

· 经验交流 · 文章编号: 1000-2790(2000)03-S0039-02

脑脓肿诊治 89 例

马云富, 苏芳忠

(河南医科大学第四附属医院脑外科, 河南 郑州 450000)

关键词: 脑脓肿; 诊断; 治疗

中图分类号: R 739.41 文献标识码: E

0 引言 我科自 1989/1998-12 共收治脑脓肿患者 89 例, 约占全科同期住院患者的 1.6%, 现就诊治过程中的几个问题进行初步探讨。

1 对象和方法

1.1 对象 本组 89(男 60, 女 29)例, 年龄在 1.5~65 岁, 平均 33.25 岁, 其中多发或多房性脓肿 19 例。脑脓肿的部位及分类见表 1。

病程 3 d~2.5 a, 平均 60 d。临床表现: 轻型 5 例, 有脑局灶症状, 癫痫或低热, 无颅高压征; 中型 56 例, 有颅高压征, 有或无脑局灶症状, 癫痫或发热; 重型 28 例, 有意识障碍及有颅高压征或癫痫与发热。

1.2 诊断与治疗方法 诊断依据临床表现与 CT 检查。治疗采取: 非手术疗法; 穿刺抽脓或导管持续引流术; 脓肿切除术。

表 2 84 例脑脓肿不同术式疗效比较

术式	中 型			重 型			合 计		
	手术例数	死亡数	%	手术例数	死亡数	%	手术例数	死亡数	%
切除术	38	0	0.0	21	2	9.5	59	2	3.4
穿刺术	18	0	0.0	7	4	57.1 ^b	25	4	16.0
合计	56	0	0.0	28	6	21.4	84	6	7.1

^bP < 0.01 vs 同种术式中型

84 例中好转或治愈 78 例, 死亡 6 例, 其中多发或多囊脓肿死亡 5 例, 死亡原因: 术后脑疝未缓解 5 例, 术后持续高热 1 例。

59 例脓肿切除术, 2 例术后脑疝未缓解死亡, 余 57 例中 50 例术中脓肿未破裂, 3 例有低热, 47 例康复占 94%, 7 例手术分离过程中脓肿破裂, 术后 1 例伤口感染, 3 例发热 (38 以上, 持续 10 d 以上, 2 例康复占 28.6%, 1 例复发)。

术后行脓肿液常规细菌培养 50 例, 35 例无细菌生长, 变形杆菌生长 2 例, 乙型链球菌 3 例, 金黄色葡萄球菌 3 例, 表皮葡萄球菌 3 例, 大肠埃希杆菌 2 例, 催产克雷伯杆菌 2 例。病理检查 84 例, 非特异性脓肿 60 例, 1 肺吸虫性脓肿 6 例, 霉菌性 2 例, 结核性 16 例。

3 讨论 近年来, 随着 CT 的应用, 脑脓肿的诊断已较为容易。然而, 隐源性脑脓肿由于缺乏感染病史, 不少患者的临床经过酷似颅内肿瘤, 加之脑脓肿 CT 表现的多样性, 有时

表 1 脑脓肿类别及部位分布

类别	额叶	顶叶	颞叶	枕叶	小脑	合计	构成比/%
血源性	15	9	3	0	0	27	30.3
隐源性	20	7	3	1	0	41	46.1
外伤性	4	4	0	0	2	10	11.2
耳源性	0	0	6	2	3	11	12.4
合计	39	30	12	3	5	89	100.0
构成比/%	43.8	33.7	13.5	3.4	5.6	100.0	-

2 结果

2.1 诊断 全组均行 CT 平扫及增强扫描, 表现为边缘密度稍高的低密度影, 周围有水肿带, 可见明显环影增强, 其中边缘光滑 72 例; 囊壁内面有密度结节 9 例; 表现为混杂密度, 周围水肿, 呈均一强化 3 例, 脓肿断面面积为 1.0~70.2 cm², 平均 19.5 cm²。术前 19 例误诊为颅内肿瘤 (21.3%), 其中误诊为胶质瘤 15 例, 脑膜瘤 11 例, 转移瘤 3 例。18 例由术中确诊, 1 例经病检证实诊断。

