

其误诊率达 40.0% ~ 81.5%, 其治疗主要依靠有效的抗真菌药物, 死亡率极高, 颅内高压是致死的主要原因。该类疾病药物脱水效果差, 有报道采用侧脑室穿刺引流效果较好, 但操作复杂, 患者及家属不易接受。对颅内高压者采用腰穿置管引流 CSF 国内学者争议较多, 认为有诱发脑疝的危险。黄小红^[4]曾报道 1 例持续腰池 CSF 引流治疗隐球菌性脑膜炎成功的案例, 本研究治疗组患者均采取持续腰池 CSF 引流, 无 1 例诱发脑疝, 说明无颅内明显占位的蛛网膜下腔 CSF 压力均一性增高, 严密观察下行腰池排放 CSF 减压是可行的。我们观察腰穿置管缓慢放 CSF 治疗隐脑患者, 认为优点较多: ①持续、缓慢地引流出 CSF, 能有效地降低颅内压, 避免疾病导致的颅高压危象, 为抗真菌治疗赢得时间; ②能及时引流出 CSF 中大量病原菌、渗出物及炎性因子, 防止室管膜粘连, 缩短有症状病程病原菌清除时间; ③避免了大量应用脱水剂而导致肾功能损害和水电解质紊乱的可能; ④能动态观察 CSF 的变化, 随时留取标本送检, 且方便鞘内给药; ⑤操作简便, 减少了腰穿次数, 与侧脑室穿刺引流相比, 避免了脑组织穿刺性损伤, 患者痛苦少, 易接受。总之我们认为腰池置管持续引流

CSF 为隐脑的治疗增加了一项有效的辅助手段, 可以提高疗效。引流操作应注意: ①严格无菌操作, 进行封闭式能上能下流, 及时更换引流袋及穿刺点敷料; ②引流不能过快, 以免发生颅低压后, 出现远隔部位水肿, 一般每日引流量控制在 400 mL 以内; ③单次引流时间原则上不超过 15 d, 以防穿刺点 CSF 漏及继发感染。

【参考文献】

- [1] Chuck SL, Sande MA. Infections with *Cryptococcus neoformans* in the acquired immunodeficiency syndrome [J]. *N Engl J Med*, 1989; 21(12): 794-799.
- [2] 史玉泉. 实用神经病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995: 414-416.
- [3] 冯冰. 新型隐球菌性脑膜炎的治疗体会 [J]. 广东医学院学报, 1998; 9(3): 264-265.
- [4] 黄小红. 持续腰池脑脊液引流治疗隐球菌性脑膜炎一例 [J]. 临床神经病学杂志, 1998; 9(3): 151.

编辑 袁天峰

· 经验交流 · 文章编号 1000-2790(2005)13-1248-01

结核性脑膜炎 MRI 诊断 11 例

郭红¹, 魏龙晓² (¹ 青海医学院临床医学系, 青海 西宁 810000, ² 第四军医大学唐都医院放射科, 陕西 西安 710038)

【关键词】脑膜炎 结核性 磁共振成像

【中图分类号】R529.204 【文献标识码】B

1 临床资料 1996-04/2002-04 经临床症状、体征、脑脊液化验、抗痨治疗有明确疗效及随访确诊的结核性脑膜炎 (tuberculosis meningitis, TBM) 患者 11 (男 5, 女 6) 例, 年龄 6 ~ 40 (平均 21) 岁。病程 7 d ~ 2 mo, 临床主要表现为头痛、抽搐、发热、颈强直等。均行 MRI 检查, 其中 1 例于 1 a 前行 CT 扫描诊断为左髻髁关节结核。MRI 特征: 本组 11 例 TBM 患者病变主要分布在鞍上池、环池、四叠体池及外侧裂池, 平扫显示基底池及外侧裂池内正常脑脊液信号消失, 呈等 T_1 稍长 T_2 信号, 增强扫描显示基底池、外侧裂池内明显异常强化, 甚至出现脑池铸型。3 例显示基底节区、颞叶、丘脑等部位大小不等, 不规则片状长 T_1 长 T_2 信号。5 例显示脑室系统不同程度扩大, 其中 2 例脑室前后角旁白质内显示片状低信号。7 例平扫显示双侧大脑半球及 (或) 小脑内等 T_1 等 T_2 信号, 部分病灶周围示长 T_1 长 T_2 水肿信号, 增强扫描, 其中 4 例显示大小不等实性结节灶, 3 例显示多个小环状强化灶。

2 讨论 结核性脑膜炎是常见病, 明确诊断对治疗及预后有

重要影响^[1]。颅内结核感染通常继发于肺、骨及泌尿生殖系统结核, 经血行播散种植于软脑膜、蛛网膜及脑实质。本组 1 例 MRI 诊断为 TBM 伴发脑实质内广泛粟粒性结核患者继发于左髻髁关节结核, 抗痨治疗后脑内病灶完全吸收消失。结核性脑膜炎时, 由于脑膜散在结核结节及大量渗出物沉积在脑底可引起脑膜炎性反应。本组 11 例均显示脑基底池及外侧裂内正常脑脊液信号消失, 呈等 T_1 等 T_2 信号, 增强后基底池及外侧裂脑膜显示不同程度强化征象。5 例显示不同程度脑积水征象, 其中 2 例脑室前后角白质内显示片状长 T_1 长 T_2 信号, 为间质性脑水肿表现。有资料表明^[2] 当出现严重脑底渗出和严重脑积水时, 即使通过系统的药物治疗或辅以鞘内注射, 也难以避免复发或遗留后遗症。本组 3 例显示基底节、左颞叶、丘脑不规则片状长 T_1 长 T_2 异常信号, 为 TBM 并发血管炎时出现脑梗死征象。本组 4 例 TBM 并发脑结核瘤, 增强后在脑内表现为大小不等实性结节灶及小环形强化灶。当呈环形强化灶时, 常需与脑囊虫鉴别^[3], 囊虫显示等 T_1 囊壁, 等 T_2 点状头节是其特征性改变。因此, 当 MRI 显示脑基底池、外侧裂池及脑实质内异常信号, 且基底池及外侧裂池内正常脑脊液信号消失, 呈等 T_1 、稍长 T_2 信号, 并伴有脑梗死、脑积水时, 高度提示 TBM 可能, 结合临床及化验检查可对 TBM 明确诊断。

【参考文献】

- [1] 管生, 李树新, 程敬亮, 等. 结核性脑膜炎的 CT 和 MRI 诊断及对比分析 [J]. 实用放射学杂志, 2000; 16(8): 471-474.
- [2] 苏子颖, 彭国辉. 结核性脑膜炎 CT 评价 [J]. 实用放射学杂志, 2001; 17(7): 510-512.
- [3] 隋邦森, 吴恩惠, 陈雁冰. 磁共振诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 394-402.

编辑 袁天峰

收稿日期 2005-03-09; 修回日期 2005-03-28

作者简介: 郭红 (1966-), 女 (汉族), 陕西省渭南市人, 医师。Tel. (0971) 6105713