

临床病理讨论汇集

(神经系疾病)

北京市神经病学临床病理讨论会印

1978年9月

前 言

为了提高专科医疗水平,1975年以来北京市的神经病学及神经病理学工作者,经常汇集一起,举行临床病理讨论会。尤其自1977年以来每月一次在解放军总医院定期举行,我认为,这是一种理论与实践相结合的学习方法,对提高医疗质量及神经内科、神经病理工作的专业水平是颇有成效的。在讨论当中,不仅对神经疾病的临床症状、体征广泛进行讨论,而且对各医院的病历书写及病理报告也常常提出宝贵意见。因而很受群众欢迎。这个讨论会最初只有几十人参加,现在每次到会者已达300多人。

目前提供临床病理讨论资料的单位已有:宣武医院、北医一院、首都医院、北京医院、解放军总医院与北京部队总医院的神经科及病理科。由这些单位轮流提出病历摘要,于每月15日前分别寄到各医院神经科、组或有关资料室(共80多个单位),到每月的第四周星期三下午集会讨论。首先由各单位代表或个人提出定位、定性诊断意见,并对死因进行分析。讨论后由提供病例单位介绍病理检查结果,并对患者生前的各种症状及体征进行解释,最后再做讨论小结,并对各医院的病历、病理工作优缺点略加概括,作为今后工作的借鉴。

这个汇集中有11份讨论材料,为1977年讨论的,讨论后每份材料先由各提供病例单位整理成文,之后又由北京部队总医院神经科张葆樽同志统一整理一次,由北京部队协助印刷成册,供各地同志参考。在此,我对于各单位积极提供资料及热情到会参加讨论的广大同志、对解放军总医院神经科为每次讨论积极进行准备工作的同志们、对负责编印的有关同志的辛勤劳动诚恳致谢。

由于“四人帮”的破坏干扰,有些病历、病理资料不够完整,对某些症状与体征的解释也不够深刻、精确,这些均有待于今后不断提高。务希同志们对取材、编印、讨论、小结等各方面提供宝贵意见,以便工作越做越好。

黄克维

1978.7.10

目 录

- 视野障碍、偏瘫、半身感觉异常……………解放军总医院脑系科 (1)
- 间断头痛、发烧、意识障碍……………解放军总医院脑系科 (8)
- 头痛、呕吐、精神障碍……………北京宣武医院神经内科 (15)
- 7岁女孩剧烈发作性头痛, 突然死亡……………北京部队总医院神经科 (20)
- 发烧、头痛、昏迷……………北医一院神经科 (25)
- 老年女性突然左侧偏瘫、意识障碍……………解放军总医院脑系科 (32)
- 结核性脑膜炎(?) 伴节段性痛觉减退……………北京宣武医院神经内科 (39)
- 消瘦、发作性昏迷……………北京部队总医院神经科 (46)
- 中年男性、左半身抽搐、瘫痪……………北医一院神经科 (53)
- 头痛、呕吐、眼球活动障碍……………首都医院神经科 (60)
- 女孩、烦躁、嗜睡、走路不稳……………北京宣武医院神经内科 (72)

视野障碍、偏瘫、半身感觉异常

(1977年第1次讨论)

病 历 摘 要

杨××，女，63岁，家属，住院号87040，尸检号654。

病人先后二次住院。

第一次住院在1963年11月（死前五个半月）。主诉为一个半月来渐感双眼视物模糊及物像的右半看不清，右下肢无力，蹲位起立困难；伴右下肢自发性触电样发麻及右侧颜面、肢体对冷热、针刺感觉不灵敏，但触碰皮肤时，疼痛过敏、非常不适，以致不敢梳头。时有左顶部跳痛，但不重，入院前右下肢已不能走路，且闭眼时，有“右侧肢体悬于空中”的感觉。无恶心，呕吐，抽风等。

既往20余年来常有慢性咳嗽、气促。无其他特殊疾病。

入院当时一般体检：体温正常，脉82次/分；血压122/80毫米汞柱，皮肤无黄染，全身表浅淋巴结不大、甲状腺不大，气管居中，两肺叩诊鼓音，肺肝境界第七肋，呼吸音稍弱，心界不大，心音稍远，无杂音，律整。腹平软，肝脾未及。

