

## 小儿硬脊膜外脓肿5例报道

杨明, 孙群

(佛冈县人民医院儿科, 广东 清远 511600)

[中图分类号] R739.39 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2009)11-0941-02

硬脊膜外脓肿是椎管内硬脊膜外间隙的局限性化脓性炎症,常表现为脊髓压迫或神经根刺激症状。儿童期比较少见。临床表现复杂多样,临床医师对其认识不足,误诊率较高,延误治疗,影响预后。为提高对该病的认识,笔者总结本院1994年1月至2008年12月收治的5例硬脊膜外脓肿患儿的临床资料,对其临床表现和误诊原因作进一步分析。

例1:男,8岁,因发热、寒战、腹痛3 d入院,入院前3 d无明显诱因出现发热,体温38.5~40℃之间,伴寒战、腹痛。起病前10 d脊柱旁皮肤曾出现疖肿,在外院经局部抗感染治疗,疖肿消失。查体:T 39℃,P 120次/分,R 36次/分,BP 100/70 mmHg。双肺呼吸音清晰无罗音。心率120次/分,律齐无杂音。腹平软,右下腹压痛,无反跳痛,肠鸣音正常。血常规示白细胞 $21 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.80,淋巴细胞0.20。入院诊断为急性阑尾炎,经抗感染治疗,体温无明显改善,入院后第2天出现双下肢及背部疼痛,腰椎2~4棘突压痛和叩击痛,局部皮肤肿胀,局部皮肤无发红及破溃,皮温不高。脊柱X线平片无异常发现,经硬脊膜外穿刺抽出脓液,确诊为硬脊膜外脓肿,立即转外科手术治疗,手术切除脓肿部位的椎板,清除脓液和肉芽组织,手术及病理检查确诊。脓液细菌培养出金黄色葡萄球菌。术后当天体温降至正常,第3天血白细胞恢复正常,第10天症状体征消失,痊愈出院。

例2:男,11岁,因发热、寒战5 d伴双下肢疼痛、无力2 d入院,入院前5 d无明显诱因出现发热,体温波动于38~40℃之间,伴寒战,入院前2 d出现双下肢疼痛、无力,并伴大小便潴留。起病前3周曾患咽后壁脓肿,在外院经切开排脓和抗感染治疗,痊愈出院。查体:T 39.5℃,P 110次/分,R 34次/分,BP 110/70 mmHg。双肺呼吸音清晰无罗音。心率

110次/分,律齐无杂音。腹平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常。双侧腹壁及提睾反射消失,双下肢肌张力减低,跟腱及足底反射消失,双下肢肌力Ⅱ级,病理反射阴性。血常规示白细胞 $13 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.75,淋巴细胞0.25。入院诊断为急性横贯性脊髓炎,经抗感染及糖皮质激素治疗,体温无明显改善,入院后第1天出现双下肢及背部疼痛,胸椎9~12棘突压痛和叩击痛,局部皮肤肿胀,局部皮肤无发红及破溃,皮温不高。脊柱X线平片发现胸9~12椎体的骨质溶解、破坏,经硬脊膜外穿刺抽出脓液,确诊为硬脊膜外脓肿,立即转外科手术治疗,手术方法同例1。手术及病理证实了诊断。脓液细菌培养出链球菌。术后第2天体温降至正常,血白细胞恢复正常,住院8 d神经功能仍未恢复,双下肢截瘫,要求出院。

例3:女,12岁,因发热、寒战2 d伴双下肢麻木、无力1 d入院,入院前2 d无明显诱因出现发热,体温波动于38~39℃之间,伴寒战,入院前1 d出现双下肢麻木、无力,伴尿液潴留。起病前2周因外伤造成腰背部的开放性损伤,在外院经手术缝合和抗感染治疗,痊愈出院。查体:T 38.5℃,P 110次/分,R 32次/分,BP 110/70 mmHg。双肺呼吸音清晰无罗音。心率110次/分,律齐无杂音。腹平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常。双下肢肌张力减低,跟腱及足底反射消失,双下肢肌力Ⅲ级,病理反射阴性。血常规示白细胞 $11 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.85,淋巴细胞0.15。入院诊断为格林-巴利综合征,经大剂量免疫球蛋白及对症治疗,体温无明显改善,入院后第2天出现双下肢及背部疼痛,腰椎2~4棘突压痛和叩击痛,局部皮肤肿胀,局部皮肤无发红及破溃,皮温不高。脊柱X线平片无异常发现,经硬脊膜外穿刺抽出脓液,确诊为硬脊膜外脓肿,立即转外

