

·临床研究报道·

儿童脑脓肿 32 例诊治体会

邓星强,李瑞,梁丽君

(江苏徐州市儿童医院,江苏徐州 221006)

[摘要] 目的 探讨儿童脑脓肿的临床诊断和治疗情况。方法 对 32 例根据临床症状和辅助检查确诊为脑脓肿的患儿进行分析,观察内外科治疗效果。结果 32 例儿童脑脓肿中具有典型三联征者仅 8 例(25%),全身感染表现者 14 例(43.8%),头痛者 15 例(46.9%),神经系统定位体征者 14 例(43.8%),癫痫样发作者 12 例(37.5%)。CT 确诊者 28 例(87.5%),4 例作 MRI 确诊。保守治疗 21 例,脓肿消失 13 例,缩小 6 例,总有效率 90.5%。外科治疗 13 例,单纯穿刺抽脓术 8 例,脓肿消失 5 例,缩小 3 例,脓肿切除术 5 例,死亡 1 例。结论 儿童脑脓肿临床症状多不典型,头颅 CT 扫描对确诊极具重要意义,保守治疗是本病的主要疗法,其次是单纯穿刺抽脓术。

[关键词] 脑脓肿;诊断;治疗;儿童

[中图分类号] R742.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2000)04-0281-02

脑脓肿是一种危及患儿生命的严重感染,对脑脓肿的早期诊断和有效治疗是挽救脑功能、降低致残率与死亡率的关键。本文将我院神经科自 1994 年 6 月至 1999 年 6 月 32 例脑脓肿的诊治情况分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 21 例,女 11 例,年龄 2 岁~10 岁,平均 5.6 岁。病程 6~17 d,平均 12 d。

1.2 感染来源,病灶情况

发病时同时发现邻近有感染灶 9 例,占 28.1%,(耳源性 6 例,头皮伤口感染 2 例,副鼻窦炎 1 例),血源性 12 例,占 37.5%,(胸源性 7 例,深部脓肿及蜂窝组织炎各 2 例,先心病 1 例),隐源性 11 例(34.5%)。小脑半球脓肿 3 例,颞叶 8 例,额叶 5 例,枕叶 2 例,颞顶 6 例,额颞顶 7 例,颞顶枕 1 例。脓肿直径 < 2.5 cm 者 18 例,2.5~4.0 cm 者 8 例,> 4.0 cm 者 6 例。

1.3 临床表现

32 例中起病时有畏寒发热、全身乏力、食欲减退等全身感染表现者 14 例(43.8%),有头痛、呕吐者 15 例(46.9%),癫痫样发作者 12 例(37.5%),视

乳头水肿者 5 例(25%),偏瘫者 11 例(34.4%),共济失调者 3 例(9.4%)。

1.4 辅助检查

1.4.1 血象 白细胞计数正常 19 例,增高 13 例,($10 \sim 15$) $\times 10^9/L$ 8 例,($15 \sim 20$) $\times 10^9/L$ 5 例,中性粒细胞 0.76~0.90 之间。

1.4.2 脑脊液和脑电图 作腰穿 24 例,脑脊液压力增高 10 例,蛋白增高 4 例,脑脊液培养均阴性。脑电图检查 22 例,异常 8 例(36.8%),表现为双侧导联慢波(3 例)或局限性慢波(5 例)。

1.4.3 影像检查 32 例患儿头颅 CT 平扫显示中央低密度 19 例(59.4%),混杂密度 13 例(40.6%)。28 例作增强扫描,呈环状强化 21 例(75%),结节状强化 5 例(17.9%),不完全强化 2 例(7.1%)。4 例作 MRI,均显示有环状强化,表现为长 T1 长 T2,并有附壁结节 2 例。

2 治疗和结果

2.1 治疗方法

2.1.1 保守治疗 21 例采用联合静脉滴注抗生素(青霉素、头孢类及甲硝唑),治疗 4~6 周。剂量每日青霉素 40~60 万 U/kg,头孢噻肟钠每日 100 mg/kg,头孢三嗪每日 100 mg/kg,甲硝唑每日 8 mg/kg。

2.1.2 外科治疗 13例均为颅高压症状明显,CT显示脓肿较大且占位效应显著及保守治疗4~6周后复查CT显示脓肿无明显缩小者(直径>2.5 cm)。手术采用单纯穿刺抽脓术8例,每例行1~2次,脓肿切除术5例。

