

· 个案报告 ·

硬膜下脓肿误诊为慢性硬膜下血肿 1 例

王凤鹿 赵海康 陈明生 董西朝

【关键词】硬膜下脓肿;硬膜下血肿;误诊
【文章编号】1009-153X(2018)12-0827-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 742.7; R 651.1[†]

1 病例资料

男性,67 岁。因发现言语不清、右侧肢体无力 3 d 入院。入院体格检查:神志清楚,精神差,言语不清,思维力、理解力、定向力、记忆力明显减退;颈抵抗,左侧肢体肌力 5 级,右侧肢体肌力 3 级,四肢肌张力正常,右侧巴氏征阳性。头颅 CT 示左侧额颞顶部硬膜下慢性血肿。初步诊断为左侧额颞顶部慢性硬膜下血肿,给予脱水、营养神经等治疗。入院 2 h 突发四肢抽搐,持续 3~4 min,考虑癫痫发作,给予地西洋注射液 10 mg 静脉注射抗癫痫治疗后缓解。复查头颅 CT 示左侧额颞顶部慢性硬膜下血肿较前无明显变化。意识障碍无好转,呈昏睡状态。遂急诊行左侧额颞顶部硬膜下血肿钻孔引流术,取左顶结节切口,长约 4 cm,钻一孔,20 ml 注射器穿刺,未抽出液体,十字切口硬脑膜,硬膜下腔植入少许引流管,变换不同方向,无引流液,故扩大骨孔,探查见硬膜下完全为机化组织,立即终止手术。向家属讲明术中情况,改行开颅血肿清除术。利用原切口,取左侧额颞顶部“?”切口开颅,骨窗大小约 11 cm×13 cm,可见硬脑膜张力较高,四周依次悬吊。弧形切开硬脑膜,极化组织与硬脑膜粘连,分离后表面广泛渗血,硬脑膜下组织向骨窗外膨出。分块清除表面机化组织,可见淡黄色脓性液及脓血性液流出,充分引流、冲洗,见脑组织表面有一层淡黄色薄膜,与蛛网膜轻度粘连,分块清除大部分,少量粘连紧密处未清除,双极电凝骨窗四周下缘内残留少许的机化组织。探查无活动性出血,脑组织搏动良好。双氧水、生理盐水反复冲洗至清亮,减张缝合硬脑膜,骨瓣复位,依次固定。术后癫痫频繁发作,给予镇定、持续泵注丙戊酸钠后未在发作,逐步减量,后口服丙戊酸钠缓释片抗癫痫治疗。术后病理示肉芽组织、凝血块及炎性渗出。脓性液培养示肺炎链球菌,头孢曲松敏感,继续抗感染治疗,术后 4 d 腰椎穿刺术测颅内压正常,脑脊液检查示无色,透明,蛋白定性阳性,红细胞计数 0.01×10¹²/L,白细胞计数

0.07×10⁹/L,中性粒细胞比例 30%;氯离子 119.2 mmol/L,葡萄糖 3.2 mmol/L,蛋白 56 mg/dl,连续 2 次脑脊液培养阴性。术后体温基本正常,头孢曲松钠 2.0 g,静脉滴注,2 次/d,抗感染 2 周后,查血常规、C 反应蛋白、降钙素原均正常,头孢克肟分散片 0.1 g,口服,2 次/d,抗感染治疗 2 周。术后恢复情况良好,言语清楚,回答正确,遵嘱活动,四肢肌力 5 级,痊愈出院。术后 6 周复查 CT 平扫示左侧额颞顶部硬膜下脓肿已清除,中线居中。随访 3 个月恢复良好,无复发。

2 讨论

多数硬膜下脓肿由局部感染扩散所致,如鼻窦炎、乳突炎、中耳炎、颅脑手术、牙齿并发症、创伤等引起,极个别为不明原因,占颅内感染的 5%~25%,病死率在 4.4%~24%,死因主要为败血症、脑静脉梗死。硬膜下脓肿可以无明显临床症状,也可以表现为神经系统症状,如头痛、癫痫及占位效应,因此,硬膜下脓肿常需要与慢性硬膜下血肿相鉴别。慢性硬膜下血肿常见于老年人及小儿,以老年男性多见,发病率较高,约占各种颅内血肿的 10%。多数头部外伤轻微,部分缺乏外伤史,起病缓慢,无特异性临床表现。CT 多表现颅骨内板下新月形或半月形低密度区,也可为高密度、等密度或混杂密度。本文病例老年男性,无发热,无感染灶,无明确外伤史,表现言语不清、右侧肢体无力,头颅 CT 左侧额颞顶部硬膜下新月形低密度影,混杂有少量高密度影,脑组织受压,无炎性渗出及脑水肿表现,首先考虑慢性硬膜下血肿。仔细分析,我们可以发现,病人病情进展迅速,症状重,表现为受压及破坏性神经症状,如失语、偏瘫、癫痫、高级智能障碍;有脑膜刺激征。这几点不符合慢性硬膜下血肿的表现。进一步检查 MRI T₁WI 低信号,T₂WI 高信号,增强后可见包膜强化,或增强 CT 可见包膜强化,更有助于鉴别。脑脊液检查只有硬膜下积液来自脑膜炎时脑脊液才会呈现感染性表现。硬膜下脓肿的治疗首先手术,早期脓液较稀薄时钻孔引流加抗生素冲洗引流,晚期脓肿极化,形成完整包膜,行开颅病灶清除术,术后根据药敏试验抗感染治疗 4~6 周,同时注意并发症如癫痫、静脉性脑梗死、败血症等治疗。

(2017-09-29 收稿,2018-10-09 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.12.024
作者单位:710038 西安,西安医学院第二附属医院神经外科(王凤鹿、赵海康、陈明生、董西朝)