[收稿日期]2009-03-09;[修回日期]2009-04-22

[作者简介]杨明,男,大学,副主任医师。主攻方向:神经系统及新生儿疾病。

科手术治疗,手术方法同例1。手术及病理证实了诊断。脓液细菌培养出大肠杆菌。术后第2天体温降至正常,血白细胞恢复正常,第7天症状体征消失,痊愈出院。

例4:女,14岁,因发热、寒战3d伴双下肢麻木、无力1d入院,入院前3d无明显诱因出现发热,体温波动于38~39℃之间,伴寒战,入院前1d出现双下肢麻木、无力。起病前7d脊柱旁皮肤曾出现疔肿,在外院经局部抗感染治疗,疔肿消失。查体:T 38.9℃,P 100次/分,R 30次/分,BP 120/70 mmHg。双肺呼吸音清晰无罗音。心率100次/分,律齐无杂音。腹平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常。双下肢肌张力减低,跟腱及足底反射消失,双下肢肌力Ⅱ级,病理反射阴性。血常规示白细胞 $14 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.85,淋巴细胞0.15。入院诊断为格林-巴利综合征,经大剂量免疫球蛋白及对症治疗,体温无明显改善,入院后第2天出现双下肢及背部疼痛,腰椎2~4棘突压痛和叩击痛,局部皮肤肿胀,局部皮肤无发红及破溃,皮温不高。脊柱X线平片无异常发现,经硬脊膜外穿刺抽出脓液,确诊为硬脊膜外脓肿,立即转外科手术手术治疗,手术方法同例1。手术及病理证实了诊断。脓液细菌培养出金黄色葡萄球菌。术后第2天体温降至正常,血白细胞恢复正常,第9天症状体征消失,痊愈出院。

例5:男,15岁,因发热、寒战2d伴双下肢麻木、无力1d入院,入院前2d无明显诱因出现发热,体温波动于38~39℃之间,伴寒战,入院前1d出现双下肢麻木、无力。起病前8d脊柱旁皮肤曾出现疔肿,在外院经局部抗感染治疗,疔肿消失。查体:T 38.7℃,P 100次/分,R 30次/分,BP 120/70 mmHg。心率100次/分,律齐无杂音。双肺呼吸音清晰,无罗音。腹平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音正常。双下肢肌张力减低,跟腱及足底反射消失,双下肢肌力Ⅱ级,病理反射阴性。血常规示白细胞 $15 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞0.83,淋巴细胞0.17。入院诊断为格林-巴利综合征,经大剂量免疫球蛋白及对症治疗,体温无明显改善,入院后第3天出现双下肢及背部疼痛,腰椎2~4棘突压痛和叩击痛,局部皮肤肿胀,局部皮肤无发红及破溃,皮温不高。脊柱X线平片无异常发现,经硬脊膜外穿刺抽出脓液,确诊为硬脊膜外脓肿,立即转外科手术手术治疗,手术方法同例1。手术及病理证实了诊断。脓液细菌培养出金黄色葡萄球菌。术后第3天体温降至正常,血白细胞恢复正常,第8天症状体征消失,痊愈出院。

讨论:硬脊膜外脓肿是椎管内硬脊膜外间隙的

局限性化脓性炎症,常表现为脊髓压迫或神经根刺激症状,儿童期比较少见<sup>[1]</sup>。笔者总结5例患儿的临床表现多种多样,5例均有发热、寒战、全身酸痛等感染中毒症状;双下肢及背部疼痛、腹痛、受累脊柱节段的叩击疼痛、下肢痛等神经根刺激症状和末梢血白细胞明显增高。3例有双下肢麻木、双下肢肌力减退和尿潴留。1例有双下肢弛缓性瘫痪和大小便潴留;1例脊柱X线平片有椎体的骨质溶解、破坏;5例腰椎穿刺均抽出脓液。临床表现与文献报道的成人病例一致<sup>[2,3]</sup>。由于本病儿童期早期临床症状及X线表现不典型,加上临床医师对其认识不足,常常误诊为败血症、急腹症、肋间神经痛、腰椎间盘突出、脊柱结核、急性横贯性脊髓炎及椎管内转移瘤。而硬脊膜外脓肿的治疗效果与治疗时机有很大关系,早期在未引起完全性截瘫以前做出诊断并予以治疗,大多预后良好,一旦延误而出现完全性截瘫,往往造成严重的残疾,因此对诊断为硬脊膜外脓肿的患儿,应毫不犹豫地进行紧急手术,手术的目的是明确病原微生物的类型,清除脓液和肉芽组织,解除对脊髓的机械性压迫、充分引流和控制感染<sup>[1,4]</sup>。故临床上对有化脓感染史的患儿,特别是起病急,有发热、寒战、白细胞增高,有败血症的症状,经过一定时间出现严重局限性胸背痛、叩痛及局部皮肤肿胀,有进行性脊髓受压表现者,皆应高度怀疑硬脊膜外脓肿存在的可能<sup>[1,4]</sup>。一旦出现上述临床表现,应尽快进行硬脊膜外穿刺,抽出脓液,可明确诊断。手术治疗是本病唯一有效的治疗方法。

综上所述,本病的治疗效果与病程的缓急、致病菌的毒力、患儿的全身状况、脊髓的受压程度和手术时机的选择有直接关系。一般在未完全瘫痪前手术者,瘫痪均能完全恢复,若在截瘫出现6~12h后手术,则神经功能恢复者甚少。死亡的主要原因有:(1)感染难以控制,死于败血症;(2)死于术后并发症,如尿路感染或褥疮。

#### [参 考 文 献]

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 第7版. 北京:人民卫生出版社,2002, 1874-1876.
- [2] 刘化文,祝新根,张铭文. 硬脊膜外脓肿7例临床分析[J]. 江西医药,2003, 38(5):29-30.
- [3] 官卫,施益民,杨伊林. 急性硬脊膜外脓肿一例[J]. 江苏医药,2005, 31(5):84.
- [4] 吴承远,刘玉光. 临床神经外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001, 939-941.

(本文编辑:王庆红)