

浅谈结核性脑膜炎的 CT 诊断

易雪冰 王江

(成都中医药大学硕研 2000 级 成都 610075)

关键词:结核性脑膜炎;计算机断层 X 线摄影

中图分类号:R 529.3

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0056-01

近年来,结核的发病率又有回升,颅内结核性脑膜炎的病人也在增多。目前,结核性脑膜炎的诊断仍以临床表现和化验为主要手段。

结核性脑膜炎是结核杆菌在脑膜引起的感染,简称结脑。多数学者认为结脑是继发于体内其它部位的结核感染,如肺、消化道和骨骼等。现代研究^[1]揭示:结核菌经血循环侵入颅内,首先沉积在脑底软脑膜或室管膜上,通过免疫反应(迟发性超敏反应)引起脑膜的水肿、渗出,这些胶样的渗出主要积聚在脑底池、延髓池内,向上可以波及大脑凸面的脑沟,并可以包埋脑池、脑沟内的血管、神经引起脑梗塞、脱髓鞘和神经炎等,还可以直接侵入小血管引起脑炎。早期渗出物本身可以压迫导水管、堵塞脑池引起脑积水,后期可以因形成的结核瘤或脑膜粘连、增生引起梗阻性脑积水。

文献报道 CT 检查结核性脑膜炎的异常率为 80.70%~84.40%^[2,3],CT 增强扫描的异常率达 100%^[4]。本病的 CT 表现为:(1)头 CT 正常。正常的原因可能与病程早或病变轻微或治疗后病情好转,CT 不足以反映其病变有关。(2)蛛网膜下腔的渗出,软脑膜、蛛网膜增强征象。表现为鞍上池、环池、侧裂池变窄、模糊,甚至消失;增强扫描可见软脑膜、蛛网膜增强征象,以脑底部脑池明显,头顶部脑沟、纵裂池次之。这与结核性脑膜炎时,脑底部、脑膜血管扩张、通透性增加、颅底渗出物沉积有关。(3)脑积水是结核性脑膜炎常见的表现。由于脑脊液生成过多或吸收障碍或基底池渗出物导致纤维粘连梗阻,脑脊液循环障碍所致。脑积水发生率较高,既往文献报道脑积水发生率为 38.6%~89.53%^[2,3],脑积水的出现提

示患者预后不良。(4)脑白质水肿。表现为脑室旁密度较低。潘放等^[5]认为可能为室管膜和脉络膜炎及干酪样坏死,脑脊液通过局部坏死的室管膜向脑室周围渗出而出现脑室旁低密度表现。(5)脑梗塞。既往脑血管造影认为结核性脑膜炎炎及脑内的大血管,但临床上以腔隙性梗塞多见。杨金升等^[2]结核性脑膜炎损伤的是小血管,多与结核毒素作用下动脉内膜增殖性损伤有关。(6)结核杆菌侵犯脑实质时引起结核性脑膜炎。(7)脑结核瘤。多由于结核性脑膜炎没有及时发现或治疗不力所致。脑结核瘤呈结节状、小环状强化,周围有轻度水肿,位于大脑皮层或皮层下,以额叶、顶叶及颞叶多见。(8)结核性脑脓肿。平扫见单发圆形低密度区,增强后病灶环形强化,壁厚,周围水肿明显,但较少见。

参考文献

- [1]沈海林,郭亮,胡春洪,等. 颅内结核性脑膜炎的 MRI 诊断[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(7): 408 ~ 410
- [2]杨金升,韩筱玉,代惠寒,等. 结核性脑膜炎的 CT 影像学诊断特征(57 例分析)[J]. 实用放射学杂志, 1995(11): 280
- [3]潘桂芬,阎世明,余秉真,等. 脑结核的 CT 诊断(附 160 例报告)[J]. 中华放射学杂志, 1994, 28 (3) : 253
- [4]罗文峰,李瑶宣. 结核性脑膜炎的 CT 诊断[J]. 广西医学, 2001, 22 (5): 1 078 ~ 1 079
- [5]张小明,唐显映,曾跃,等. 结核性脑膜炎的 CT 表现与临床预后的关系[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23 (2) : 108
- [6]潘放,李铁一. CT 对结核性脑膜炎的诊断价值(附动态 CT 扫描及时间密度曲线分析)[J]. 中华放射学杂志, 1993, 27 (8) : 751

(收稿日期:2003-03-24)

结核分歧杆菌引起关节炎 1 例报道

肖叙平

(江西省泰和县人民医院检验科 泰和 343700)

关键词:关节炎;结核分歧杆菌;微生物学检验;感染

中图分类号:R 681.5⁺3

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0056-02

某男,56 岁,2002 年 10 月中旬因关节疼痛来我院就诊,经临床诊断为风湿性关节炎。患者关节有典型的红、肿、局部发热、关节疼痛等症状。经常规检查:Hb120g/L、WBC13.4×10⁹/L, (N0.74, L0.23, M0.03), ESR38mm/hCRP(+), ASO(+), RF(-)。临床对症治疗 1 周后,病人症状明显好转,临床嘱咐继续用药 2 周维持,结果病人于 2002 年 11 月初关节症状

