维普资讯 http://www.cqvip.com

脑膜炎脑疝的急救

第一医院传染科 谌取鼎 王其南

在慢性脑膜炎中以结核性脑膜炎最常见，新型隐球菌脑膜炎较少见，但其预后更为严重。这两种疾病若不能及时诊断和恰当的治疗，常导致死亡，脑疝是常见的死因。近来，我们对两例脑膜炎因发生脑疝濒于死亡的病人，采用紧急脑室引流及颞肌下去骨瓣减压术获得成功，现报道如下。

病例介绍

例1、患者男，19岁，矿工。因头痛伴发热20天入院。20天前，患者感头昏痛，伴恶心、呕吐及发热，在当地医院治疗无效。16天前，患者头痛加剧以前额部为甚，高热，并出现昏睡、谵语。拟诊"流脑"住县医院，予以青霉素G、氯霉素、氨苄青霉素、地塞米松及甘露醇等药物治疗无效，转来我院。病前一天，头部被煤块击伤，但伤处皮肤无破损及肿胀。既往体健，否认结核病史及耳溢脓史。个人及家庭史无特殊。

体格检查：T38.5°C，P82次/min，R24次/min，BP16.0/12.0KPa。慢性重病容，发育营养中等。神志清楚。皮肤粘膜无瘀点。巩膜无黄染。头颅五官无异常。颈部有阻力。心肺无异常。腹平软，肝脾不肿大。四肢脊柱无畸形，肌力及肌张力正常，克氏征(+)，布氏征(+)。

实验室检查：脑脊液无色微浑，潘氏反应(±)，细胞总数0.2×10⁹/L(200/ul)，白细胞0.11×10⁹/L(110/uμ)，多核14%，单核86%。脑脊液糖3.9mmol/L(72mg/dl)，蛋白0.25g/L(25mg/dl)、氯化物204.4mmol/L(725mg/dl)，涂片未找到新隐球菌。血白细胞12×10g/L(12000/μl)，中性86%，淋巴14%。X线胸透双肺阴性。

住院经过：入院后，首先考虑本病为结核性脑膜炎，部分治疗的化脓性脑膜炎或新隐球菌脑膜炎待除外。当即给予抗痨药及大剂量青霉素等药治疗，症状不缓解并出现复视。反复多次查脑脊液：白细胞0.082～0.2×10⁹/L(82～200/μl)，多核23～76%，单核24～77%。糖2.1～2.86mmo/L(39～52mg/dl)，蛋白质0.25～0.93g/L(25～93mg/dl)，氯化物197.4mmol/L(700mg/dl)。脑脊液涂片未找到隐球菌，普通及真菌培养阴性。结核菌素试验弱阳性。眼底检查双侧视乳头水肿。脑血管造影显

