

隐源性脑脓肿的 CT 诊断

陈凯 孙修身

脑脓肿为临床常见病、多发病,一般根据典型的临床表现和实验室检查,CT 很容易作出诊断。但有一类很特殊的脑脓肿,原发感染灶不明显或隐蔽,加之机体抵抗力强和抗生素的应用,也没有典型的临床症状,就称之为隐源性脑脓肿。其实它也属血源性脑脓肿之列^[1]。由于其发病多呈慢性,临床症状不典型,CT 也不具特征性,所以诊断具有一定难度。现将我院经手术和病理证实的 5 例隐源性脑脓肿报告如下。

材料与方法

临床资料:本组病例男 2 例,女 3 例。年龄 17~ 50 岁。病史 2 天~ 3 年。临床症状:头痛不适 2 例,发作性抽搐 3 例,抽搐伴呕吐 1 例,抽搐伴流涎、眼上翻 1 例,无 1 例发热。体格检查,生命体征正常,心肺(-)、腹部(-),未引出神经病理体征。实验室检查,血常规正常。

CT 表现:脑脓肿的形成经历 3 个阶段,即化脓性脑炎阶段、化脓阶段和脓肿壁形成阶段^[2]。但 CT 表现多为 2 个阶段,因化脓和脓肿壁形成合二为一个阶段。感染开始,局部脑组织炎症浸润、软化、坏死,即化脓性脑炎阶段;接着脑质软化、坏死区逐渐扩大,形成脓腔,最后脓腔周围形成完整的脓肿壁,即化脓和脓肿壁形成阶段。CT 检查不但能提高脓肿的检出率和诊断的准确性,而且可导向引流和判断疗效,对临床治疗有指导意义。CT 阶段表现:①脑炎阶段:2 例,均为女性。1 例表现为右顶叶约 2.5cm×2.0cm 范围低密度区,边界不清、模糊,CT 值较正常脑组织低 10~ 15HU。另 1 例表现为双侧顶叶后部皮质区有片状低密度区,增强无强化(图 1)。②化脓和脓肿壁形成阶段:3 例,表现为灰质或白质区的大片低密度区,边界模糊,增强

后有环形强化,壁厚 3~ 5mm,壁光滑、均匀,无结节、无子灶,周围有脑水肿及脑回样强化,水肿广泛者脑室及中线结构受压、移位(图 2)。

结果

CT 对脑脓肿各个时期的准确诊断十分重要,在外科选择治疗方法时起决定性作用。因为在脓肿壁未形成时,最好采取保守治疗,不宜作引流治疗,以防引起出血及其它合并症^[1]。

据文献记载,病灶的发生部位对诊断和鉴别诊断有一定意义^[3]。脑脓肿多发生于额顶叶灰白交接区,由于此区血管解剖原因,细菌易在此滞留,故为其好发部位。①脑肿瘤:强化的环壁厚薄不规则,边缘毛糙,有壁结节,主要是胶质瘤,若伴有钙化,则肿瘤的可能性更大^[4],脓肿一般无钙化。②脑梗塞:梗塞的范围通常按其支配的血管分布,一般无或少有灶周水肿及占位效应,增强扫描可有脑回状强化或环形强化,但根据病史及临床症状不难鉴别。如年龄偏大的患者,或有高血压、动脉粥样硬化、糖尿病、高脂血症等病史均有助于鉴别诊断。此外,还须与转移瘤、囊虫病、霉菌感染、慢性颅内血肿等相鉴别。

结论

对于有原发感染灶,又有发热、头痛等急性感染症状的患者,CT 不难作出诊断。而那些原发感染灶不明显或隐蔽,机体抵抗力强,或经用抗生素治疗已控制感染者,仅凭无特异性的 CT 影像很难作出诊断。此时应详细询问病史,作增强扫描,以获得更多的诊断信息,并对患者作追踪观察。

扫描过程中,扫描层次不能少于 9 层,尽可能对脑实质进行完整的扫描,防止遗漏位于皮质边缘部的小感染灶。

据文献记载,隐源性脑脓肿在脑脓肿中所占比率有上升趋势^[1]。我们通过对本组病例的报道,希望能引起同道对本病早期诊断的高度重视。

参考文献

- 薛庆澄. 神经外科学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1990. 404.
- 吴恩惠. 头部 CT 诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,1995. 138.
- 曹丹庆,蔡祖龙. 全身 CT 诊断学[M]. 北京:人民军医出版社,1996. 156.
- 陈星荣,沈天真,段承祥等. 全身 CT 和 MRI[M]. 上海:上海医科大学出版社,1989. 211.

(1999-06-22 收稿)

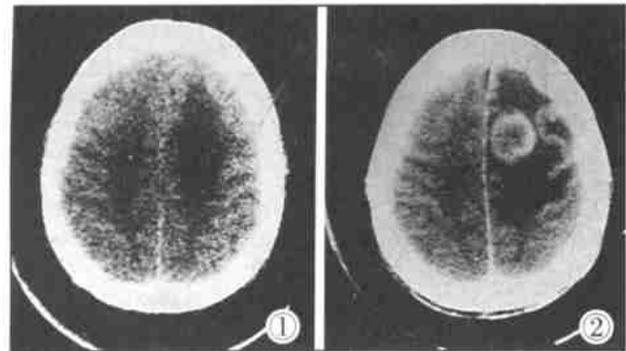


图 1 平扫,左侧半卵圆形中心髓质部边界模糊的低密度区,中线结构无移位。图 2 增强扫描(与图 1 系同一病人),12 天后增强扫描,左侧半卵圆形中心髓质内见环状强化灶,中心密度低,周围水肿,有占位效应,中线结构右移位。