再次出现,来我院医生对症治疗 5d 仍不见好转,且关节红肿加剧。经抽取关节液作常规检查和微生物学检验。其常规检验结果如下:关节液呈脓性混浊、李瓦他试验 +++、WBC+++、可见脓球 ++。微生物学检验结果:标本涂片 G 染色仅见大量 WBC (+++)、未见细菌,细菌培养为阴性。笔者将标本涂片 G 染色的片子脱色后进行抗酸染色油镜检,结果

核医学检查发现甲状腺肿 - 聋哑综合征 5 例

杨洪 胡建兵 任卫东

(河南省漯河市中心医院核医学科 漯河 462000)

关键词: 甲状腺肿 - 聋哑综合征; 隐性遗传性疾病; 核医学检查

中图分类号: R 581.3

文献标识码: B

文章编号: 1671-4040(2003)04-0057-01

甲状腺肿 - 聋哑综合征亦称 Pendred's 综合征, 约占先天性耳聋的 7.5%, 以甲状腺肿大和神经性耳聋为临床特征, 在临床中较为少见。笔者于 2002 年 4 月调查发现在一家庭里有 5 例患者, 实属罕见, 予以报道。

此家庭中, 均为农民, 父亲正常, 母亲先天聋哑, 父母非近亲结婚, 共生育 7 个女儿, 其中第 1、3、4、7 女儿为先天聋哑, 其余第 2、5、6 女儿正常。患者年龄 23~68 岁, 平均 41.5 岁, 病程 (从发现颈粗至调查) 9~46 年, 平均 27.8 年。经检查发现患有聋哑的母亲和女儿甲状腺均有明显的增大, 肿大程度不一, 严重者伴有结节。其中肿大为 II 度 1 例, III 度 2 例, III 度以上 2 例。触诊质地中等, 经 B 超检查见甲状腺两叶及峡部体积均增大, 腺体内回声不均匀, 有大小不等的强回声光团影。经电测听检查, 5 例患者均为完全性神经性耳聋。患者智力和一般状况基本正常, 除有 1 例有“甲低”的临床表现外, 其余未见有“甲亢”和“甲低”的临床表现。核医学科对 5 例患者甲状腺的各项检查结果见表 1。

表 1 5 例 Pendred's 综合征甲状腺检查结果

例号	年龄	FT ₃ /Pmol·L ⁻¹	FT ₄ /Pmol·L ⁻¹	TSH/μk·mL ⁻¹	2h 吸碘率(%)	1h 释放率(%)
1	68	1.96	8.5	62.7	47.4	78
2	43	2.9	10.7	10.5	38.6	72
3	37	3.0	9.9	12.6	44.5	80
4	33	4.2	16.7	4.0	36.8	66
5	23	4.9	18.4	3.7	35.7	62
正常值		33.3~5.5	12.0~22.8	0.4~4.9	7~25	<10

通过表 1 检查结果看出, 1 号患者 TSH 增高, FT₃、FT₄ 都降低, 且病人有甲低的临床症状和体征; 2 号和 3 号化验检查 TSH 轻度升高, FT₃、FT₄ 轻度降低, 但病人未出现明显甲低的临床症状和体征, 处于“亚临床‘甲低’”状态。5 例患者 2h 吸碘率均高出正常, 1h 过氯酸钾释放率均为阳性。

发现有大量抗酸杆菌(++), 笔者将此检验目的以外的阳性结果报告给临床, 尽管临床存有疑惑, 经建议作血清抗结核抗体检测, 经试验血清结核抗体显示强阳性, 更进一步支持了由结核分枝杆菌引起的关节炎症状。医生迅速将患者转诊至传染科住院进行抗结核系统治疗, 经治疗 1 周, 病人痊愈出院, 出院后继续按医生嘱咐服药, 随访病人至今未复发。

讨论: 此病人系一混合感染引起的关节炎, 而由结核分枝杆菌引起的关节炎混合感染更少见。这在某种程度上说明我们临床医生对病人的诊断上应考虑全面些。象上述病例后经仔细询问, 患者在出现关节炎症状前一年多曾有干咳、盗汗现象, 偶有胸部不适。患者初次就诊时因仅表现为典型关节炎症状, 常规检查也支持诊断, 加上患者口诉症状不全和临

床医生的疏忽, 以致再次就诊时, 当笔者发现检验目的以外的阳性结果时, 临床还存有疑惑。因此笔者建议临床医务工作者一定要加强自身的业务素质学习, 在对病人的诊断尤其是考虑可能由于微生物感染时不能仅限于细菌引起的感染, 还应该考虑到某些病毒、结核分枝杆菌、支原体、衣原体、厌氧菌、L 型细菌以及肿瘤等原因引起。若不作全面细致地分析, 延误诊断, 造成病人的浪费事小, 延误治疗时机才是最大的损失。以上例子就比较典型。另外, 作为检验工作者尤其要注意检验目的以外的阳性结果, 并及时与临床取得联系和交流, 这样才能更好地为患者提供更优质的服务。

甲状腺肿 - 聋哑综合征可根据临床症状、甲状腺肿大、神经性耳聋, 结合甲状腺功能和过氯酸钾释放试验阳性即可确诊, 治疗用甲状腺片替代治疗, 疗效较满意。

参考文献

[1] 王敏. 过氯酸钾释放试验对 Pendred's 综合征的诊断价值[J]. 中华核医学杂志, 1993, 1(1): 10

(收稿日期: 2003 - 01 - 14)

(收稿日期: 2003 - 03 - 31)