维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 2 期总第 18 期

80 例脑脓肿手术治疗的回顾分析

遵义医学院附院神经外科 王恩海 王贵富 王 培 任光阳 谢明祥 王玉玉

（贵州遵义，邮政编码 563003）

[提要]本文对 80 例脑脓肿进行了回顾性分析，其中发生脑疝例。后者 9 例仅行我院自制的有槽手锥锥颅脓肿抽吸术（AADTA），其余 17 例行先 AADTA 缓解脑疝后再作脓肿切除术（AE），死亡率为 15%。结果表明，AADTA 与 AE 有机结合不失为一种处理脑脓肿脑疝的有效方法。

[关键词]脑脓肿；脑疝；脓肿抽吸术。

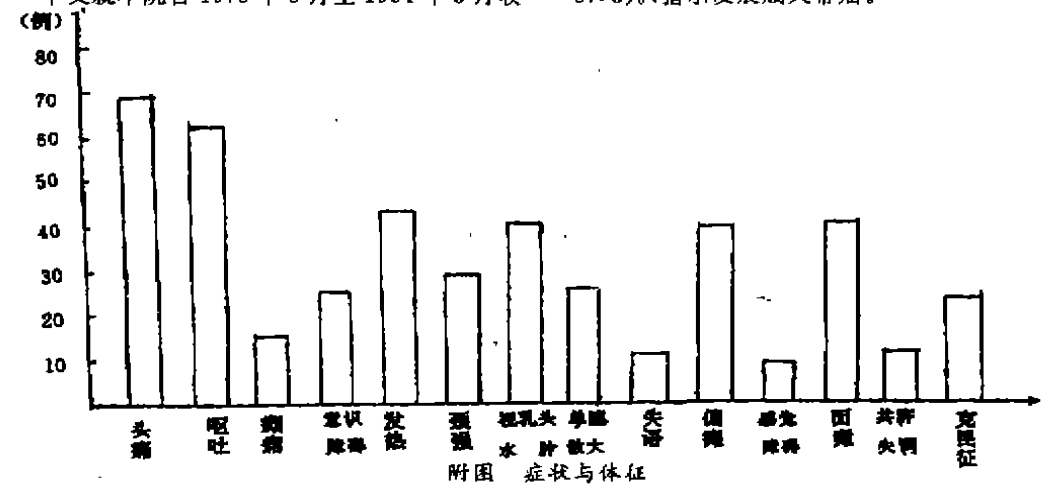
脑脓肿的诊治一直是神经外科的重要课题之一，近年来由于群众生活水平及医疗服务水平的提高，发病率呈下降趋势。在 CT 应用之前脑脓肿的病死率可高达 30～60%。自 80 年代末由于诊断和治疗技术的改进，病死率已下降到 5～20%。

本文就本院自 1973 年 3 月至 1994 年 5 月收治脑脓肿 80 例报告如下。

临床资料

一、年龄与性别：男性 62 人，女性 18 人；13 岁以下 27 人；14～30 岁 33 人，31～50 岁 18 人，50 岁以上 2 人。

二、症状与体征，颅内压增高的三主征即头痛、呕吐、视乳头水肿是最常见的临床征象。其中视乳头水肿占 50%，发热占 52.5%，颅强占 35%，意识障碍占 31.3%。幕上脓肿的病例偏瘫是最常见的局灶体征，占 48.8%；小脑脓肿显示共济失调者占 76.9%。有 25 例单侧瞳孔散大占 37.3%，指示发展成天幕疝。



附图 症状与体征

三、病源分类：80 例脑脓肿中，耳源性脑脓肿占第 1 位，占 43.8%；原因不明占第 2 位为 17.5%（见表 1）。

四、脑脓肿的部位：80 例脑脓肿，脓肿部位以额叶居首位，占 42.5%，其次是颞叶占 28.8%（见表 2）。

五、细菌培养：80 例脑脓肿的病例中，有细菌培养结果的 66 例，其中报告有细菌生长的 42 例，余 24 例无细菌生长。培养出来的细菌以金黄色葡萄球菌为最多，其次为变形杆菌，再次为大肠杆菌。

表 1 80 例脑脓肿的病源分类

感染源	病例数	占百分率(%)
耳源	35	43.75
鼻源	2	2.5
头皮或颅骨	4	5
血源	9	11.5
先心病	2	2.5
损伤	10	12.5
原因不明	14	17.5
肺炎	3	
上感	1	

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2　80 例脑脓肿的部位

位　置	病例数	占百分率(%)
额　叶	34	42.5
顶　叶	8	10
颞　叶	23	28.75
枕　叶	2	2.5
多　叶	18	22.5
小　脑	13	16.25

表 3　66 例脑脓肿细菌培养

细菌种类	例　数
金黄色葡萄球菌	15
变形杆菌	10
大肠杆菌	8
绿脓杆菌	3
枸缘酸杆菌	1
甲型链球菌	1
厌氧 G^+ 球菌	2
厌氧 G 杆菌	2
无细菌生长	24

六、诊断措施：本组 80 例脑脓钟主要采用脑血管造影、脑室造影、CT 扫描定位脓肿。用超声波如脑电图定位甚少(见表 4)。

七、治疗方法和结果：本组有 30 例脑脓肿首次采用自制有槽手锥锥颅针吸抽脓。其中 12 例反复抽脓继续治疗达到自愈。另 18 例因继续抽脓不能控制脓肿而改为脓肿摘除。在 33 例病人中，首次治疗采取脓肿切除；采取钻孔置管引流负压吸引的病列有 11 例(见表 5)。

