维普资讯 http://www.cqvip.com

耳源性脑疝

——附25例分析

第一医院耳鼻喉科 魏莲枝 陈以华*

提 要 本文报道耳源性脑疝25例，其中小脑幕疝13例(小脑幕切迹下疝10例，小脑幕切迹上疝3例)，枕骨大孔疝（小脑扁桃体疝）12例。脑疝的诱因有乳突凿开术、腰穿、体位改变和脑穿刺引流等。当脑脓肿病人有颅内压增高时，应避免以上诱发脑疝的因素。一旦出现脑疝，作者强调应使用脱水剂作为术前的准备措施

关键词 脑疝；耳源性

中图分类号 R764.3

耳源性脑脓肿是耳科急重症之一，若未及时诊治常会导致凶险的脑疝发生，使死亡率骤增。1960年4月～1987年5月我科共收治耳源性脑脓肿71例，死亡10例，其中有脑疝8例。如欲降低耳源性脑脓肿的死亡率，防治脑疝乃是关键。现将我院所遇25例耳源性脑疝分析如下。

临床资料

1 年龄及性别 （表1）10～29岁组脑疝发生最多(18例)，男:女=4:1。

* 现在武汉职工医学院耳科工作

OPERATIVE REPORT OF CADAVER ACETABULUM WITH TRIPHASTIC CONICAL SCREW INSTRUMENTS

You Ruizhang, et al

Department of Orthopedic Surgery, The First Hospital

This report covers the intensive experimental research regarding cadaver acetabulum with triphastic conical screw instruments.

In order fully to familiarize with the functions of three directional conical screw instruments and carefully to tackle the problems of operation, whole-ceramic acetalulawere replaced in 33 cadaver acetabula. As a result, of all cases operated on, 29 were performed successfully

KEY WORDS Artificial acetabulum, Conical screw seamer

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 1　年龄及性别

年龄（岁）	人数		
	男	女	总
0—9	3		3
10—19	8	3	11
20—29	6	1	7
30—39	2	1	3
40—49	1		1

2 脑疝类型　小脑幕切迹下疝（颞叶钩回疝）10例，小脑幕切迹上疝3例，枕骨大孔疝（小脑扁桃体疝）12例，其中1例相继出现小脑幕切迹上疝。

3 诱因　24h内有手术史者共15例，其中包括乳突凿开术6例，钻颅作颞叶或小脑穿刺4例、腰穿4例、脑血管造影1例。体位改变3例。无明显诱因7例。

4 临床表现

（1）本文25例脑疝都有2年以上慢性中耳流脓史，且近期（11天～2周）有中耳炎急性发作。

（2）颅内高压征及脑脓肿定位征(表2)

表 2　颅内高压征及脑脓肿定位征

症状及体征	人数		
	颞叶脓肿	小脑脓肿	总
头　痛	10	15	25
呕　吐	10	15	25
视乳头水肿	5	6	11
对侧同向偏盲	1	0	1
命名性失语	1	0	1
自发性水平眼震	0	8	8
同侧肌张力减低	0	12	12
轮替运动不能	0	11	11
辨距不良	0	10	10
同例周围性面瘫	0	7	7

全部病例头痛剧烈且伴呕吐。25例中除5例未检查眼底外，枕骨大孔疝10例中6例见视乳头水肿，4例正常。小脑幕孔疝10例中5例视乳头水肿，5例正常。10例颞叶脓肿仅2例有定位征。15例小脑脓肿12例（半数以上）有定位征。

（3）脑疝表现　小脑幕切迹下疝10例中有9例意识障碍在原有基础上加深，其中嗜睡1例、浅昏迷6例、深昏迷2例。疝例瞳孔扩大10例。小脑幕切迹上疝3例，除有小脑定位体征外，其余症状与小脑幕切迹下疝相同。即有意识障碍及疝例瞳孔扩大、光反射减弱。枕骨大孔疝12例，均出现突然自动呼吸停止，2例同时出现双侧瞳孔扩大，光反射减弱，5例抽搐、3例有去大脑强直表现、4例尿失禁。

