

. 个案报告 .

基底节出血并发血肿腔内急性脑脓肿 1 例

肖 胜 喻军华 刘 金 袁学刚 吕 琴

【关键词】基底节出血;脑脓肿;显微手术

【文章编号】1009-153X(2022)06-0522-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 743.34; R 742.7

1 病例资料

62 岁男性,因突发右侧肢体乏力 1 h 入院。入院体格检查:神志模糊,GCS 评分 13 分,左侧肢体肌力 V 级,右侧上肢肌力 III 级,右侧下肢肌力 III 级,右侧巴氏征阳性。入院头颅 CT 示左侧基底节出血(图 1A)。给予止血、护脑、脱水、控制血压等对症治疗。入院第 2 天,复查头颅 CT 示左侧基底节出血较前未见明显增加。入院第 4 天,突发寒战、高热,体温高达 39℃,血培养示金黄色葡萄球菌,静脉滴注万古霉素(1 g/次,2 次/d),仍有寒战、高热。入院第 5 天,复查头颅 CT 示左侧基底节血肿较前吸收。入院第 7 天,意识障碍较前加深,呈昏睡状,持续高热,体温高达 39℃,右侧肢体偏瘫(肌力 0 级),颈强 2 横指。立即复查头颅 CT 示基底节出血较前吸收,血肿腔周边出现环形低密度灶,水肿较前明显加重,左侧脑室明显受压(图 1B)。立即行头颅 MRI 平扫+增强+DWI 检查考虑基底节出血伴脑脓肿形成可能性较大(图 1C、1D)。病人意识障碍加深,右侧肢体偏瘫,症状进行性加重,结合头颅 MRI 检查及血培养结果,考虑基底节出血并发血肿腔内急性脑脓肿。急诊在全麻下行显微镜下开颅探查+去骨瓣减压术。术中证实为基底节血肿伴脑脓肿形成。术中清除血肿、脓肿,由于脓肿壁不完整,切除部分脓肿壁并行病理检查。术中给予庆大霉素生理盐水、双氧水反复冲洗脓肿腔,术后静脉滴注万古霉素(1 g/次,2 次/d)+美罗培南(2 g/次,3 次/d)联合抗感染治疗 6 周,同时给予左乙拉西坦预防癫痫。术后体温恢复正常,间断性腰椎穿刺术鞘内注射万古霉素(50 mg/次)。术后病理诊断为脑脓肿。术后 5 d,神志恢复清楚,左侧肢体肌力 V 级,右侧肢体肌力 II 级,右侧巴氏征阳性。术后 6 周,康复出院。随访 3 个月,脓肿未见复发(图 1E、1F)。

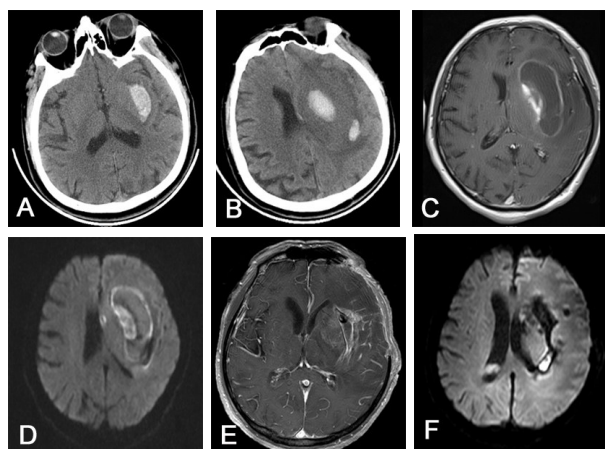


图 1 基底节出血并发血肿腔内急性脑脓肿影像学表现

A. 入院时头颅 CT 检查示左侧基底节出血;B. 入院 1 周复查头颅 CT 示左侧基底节出血伴周边低密度灶;C、D. 入院 1 周头颅 MRI 增强+DWI 检查示左侧基底节出血伴血肿腔周边环形强化,考虑脑脓肿可能;E、F. 术后 3 个月头颅 MRI 增强+DWI 检查脓肿无复发

2 讨论

脑脓肿是一种严重的中枢神经系统感染性疾病,早期准确诊断并及时治疗对改善病人预后至关重要。典型性脑脓肿的诊断、处理较为容易,选择穿刺引流或脓肿切除的方法,多可治愈。但对复杂脑脓肿,特别是不典型病例,处理仍有困难,临床上易误诊、误治,错过最佳治疗时机。本文病例首发疾病为左侧基底节出血,发病过程中,由于自身抵抗力低下,并发菌血症导致基底节出血后血肿腔内并发急性脑脓肿,脓肿包膜尚未形成,术前诊断不清,且病程进展快,迅速出现意识障碍及肢体偏瘫进行性加重等,行开颅探查脓肿切除术势在必行,术后症状明显改善。所以,对于不典型脑脓肿要全面搜集、分析病人的病史资料,争取做到早期诊断、早期治疗。

(2021-05-11 收稿,2021-10-13 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.06.031

作者单位:436000 湖北,鄂州市中心医院神经外科(肖 胜、喻军华、袁学刚、吕 琴),影像科(刘 金)

通讯作者:喻军华,E-mail:hbezyjh@163.com