DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.22.033

66.7%,而对照组只有30.8%;同时还发现斯奇康治疗组血液中白细胞和血小板的下降程度均明显低于对照组,统计学处理均有显著性差异,提示斯奇康联合丝裂霉素、顺铂胸腔内注射治疗肺癌恶性胸腔积液不仅疗效高于对照组,且毒副反应较轻。其可能的机制为斯奇康是一种免疫调节剂,可以通过调动患者整个肌体免疫力,增强机体抵抗能力,具体机制尚不清楚,有待进一步观察研究。

综上所述,斯奇康联合丝裂霉素、顺铂胸腔内注射治疗肺癌恶性胸腔积液不仅疗效较好,且毒副反应较轻,可以明显地提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 胡贤主,米建新. 胞必佳联合卡铂灌注治疗肺癌性胸腔积液的疗效观察[J]. 武警医学,2002,13(5):262-264.
[2] 李学军,崔社怀. 肺癌伴胸腔积液60例胸膜活检结果分析[J]. 第三军医大学学报,2002,24(2):169.
[3] 朱述阳,康天楚,赵 力,等. 丝裂霉素、顺铂、沙培林联合胸腔内注入治疗肺癌恶性胸腔积液的临床研究[J]. 中国肺癌杂志,2002,5(5):380-382.
[4] 张哲民,李德仁,吴兆求,等. 胸腔内注入顺铂联合长春地辛治疗恶性胸腔积液疗效对比[J]. 中华结核和呼吸杂志,2001,24(1):29-31.
[5] Katano M, Morisaki T. The past, the present and future of the OK-432 therapy for patients with malignant effusions[J]. Anticancer Res, 1998,18(5D):3917-3925.
[6] 刘国祥,杨和平,勇 玮. GP元案治疗50例晚期非小细胞肺癌的疗效观察[J]. 第三军医大学学报,2003,25(18):1656-1658.
[7] 曾凡军. 斯奇康与顺铂联合胸腔注入治疗恶性胸腔积液的疗效观察[J]. 实用癌症杂志,2001,16(5):509.

(编辑 陈聪连)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2003)22-2042-02

脑脓肿50例临床分析

Clinical analysis of 50 cases of brain abscess

徐 跃,林江凯,冯 华 (第三军医大学附属西南医院神经外科,重庆 400038)

我院自1998年1月至2002年12月共收治脑脓肿病人50例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男28例,女22例,男女之比为1.27∶1。年龄最小5岁,最大57岁,平均25.6岁。10岁以下14例;10~40岁25例;大于40岁11例。病程10 d~6年。

1.2 症状及体征

头痛头昏40例,呕吐35例,发热10例,视乳头水肿6例,脑膜刺激征3例;癫痫发作5例,神经系统定位体征30例(偏瘫或偏侧感觉障碍25例,小脑体征5例),意识障碍3例,视力下降2例,听力下降5例。

1.3 感染源

耳源性13例(26.0%);血源性11例(22.0%);外伤性7例(14.0%);鼻副窦源性4例(8.0%);隐源性15例(30%)。

1.4 细菌学检查

45例手术者均做脓液培养加药敏试验,仅19例有细菌生长,阳性率为42.2%。其中葡萄球菌6例,溶血性链球菌3例,变形杆菌1例,大肠杆菌3例,绿脓杆菌1例,混合感染5例。

1.5 影像学检查

头颅CT表现为边界清楚,密度均匀的类圆形低密度灶,周围有水肿,增强扫描后周边呈均匀一致的环状增强带。大脑半球脓肿47例(94.0%),其中额叶10例,颞叶17例,顶叶6例,额顶叶5例,枕叶3例,顶颞叶5例,侧脑室三角区1例;小脑半球脓肿3例(6.0%)。单发脓肿43例(86.0%),多发性脓肿7例(14.0%),脓肿直径1.5~6.5 cm。误诊3例,误诊率6.0%。

2 结果

50例均行脱水、抗感染治疗。有癫痫发作者,术后常规给予抗癫痫药物。保守治疗5例(10%),3例脓肿较小治愈,2例因严重先心病合并脑疝死亡。手术治疗45例(90%),其中穿刺引流20例(40%);手术完整切除25例(50%)。治愈45例(90%),好转3例(6.0%),死亡2例(4.0%)。