神经系检查，神智清，言语正常，右侧下1/4象限性偏盲，双眼底正常。右侧面部痛触觉较左侧迟钝，但有“感觉过度”现象。无明显面瘫，右侧耸肩力弱，伸舌居中。

四肢无不自主运动，右侧肌张力稍高，右上肢近端稍力弱，右下肢不能抗阻力，远端重，右手指鼻试验欠准。

右侧颜面及肢体痛、温、触觉减退，踝以下近消失，位置觉及音叉震颤觉右上肢减退，右膝以下消失。

腹壁反射右弱于左，腱反射右高于左，双下肢不持续踝阵挛，未引出病理反射。无脑膜刺激征。无手指失认、失写、失算、失结构，无左右定向及空间定向障碍。

血、尿、便常规，血沉正常。血清梅毒反应阴性。入院第三天腰穿，脑脊液初压60毫米水柱，加腹压升至100毫米水柱，放液3毫升，终压40毫米水柱，细胞总数8个/立方毫米，白细胞2个/立方毫米，蛋白28毫克%，糖、氯化物正常，胶金曲线及梅毒补体结合试验阴性。脑电图左侧顶枕区波幅稍高于右。头颅平片正常。

胸部透视：两肺纹理重，两肺门阴影增重，右上肺少许索条状、斑点状影，左第三前肋间有一斑点状影。

入院二周，症状开始有改善，表现右下肢肌力增加，右半身感觉过度现象消失。入院后三周，右下肢能抗阻力至能走路，自发性肢体痛已消失，右半身浅感觉障碍略有恢

复。但视野及共济失调无恢复。住院共37天，明显好转出院。

第二次住院为1964年3月（第一次出院后68天，死前五天）。因右侧肢体完全瘫痪36天，不能讲话30天，嗜睡状态5天而入院。

于入院前36天家人发现右侧肢体活动少，行走时不能支持体重。5—6天后，完全瘫痪，且完全不能讲话，但尚能理解他人讲话，3—4小时后，讲话有恢复，能讲2—3个字单词，但构音不清。入院前18天又完全不能讲话。不过仍能理解他人讲话。入院前5天晨起家人发现病人深睡，呼之不醒，当晚曾呕吐粘液，入院前2天，神智略有恢复，呼之可睁眼，但仍嗜睡。

检查：呼吸、脉搏正常，血压150/100毫米汞柱，嗜睡状态，呼之可醒，能以简单言词答问，颈部轻度抵抗。

轻度视网膜动脉硬化性眼底，左瞳孔稍大于右（2：1.5毫米）双侧对光反应灵敏，右侧面部浅感觉迟钝，无凝视麻痹，右侧鼻唇沟浅，余颅神经检查不合作。

右侧上、下肢全瘫，肌张力低，无自主运动。右半身针刺感觉稍迟钝，上、下肢腱反射均活跃，双下肢病理反射均可引出。

入院后4天嗜睡加深，呼之不应，左瞳孔明显大于右侧，对光反应迟钝，呼吸困难，两肺哮喘音。呕吐一次为食物。周围血白细胞12100/立方毫米。次日凌晨双侧瞳孔散大，对光反应消失，血压下降，高热40°C，呼吸深慢，又次日凌晨死亡。

讨 论

北京部队总医院神经内科代表：

根据病人第一次住院时有右下肢自发性触电样发麻、感觉过度，闭目时有右侧肢体悬空感，右下1/4象限性盲，右侧偏瘫，下肢重于上肢，面舌瘫不著。包括面部的右半身深浅感觉障碍，下肢重于上肢等特点，考虑定位在左侧丘脑，（丘脑综合征）及左顶叶的一部分。病人无顶叶综合征，无手指失认，失写、失算、失结构、无定向障碍故顶叶后部似未受损。病变主要在顶叶上部靠前，结合脑电图左侧波幅略高于右、无抽搐、病灶应在深部，即顶叶皮质下白质。由于病人无精神症状及意识障碍，故丘脑内侧似未侵及。所以第一次住院时病损定位应为顶叶皮质下白质及丘脑外侧部。第二次入院前已有右侧完全偏瘫、失语、意识障碍重、体温高而又无明显的感染，故有额叶及丘脑下部受损。总之病人先有视野障碍，右侧感觉异常，右下肢无力，可能病变先从顶叶靠前的皮质下白质开始，扩展到丘脑外侧，以后又扩及额叶中央回，额下回后部。