面积垫底的最佳方法。由于没有单体的刺激及聚合时的放热反应，对口腔粘膜没有危害，光滑度、硬度、韧度等机械性能良好，聚合收缩率低，不易变形。

不足之处是在倒凹大的病例，从口中取出义齿时常会造成边缘变形。

参考文献

[1] 四川医学院主编．口腔矫形学，第一版．北京：人民卫生出版社，1980；523

[2] 胡雁萍摘．国外医学口腔医学分册，1985；12(5)：308

[3] Dental Magazine 1986，55：11

[4] 刘慧芬．现代口腔医学杂志，1989；3(2)：101

[5] 早川巖，他．ザ·クインテツセンス，1986；5(6)：913

[6] 早川巖，他．補綴誌，1986；30：894

[7] 細田裕康，光重合型コンポジツトレジンの基础と臨用，1986；69

[8] 増原英一，他．ザ·クインテツセンス別册

[9] 洪法廉综述．国外医学口腔医学分册，1986；13(1)：7

维普资讯 http://www.cqvip.com

示脑积水。住院后一周，患者病情加重并出现抽搐、呼吸节律不规则，小便失禁，双侧瞳孔不等大，对光反射消失，继之意识丧失。考虑为小脑扁桃体疝形成。立即静脉快速注射甘露醇500ml、地塞米松10mg、速尿20mg等，脑疝症状未缓解。约5h后作侧脑室穿刺引流，脑脊液压力甚高，随即作右侧脑室钻孔引流，双侧颞肌下去骨瓣减压术。术中取脑脊液涂片找到新型隐球菌，在颞上回取少许脑组织培养及病理检查均证实为隐球菌脑膜炎。手术次日，患者头痛缓解，神志基本清楚，可对答，尚切题。经二性霉素乙、5-氟脲嘧啶、利福平等药治疗，痊愈出院。两年后随访时一切正常。

例2、患者女，34岁，工人。因头痛1月，加重伴发热、呕吐10天，急诊入院。入院前1个月，无明显诱因出现头痛、乏力、咳嗽。10天前，始觉发热、头痛加剧，以额部为著，伴恶心、呕吐及视力减退。即在外摄副鼻窦平片提示上颌窦炎。经抗菌药治疗无效，转来我院。门诊查脑脊液压力为300mmH_2O，无色微浑，潘化反应（+），白细胞0.612×10^9/L(612/μl)，多核80%，单核20%，糖4.01mmol/L(73mg/dl)，蛋白质1.62g/L(162mg/dl)，氯化物140.7mmol/L(499mg/dl)。诊断为结核性脑膜炎收住入院。

患者否认过去有结核史，亦无慢性耳溢脓、流脓鼻及外伤、皮肤疮疖史。月经正常。爱人及其子体健。

体格检查：T39°C、P74次/min，R18次/min，BP18.4/11.2KPa。慢性病容、消瘦，阵阵躁动。颈部阻力（+）。心肺清晰。腹部阴性。左侧膝反射亢近。克氏征（+），病理征阴胜。

住院经过：入院后即予以抗痨药治疗，甘露醇降颅压。入院后8h（上午10时），先予脱水，30min后按常规操作程序腰穿复查脑脊液，压力不高(75mmH_2O)。约于两h后，患者头痛加剧，旋即四肢抽搐、意识丧失、呼吸缓慢而表浅，血压升至21.0/11.4KPa，瞳孔不等大，光反射消失，眼球固定，压眶反射消失。考虑有脑疝形成。立即给予脱水剂、速尿、地塞米松、安定等治疗。在12h内共用甘露醇1500ml、速尿80mg、地塞米松40mg。患者仍处于昏迷状态，频繁抽搐体紫绀呼吸浅、时而暂停，双上肢屈曲样内旋，下肢伸直呈去皮质状态。于脑疝发生后14h，作紧急左侧脑室引流及右颞肌下去骨瓣减压术。术后去皮质状态缓解，时而尖叫，双上肢不自主抽动，血压下降至13.3/9.5KPa。除继续抗痨、对症外，予以支持疗法。术后第3天，患者神志逐渐清醒，第23天后即可下床活动。住院37天，查脑脊液白细胞0.017×10^9/L(17/μl)，其余正常，好转出院。

讨　论

对颅内感染而言，尽早发现颅内压增高危象是抢救成败与否的关键。首先应密切观察病情，避免诱发脑疝的因素，如不应用力咳嗽或排便、不可过度搬动头部、腰椎穿刺大量放液或不当的输液等。腰椎穿刺后12～24h内较易促使脑疝形成。文献[1]报道14例脑疝病人中5例于腰穿后1～12h内出现。本文例2在腰穿前应用脱水剂，穿刺时测压力正常，术后两个小时仍发生脑疝。此可能因为小脑扁桃体疝导致颅内及椎管内的脑脊液循环阻塞，所以测得的脑压可以不增高[2]。因此，对于有剧烈头痛的病人，切不可因脑脊液压力不高而放松对发生颅内高压危象的警惕。脑膜炎病人腰穿术后头痛等症状加重时即应防止脑疝发生。