5 脑脓肿诊断　2例经耳科乳突穿刺抽脓证实，22例经颅骨钻孔抽脓确诊，1例尸解诊断。

6 治疗情况

（1）应用强脱水剂降颅压，19例在脑疝发生后立即静脉推注20%甘露醇250ml～500ml或37.3%尿素160ml。

（2）15例采用穿刺抽脓术，其中2例经乳突穿刺抽脓，其余用钻颅穿刺法，治愈6例，死亡9例。脓肿切除治愈3例，无死亡。穿刺抽脓后再脓肿切除治愈6例，死亡1例。

（3）25例耳源性脑脓肿所致脑疝治愈15例，死亡10例，死亡率40%。其中枕骨大孔疝死亡7例，死亡率为58.3%。

讨　论

1 诊断　耳源性脑疝绝大多数是由耳源性脑脓肿致颅内压增高，使脑组织挤入硬脑膜间隙或颅骨生理孔道引起嵌顿而形成。故认识脑脓肿是识别脑疝的前提。中耳感染可播散到颅内幕上或幕下，前者引起颞叶脓肿、后者致小脑脓肿。耳源性颞叶脓肿多位于颞中、下回的中后部或与颅底粘连，定位体征有时不显著[1]。脓肿较大时定位体征常见有对侧同向偏盲，优势半球受累时可出现失语症。本文10例颞叶脓肿仅2例有以上定

维普资讯 http://www.cqvip.com

位体征，8例无定位征。如未积极诊治，常致脑疝发生。颞叶脓肿常引起同侧小脑幕切迹下疝，疝下组织压迫中脑及动眼神经。大脑只有在相当广泛的抑制或功能损害时才足以引起意识障碍。幕下结构的占位性病变常导致意识障碍，系由于压迫和破坏了脑干网状结构。迅速发生的小脑幕切迹疝几乎无一例外地都发生突然或再度加重的意识障碍和昏迷[2]。本文13例幕孔疝均有此现象。疝下组织压迫动眼神经则出现同侧瞳孔扩大、光反射减退。本文10例均有此表现，除此之外尚有对侧偏瘫6例。小脑脓肿之定位体征较之颞叶明显，且出现较早。常见者有自发性水平眼震、同侧肌张力减低，轮替运动不能及辨距不良。我们所遇小脑脓肿半数以上有定位体征。若脓肿压迫脑干，可出现同侧周围性面瘫或后组颅神经症状。小脑脓肿进一步发展向上引起小脑幕切迹上疝，本文3例其疝后的表现与小脑幕切迹下疝同，但前者是小脑脓肿所致，后者为颞叶脓肿引起，脓肿部位截然不同，需认真识别。大部份小脑脓肿向下引起枕骨大孔疝。枕骨大孔疝进展比小脑幕疝更快，预后也比小脑幕疝差。疝下组织压迫延髓及脑桥下部[2]。患者可突然自动呼吸停止、昏迷、双侧瞳孔扩大，若未及时抢救，心跳、脉搏相继停止，即告死亡。本文12例枕骨大孔疝均有上述表现。脑疝形成后除有以上典型症状外，部份病例还有抽搐、去大脑强直、尿失禁等现象。

耳源性脑脓肿早期及位于功能不显著区可始终无定位体征，再加上大量抗生素、激素应用，可使症状消失，产生虚假的安全感。如合并其他颅内感染互相掩盖，则使病情更为复杂。临床疑有脑脓肿者可选用一些诊断价值较高的辅助检查。颈动脉造影对幕上脓肿发现率高。本文6例检查阳性者穿刺均获脓液。脑室造影适用于小脑和幕上深在的脓肿。近年来应用放射性同位素脑扫描及CT检查，对脓肿的精确定位和适时处理很有价值[3]。