2.2 治疗 非手术抗炎治疗 5 例, 均为轻型, CT 扫描脓肿直径 1 cm, 4 例 1~8 mo。复查 CT 见病灶缩小, 水肿带消失, 1 例失访。行脓肿切除 59 例, 其中 3 例先行穿刺抽脓术后因效果欠佳而行切除术。反复穿刺抽脓或导管持续引流术 25 例, 术后 0.5~9 mo 复查 CT 20 例, 行脓肿切除术 5 例, 治愈 13 例, 穿刺 2 例, 2 例病变缩小或呈小结节状。脓肿手术切除与穿刺术两种方式疗效比较见表 2。

难与脑肿瘤相鉴别, 给一些患者的术前确诊增加了难度。有人认为脑脓肿的 CT 球形多规则均匀, 肿瘤的环影多厚薄不均, 增强前后整个病灶、囊壁及囊腔的 CT 值, 肿瘤较脓肿高 1 倍; 这两点有助于鉴别诊断。本组 89 例 CT 扫描中, 9 例环影边缘有向内的结节性突起, 3 例呈混杂密度或均匀密度, 均匀强化。因此作者认为, 术前定性诊断确有困难时, 对非重要功能区及深部的囊性病灶, 采用术中穿刺确诊, 病灶完整切除的方法亦可取得满意效果, 但对于深部及重要功能区的囊性占位病变, 则可借助 CT 立体定向术进行定性诊断与治疗。

脑脓肿的非手术治疗, 有实验表明, 许多抗菌素能很好地透过脓肿壁进入脓肿腔, 其浓度可达到治疗水平。但疗效与脓肿的大小及病程的长短有直接的关系, 直径小于 2 cm, 处于脑炎期者效果甚佳。本组有 5 例采用抗炎治疗, 4 例效果良好, 1 例失访。我们认为: 非手术治疗应选择病程较短, 病灶体积在 1 cm × 1 cm × 1 cm 左右或部位深在, 有或无轻度颅高压征及全身感染症状, 基本可排除肿瘤者为宜。外科

收稿日期: 1999-04-23; 修回日期: 1999-05-20

作者简介: 马云富 (1963-), 男 (汉族), 主任, 主治医师

手术仍是治疗脑脓肿的主要方法, 本组根据患者术前有无意识障碍分为中重两型, 采用穿刺抽脓或导管持续引流术, 两型病死率有显著性差异 $P < 0.01$. 其原因可能为行此种手术的重型患者多属脑疝晚期, 难以承受复杂手术, 穿刺抽脓又不如切除术减压彻底, 其次脓肿往往涉及脑重要区域, 患者全身中毒表现明显, 故病死率较高. 采用脓肿切除术, 两型病死率无显著性差异 ($P > 0.05$). 两种术式病死率亦无显著性差异 ($P > 0.05$), 因而可以认为在两种术式可供选择的情况下, 应首选操作简便、安全性高的穿刺抽脓或导管持续引流术, 尤其适用于小儿薄壁脓肿或部位表浅者. 本组脓肿切

除术中分离过程脓肿破裂与否对术后恢复有影响, 术中应尽力避免脓肿破裂. 死亡的重要原因为术后脑疝未缓解或颅内感染扩散, 致使患者全身衰竭, 因此, 尽早解除脑疝, 防止颅内感染扩散, 仍为改变脑脓肿预后的关键.

参考文献

- [1] 杨树源. 十年来脑脓肿诊治概论[J]. 中华神经外科杂志, 1985; 1(4): 244-247.

编辑 黄良田

· 经验交流 · 文章编号: 1000-2790(2000)03-S0040-01

嗜铬细胞瘤误诊高血压病原因的分析

孟凡江

(第四军医大学西京医院内分泌科, 陕西 西安 710033)

关键词: 嗜铬细胞瘤; 高血压/误诊

中图分类号: R736.6 文献标识码: B

0 引言 嗜铬细胞瘤(Ph)的高血压为继发性高血压, 早期诊断和治疗可获痊愈, 若误诊为高血压病而又长期得不到有效控制, 可使心、脑、肾脏严重受损, 避免误诊对预后至关重要. 结合我院经手术及病理证实的 Ph 57 例资料, 对其误诊原因和如何避免误诊进行探讨.

1 临床资料

1.1 一般情况 男 30 例, 女 27 例. 年龄 12~65 岁, 平均 (42.0 ± 11.8) 岁. 病程 2 mo~17 a, 平均 (3.5 ± 4.1) a.

