

• 短 篇 •

易误诊为脑梗死的 1 例急性脑脓肿报道

魏佳军 曾非 毛善平 张兆辉

【中图分类号】 R742.7 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2018)06-0726-02
【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2018.06.026

急性脑脓肿是病原体(如细菌、寄生虫、真菌)侵入颅脑后引起脑组织局部感染、破坏并逐渐形成脓肿的过程。一般发病多见<40岁中青年男性,但各年龄层都可发病。据统计,我国脑脓肿的发病率2%~8%,尽管该病近些年比80年代以前发病率降低,但仍是一种严重颅内感染性甚至致命性疾病。在脑脓肿急性演变的早期神经内科医师容易误诊为其它相似症状、体征的疾病。本研究现将1例易误诊为脑梗死的急性脑脓肿的病例报道如下。

1 病 例

患者,男,61岁。因发热1周伴右侧肢体无力3d入院。1周前无明显诱因出现发热,体温波动37.3~37.7℃,有时干咳。外院诊断“上呼吸道感染”,予阿奇霉素治疗后无好转。3d前出现右侧肢体麻木无力,无头痛、呕吐。外院头部CT显示大脑左顶叶低密度灶而诊断“急性脑梗死”,遂转本院住院。既往有糖尿病史。入院查体:T 37.6℃,P 92次/min,R 24次/min,BP 132/72mmHg,神志清楚,瞳孔对光反射灵敏,无视乳头水肿,伸舌稍偏右,右侧鼻唇沟稍浅,右侧肢体浅感觉减退,右上下肢肌力Ⅳ级,左侧肢体肌力Ⅴ级,右侧肢体肌张力较左侧稍低,右侧肢体腱反射稍弱,右下肢Babinski征可疑,左下肢Babinski征阴性,脑膜刺激征阴性,心肺肝肾区无异常。入院血WBC $8.0 \times 10^9/L$,PCT 0.388 ng/mL,结核T-SPOT阴性,单纯疱疹病毒、风疹病毒、巨细胞病毒、弓形虫抗体阴性。梅毒艾滋病抗体阴性,肿瘤标志物阴性。肝肾功能及大小便正常。肺CT无明显异常。入院后第3d MRI+T₂flair+DWI显示左顶叶异常信号,增强未见明显强化,考虑急性脑梗死可能(图1)。入院初步诊断为急性脑梗死、上呼吸道感染,予左氧氟沙星抗感染、抗血小板聚集、脑保护、改善脑循环等治疗,但住院前7d仍持续低热,第8d患者神志恍惚,胡言乱语,小便失禁。眼底检查视乳头水肿,且除右侧肢体偏瘫外,左侧肢体亦出现轻偏瘫,遂复查血常规WBC $8.8 \times 10^9/L$,N 90.21%,PCT 1.271 ng/mL。复查头MRI+T₂flair+DWI显示右颞及顶叶新增病灶,左顶叶病灶较前扩大,周围水肿带明显,考虑为感染性病灶(图2)。MRI增强扫描显示右颞及双顶叶多发环形强化灶,周边片状水肿带,考虑脑脓肿可能性大(图2)。同日在

甘露醇降颅内压下行腰椎穿刺脑脊液检查:WBC 17×10^6 ,RBC 1×10^6 ,N 42%,L 34%,单核细胞 21%,浆细胞 3%,抗酸及墨汁染色阴性,蛋白1.08 g/L,糖3.5 mmol/L,氯111 mmol/L。血及脑脊液寄生虫抗体阴性。脑脊液培养阴性。血培养显示金黄色葡萄球菌。再次查体发现患者左足有直径约2cm圆形脓性疖肿,追问家属诉入院前数日患者左足患有疖节。疖肿脓液培养出金黄色葡萄球菌。综合患者临床表现及实验室检查将诊断纠正为金黄色葡萄球菌感染性急性脑脓肿。依据血及疖肿脓液药敏试验,将抗生素改为替考拉宁抗感染治疗,并请外科切开足疖肿排脓。脑外科会诊后指示暂内科药物保守治疗,如效果不佳可考虑手术。经替考拉宁、甘露醇等治疗4d后患者体温正常,神志及精神好转,无咳嗽,无头痛、呕吐;之后继续治疗40d,3次血培养阴性,2次脑脊液培养及常规检查正常,左足疖肿消失,头MRI复查脑脓肿灶愈合。患者四肢肌力基本正常而出院。电话随访1年症状无反复。

