

急性细菌性脑膜炎_神经内科疾病库 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__E6_80_A5_

[E6_80_A7_E7_BB_86_E8_c22_610921.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E6_80_A5_) 化脓性脑膜炎是由化

脓性细菌广泛侵袭脑及脑膜所引起的一种疾病。常见的病原

菌有脑膜炎双球菌、肺炎链球菌、流行性感嗜血杆菌b型，

其次为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌

和沙门菌。脑膜炎双球菌引起的流行性脑脊髓膜炎参见第一

篇第二章第八节，不在本节叙述。【诊断】1. 临床表现化脓

性脑膜炎虽可由多种细菌引起，但其临床表现则大致相同。

急性起病，高热、头痛、呕吐、颈强直、脑膜刺激征阳性，

意识由正常迅速进入嗜睡、谵妄、精神错乱和昏迷。颅内高

压可引发枕骨大孔疝或小脑幕切迹疝，致中枢性呼吸、循环

衰竭并为本病重要死亡原因之一。幼儿的惊厥发生率高。皮

疹较少见，肺炎双球菌、链球菌、流行性感嗜血杆菌b型引

起的化脓性脑膜炎偶有皮疹。重症或未经及时正规治疗的病

人，易有视神经、听神经、动眼神经、展神经、面神经损害

和硬膜下积脓。2. 实验室检查（1）血象：周围血白细胞明显

增高，中性粒细胞占优势。（2）脑脊液：脑脊液浑浊，细胞

数可达 $10 \times 10^6/l$ 以上，多形核白细胞占优势，蛋白质升高，

糖及氯化物明显降低。抗菌治疗前，脑脊液涂片染色镜检，

约半数病人的白细胞内可见致病细菌。（3）细菌培养：在抗

菌药物治疗前取脑脊液进行细菌培养及药物敏感试验。可资

确诊和帮助选择抗菌药。但需时较长，不能及时得到结果。

（4）快速病原菌检测： 免疫荧光试验。以经荧光素标记的

已知抗体检测脑脊液，可快速检出致病菌，其特异性及敏感

性均较佳。 酶联免疫吸附试验 (elisa)。可用已知抗体检出待定抗原 (致病菌) ，特异性及敏感性均好。 对流免疫电泳。用已知抗体检测脑脊液中致病菌的某些可溶性抗原。【治疗】1. 抗菌治疗 各种致病菌对抗生素的敏感有差别，按不同化脓性细菌分述于下。(1) 肺炎双球菌性脑膜炎：依次可选用青霉素，成人剂量为1200万~1600万u，静脉滴入，1次/日或分2次，静脉滴注.氨苄西林(氨苄青霉素)6g~ 8g，分2次静脉滴注。对青霉素过敏或不宜应用者，可选用氯霉素2g,静脉滴注，2次/日。对青霉素和氯霉素有耐药者，可用阿米卡星(丁胺卡那霉素)200mg，静脉滴注，2次/日.或头孢噻肟2g~4g，静脉滴注，2次/日。还可选择以上药物联合应用。(2) 流行性感 冒嗜血杆菌b型脑膜炎：可选用氨苄西林或头孢噻肟，剂量同前。(3) 葡萄球菌脑膜炎：单一抗生素疗效欠佳，故多联合用药。如苯唑西林钠与红霉素、氯霉素联合应用；万古霉素与头孢菌素、利福平联合应用。(4) 链球菌脑膜炎：多用大剂量青霉素400万~600万u，静脉滴注，2次/日。(5) 大肠杆菌脑膜炎；成人甚少见。均需联合用药，如阿米卡星（或庆大霉素）与氨苄西林联合应用；庆大霉素与氯霉素联合应用。化脓性脑膜炎抗菌治疗不宜过早停药。一般待脑脊液培养转阴后2周停药较好。有些药物的毒副作用较严重，如氯霉素对造血系统的抑制，卡那霉素对听神经有损害等，均须严格观察，如有毒副作用，则应立即停用，换用其他药物。2. 对症处理 及时采取措施降低颅内高压，控制惊厥，抗休克处理均很重要。化脓性脑膜炎时是否应用糖皮质激素治疗尚有争议，可以认为，在抢救重症化脓性脑膜炎时应用，有助于降温、降颅压、减轻感染中毒症状，而其弊端相对较少。

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