

· 病例报道 ·

藏毛窦合并成年脊髓栓系麻醉一例

朱斌斌 刘筠 万红梅 王良炯 桂煜 陆建猛

患者，男，28 岁，因“发现臀部肿 10 个月”入院。曾在当地医院就诊，行肿块切开引流，术后切口愈合不良，偶伴脓液流出。本院普外科医师结合“骶尾部肿物反复破溃感染”病史考虑藏毛窦的诊断，拟行“藏毛窦囊肿切除术”。

患者既往体健，无系统性疾病，ASA I 级。MRI 检查发现：脊髓低位，终丝增粗，可见脊髓圆锥被“栓系”在 L₁ 椎体上缘，终丝增粗(图 1)。横断 T1WI 可见 L₃ 节段有脊髓空洞，但未见明显的神经根分布(图 2)。



图 1 患者矢状位 MRI 检查图

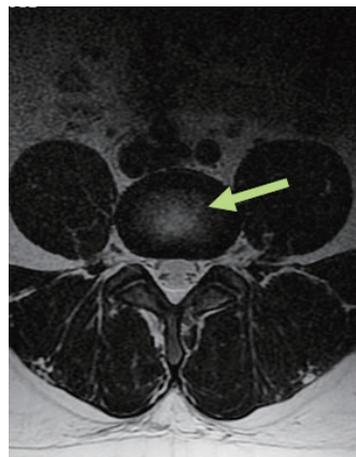


图 2 患者横断位 MRI 检查图

为患者实施 L₃ 硬膜外麻醉。入室监测 BP、HR、SpO₂。开放静脉后，患者取左侧卧位，常规消毒、铺巾。在 L₂₋₃ 间隙旁开 1 cm，用一次性硬膜外针侧入法穿刺，避开棘上韧带和棘间韧带，当有突破感且注射器内液体注射阻力突然消失即到达硬膜外腔，硬膜外导管向下置管 3 cm，给予 0.5% 罗哌卡因 10 ml，麻醉平面在 T₁₀—S₅，沿正常皮肤分离囊肿，直至全部切除，术中发现囊肿底部深达骶骨筋膜表面。标本切开后可见全程瘘管，发现约 1 cm 毛发 1 根，瘘管外组织炎性增生，顺利完成藏毛窦囊肿切除术，患者全程清醒无痛，血流动力学平稳。

讨论 在国内，成年患者短小的下腹部、骶尾部手术常采用单次细针蛛网膜下腔麻醉的方式^[1]。相比于硬膜外麻醉或者腰-硬联合麻醉，这种麻醉方式穿刺成功率高，而且避免硬脊膜穿破全脊麻等严重的并发症^[2]。由于是盲穿，

此类麻醉技术依然存在着神经损伤的风险。Liu 等^[3]报道 4 例患者在腰麻针进入蛛网膜下腔时感觉到下肢放射性疼痛，拔去针后消失，术后 2~3 d 开始出现下肢麻木和无力，经 MRI 诊断为脊髓栓系后，给予激素，维生素 B₁，维生素 B₁₂，至第 3 周，神经症状消失，1 例患者下肢无力与麻木持续到术后 4 个月，术后 3 个月行肌电图检查发现：双侧股直肌，腓肠肌弥漫的大而深波形伴震颤。

藏毛窦，又名藏毛囊肿，先天性或后天性，临床表现为疼痛性囊肿，多见于骶尾部。组织病理可见真皮或皮下组织内囊肿，囊壁内见到毛干，囊肿周围有炎症细胞浸润和肉芽组织。诊断标志是尾部急性脓肿或分泌物慢性窦道，局部有疼痛，中线位见到藏毛腔。

脊髓栓系综合征是由于胚胎时期神经胚形成和脊神经管闭合障碍，引起腰段椎管内多种病理改变而导致脊髓低位固定的一种先天性畸形。早期诊断，及早手术切断固定的终丝可避免脊髓的不可恢复性损伤。临床上，除了相关症状外，脊髓圆锥下端位置的影像学是脊髓栓系综合征诊断的关键。通常认为脊髓圆锥下端位置在 L₁ 下缘或 L₂₋₃ 水平，如果在 L₃ 水平或以下，根据相应临床特征可以诊断脊髓栓系综合征。成年患者隐形的脊髓栓系一般没有症状，往往是在外伤后，出现不能解释的肛门、会阴区疼痛、泌尿系统症状以及鞍区感觉障碍时，行影像学检查才被发现脊髓栓系综合征^[3]。因此，没有被发现的隐形脊髓栓系患者接受蛛网膜下腔麻醉风险很大。本例患者经磁共振检查发现脊髓圆锥低于 L₃，是成年隐形的脊髓栓系，患者无后背疼痛，无大小便失禁，排便、排尿困难或伴有下肢功能障碍，