关于定性及病因诊断，由于病人为老年，有动脉硬化，亚急性发病，首次住院时无颅压增高，经治疗又有明显好转，故应考虑为血管病，即大脑中动脉深枝的血栓形成。但第二次住院的情况即不再支持血管病的诊断，而以占位性病变的可能性大。再看整个病程，其经过也符合肿瘤，由于病程比较快，病变在脑内，当以胶质细胞瘤之可能性大。问题是病人为什么在第一次住院后病情有相当的好转，我们考虑可能因肿瘤压迫了脑之小动脉造成缺血性病变，或因肿瘤周围脑组织因受压而水肿充血，故经治疗后可以有相当程度之好转。

宣武医院神经内科代表：

病人表现为不完全的丘脑综合征，以及开始偏瘫主要为右下肢，故病变中心不象在内囊及丘脑，精细触觉改变不著，无癫痫，脑电图左顶枕区波幅稍高于右，故皮层损害不著，说明病灶比较深，同意定位于顶叶皮层下白质，半卵园中心。双侧踝阵挛的解释，可能通过胼胝体导致对侧体征，或向对侧直接压迫造成。病人逐渐起病，中间虽有波动，但总的趋向是渐进的病程，因此定性首先考虑为占位性病变，病灶局限，肿瘤可能性大。由于病灶局部压迫水肿充血，故可经治疗，有一度好转。第二次住院死亡于钩回疝。不易解释的是颅压不高，视乳头无水肿，是否因病变后期发展快，来不及反应业已脑疝致死。肿瘤种类，考虑胶质瘤可能性大，但转移性肿瘤不能排除。矢状窦旁肿瘤及硬膜外血肿不象。其次考虑脑血管病。病人第二次住院的临床表征可考虑为颈内动脉血栓形成，而第一次住院则为大脑后动脉分枝。由于病灶散在，两次住院表现不易用一个血管的闭塞解释。至于炎症与脱鞘病，从临床及脑水所见，均不支持。

炎性占位性病变，则全身表现，血相均不支持。总的讲，应首先考虑肿瘤，其次考虑脑血管病。

工农兵医院神经内科聂振华医师：

病人有肢体发作性麻木，闪电样感觉，肢体悬空感，象感觉性癫痫，加之病人有象限性偏盲，故定位倾向于顶叶。顶下小叶症状不多，顶上小叶皮层感觉如实体觉等，又不清楚。似顶前的（Brodmann氏分区）3、1、2区受影响多，5、7区影响少，39、40区受影响不多，但究竟是先丘脑后侵及顶叶，还是先顶叶后侵及丘脑，不易判断，个人倾向于先损及顶叶。

定性：占位病变的可能性大，脑血管病不象。不象脑膜瘤，还是首先考虑胶质细胞瘤，3—4级，或多形性胶质母细胞瘤。是否为转移瘤？转移瘤中间有缓解的不多，且以额叶转移较多；故可能性小。应首先考虑原发性的恶性肿瘤。炎症也不太象。总的说，可能为顶叶肿瘤，从皮层下开始，向下向前发展。胶质细胞瘤可能性大。

病理检查（头部局检）

肉眼检查：

硬膜内、外无特殊所见。矢状上窦无血栓。左半球顶叶较对侧膨满，脑膜轻度充血。脑底血管无明显动脉粥样硬化斑块。双侧海马钩疝，左侧尤其明显，左侧扣带回疝，脑重1145克。

脑冠状切面见左侧大脑半球顶叶内有一棕红色、质稍硬的肿瘤，（5×4.5×4.4厘米）。前自杏仁核水平，后达胼胝体压部。距左半球皮质表面为2公分。挤压脑组织向右移位。肿瘤侵及左侧丘脑，且向下伸延，达中脑下丘水平之左侧。肿瘤内有一直径4厘米之空腔，腔内有少许黄、红、棕色相间，豆渣样的坏死物质。肿瘤无明显包膜，但与脑组织有较明确的界线。（图1—1）

左侧枕叶距状裂附近变软，色暗灰，皮质及白质界线模糊。

显微镜检查：

瘤细胞组成团块状，围绕血管密集存在。团块之间散在已经完全坏死的红染物质，其周围为趋于坏死的瘤细胞，核浓染，似淋巴细胞。团块内的瘤细胞大小比较一致，胞

体之轮廓不清，胞浆较少。核中等大，多为圆形或椭圆形，也有马蹄形。核染色质中等，不均匀，呈网状，可见核仁。有较多的核分裂相，也可见瘤巨细胞。肿瘤血管的管壁增厚，有的管壁坏死出血。