1.2 手术及病理 57 例肿瘤中良性 44 例, 恶性 13 例, 肿瘤直径 2.5~15 cm. 肿瘤位于肾上腺者 40 例, 腹膜后 12 例, 膀胱 5 例.

1.3 误诊情况 有血压升高者 46 例, 以高血压为主诉就诊者 51 例次, 误诊为高血压病者分别为 31 例(67.4%)和 39 例次(76.5%). 误诊时间最短者 2 mo, 最长者 17 a. 高血压伴随症状突出表现为头痛、头昏、头晕、胸闷、心悸、气短、乏力、易出汗、面色苍白、一过性晕厥和糖耐量异常等. 发病年龄 < 30, 30~, 40~, 50 岁误诊为高血压病者分别为 5/12 例(41.7%), 6/11 例(54.5%), 12/14 例(85.7%), 8/9 例(88.9%). 病程 < 1, 1~, 3~, 5~, 10 a 误诊为高血压病者分别为 7/11 例(63.6%), 7/10 例(70.0%), 8/10 例(80.0%), 4/9 例(44.4%), 5/6 例(83.3%). 不同类型高血压误诊为高血压病者, 持续型 12/16 例(75.0%), 阵发型 7/14 例(50.0%), 加重型 10/13 例(76.9%), 交替型 2/3 例(66.7%).

收稿日期: 1999-03-06; 修回日期: 1999-04-10

作者简介: 孟凡江(1953-), 男(汉族), 山东省曹县人. 副主任医师, 副教授. Tel (029) 3375678.

2 讨论

2.1 临床表现与误诊高血压病之间的关系 高血压是 Ph 患者最主要的临床表现, 也是本病患者就诊时最常见的主诉. 本组病例以高血压为主诉就诊者 46 例共 51 例次, 被误诊为高血压病者分别达 67.4% 和 76.5%, 表明部分患者曾多次被误诊. 本资料还表明, Ph 误诊为高血压病的发生率有随发病年龄增长而逐渐增高的趋势, 尤其是在 40 岁以后误诊率增高更明显, 可能与 40 岁以后尤其是 50 岁以后是高血压病的高发年龄, 在此年龄段以高血压为主诉就诊者易被误诊为高血压病有关. 高血压病程与误诊率之间无明显规律可循, 提示发病时间长短都有被误诊的可能. Ph 表现不同类型高血压误诊为高血压病的发生率, 持续型和加重型明显高于阵发型和交替型高血压, 可能与加重型尤其是持续型高血压较阵发型和交替型高血压血压波动范围相对较小、伴随儿茶酚胺增多症状较少也不甚典型有关, 提示对持续型高血压尤其伴有阵发性加重者, 仍应想到 Ph 的可能, 对阵发型和交替型高血压更应想到 Ph 的可能.

2.2 误诊原因 原因可能为患者就诊时仅述血压增高, 对其伴随症状描述甚少; 尤其是高血压病史较长者, 对血压升高的特点及其伴随症状与血压升高的关系描述不详细, 而医生也忽视了高血压发生和其演变过程的详细询问而造成漏诊. 或接诊医生未想到 Ph 或对 Ph 和高血压病两者血压升高的特点缺乏足够的临床鉴别经验而造成误诊. 避免漏诊和误诊的方法, 主要是医生接诊时应详细询问高血压发生以后的整个过程的病情演变, 高血压所伴随的症状, 对降压药物的疗效反应, 以及与 Ph 有关的血、尿生化和影像学检查. 建议遇下列情况时应想到 Ph 的可能: (1) 发生于青少年的高血压; (2) 初发高血压或其病程较短, 而血压呈显著升高者; (3) 血压波动范围过大, 甚至出现低血压休克的高血压; (4) 阵发型高血压或持续型高血压伴严重阵发性加重者; (5) 在血压升高时伴有交感神经过度兴奋和代谢率增高表现的高血压; (6) 高血压病程较短, 而病情进展迅速, 尤其心、脑、肾脏功能受损者; (7) 血压升高、降低与普通降压药物治疗无关的阵发性高血压; (8) 对普通降压药物无明显效果, 甚至呈反常升高的持续型高血压; (9) 在排尿过程中或其终末时发生不明原因的心悸, 甚至晕厥的高血压; (10) 在手术、创伤、分娩、情绪激动、挤压腹部时血压骤然升高而又无法解释者.

编辑 黄良田