DOI: 10.12089/jca.2018.09.027
作者单位: 315000 宁波大学医学院附属医院麻醉科(朱斌斌、刘筠、万红梅、桂煜), 影像科(王良炯), 脊柱科(陆建猛)
通信作者: 朱斌斌, Email: pingchi1983@126.com

唯一的表现是腰骶部的反复感染瘻道。在临床麻醉中,如果术前访视不了解病史,不仔细筛查,很容易出现医源性误伤。

部分脊髓栓系的患者,无论小儿还是成人相对临床症状隐匿,不一定有明显的骶尾部皮肤异样表现^[4],而相比于骶尾部的凹陷与隆起,藏毛窦在没有明显感染的情况下,不容易引起麻醉科医师的注意,有些毛发旺盛的个体可能遮蔽骶尾部的藏毛窦囊肿,因此如不仔细查体,直接进行蛛网膜下腔麻醉,很容易发生神经损伤。

本例患者在麻醉访视时及时进行 MRI 检查,发现成人隐形脊髓栓系,制定硬膜外麻醉方案,规避了蛛网膜下腔麻醉带来的神经损伤风险,为临床上藏毛窦患者的麻醉选择提供参考。

参 考 文 献

- [1] 孟凡凯,李淑霞,赵燕.单纯蛛网膜下腔麻醉在下腹部、下肢等短小手术中的应用.河南医学研究,2014,23(9):74-76.
- [2] 费建平,邵安民,翁建东,等.C型臂X线机影像学验证细针腰麻穿刺技术.中华临床医师杂志(电子版),2016,10(6):901-905.
- [3] Liu JJ, Guan Z, Gao Z, et al. Complications after spinal anesthesia in adult tethered cord syndrome. Medicine, 2016, 95: 29.
- [4] 蔡明,刘建民,修波.无症状儿童脊髓栓系早期预防性手术治疗研究.中华神经外科疾病研究杂志,2016,15(1):62-65.

(收稿日期:2018-01-03)

· 消息 ·

2018 年“第八届气道管理南北大讲堂”暨 “第十一届困难气道处理实用新技术培训班”通知

由广州中医药大学第一附属医院、北京协和医院联合举办,国际气道管理学会(IAMS)、中华医学会麻醉分会气道管理学组、广东省医学会麻醉分会困难气道管理学组协办的 2018 年“第八届气道管理南北大讲堂”暨“第十一届困难气道处理实用新技术培训班”将于 2018 年 11 月 8-11 日在广州举办。届时有来自国内外著名气道管理专家进行演讲。

北京协和医院是国内综合实力最强的三级甲等综合医院,北京协和医院麻醉科连续多年在最佳专科排名中名列榜眼。广州中医药大学第一附属医院作为国内知名的全国气道培训基地之一,国内首个“气道管理培训学校”,出版了原创专著《困难气道处理 ABS 流程》(人民卫生出版社)、建立了国内首个“气道工具展览室”,收集了国内外 600 多件气道工具,可以为学员学习提供丰富的资源。科室多位专家应邀到国内外 90 多个城市进行讲座和培训,已接受来自全国 20 多个省 1500 多位麻醉科医师、急诊科医师和 ICU 医师来医院进行了培训。

本次培训班日程安排如下:11月8日报到。11月9日(周五)上午手术室演示和专题报告。下午专题和困难气道病例讨论,11月10日(周六)全天国内外专家讲座和模型练习。11月11日撤离。

培训班注册费 1000 元。地址:广州市机场路 16 号广州中医药大学第一附属医院麻醉科(510405),电话:020-36591230,36591350,36591120;联系人:黎玉辉副教授,13710890071,lyh-gz@21cn.com;庄月容医师,13560396102,745992673@qq.com。更多信息请关注“困难气道管理微信公众号”及马武华教授新浪微博。