左侧枕叶距状裂皮质，神经细胞呈缺血性改变。间质水肿明显。

网织染色（Gordon Sweet氏法）瘤细胞间无明显网织纤维。

解放军总医院脑系科罗毅医师：

本例的病理诊断比较困难，但从大体及镜检下所见，没有包膜及胶元纤维，说明不是脑膜瘤。没有星形胶质细胞增生的表现，可以除外各型胶质瘤。瘤细胞的特点是：胞核呈圆或椭圆形，核染色质呈网状，偶见马蹄形核；瘤细胞主要排列在血管周围，远离血管处易坏死。网织纤维染色：瘤细胞间无明显网织纤维。病理诊断考虑二种可能：①转移癌，可能属于未分化型，但临床上未发现原发灶，可惜未能做全身剖检。且脑内之瘤体较大，单发，不太支持转移癌。②网织细胞肉瘤，据瘤细胞之排列，形态，似有可能，但缺乏网织纤维，也不太符合。

枕叶距状裂部位之软化，镜下仅见水肿缺血性改变、无格子细胞，估计为1—2日内之软化，可能由于临终前血压下降使大脑后动脉的分枝供血不足所致。

根据本病人第一次住院时表现肢体自发痛，感觉过度，过敏，同时深浅感觉障碍，伴轻度半身共济失调及轻瘫，似为丘脑综合征，定位于丘脑附近。此外病人顶部痛，脑电图左顶枕波幅高于对侧，示左侧顶叶前份皮质下也受损害。第二次住院已全瘫，为病变波及内囊，嗜睡以至昏迷，为中脑网状结构受损所致。

由于本例首次住院表现的临床征象比较符合丘脑综合征，颅压不高，脑脊液蛋白不高，故曾诊为丘脑膝状体动脉闭塞。但首发症状为右下1/4偏盲，且始终不消失，在丘脑膝状体动脉病变是少见的。虽然有文献报告该动脉受损可以只有外侧膝状体的内侧受损而表现为1/4偏盲。本例发病缓慢，病情有进展，应想到肿瘤。

经典的丘脑综合征是1906年Dejernie和Ronssy报告的，主要是丘脑膝状体动脉闭塞的典型症状。因此可以理解丘脑综合征多见于血管病，而不是多见于肿瘤。必须指出，丘脑综合征决不仅见于丘脑本身病变，顶叶皮质及白质的病变，也有此类表现，二者不易区别。

本例是肿瘤，但临床上有一度明显缓解，可见临床缓解决不能否定肿瘤，其机制可能是肿瘤的发展压迫周围脑组织充血水肿或瘤内出血、水肿液化等病变的消长所致。

宣武医院神经科魏岗之医师：

双下肢踝阵挛如何解释？在第二次住院前突然运动性失语，病程中一度好转，以后又加重，似乎为血管性病变，而不易用肿瘤解释。肿瘤之原发部位究竟在那里？

宣武医院神经内科丁铭臣医师：

病人有不典型的丘脑综合征，故肿瘤起始部位应在丘脑之上的白质，以后逐渐向下发展，影响丘脑。肿瘤向对侧压迫，使对侧受到影响。如果仅在丘脑不应该有瘫痪。

宣武医院王毅珍医师：

病理检查似乎为未分化型肿瘤，可能为转移癌，转移癌多在皮层下白质，本例符合一般规律。双侧踝阵挛是否为肿瘤向对侧推移，造成双侧锥体束受损。症状的缓解可能是肿瘤释放毒素，使肿瘤周围神经细胞产生部分功能障碍，以后才造成器质

性损害。

症状较为弥散，有些症状似不能以肿瘤解释，是否会有被忽略的小的肿瘤栓塞？当临床考虑有肿瘤的可能时，尤其老年人应该做全面检查，本例缓慢发病，头痛，血管病不符合，故分析时应该注意转移癌。未分化癌以肺癌最多见，第二次住院时应照胸片。

解放军总医院黄克维医师：

本例颅内压高不高？虽无视乳头水肿，第一次住院腰穿正常，但病程最后肯定有颅内压增高，只是没表现出来。双侧踝阵挛，是病变向对侧压迫造成的双侧锥体束征。

肿瘤的病程中间完全可以有起伏，肿瘤部位没有出血亦可有起伏。以前曾见一例脑干肿瘤活了五年，在三年多的时间内，症状一度明显好转，很象脱鞘病，尸检证实是肿瘤。关于失语一度好转，也可能与意识状态有关。首次住院时，下肢瘫痪重，上肢轻，这一点象皮质下白质的损害。