2 耳源性脑疝产生的诱因 脑疝是严重的颅内压增高的结果，由于颅内局部或全部的压力增高而致[4]。脑脓肿时本来颅内压就处于高压状态，如此时稍有增加颅压或降低椎管内压力的因素就可以出现脑疝。本文统计6例乳突凿开术在术中及术后出现脑疝计有搬弄体位、术中锤凿震动等因素。颈部扭曲易导致颅内高压[5]。此6例中有3例术前定位体征明确，另3例颅内高压明显。故对耳源性脑脓肿病人定位体征明确或颅内高压严重时不宜急于作乳突手术。应先解决颅内病变，尔后再处理耳部感染病灶，否则将会造成严重后果。4例腰穿后4～24h出现脑疝者，其中3例术前小脑定位征明确，1例小脑幕切迹下疝疝前有命名性失语及中枢性面瘫。对定位体征明确的患者最好暂缓腰穿。Carey等也认为靠脑脊液诊断脑脓肿常易延误，危险甚大。[6]。颅内压增高显著者腰穿前应静脉滴注脱水剂降颅压后再操作，以免发生危象。4例钻颅脑穿后发生脑疝者，两例是于术后10h、48h发生，且术中抽脓少，仅3～5ml。另两例脑穿抽脓后发生脑疝者，在脓肿切除术时发现1例为三个多发性脓肿，另1例脓肿如鸡蛋大，壁厚穿刺抽脓后不易塌陷。分析其原因一是减压后发生脑水肿；二是抽脓引流后脓肿壁厚者占位性病变未缩小。[7]。以上提示脑脓肿抽脓量少，或术后症状不减者应积极寻找原因。高度怀疑脓肿未能很好引流者，应采取相应措施彻底去除脓肿，方可避免脑疝发生。3例体位改变时出现脑疝者，其中两例发生于下床小便，1例发生在搬动病人上手术台时。3例患者均有小脑定位体征。脑脓肿定位体征一旦出现就应立即急诊排脓手术。搬动病人时动作不可粗暴，以防脑疝发生。7例无明显诱因的脑疝均无明显定位征，其中4例是发生在颅内感染3周内，最短者仅11天。这类脑脓肿进展急速，在出现定位征前就进入危象阶段，应积极采取有效的辅助检查，及时诊断处理，切忌消极等待贻误病机。

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 防治 耳源性脑疝的治疗关键是及时降低颅压，解除颅内疝下组织对脑干的压迫。如治疗在脑干未发生不可逆变化前，则患者可获救，否则后果恶劣。耳源性脑疝发生后，我们通常采用如下治疗。

（1）强脱水剂降低颅压，一般常用20%甘露醇250ml～500ml静脉推注，或静脉推注尿素。部份病人用后数分钟情况开始好转，其标志有意识障碍减轻，自动呼吸恢复、瞳孔缩小，光反射增强。虽然此种好转是短暂的，但它却是极宝贵的，是赢得手术治疗必不可少的良机。本组病例中，19例在脑疝发生后，立即用强脱水剂13例获救。

（2）穿刺抽脓 本组病例11例采用颅骨钻孔穿刺抽脓。穿刺抽脓简单安全，费时少是治疗脑肿脓的有效方法之一。当定位征很明显时，也可通过乳突腔穿刺排脓。本文有2例是通过乳突腔穿刺确诊后行脑脓肿切除术。Toubert认为在CT定位下，穿刺抽脓是脑脓肿的最好治疗方法，并可用于复合脓肿及多发脓肿的治疗[8]。

（3）脓肿切除 是彻底去除脓肿的方法。本文3例在手术时发现脓肿大、壁厚、首选切除术，病人痊愈。另7例经反复抽脓不癒，再次手术发现脓肿大，或为多发，再采用切除术，其中仅1例死亡。

脑疝发生后除积极去除脓肿，还需注意正确使用抗生素。据各家统计耳源性脑脓肿，多数是变形杆菌引起。通常用青霉素和氯霉素，或氨苄青霉素和氯霉素作为病原菌未查清的病人的首选药物[1]。同时需注意水及电解质平衡。在解除对生命有威胁的脓肿后，及早行乳突手术，杜绝感染源，以防脑脓肿复发。

