗酒、外伤史,是否存在皮肤疖尚不明确,但治疗期间进行四次腰椎穿刺术,而且均由同一间隙进行,外加术中所见及术后细菌培养结果为金黄色葡萄球菌感染,可以明确此次SEA与医源性感染有关,分析其原因可能有以下几点:第一,穿刺部位可能存在疖等皮肤感染,而未被外科医生及时发现,操作时将感染灶带进肌肉深部及椎间隙等处,形成脓肿,因此,腰椎穿刺术前务必仔细体格检查,及时发现腰椎穿刺术禁忌症,减少术后并发症;第二,本文病例为年轻男性,有明确酗酒、外伤史,增加了SEA发病风险;第三,四次腰椎穿刺术均由同一椎间隙进行,此操作增加了穿刺隧道面积,为细菌等异物进入深层组织进而形成脓肿提供了有利条件;第四,最重要的是,外科医生在进行任何操作前务必按"七步洗手法"洗手,操作时严格遵守无菌观念,只有这样才能尽可能大的减少医源性感染。

总之,SEA是一种罕见的并发症,需要快速诊断和治疗。MRI在怀疑SEA时具有较高的敏感性和特异性,及时诊断和治疗是治愈该病的关键。

(2019-01-23收稿,2019-02-15修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.11.033
作者单位:844000 新疆喀什,喀什地区第一人民医院神经外科(比拉力·巴拉江、艾尼·奥斯曼、阿依图尔荪·阿卜杜外力、穆扎帕尔江·穆太力甫、秦　维、阿吉木·库尔班)
通讯作者:阿吉木·库尔班,E-mail:1497729009@qq.com