表 4　80 例脑脓肿的诊断措施

诊断措施	结果	病例	总数
血白细胞	正常	38	80
	偏高	42	
颅内压	正常	2	18
	增高	16	
脑脊液白细胞数	$<10/mm^3$	9	18
	$>10/mm^3$	9	
EEG	局部定位	4	4
超声波	定侧	5	5
脑血管造影	定位		31
头颅 CT	定位		16
脑室造影	定位		7
穿刺确诊	定位		17

表 5　80 例脑脓肿的治疗和结果

治　疗	例　数	死　亡	
		例数	百分率%
反复抽吸	12	3	2.5
切除	33	2	6.1
抽吸后切除	18	3	15
钻孔引流(负压吸引)	11	2	16.5
未治	2		
非手术	2		
治疗前死亡	2	2	100

讨　论

本组 80 例脑脓肿病人，头痛和呕吐是最多见的临床症状，分别占 80.25%和 75%。在早期常常缺乏神经系统的阳性体征，视乳头水肿，肢瘫是较多见的体征，然而多在中晚期出现，仅占 50%左右。仍然有 1/3 的患者既或在中晚期也缺乏神经系统的体征。再加之发热，脑膜刺激征等现象的干扰，使神经外科医师感到困惑，难以下决心进行有伤害性和危险性的检查。在 CT 没有应用以前就较易造成漏诊和误诊。

本组有 2 例中耳炎患者，有头痛呕吐症状也怀疑有颅内并发症，但因缺乏进一步检查的客观依据，而先行乳突手术，术后病人突发脑疝，迅速死亡。

所以对患有化脓性中耳炎，全身感染、肺部感染或先心病的患者，要提高并发脑脓肿的警惕性。根据条件及时进行必要的检查，以求确定脑脓肿的有无。

在过去没有 CT 的情况下，颈动脉造影和脑室造影是最常用的检查方法。准确率分别在 73～96%和 84～100%。这种检查有一定痛苦，病人恐惧紧张，而且需要一定的时间才能完成。本组有 2 例在脑血管造影中发生脑疝，虽经抢救，但终因病情危重而死亡。

现在，当病人送到本院，经 CT 检查后确定诊断。这种检查迅速、无伤害，病人愿意接受，诊断准确率达 92～100%。不但能进行定位，定性诊断、还能了解脓肿壁的形成情况、占位效应、及伴随脑水肿的情况。尤其对多发和多房的脑脓肿亦容易诊断。从而对于手术的选择，对穿刺抽脓及保守治疗效果的监测都有重要的意义。

关于细菌培养，在本组病例中，最多见的是金

维普资讯 http://www.cqvip.com

黄色葡萄球菌，变形杆菌和大肠杆菌。在送培养的脓汁中有 36%未培养出细菌，可能是由于术前使用有效抗生素的缘故，也可能是厌氧菌感染，用普通方法不易培养出来的缘故。自 80 年代初由于认识了厌氧菌感染的可能性，所以加用了灭滴灵等抗厌氧菌的药物，使脑脓肿的复发率大为降低。本组 80 例脑脓肿，仅有 2 例复发。

关于死亡因素，我们体会，入院时病人出现昏迷和脑疝，是导致死亡的主要因素。本组病例进入神经外科时，已发生脑疝的有 26 人，占本组病例的 32.5%，其中死亡 9 例，占本组死亡率的 75%。

另外也体会到过大的外伤性脓肿，伴有硬膜下积脓的病例，预后均不好。可能与全身及局部机体抗病能力低下有关。

关于脑脓肿脑疝的抢救，对于脑脓肿脑疝的病人，进行一般抢救同时完成必要检查，然后用自制有槽手锥锥颅穿否则抽脓。这是抢救脑脓肿的较好方法。它能确定脓肿的存在和部位，迅速降低颅内压。缩短脑干受压时间挽救生命。本组有 26 例脑脓肿疝靠这种方法得到初步救治。在第一次脑疝经过脱水，有槽手锥锥颅穿刺抽脓，脑疝得以缓解后，当彻底减压，本组在 17 例脑脓肿脑疝病人又执行了脓肿切除手术，12 例痊愈，5 例死亡，其中 3 例是颅脑损伤后合并颅内较大脑脓肿，1 例是耳源性脑脓肿，硬膜下和硬膜外有积脓，术后因脑水肿，脑软化，术后感染不能控制致再度脑疝死亡。1 例由于心衰发生而死亡，这些都与公认的死亡因素有关。由于措施得力，本组死亡率较低。

总之，脑脓肿随着时代进步和医疗技术的发展，发病率，死亡率逐步下降而治愈率不断提高。

参 考 文 献

1. Shu－Yuan Yang. Brain abcess. A review of 400 cases J Neuro surg 1981;55:794.
2. 杨树源．10 年来脑脓肿的诊治概况．中华神经外科杂志 1985;1:244.
3. 李秉权，吴致勋，马以骊等．脑脓肿，云南科技出版社 1986:214～215.

Retrospective ana lysis for 80 patients of brain abscess

[Abstract]In the report 80 patients of brain absces were analysed with retrospection. Twenty six brain hernias occured in the patients. Nine patients of the brain herniation were only operated by absces aspiration driling on skull with trough awl(AADTA) made in our hospital. After other 17 relieved the brain herniation by AADTA, absces excisions (AE) were carried out. Mortality was 15%. It is shown that the united use of AADTA and AE is an effective method treated the brain herniation of brain absces.

[Wi Key]Brain absces. Brain hernia. Absces Aspiration.

(收稿日期:1994—06—02)