参 考 文 献

[1] 索敬贤，等. 中华神经精神科杂志 1978；11(1)：24

[2] 王笑中，等. 神经系统疾病症候学 人民卫生出版社 1979 9-10

[3] 刘敬业，等. 神经精神病杂志1981；7(2)：93

[4] 郑建伸，等. 神经病诊断学 上海科技出版社 1984 289

[5] 许百男综述. 国外医学神经病学 神经外科学分册1986 2 30

[6] Carey ME, el al. J Neurosury 36:1 1972

[7] 郭泉，等. 临床耳鼻咽喉科杂志 1989 3(1)37

[8] Toubert MJ, elal, J Neurosury 47:73 1977

（收稿日期1990-10-15）

OTOGENOUS CEREBRAL HERNIA ——ANALYSIS OF 25 CASES

Wei Lianzhi, et al

Department of Otolaryngology, The First Hospital

This paper reports 25 cases with otogenous cerebral hernia, in which, 13 were tentorial hernia, (10 inferior tentorid notch hernia, 3superior tentorid notch hernia), 12 tonsillar hernia. We found that the predisposing factors of cerebral hernia were mastaidotomy lnmbal puncture, postural change and drainage of cerebral puneture, etc. Whenever the cerebral pressure of a patient with cerebral abscess is increased, one should avoid aforesaid factors in order to avoid the emergence of cerebral hernia incarceration. It is emphasized that once cerebral hernia emerged

维普资讯 http://www.cqvip.com

两种方法治疗尖锐湿疣的对比观察

第一医院皮肤科 高永良 李桂明

提 要 本文报道采用两种方法治疗尖锐湿疣65例，并作了对比观察。结果：单纯局部电灼法近期治愈率91.4%，临床痊愈率68.6%。局部电灼加聚肌胞肌肉注射联合疗法近期治愈率100%，临床痊愈率96.5%。两种方法近期治愈率比较无显著性差异（$P>0.05$），而临床痊愈率比较差异非常显著（$P<0.01$）

关键词 尖锐湿疣；电灼疗法；聚肌胞

中图分类号 752.53

尖锐湿疣好发于肛门，生殖器等皮肤粘膜处，近年来发病率逐渐升高，国内报道已占性传播疾病（STD)的第2～3位。对本病的治疗目前尚存在许多问题。我们于90年4月以来采用两种方法治疗本病并作了对比观察、现报告于下。

临床资料

65例中男49例，女16例。20岁以下者5例、21～30岁36例、31～40岁19例、41岁以上5例、年龄最小者16岁，最大54岁，平均27.2岁。病期一月以下8例，1～3月35例，3～6月17例，6月～1年3例，一年以上2例，最短者仅5天，最长1年7个月，平均1.9月。有冶游史或性伴患同样疾病者52例。男性患者中10例有包皮过长。5例无冶游史患者，病前有重感冒，败血症，粒细胞下降，霉菌性阴道炎等病史。发病部位：包皮22例、包皮系带14例，冠状沟17例，小阴唇7例，处女膜周围及阴道后壁9例、会阴5例、肛周21例（其中4例有肛交史），其它部位12例，多部位发疹者10例。最多者为5个部位同时发病。皮损形态多为散在的米粒至蚕豆大小赘生物，大都有较细的蒂，表面呈菜花样，灰白色。较大的湿疣有分叶。冠状沟皮损常融合，基底较宽。肛周湿疣常为多发，最多达30余个，严重者基底融合成宽达1cm的环状斑块。肛周皮损多有不适感，少数损害易受摩擦而反复出血。

治疗方法

将病人随机分为两组分别如下作治疗。

1. **单纯局部电灼疗法**（35例）：1%新洁尔灭液消毒皮损局部并局麻后，用广州产HE—Ⅰ型多功能腋臭治疗仪（一种高频电灼仪）调电流50～80μA，将针形电极对准湿疣由表面逐渐向下烧灼并不断清除焦痂直到皮损基底达真皮浅层为度，烧灼范围超过皮疹边缘2～3mm。较大损害则先烧灼蒂部，待疣体脱落后再烧灼基底部。电灼时除将肉眼可见的疣逐一去掉外，还在其周围外观正常无隆起的皮肤上涂布5%醋酸溶液，对涂后发白的部位（示有高危HPV感染的存在[1]）也同时进行烧灼。术后局部涂龙胆紫溶液并给予适当的抗生素口服，嘱病人从次日起每晚用1/8000高锰酸钾溶液坐浴施术部位20分钟，共5天。

in patient, a measure of dehydrant should be taken as a preparatory step before opration

KEY WORDS Cerebral hernia; Otogenous