一旦发生脑疝，应立刻快速降低颅内压，但有时亦难于奏效。本文报道2例即属如此。此时，我们认为应立即进行手术减压治疗。呼吸停止时即速作气管插管人工呼吸，同时紧急颅骨钻孔脑室引流，当自主呼吸恢复，应进一步作颞肌下去骨瓣减压术。通过上述措施，我们终使濒于死亡的两例病人获生。

细菌性脑膜炎本并非外科疾患，一般仅给恰当的抗菌药物治疗可望治愈。但当病情迅速恶化，病因治疗尚未起到作用，而发生脑疝时，减压术是拯救病人生命的有效措施。Kannedy等治疗52例结核性脑膜炎病人，13例需作手术减压，从而降低了病死率[3]。Tay等治疗30例隐球菌脑膜炎病人，30%以上的患者死于脑疝。该作者认为对有颅内压增高的病人应及早施行减压术，可以改观预后[4]。

颅脑减压术同时也有利于协助诊断。文

维普资讯 http://www.cqvip.com

共同性斜视儿童视功能及其预后的观察

第二医院眼科 陈公洁 郭华兰 李祥萍

共同性斜视与弱视发生于幼儿，如不及时治疗长大后就只有单眼视力，且立体视觉等功能亦可丧失。为了解儿童斜视患者视功能损害情况，观察了近年来我院斜、弱视门诊的儿童患者(仅指本市)，具有完整资料的共87人，计内斜60人(男26人、女34人)，外斜27人（男12人、女15人）。患儿均按常规进行视力检查、散瞳验光、以温州检眼镜确定注视性质，并以视野计法为主检查眼位。视功能检查采用江西TsJ-2型同视机进行。斜视类型：内斜按戴镜后斜度及发病年龄分为全调节型、部分调节型、先天型三类，外斜以原发型为主。弱视诊断标准按1985年全国儿童弱视、斜视防治学组制定的以0.6～0.8为轻度，0.2～0.5为中度，≤0.1为重度。

结果分析

1.斜视类型与视功能关系：见表1.

内斜以全调节型视功能为好(71.43%)，先天型视功能很差，经统计学测算$P<0.005$，有显著意义。

2. 发病年龄和视功能关系：见表2

视功能差的发病年龄偏在3岁以前（29人），占功能差的总人数(38人）的76.3%。内斜患儿发病年龄大多在1～3岁（32人），而视功能差的在<1岁组明显较多（40%）。外斜儿童发病年龄3岁以前（15人）与3岁以后（12人）的近似，视功能差的也以3岁以前发病的为多。

献[5~7]先后共报道了31例隐球菌脑膜炎，其中13例（41%）病人反复腰穿脑脊液均未找到新隐球菌，但均在脑室溶中找到隐球菌。刘嘉祥[8]（1982）报道的病例中，有4例多次从脑脊液中均未找到隐球菌，而在脑室液中均找到隐球菌。作者们认为可能与不同部位的隐球菌浓度不同有关。故在正要时脑室引流术，既可为治疗手段，同时检查脑脊液或脑组织活检亦可作为尚未确诊病人的有效诊断方法。本文例1既是在脑室液、脑组织中找到隐球菌而确诊并治愈。

参 考 文 献

[1] 惠国桢，等.中国急救医学1986；6(2)：封二

[2] 吴承远，等. 山东医药 1978；8:43

[3] Kennedy DH. JAMA 1979；241(3):264

[4] Tay CH. Brain 1972；95:825

[5] Edwards VE,et al. J Neurol Neurosurg psychiat 1970；33:415

[6] Goodman HS,et al.N Engl J Med 1971；285:434

[7] Gonyea EF,et al.Arch Neurol 1975；28(3):200

[8] 刘嘉祥· 北京医学 1982；4(1):28