经典的丘脑综合征，病变不一定在丘脑，顶叶病变也可以造成典型的丘脑综合征，这种报告已有不少，本例有右象限性盲，这一点不象丘脑病变。

本例第一次住院诊为丘脑膝状体动脉血栓形成，回头来看，应引为训。

总的应吸取以下几点教训：

1. 病情好转不应只想到脑血管病，肿瘤也可以呈波浪式的病程，但最终逐渐加重。
2. 丘脑综合症，不应只想到病变在丘脑，也可以在顶叶。
3. 第二次住院既想到肿瘤，即应做全面检查，以排除各种转移瘤，但本例因病情太重已失去全面检查的时机。
4. 病理检查应全身检查，因肿瘤性质未定下来，不能排除转移癌。病理工作应该更加细致，以便总结提高。

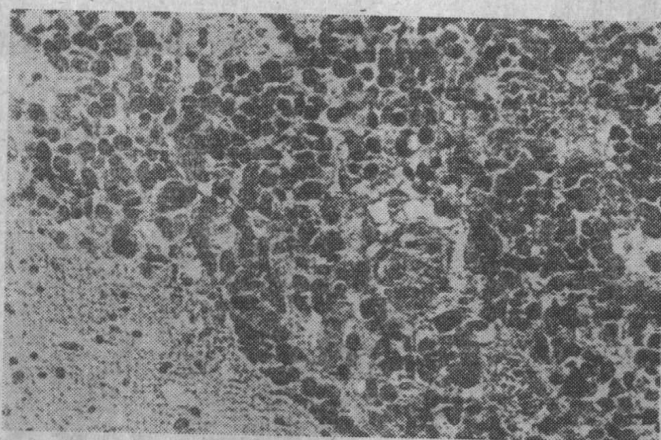
解放军总医院脑系科



图1—1 脑冠状切面，丘脑水平，示顶叶深部肿瘤，肿瘤组织部分坏死脱落，并向同侧丘脑及丘脑下部浸润。



图1—2 中脑上面的水平切面，示肿瘤组织侵及左侧中脑外侧部。



1—3图 左顶叶切片，肿瘤组织与脑实质分界清楚，无包膜。可见瘤巨细胞。
H. E 染色 $\times 210$

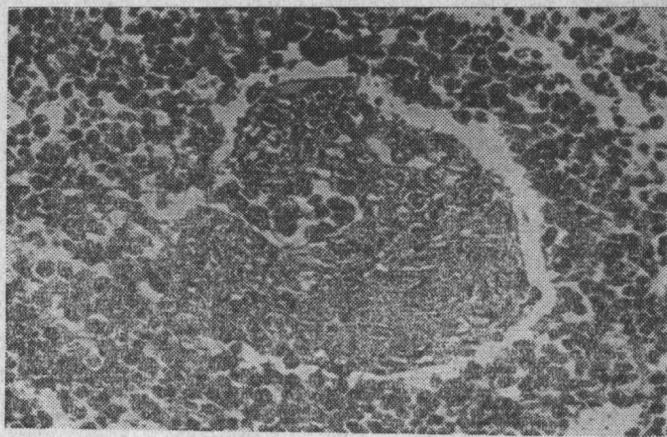


图1—4 肿瘤细胞绕血管排列，血管壁增生并透明变性。
H.E.染色×210

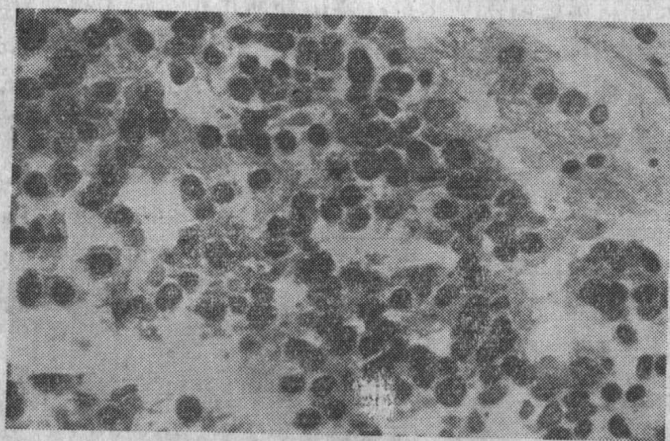


图1—5 肿瘤细胞核呈圆形、椭圆形，核染色淡，呈网状。
H.E.染色×420

间断头痛、发烧、意识障碍

(1977年第2次讨论)