2 讨 论

根据感染途径脑脓肿可分为1)耳鼻源性:由耳、鼻腔感染性病变如化脓性中耳炎、鼻窦炎等直接扩散至颅脑内而发病;2)血源传播性:如由皮肤疖痈、感染性心内膜炎及重症肺炎等疾病经血液途径突破血脑屏障侵入脑组织而致病;3)颅脑外伤性:外源性致病菌因颅脑外伤直接侵入颅脑而感染致病;4)医源性:如非严格无菌手术操作等引起;5)隐源性:此类传播途径无法查明。本例有糖尿病,左足皮肤疖肿,脓液及血均培养出金黄色葡萄球菌,故考虑血源性途径引起脑脓肿。

脑脓肿形成经历3个时期,即①急性脑炎期:病原体侵蚀脑组织引起炎症反应;②化脓期:炎症扩大、中心区坏死形成脓灶;③包膜期:化脓灶周边胶原蛋白增加、成纤维细胞及新生血管增生形成包膜。本例入院初为脑脓肿急性脑炎期,由于感染未及时控制而进展至包膜期。因此,临床医师在脓肿演变早期如何尽快发现和确诊很关键。

不同时期脑脓肿MRI表现不同。脑炎期:T₁像呈边界不清低信号影,T₂像呈点或片状高信号影,增强扫描呈不规则强化,或因病灶较小或发病较早而无明显强化;化脓期:T₁像呈边界清楚类圆形低或等信号影,T₂像呈高信号影,增强扫描呈不规则强化;包膜期:T₁像包膜为等信号或略高信号,T₂像脓液呈高信号,增强后脓肿呈完整环形强化,强化灶周围有水肿带。DWI像对脑脓肿诊断也有帮助。脑脓

