

颅骨骨髓炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_A2_85_E9_AA_A8_E9_AA_A8_E9_c22_305352.htm 名称颅骨骨髓炎所属科室神经外科临床表现 颅盖部急性骨髓炎常表现为头皮水肿、疼痛、局部触痛，感染向颅骨外板骨膜下扩散时，可出现波特氏浮肿包块（Potts Puffy tumor）。慢性颅骨骨髓炎则常表现为经久不愈的窦道，反复溃破流脓，有时可排出脱落的死骨碎片。诊断 颅骨骨髓炎早期轻易忽略，X线照片也只有感染2~3周之后始能看到明显的脱钙和破坏征象。慢性骨髓炎此X线较易显示虫蚀状密度不均的骨质破坏区，其间有时可见密度甚高的片状死骨影像，为时过久的慢性颅骨骨髓炎，尚可在破坏区四周出现骨质硬化和增生，故X线平片可以确诊。并发症（1）硬脑膜外积脓 颅骨骨髓炎较易伴发硬脑膜外积脓，偶然亦可因开放性颅骨骨折早期清创不彻底而引起，其时头皮伤口常已愈合。这类病人早期多有头痛、发烧、嗜睡，当脓肿形成后往往出现颅内压增高及局部脑组织受压症状，如偏瘫、失语或神经废损体征。CT扫描检查可见类似硬膜外血肿的梭形影像，早期呈低密度，一周以后渐变为等密度或高密度影。由于病灶区硬脑膜有炎性肉芽增生，能使内凸的硬脑膜显著强化，呈致密的弧形带为其特征。若为产气菌感染，则可出现液平面及所气体。硬脑膜外积脓的手术治疗与颅骨骨髓炎病骨切除，硬脑膜外脓液及肉芽清除方法相似，已如上述。对靠近上矢状窦或侧窦的硬脑膜外积脓，应警惕血栓性静脉窦炎的发生。一般在外科清除脓肿后，尚须继续抗菌治疗3~4周，同时，应适当给予抗凝治疗，以预防静脉窦血栓的发生。（2）硬脑膜下积脓 硬脑膜下

积脓可发生于颅骨骨髓炎之后，亦可因穿透性颅脑伤早期处理欠妥而引起感染。平时则常继发于严重的鼻窦炎。早期病人常有头痛、发烧及颈强直等表现。稍后，逐渐出现颅内压增高如头痛、哎呀、视力下降及嗜睡等症状，但往往缺乏定位体征，较易漏诊。有时由于硬膜下积脓较大造成大脑半球受压或因皮质表面静脉血栓形成，亦可出现神经机能障碍，如偏瘫、失语或偏盲。此外，伴发局部性癫痫的机会较多，可达30%。确切的诊断有赖于脑血管造影、CT及MRI等影像学检查。脑血管造影不仅可以看到皮质血管远离颅骨内板，同时还能发现包绕在脓肿四周的肉芽组织毛细血管显影。CT平扫，早期多为紧靠颅骨内板下的新月形低密度区，常伴有大片脑水肿、脑炎、白质内梗塞灶及中线结构的明显移位。增强CT可出现边界清楚、厚度均匀的细强化带。当伴有皮质静脉栓塞和脑炎时，局部常出现脑回状强化影。MRI表现，在T1加权图像上信号低于脑实质，高于脑脊液，T2加权图像上信号高于脑实质，略低于脑脊液。硬脑膜下积脓的治疗一般主张采用钻孔引流及冲洗的方法，即在积脓区的中心及稍低部位钻孔，切开硬脑膜，排除脓液，放入8号导尿管用抗生素溶液反复缓慢冲洗，然后留置导管作为术后引流、给药及冲洗之用。若系颅骨骨髓炎所引起的硬脑膜下积脓，则应按颅骨骨髓炎的手术方法切除病骨，同时，放置引流管排出脓液、冲洗脓腔。治疗颅骨骨髓炎的治疗，应在抗菌治疗的同时治疗施行手术切除已失去活力和血供的病骨，单靠抗感染治疗是没效果的。手术方法：在局部麻醉或全身麻醉下施术。以病灶为中心或通过窦道做直线形或“U”形切口，将头皮自炎变的颅骨上翻开，清除感染性肉芽和死骨，在病

变区钻骨行病骨切除，感染的颅骨由于板障血管已有血栓形成，一般均较少出血，其破坏区骨质多疏松易碎，而周边则厚实坚硬。所有病骨均应全部切除，直到露出正常颅骨板障时为止，硬脑膜外的炎性肉芽及脓液亦应搔刮干净，一般以显露正常硬脑膜0.5～1.0cm为度，但切勿穿破硬脑膜。创面用含庆大霉素1500 μ /ml的溶液彻底冲洗，然后全层间断缝合头皮，皮下置橡皮引流24小时。遇有急性感染时，切口可疏松缝合，并放置橡皮引流管，以备术后引流、给药及冲洗。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com