病历摘要

刘××，女性，35岁，铣工，河北省人，因阵发性头痛、反复发烧伴有恶心呕吐九个月，于73年10月13日由他院转入我院。

73年1月3日晚饭后感头痛，服止痛片而入睡。八小时后因全头剧烈疼痛而醒来，伴有恶心、剧烈呕吐，半小时内吐6~7次。体温38.6℃。16小时后意识渐不清伴颈强硬。2日后（1月5日）曾在他院腰穿检查，未测压力，脑脊液混浊，白血球2800/立方毫米，分类多核占92%，单核占8%，糖20—30mg%。他院按“流脑”给予氯霉素、激素等治疗。3天后意识逐渐恢复正常，体温亦渐正常，但出现精神症状，如恐惧感、幻味、幻视。精神症状于1个月后消失。病后每隔7~20天即有头痛、头晕、恶心、呕吐及不规则低热连续数日到一周。间歇期可自行起床活动，仅全身乏力。发病以后半个月（73年1月19日）发现双眼视神经乳头水肿，除有时可疑颈部抵抗及可疑阳性的克匿格氏征外，余无异常。在他院曾先后腰穿检查9次，颅压在350~600毫米水柱之间，脑脊液白细胞第二次以后为47~218/立方毫米，多核6~86%，单核14~94%。糖46~75mg%。蛋白除一次为50mg%外，余均在45mg%以下。氯化物除一次为560mg%外，余皆正常。革兰氏菌涂片检查7次均阴性，培养5次阴性，抗酸菌3次阴性，墨汁染色4次仅1次有可疑的新型隐球菌，但培养及动物接种阴性。

平素体健，无结核病史，无食米猪肉及便缘虫历史。否认与牛羊等大牲畜密切接触史，邻居喂养家鸽，经常接触鸽粪，无癫痫病史。

入院时查体：T36.3℃，P84次/分，R18次/分。BP100/60mmHg。意识清，精神状态显淡漠，语言正常。皮肤巩膜无黄染，全身浅表淋巴结不大，甲状腺不大，气管中位。心肺正常，腹平软，肝于肋缘下可触及，质软，无压痛，脾未触及。脊柱四肢无畸形，周身皮下未触及结节。神经系统检查：视力左0.8，右1.0，周边视野正常，眼底双视乳头边缘不清，左眼稍重，其余颅神经未见异常。感觉系统正常。右侧膝跟腱反射较左侧稍高，无病理反射。颈软，克匿格氏征（一）。

其他检查：血色素11克%，白血球5300/立方毫米，中性78%，嗜酸白血球计数220/立方毫米，血沉31mm/第一小时，尿常规正常，胸透正常，头颅摄片示鞍背后床突骨质稀疏，双小腿X线软组织内未见异常钙化影，脑电图轻度异常，无局限性不对称表现。头颅超声波检查中线无移位。住院期间曾做腰穿六次，压力210~340毫米水柱，无色透明，白细胞0者2次，余4次在20~136/立方毫米之间，分类中性多核16~45%，单核

55~84%，6次脑脊液之蛋白、糖及氯化物均正常，革兰氏染色涂片检查均阴性，抗酸染色均阴性，细菌培养、隐球菌培养及动物接种均阴性，墨汁染色3次报告找到新型隐球菌，其中两次曾请他院会诊诊断为新型隐球菌。血清囊虫补体结合试验1次阴性，1次为1:10阳性，脑脊液囊虫补体结合试验1次1:2效价为4，阳性，但同时所做之猪囊虫胶乳凝集试验为阴性，其他3次均阴性。

入院后经抗炎治疗，全身支持疗法，脱水治疗等效果均不好，仍有不规则之发热、头痛、恶心、呕吐。鉴于脑脊液中找到新型隐球菌，故临床曾应用制霉菌素、抗真菌I号、5-氟胞嘧啶(5-Fluorocytocin)、二性霉素乙等治疗，亦无明显效果，为进一步明确诊断决定做脑室造影进一步检查，尚未及检查，病人突于住院后第111天(74年2月1日)晚突然呼吸停止，很快心跳亦停止，虽经抢救，但无效而死亡。

