

不典型隐源性脑脓肿 1 例

李宗锴 潘 亮 刘四新 董珊珊

【关键词】脑脓肿;隐源性感染;显微手术

【文章编号】1009-153X(2020)09-0651-01

【文献标志码】B

【中国图书资料分类号】R 742.1; R 651.1†1

1 病例资料

30 岁女性,因持续性头痛 10 d 入院。入院体格检查:体温 36.5 ℃,血压 106/69 mmHg,神志清楚;双侧瞳孔等大等圆,直径约 3 mm,对光反射灵敏;未见神经系统阳性体征。颅脑 MRI 示左侧颞枕叶皮质区见一类圆形软组织肿块,直径约为 1.6 cm,信号不均匀,T<sub>1</sub>为低信号,T<sub>2</sub>、FLAIR 为高信号,增强扫描可见环形强化,边界清楚,周围见大片状水肿信号影,影像诊断为左侧颞枕叶占位,考虑转移瘤(图 1A)。经检查未发现转移瘤原发灶,且排除颅内感染以及结核特异性感染可能。头痛逐渐加重,应用甘露醇脱水缓解颅内压增高。入院第 3 天在全麻下行颅内占位开颅探查术,术中明确可见包裹脓肿,且术中穿刺液冰冻切片检查及术后穿刺液涂片检查发现大量白细胞及革兰氏阴性杆菌、少量革兰氏阳性球菌,明确诊断脑脓肿。术中未完全切除脓肿包膜,穿刺抽吸部分脓肿液后结束手术。术后应用去甲万古霉素联合美罗培南抗感染治疗。术后 10 d 头颅 CT 平扫+增强检查示病灶、周围水肿无明显变化,左侧侧脑室受压,中线结构右偏(图 1B)。停用去甲万古霉素,改用利奈唑胺注射液、氟氯西林钠注射液联合美罗培南治疗。2 周后,白细胞及红细胞下降,考虑为长期应用抗生素出现的骨髓抑制副作用,停用利奈唑胺,给予重组人粒细胞刺激因子注射液及地榆升白片。术后 30 d 头颅 CT 平扫+增强检查示病灶、周围水肿较前明显缩小,中线结构居中(图 1C)。术后 37 d 复查血常规示白细胞降低加重,停用美罗培南。术后 60 d 头颅 CT 平扫+增强检查示术区病灶、周围水肿较前明显缩小,脑肿胀程度减轻,中线结构居中(图 1D)。术后未出现肢体偏瘫、言语及听力障碍等,无任何后遗症。

2 讨论

脑脓肿是一种常见的颅内感染性疾病,常有颅压增高、神经功能障碍及发热等表现,有部分脑脓肿缺乏全身感染症状,无外伤、脑膜炎等病史,血、脑脊液等检查阴性,影像

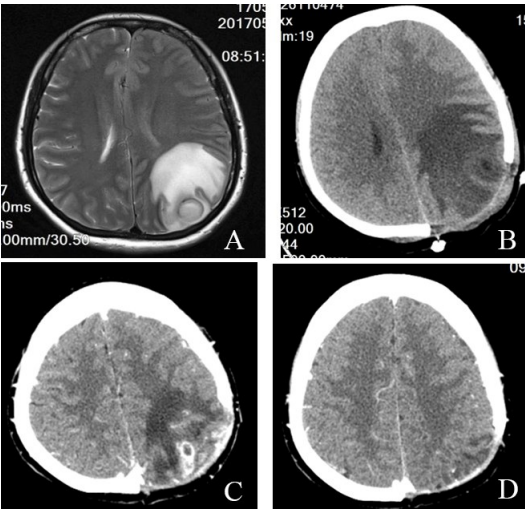


图 1 1 例不典型隐源性脑脓肿手术前后头颅影像学表现  
A. 术前颅脑 MRI;B. 术后当天头部 CT;C. 术后 30 d 头部 CT;D. 术后 60 d 头部 CT

学表现与脑肿瘤及脑梗死难以鉴别。隐源性脑脓肿实质上是血源性脑脓肿的隐蔽型。本文病例经反复追问病史,否认高热、乏力等急性感染病史,故属于隐源性脑脓肿。病人往往隐匿性起病,找不到细菌感染来源,追问病史,多有身体抵抗力差情况。典型脑脓肿多表现为典型的全身感染表现、颅内压增高及局灶性定位症状。本文病例感染来源不明,缺乏典型的发热、乏力等全身感染表现,仅以常见的头痛、呕吐等颅内压增高症状就诊,发病隐匿,属于隐源性感染。

实验室检查及影像学检查对脑脓肿的诊断具有重要作用。血常规、C-反应蛋白、血沉是反应体内感染的常用指标,部分脑脊液检验异常可明确存在颅内感染,结核抗体及结核 DNA 可鉴别颅内特异性感染。MRI 有助于识别脑脓肿,I、II 期没有典型的包膜形成,影像学表现也呈多样性,与其他疾病的征象难以分辨;III 期为典型包膜期脓肿。本文病例病灶环壁厚薄不均,形态欠规则,周围见大片指状水肿带,与胶质瘤和转移瘤都难以区分。术中脓液检查确诊脑脓肿。

总之,对不典型脑脓肿,要全面搜集病人感染病史、发热史、颅脑损伤史等,并进行综合分析,并结合血、脑脊液等结果以及 MRI、CT 表现进行鉴别,尽早明确诊断。

(2018-10-22 收稿, 2019-07-19 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.09.028  
作者单位:061000 河北,沧州市中西医结合医院神经外科(李宗锴、潘 亮、刘四新);061000 河北沧州,沧州医学高等专科学校外科学教研室(董珊珊)