

脑脓肿\_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/610/2021\\_2022\\_\\_E8\\_84\\_91\\_E8\\_84\\_93\\_E8\\_82\\_BF\\_\\_c22\\_610820.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_84_91_E8_84_93_E8_82_BF__c22_610820.htm) 正常脑组织抵抗细菌感染的能力较强，即使是开放性颅脑损伤，只要做到及时、彻底的清创，并发脑脓肿的机会也不多，仅占有所有脑脓肿患者中的5%，战时火器性穿透伤脑脓肿的发生率约为9%。脑外伤后脑脓肿多与碎骨片或异物存留有关，在火器性穿透伤中，污染的弹片残留较高速射入的枪弹更易引起感染，后者在飞行中因磨擦而产生的高温已达到灭菌的效果。此外，经由颌面部、鼻窦或耳颞部、乳突气房等处射入颅内的穿透伤，感染的可能性则明显增多，尤其是在病人患有鼻窦炎症的情况下，更易发生。【诊断】外伤性脑脓肿的诊断大多依靠特殊性辅助检查，因为当脓肿局限之后，病人不仅没有体温升高，而且脑脊液检查也往往无异常发现，或只有少量白细胞的增多也不能作为诊断依据。颅骨x线素片检查，有助于了解有无碎骨片或异物存留。脑血管造影对体积较大的脑脓肿，造成脑中线结构移位，血管有抱球状无血管区，或有脓肿壁毛细血管出现“涂染”现象，都有利于明确诊断。ct扫描无疑是最准确、快速的检查方法，既可显示脓肿的大小、部位，又能看到脓肿的多少，有无分隔、积气及其与周围重要结构的关系。同时还可以通过强化扫描来了解脓壁的厚度，从而估计脓肿的期龄，以便选择适当的治疗方法。mri检查更有其独到的优点，不仅在脓肿形成期，于t2加权图像上能显示坏死区周围的属特征性的低信号带，而且在脑炎期也能根据t1和t2弛豫时间的变化，作出早期诊断。即在t1加权图像上

可见白质内不规则的略低信号区，在t2加权图像上呈明显的高信号，脑炎中心区为稍低信号，并有占位效应。若采用gd-dtpa增强，则在t2加权图像上可以看到不规则的弥漫性强化，并有助于临床治疗上的参考。【治疗措施】外伤性脑脓肿的治疗，原则上与耳源性或血源性脑脓肿相同，一般在脓肿还未形成前，仍处于化脓性脑炎阶段，可以采用非手术方法，给予大剂量的强效抗菌药物治疗。特别是对多发性小病灶或部位较深不宜手术切除的病例，保守治疗亦取得较满意的效果不过，对外伤后颅内异物残留而成为有感染核心的脑脓肿，即使在化脓性脑炎期，是否能完全防止脑脓肿的形成，还值得怀疑。对已有包壁形成的脓肿，应及时施行手术治疗。通常对病程短、脓壁薄，位于脑重要机能区的脓肿，多采用穿刺引流术；对病程长、脓壁厚，位于非功能区的脓肿，或包裹有异物的脓肿，则宜行手术予以摘除。

1.穿刺引流术：根据脓肿的定位，选择近病灶的非功能区，在局麻下行颅骨钻孔或锥孔后使用脑针穿刺脓肿，进入脓腔时往往有明显的落空感，将脑针再稍深入1~1.5cm，以防脱出。然后用空针缓缓抽出脓液，待2/3的脓液排出后，即可以等量的抗菌盐水，每次5ml反复冲洗脓腔，直至冲洗液转清。随后拔出脑针，经原穿刺孔的方向和深度插入硅橡胶管或导尿管。此时因脓腔内尚存有冲洗液，故可仔细调整引流管在最佳引流位置，再经头皮刺孔出颅外并固定之。钻孔切口如常分层缝合，不放引流。术后每日或隔日用庆大霉素4万~8万u，及生理盐水溶液冲洗脓腔。全身继续抗菌治疗，定期复查ct，待脓腔闭合即可拔管。

2.脓肿切除术：全麻下施术，于病变区行骨瓣开颅，弧形切开硬脑膜，选择近病灶的非功能区。若

颅内压不甚高，可直接通过脑皮层切口分离至脓肿壁，完整将其摘除才能避免脓液外溢造成污染。若颅压甚高或脓肿巨大时，则需用空针先行穿刺排空脓腔，再注入庆大霉素4万~8万u，并用双极电凝封闭穿刺孔之后，紧靠脓壁周围的水肿组织钝性分离摘除脓肿。脑部创腔需用庆大霉素（1500u/ml）或杆菌肽（500~1000u/ml）溶于生理盐水中反复冲洗。术毕分层严密缝合，不放引流。术后继续抗菌治疗至体温正常及脑脊液阴转后1~2周为止。

【发病机理】外伤性脑脓肿的发病时间差异很大，可自伤后数周乃至多年之后，甚至数10年。常见的致病菌以金黄色葡萄球菌为最多，溶血性链球菌及厌氧链球菌次之，偶尔可有产气荚膜杆菌的感染。外伤性脑脓肿多为单发，但可有多房，脓壁的厚薄依时间而异。感染早期2周前后，处于化脓性脑炎及脑膜炎阶段。此时脑组织坏死、软化，炎性细胞浸润、充血、水肿较明显，尚无脓壁形成。至3周左右脓肿形成，周围有肉芽组织、纤维组织、网状内皮细胞及胶质细胞增生，构成完整的包膜，脓壁的厚度与时间成正比，1个月的壁厚约1mm，为时较久的慢性脓肿，其壁厚度可超过脓腔直径。

【临床表现】外伤性脑脓肿早期急性炎症反应常被脑外伤所掩饰，所表现的发烧、头疼、颅内压增高以及局限性神经功能障碍，均易与脑外伤相混淆，尤其是位于脑的非功能区，如额极、颞尖等所谓“哑区”，故时有遗误。迨至脓肿形成之后，临床表现又与颅内占位病变相似，这时全无颅内感染的征象，仅有颅内高压，除头痛、嗜睡、脉缓，或偶有癫痫发作外，别无特点。如果脓肿位于重要脑功能区，则常有局部神经缺损体征可有助于定位。

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](http://www.100test.com)