讨 论

北京部队总医院神经科代表：本例为青年女性，急性起病，病程迁延1年零1个月，首发症状为头痛、呕吐、高烧，16小时后意识不清，以后出现间歇性、发作性低烧、呕吐。病前有鸽粪接触史。神经系统检查有精神症状(幻味、幻视)，颈强、视乳头水肿，腰穿脑脊液压力高，初期呈化脓性改变(白细胞2800个/mm³)，以后呈浆液性改变(300个/mm³以内)，蛋白稍高。新型隐球菌墨汁涂片阳性，囊虫补体结合试验1:2阳性。根据主要临床表现为脑膜刺激症状，颅压高，定位于软脑膜。左侧视乳头水肿较右侧明显，病变左侧较重。发病季节为冬季，有感染症状，病初脑脊液呈化脓性表现，以后转为浆液性炎症。发病原因考虑如下可能：①布氏杆菌性脑膜炎：本病呈波状热型，脑脊液压力高，细胞数常为数百个，偶可多达数千，分类以淋巴细胞为主。蛋白量可高达100毫克以上，培养和动物接种均可发现细菌，脑脊液布氏杆菌凝集反应和补体结合试验阳性。本例有间歇热，脑脊液淋巴细胞增多，虽未做凝集试验及补体结合试验，但不能除外。②脑室肿瘤：早期出现颅压增高，缺乏定位体征。脑脊液可呈浆液性炎症改变。本例虽有颅压高，病程进展，但脑脊液蛋白升高不著，可能性小。③新型隐球菌性脑膜炎：常呈亚急性或慢性起病，有低烧、颅压增高及脑膜刺激症状。脑脊液细胞数多在300/mm³以内，分类以淋巴为主，糖、氯均可减少，蛋白轻度增高。墨汁染色找到新型隐球菌，而且有鸽粪接触史，诊断似可成立。但患者病程中间歇热突出，发病急，病初脑脊液中呈化脓性脑膜炎改变，故不能用一种感染解释，可能为流脑后并发霉菌性脑膜炎。④脑囊虫病：根据患者血清囊虫补体结合试验阳性，病人体内有囊虫病存在，但患者无癫痫病史，脑脊液囊虫补体结合试验仅一次阳性，故脑囊虫病根据不足。综上所述，以流脑后合并新型隐球菌性脑膜炎可能性大，要除外布氏杆菌性脑膜炎及脑室肿瘤。

宣武医院神经科代表：本例为急性发病慢性经过，先有恶心呕吐、颈强。第二日后脑脊液中白细胞2800个/mm³，多核占92%，糖低，经氯霉素治疗后恢复，符合化脓性脑膜炎。患者清醒后出现精神症状提示有脑实质损害，也不排除氯霉素药物反应。急性期出现不规则低热、颅压增高、轻度脑膜刺激征、脑脊液中白血球轻度增高表现慢性脑膜炎，其原因有下述可能：①隐球菌性脑膜炎：本例虽有接触鸽粪史，脑脊液中多

次找到隐球菌，但经用抗霉菌治疗效果不满意，故不支持诊断。②脑囊虫病：本病可有脑膜炎型，脑脊液中淋巴细胞可增多或正常，血中囊虫补体结合试验多呈阳性反应。本例脑脊液四次有阳性改变，血中补体结合试验阳性，有脑囊虫病可能。但其他化验指征仍有矛盾。③占位性病变：患者出现精神症状，腱反射不对称，应考虑脑脓肿或散在小脓肿。颅内肿瘤可能性不大，但中线肿瘤不能排除。

首都医院赵葆洵大夫：整个看起来是脑膜炎。①多次找到新型隐球菌，虽然培养阴性，但涂片阳性率较高，恐怕不能不算，故以新型隐球菌脑膜炎可能性大。但也有不支持点，新型隐球菌脑膜炎时脑脊液中糖只有轻度降低，本例则有明显降低，但在晚期糖恢复正常。脑脊液中蛋白增高不显著，发病太急，加之发烧，脑脊液中中性细胞较多，故起病不如考虑为化脓性脑膜炎。在此基础上合并有新型隐球菌性脑膜炎。②如全过程为细菌性脑膜炎，不能解释急性起病后的迁延。如果考虑为治疗不彻底而留下病灶，又难以解释脑脊液中找到新型隐球菌。③暴发起病，后有复发，是否存在第三脑室囊性肿物，过去有将颅咽管瘤误为脑膜炎的教训，本例病初脑脊液细胞多、糖低，头颅像无三脑室肿瘤征象，无下视丘症状，故诊断根据不足。