3 讨论

3.1 病因

脑脓肿是病死率较高的常见颅内感染性疾病之一,其病死率在CT应用后仍可达12.2%[1]。据病因可分为邻近病灶播散性、血源性、创伤性、医源性及隐源性脑脓肿等5种[2]。1980年以前邻近病灶播散是脑脓肿的主要病因。近年来,随着医疗卫生条件的改善和有效抗生素的应用,该病发病率显著下降,病因谱也发生了明显变化,表现为隐源性、血源性脓肿的发生率

(下转2045页)

作者简介:徐 跃(1971-),男,重庆市长寿区人,医师,主要从事临床神经外科方面的研究。电话:(023)40701687

收稿日期:2003-03-05;修回日期:2003-08-28

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

建造的房子引起血铅水平的相关因素结果相反[6], 这与我国20 世纪 80 年代以前的旧房子一般在房间内较少使用含铅油漆及涂料, 而后者则较多使用含铅油漆及涂料有关。

防止儿童铅中毒应从以下两方面入手。一方面, 积极推广使用无铅汽油和无铅油漆、颜料, 控制工厂的废气排放以降低空气中铅的含量, 尤其要大力推广使用无铅汽油, 减少汽车尾气的排放, 迁移或关闭对环境污染大的工厂, 这对减轻市区环境铅污染是十分有益的。同时, 改进食品加工工艺, 减少食品中铅的含量, 如爆米花、松花皮蛋等, 降低儿童玩具、学习用品中铅的含量, 定期清洗玩具。另一方面, 应从小培养儿童良好的卫生习惯, 如勤剪指甲、进食前洗手等, 以减少铅从消化道摄入。对于已经发现血铅浓度偏高的儿童, 应积极随访, 对于铅中毒的儿童要尽早给予驱铅治疗, 以减轻对脑组织的损伤。

参考文献:

[1] 何　清, 叶凤云, 焦　宏, 等. 北京市儿童血铅水平及相关因素的调查研究[J]. 中华儿科杂志, 1998, 36(3): 139－141.

[2] 颜崇淮, 沈晓明, 章依文, 等. 上海市儿童血铅水平及其影响因素的流行病学研究[J]. 中华儿科杂志, 1998, 36(3): 142－145.

[3] 秦　锐, 何书香, 陈荣华, 等. 江苏省城市 2～6 岁儿童血铅水平抽样调查[J]. 中华儿科杂志, 1998, 36(3): 178－179.

[4] 赵文利, 孔祥英, 刘力健. 93 对新生儿及其生母血铅水平观察[J]. 第三军医大学学报, 2001, 23(3): 348

[4] Pirkle J L, Brody D J, Gunter E W, *et al*. The decline in blood lead levels in the United States The National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES)[J]. JAMA, 1994, 272(4): 284－291.

[5] Behrman R E, Kliegman R M, Jenson H B. Nelson Textbook of Pediatrics [J]. 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2001. 2156－2159.

（编辑　薛国文）

（上接 2042 页）

升高, 而耳源性脓肿的发生率显著下降[3]。本组以隐源性脓肿发生率最高, 为 30%, 其中以 10 岁以下儿童居多, 占隐源性脑脓肿的 50%。耳源性为 26.0%, 与文献[4] 报道的 26.4%相近。

3.2　诊断

脑脓肿有 3 个临床诊断依据[1]: ①病人有化脓性感染灶, 并有近期的急性或亚急性发作史; ②颅内占位病变表现; ③病程中曾有全身感染的表现。一般情况下, 根据以上临床表现, 结合 CT、MRI 检查, 大多数病例能在术前做出正确的诊断。不同时期脑脓肿的 CT 表现为: 脑炎期平扫为境界不清、形态不规则、密度不均匀的低密度区, 增强后显示斑点状或脑回状强化; 化脓期平扫为不规则低密度区, 密度不均匀, 无环状影, 增强后出现不规则浅淡环状强化, 水肿明显, 可致中线移位; 包膜形成期平扫可见环状高密度影, 中心为均匀低密度影, 增强后为完整、薄壁、厚度均匀的环状强化。MRI 表现为: 脑炎期 T1W 为边界不清的低信号区, T2W 为片状高信号区与周围水肿区融为一体; 包膜形成期, 脓液 T1W 低信号, T2W 高信号, 包膜 T1W 等或略高信号, T2W 高信号, 周围有一低信号暗带, 壁薄、光滑不连续; 化脓期则兼有上述两种表现。然而, 由于部份病例同其它一些疾病常有类似的临床和 CT、MRI 表现, 且又缺乏简捷特异的诊断方法, 易致误诊。本组有 3 例误诊, 2 例误诊为胶质瘤和 1 例误诊为脑囊虫。误诊原因为 CT、MRI 表现不典型及病史不详。因此诊断脑脓肿时, 应结合病史、症状体征及辅助检查等多方面进行综合分析。