上述内外科治疗中,结合患儿是否存在颅高压症状及脑水肿程度,辅以甘露醇降颅压,皮质激素减轻脑水肿及止惊对症治疗。

2.2 结果

保守治疗21例中脓肿消失13例,缩小6例,无效2例。外科治疗13例中脓肿消失8例,缩小4例,死亡1例,死因为脑脓肿切除后颅内继发感染,所有手术病人均行脓液细菌培养加药物敏感试验,4例阳性者为:链球菌2例,大肠埃希氏杆菌及金黄色葡萄球菌各1例。

26例随访1~5年,未见复发病例。

3 讨论

脑脓肿典型临床表现具有发热、头痛及神经系统定位体征三联征,本组仅有8例(25%)。有全身性炎症表现者14例(43.8%),头痛者15例(46.9%),神经系统定位体征者14例(43.8%),与其它报道^[1]相符。本组无热者18例(56.3%),神经系统非特异性表现如癫痫样发作者12例(37.5%),因此,临床工作中应高度警惕脑脓肿的不典型表现,对可疑者行头颅CT扫描,并应增强,做到及早诊断。

血、脑脊液及脑电图检查对脑脓肿的诊断有一定帮助,不能作为一种敏感性高,特异性强的检查手段。文献报道^[2]CT对脑脓肿诊断的准确率达92%~100%。本组32例脑脓肿经CT确诊者28例,占87.5%,根据平扫后低密度病灶及增强后周围出现薄而厚度均一的“环影”,外围明显的脑水肿多可作出诊断。对脓肿包膜未完全形成时,可呈结节状或厚薄不均的“环影”时,加作MRI检查即可确诊。结节状强化示脓肿较小,壁厚,水肿及占位效应轻。在增强CT中脑脓肿的壁呈明显均一强化,厚度一致,内外缘光滑。个别脑脓肿壁上有突出结节状肉芽肿,显示壁结节影像与胶质瘤鉴别困难,但后者囊壁多不规则,且结合临床及试验性抗炎治疗,视临床症

状有无减轻来予鉴别。

脑脓肿治疗的目的应为去除脓肿或使脓腔缩小,炎症局限,解除对周围组织压迫。一般认为对于脓肿形成早期、颅内压升高不明显、多发脓肿、脓肿直径小于4 cm,或伴有顽固性脑膜炎、有手术禁忌者可采用保守治疗^[3]。我们采用易透过血脑屏障的青霉素、头孢三代及甲硝唑抗感染,若有颅高压症状存在,给予甘露醇降颅压,如有脑水肿和头颅影像显示水肿带明显,采用激素短程疗法3~5 d。保守治疗脑脓肿21例,脓肿消失13例(61.9%),缩小6例(28.6%),总有效率90.5%,且随访中未见复发。从中体会到:要联合用药、足量、疗程长达4~6周;定期复查CT,如果脓腔扩大或无明显缩小,占位效应明显,颅内压显著增高者,宜手术治疗。本组保守治疗无效2例改行外科穿刺抽脓治疗。外科治疗13例,单纯穿刺抽脓术8例,脓腔消失5例,缩小3例,术中抽脓并冲洗干净,使脓腔塌陷、闭合、纤维化,最后消失,避免再穿刺损伤,明显的缩短了疗程,且术中及术后无癫痫样发作。复查及随访中,未发现因穿刺抽脓而导致的感染扩散及出血,表明穿刺抽脓术是治疗脑脓肿的一种操作简单、损伤小又安全,适用于各部位、单发、单房脓肿的有效手段。对穿刺抽脓1~2次后症状无改善,甚至恶化,CT示脓腔无缩小者,应及时改行脓肿切除术。该法主要适用于病程长、脓肿大、单发多房性脑脓肿及穿刺无效者。本组脑脓肿切除术5例,1例为病程长达17 d,壁厚,2例为大脓肿,直径分别为4.6 cm和4.8 cm,另2例属单发多房性脑脓肿,手术死亡1例为后一种情况,死因为颅内继发感染,可能由于手术中脓腔破裂,脓液外溢所致。

[参考文献]

- [1] 肖静,吴沪生,张五昌,等. 儿童脑脓肿37例临床特征和治疗随访[J]. 中华儿科杂志,1999,37(8):470-472.
- [2] Whelan MA, Hlil SK. Computed tomography as a guide in the diagnosis and follow-up of brain abscess[J]. J Radiology, 1980,135(2):663-668.
- [3] Brook I. Brain abscess in children: microbiology and management[J]. J Child Neurol, 1995,10(4):283-288.

(本文编辑:吉耕中)