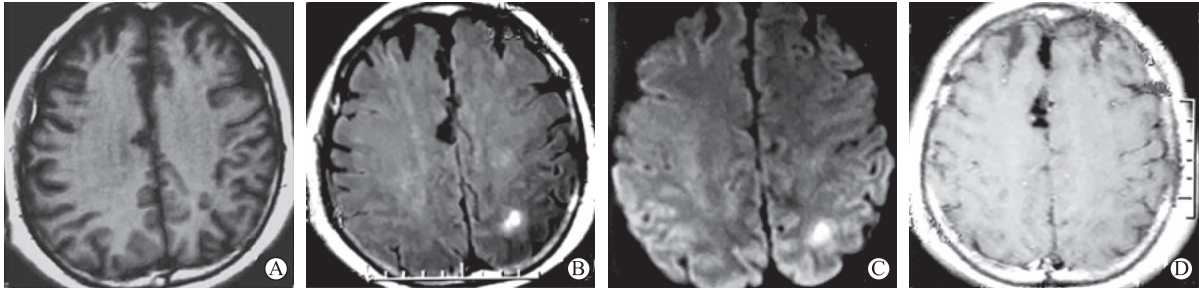


图 1 入院第 3 d 头部 MRI 表现 A 为 T₁ FLAIR, B 为 T₂ FLAIR, C 为 DWI, D 为增强扫描

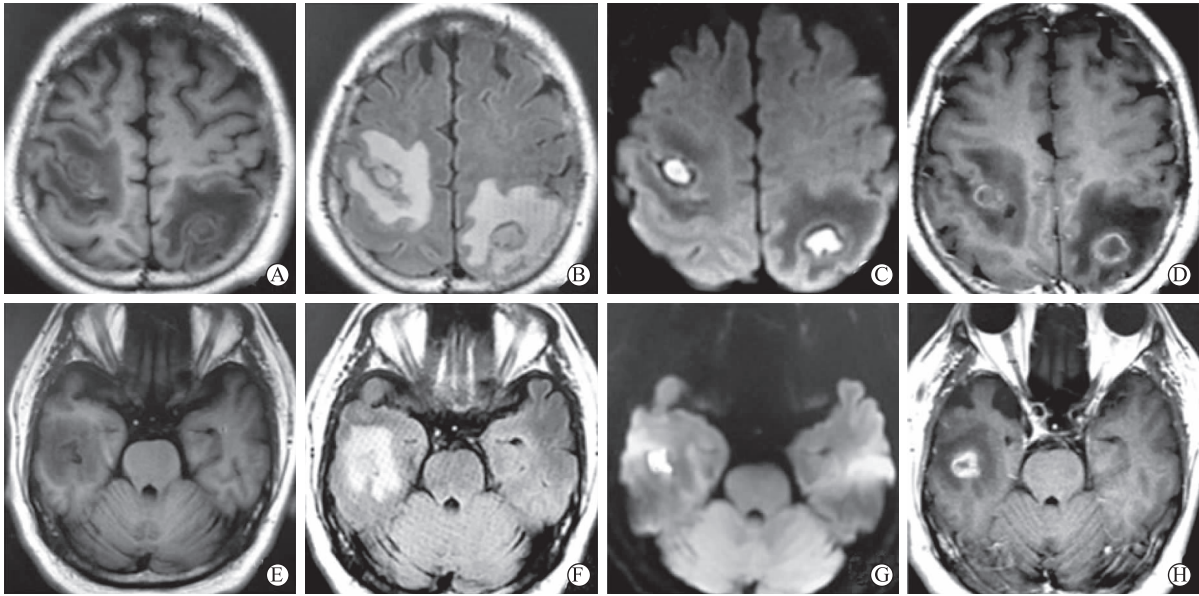


图 2 入院第 8 d 头部 MRI 表现 A、E 为 T₁ FLAIR, B、F 为 T₂ FLAIR, C、G 为 DWI, D、H 为增强扫描

肿 DWI 表现为高信号的敏感性达 93.33%，特异性达 90.91%。由于病程长短不一，不同脑脓肿 DWI 信号可出现不同的改变。本例 MRI 影像基本符合上述特征表现(图 1~2)。

本例左足有疖肿感染源，脓液培养出金黄色葡萄球菌，有发热乏力、降钙素原水平升高及血培养出金黄色葡萄球菌等全身感染征象，有偏瘫等神经系统缺损体征，脑脊液检查提示细菌性感染，MRI 检查符合脑脓肿特征性表现，故可确诊为脑脓肿。急性脑梗死常突发神经系统缺损体征，但无化脓性感染源及无发热等全身感染表现，头 CT 呈低密度灶，MRI 病灶呈长 T₁ 长 T₂ 信号，DWI 呈高信号，但增强病灶无环形强化，这与脑脓肿不同。

内科治疗适用炎症未局限形成包膜或脓肿直径<3 cm 的患者。单纯药物治疗脑脓肿应静脉用抗生素 6~8 周。对脓肿直径>3 cm、保守治疗不能控制病情者则需手术。本例脑脓肿直径<3 cm，且患者顾忌手术风险而选择内科药物治疗。本例选择对金黄色葡萄球菌敏感且易透过血脑屏障的

替考拉宁足量长程治疗，取得良好效果。

本例脑脓肿易误诊为急性脑梗死原因，即①临床表现不太典型：入院时全身感染中毒症状轻，仅低热，血常规 WBC 在正常范围，入院时缺乏脑脓肿常见症状如头痛、呕吐、癫痫等，而有时伴咳嗽，这易误认为是脑梗死合并上呼吸道感染的表现；②体检不够仔细，入院时没及早发现足部疖肿感染源；③影像学误导：外院 CT 显示大脑左顶叶低密度灶，且入院时有右侧肢体偏瘫，首诊医师惯性的诊断为急性脑梗死。另外，在脑脓肿脑炎期头 MRI 有长 T₁ 长 T₂ 异常信号及 DWI 高信号，这与急性脑梗死 MRI 表现一致而易被误诊为脑梗死。因此，临床医师应重视急性脑脓肿在演变早期的诊断，及早查找感染源，抓住 3 大临床表现(全身感染、颅内压增高及神经显示缺损体征)，对疑似病例行 MRI 平扫 + DWI + 增强检查以尽早诊断。重视体液(血液、脓液、脑脊液)培养以为诊断治疗提供依据。

(2018-06-24 收稿)