3.3　治疗

目前脑脓肿的主要治疗手段有: ①手术切除; ②穿刺抽脓或引流术; ③保守治疗。具体应根据脓肿的部位、大小、分期、囊壁厚度及全身情况等综合考虑, 选择适宜的治疗方案。对直径大于 2.5 cm、壁薄、全身情况差、位于深部脑功能区的脓肿应首选穿刺抽脓术, 该法占位效应减轻迅速, 诊治兼并, 损伤小且后遗症较少。本组穿刺抽脓/引流 20 例, 其中立体定向下穿刺 8 例, 神经导航下穿刺 5 例均定位准确, 满意效果。对引流无效者应及时改行脓肿切除术。本组 2 例穿刺引流术后病情无缓解而改行脓肿切除术, 术后全身使用抗生素 4 周痊愈。对位于非功能区、部位较表浅或包膜较厚穿刺困难的脓肿应首选脓肿切除术。该法术后恢复快, 抗生素使用时间短, 住院时间短。本组行 25 例脓肿切除术, 23 例治愈, 2 例因靠近脑功能区切除不全而好转出院。对包膜未完全形成、脓肿直径小及严重合并症者应行保守治疗。本组保守治疗 5 例, 3 例痊愈, 2 例因合并复合型先天性心脏病, 脓肿直径较大(约 4～6 cm), 在保守治疗过程中突发脑疝死亡。对多发性脓肿应据各个脓肿的大小、部位进行综合判断, 保守治疗无效或脓肿较大者可行手术治疗, 而深部或功能区的小脓肿宜行药物治疗。本组 7 例多发性脑脓肿, 1 例因合并先天性心脏病于保守治疗中死亡, 其余穿刺引流 2 例, 手术切除 4 例, 均治愈。

抗生素是治疗脑脓肿的重要药物之一, 我们体会无论手术与否均应使用抗生素。除据药敏试验选用适宜抗生素外, 还应遵循以下原则[6]: 易于透过血脑屏障; 抗菌谱广; 杀菌药物为主, 兼用抗厌氧菌药物; 足量足疗程, 联合用药。

脑脓肿治愈标准[7]: 临床症状及体征消失; 患者恢复正常的工作和学习; 出院时 CT 复查全部脓腔均消失。据此, 本组共治愈 45 例(占 90%), 至今随访无复发。

关键词: 脑脓肿; 感染; 手术; CT
中图法分类号: R515; R445　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Nathoo N, Nadvi S S, van Dellen J R, *et al*. Intracranial subdural empyemas in the era of computed tomography: a review of 699 cases[J]. Neurosurgery, 1999, 44(3): 529－536.

[2] 周良辅. 现代神经外科学[J]. 上海: 复旦大学、上海医科大学出版社, 2001. 300－307.

[3] Go C, Bernstein J M, Jong A M, *et al*. Intracranial complications of acute mastoiditis[J]. Int J Pediat Otorhinolaryngol, 2000, 52(2): 143－148.

[4] 陈　高, 孙里扬. 脑脓肿 53 例诊治分析[J]. 浙江医学, 1998, 20(2): 83－84.

[5] 刘险峰, 卢文甫. 脑脓肿的 CT 与保守治疗(附 14 例临床分析)[J]. 中风与神经疾病杂志, 1998, 15(5): 297－298.

[6] 王学廉, 高国栋. 20 例多发性脑脓肿的治疗[J]. 中国神经精神病学杂志, 1999, 25(4): 213.

（编辑　陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net