

硬脊膜外脓肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文 https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_A1_AC_E8_84_8A_E8_86_9C_E5_c22_305187.htm 名称硬脊膜外脓肿所属科室神经外科病因 脊髓的硬脊膜与椎骨骨膜之间为硬脊膜外间隙，其内布满脂肪组织和静脉丛。此间隙主要存在于脊髓背侧，在腹侧则硬脊膜与骨膜紧密相连，故硬脊膜外脓肿多位于脊髓背侧。在第7颈椎以下，硬脊膜外间隙逐渐变宽，至4~8胸椎处硬脊膜外间隙达0.5~0.7cm。自第9胸椎至第2腰椎，间隙又渐狭小，因此硬脊膜外脓肿好发于下颈椎至上、中胸椎段。病菌侵入硬脊膜外间隙后，在富于脂肪和静脉丛组织的间隙内形成蜂窝组织炎，有组织充血，渗出和大量白细胞浸润，进一步发展为脂肪组织坏死、硬脊膜充血、水肿、脓液逐渐增多而扩散，形成脓肿。脓肿主要位于硬脊膜囊的背侧和两侧，很少侵及脊膜囊腹侧，上下蔓延的范围可达数个节段，在个别情况下可累及椎管全长，甚至向颅内扩散。脓肿多为单发，少数病例有少数散在小脓腔与一个主要脓腔相沟通。脓肿的形式和动态学改变与致病菌，机体和局部组织的免疫反应，硬脊膜外腔的解剖特点、血管和淋巴系统结构等因素有关。呼吸运动和血管搏动可使椎管内负压差增大，这对炎症通过血管或淋巴系统向硬脊膜外腔扩散具有“作用。而头和躯干的伸屈活动所引起脊髓和硬脊膜的移动性，则为脓肿上下扩散创造有利条件。后期由于脓液逐渐吸收，结缔组织增生而最终形成肉芽组织。脓肿除直接机械性压迫脊髓外，还可引起血管的炎性血栓形成，使脊髓的血供发生障碍，最后引起脊髓软化，造成不可逆性损害。根据炎症的病理形态，硬脊膜外脓肿可分为： 急性型：全部

为脓液； 亚急性型：脓液与肉芽组织并存； 慢性型：以炎性肉芽组织为主。临床上以亚急性型和慢性型多见，急性型少见。根据发病时间长短，也可分为急性型（ <7 天）、亚急性型（ $1\sim4$ 周）和慢性型（ >1 月）。但与上述的病理形态分类并不完全一致，有时病程虽短，却以肉芽组织为主，反之，有时病程较长，却有脓液存在。临床表现 大多数病人首先表现为全身感染征象，如发热（ $38\sim39.5$ ）、全身倦怠、精神萎靡、头痛、畏寒、四周血内白细胞增多，血沉加快；少数病人或病程发展较缓慢者，全身感染征象不明显。多数伴有局限性腰背痛、棘突压痛或叩击痛，程度剧烈，呈针刺或电击样，与局限性脊髓蛛网膜炎的疼痛在程度上有显著差异，具有定位价值。脊柱运动受限制。局部皮肤可有轻度水肿，棘突旁组织有压痛和叩击痛。由于病变部位的神经根受炎症刺激而出现神经根痛，因病变部位不同而向胸、腹部或下肢放射。早期出现尿潴留。上述表现持续数天至十数天不等，接着就出现脊髓压迫征。初期表现为痉挛性瘫痪，如肢体麻木、运动或感觉障碍、腱反射亢进、病理反射阳性和大小便障碍等。经数小时或数天即发展为弛缓性瘫痪，表现为运动、感觉、腱反射和病理反射全部消失。病变早期CSF的蛋白含量正常或稍增高，椎管常通畅，以后发展至椎管梗阻，蛋白增高（平均可达 400mg/dl ，白细胞正常或数百个。约 $1/4$ 病人的X线片上可见脊椎化脓性骨髓炎改变。椎管碘油造影和脊髓CT检查表现硬脊膜外占位征象，可明确病变节段和范围。对病变位于胸腰段者，做腰穿时必须慎重，以免感染扩散入鞘内。此时可经枕大池或颈 $1\sim2$ 侧方穿刺检查。硬脊膜外脓肿应与下列疾病鉴别：

急性脊髓炎：常无原发化

脓感染史，体检无局限性棘突叩击痛或压痛，腰背痛也不明显。一般在发病后3天内病变以下肢体即发生完全瘫痪，脊髓蛛网膜下腔没有阻塞。

脊柱转移癌：常可找到原发癌肿，如肺、乳腺、前列腺或消化道等癌肿；X线摄片可见到quot.样椎体压缩和破裂。

蛛网膜炎：一般起病缓慢，症状时轻时重，感觉障碍分布常不规则，且不能以单节段损害来解释其全部症状；椎管造影时碘油流动缓慢、分散，呈不规则的点滴状、条状或片状阴影，碘油受阻端的边缘不整洁。

椎管内肿瘤：常无感染史，必要时可作椎管碘油造影或脊髓CT检查，以及手术探查来区别之。

脊柱结核：有肺结核或身体其他部位结核病史，腰背痛和低热症状历时较长，脊柱可有后突畸形，X线片可见骨质破坏和椎旁冷脓肿阴影等有助鉴别。

急腹症和其他疾患（如肋间神经痛等），仔细询问病史和检查，不难加以鉴别。不少情况下误诊原因是没有考虑到本病的可能性，以致延误诊治。治疗病处理要害同脑脓肿，在于早期诊断和及时治疗。在脊髓发生不可逆损伤以前即应紧急手术减压和排脓。临床实践表明瘫痪时间在2小时内者，手术效果满足，大于36小时则效果差，而完全瘫痪48小时后再手术仅可能拯救病人生命。因此缩短瘫痪至手术时间是提高本病疗效的要害。椎板切除要足够和充分，清除脓液和肉芽组织，尤其是炎性肉芽组织常在硬脊膜外环形包绕压迫脊髓，应尽量清除干净，使硬脊膜恢复正常搏动，以达到彻底减压和防止感染扩散的目的。脓液作细菌涂片，厌氧菌和需氧菌培养。手术切口的处理有三种：切口不缝合，填以纱条；部分缝合切口留置引流物；全部缝合切口，以望达到一期愈合。除皮肤缝线用丝线外，皮内缝线宜用肠线

。对手术切口干净，未受严重污染者，可用含庆大霉素生理盐水反复冲洗后，一期将全部切口缝合以缩短病程；如切口肌层内已有脓液或术时脓液污染伤口，即不应缝合切口或部分缝合。一些人主张硬脊膜外放置导管，术后进行冲洗和注入抗生素，导管保留5~7天。上述各种情况下，均应术前、术后全身应用强有力的广谱抗生素，待细菌培养和药敏结果出来后，再酌情更改抗生素（参阅脑脓肿）。术后全身应用抗生素不应短于2~4周。同时应注重纠正水电解质紊乱，加强营养，防止褥疮和并发症，可适当应用神经营养药物，以促进神经功能恢复。近有人提出高压氧治疗，并取得满足效果，其理论依据：对厌氧菌增殖产生不利环境；有利于中毒症状的改善。本病预后取决于：诊疗及时与否，如不施行手术，大部分病人最终并发肺炎、褥疮、尿路感染等而致死；脊髓受压程度越重，术后恢复的可能性也越小；痉挛性截瘫的疗效较弛缓性者要好。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com