工农兵医院聂振华大夫：整个病程一年零一个月，属慢性经过，可考虑脑膜炎或脑膜病。病因不像结核；脑脊液中白细胞 500 个/ mm^3 以上；不支持布氏杆菌病。脑脊液中三次涂片找到新型隐球菌应首位考虑，但本例脑膜炎病变比脑实质病变严重，病程1年多亦不出现病理反射。病程渐进，时好时坏，加以治疗效果不满意，故有不足之处。脑囊虫病常见于脑皮层，出现癫痫、精神症状，视乳头水肿。本例无癫痫及皮下结节，但其它表现及补体结合试验支持，有囊虫病的可能，但不能确定。

病 理 报 告

解放军总医院罗毅大夫：本例尸检，身長160厘米，体重43.6公斤，全身各脏器除双侧肺水肿、肝脂肪变性、小肠自溶外，无其他重要异常发现。

脑重1325克，脑迴稍宽，脑沟变浅。脑底部蛛网膜稍厚，轻度灰白色。双侧小脑扁桃延脑疝。第三脑室底部、漏斗部呈泡状膨大，有脑脊液流出。冠状切面上见侧脑室轻度扩大。矢状切面，在轻度扩大之第三脑室内有一囊状物，约 4.5×2.5 公分。囊的外形不规则，与第三脑室的轮廓一致。（图1）。其前上部嵌入室间孔，后下部嵌入导水管口（图2），围绕中间块处形成切迹。囊壁菲薄、乳白色半透明，表面光滑。囊壁之一处有二个白色较致密、稍硬的小粒（各约 $0.6 \sim 0.8$ 厘米）（图3）。囊内充满无色澄清的液体。囊壁与周围不粘连，切开脑室后自然脱落。切开囊壁后，囊液流出，囊即塌陷。脑切面上未见囊虫结节。

显微镜检查：脑膜轻度充血，无炎细胞浸润，未见新型隐球菌的病理特征。室管膜不厚，连续性良好。

各部大脑皮层结构无紊乱，部分神经细胞呈缺血性改变，分子层内杆状细胞轻度增生。小脑、脑干均无明显异常，底节内未见隐球菌所致之小囊腔样改变。囊壁为二层结构：内层为均匀一致粉红染之玻璃样变组织，外层为细胞浸润层，均似淋巴细胞（图4）。囊致密处切片为囊虫之头节，未见小钩及吸盘。（图5）未见到子囊或粉皮样外

壳。

病理诊断：第三脑室囊虫病，小脑扁桃延脑疝，肺水肿，肝脂肪变性。

讨论：本例病理诊断是清楚的，主要是第三脑室内囊虫病伴发轻度脑积水。死因是小脑扁桃延脑疝。

脑囊虫的发病率远较身体他处为高，一般为多发性，多在脑实质内，脑膜脑室亦可见到。发生在脑室内者以第四脑室内多见，且多同时伴发脑实质内囊虫。本例为单发性第三脑室内囊虫，甚为少见。囊尾蚴的寿命一般3~10年，长者可达17年。生活者囊壁菲薄，囊液澄清；死亡后囊壁增厚，囊液呈暗褐色，较粘稠。本例全病程13个月，囊壁菲薄，囊液澄清，无钙化，当为生活之囊尾蚴。一般囊虫结节长约0.6~1.8厘米，本例之囊远较脑实质内者为大，可能是由于脑室内空旷，宜于囊之发展，故囊之外形轮廓恰与第三脑室一致；且囊之一部分梗阻室间孔及大脑导水管口，造成颅压升高，是为小脑扁桃延脑疝的主要原因。

本例之囊虫为单发较大，但不是包囊虫，因人类包囊虫病主要多发于肝，次为肺，很少发生在脑，脑之包虫病，多并发肝或肺之包囊虫。本例临床上肝不大，肺无异常发现。尸检未证实相应的病理改变。包囊虫之囊内常有多数之子囊；囊壁较厚，常呈粉皮样，与本例囊壁镜检所见不符。

新型隐球菌脑膜炎的病理改变常为弥漫性肉芽肿性脑膜炎症，或在皮质内形成小肉芽肿或囊肿，也常见底节有多数小囊性化。在脑膜脑实质内常可找到淡蓝色周围有晕轮的霉菌菌体。本例镜检下缺乏这种病理改变，与临床上多次培养及动物接种阴性结果一致，说明本例不存在新型隐球菌脑膜炎。但本例脑脊液多次墨汁染色均为阳性，且经数个医院专业人员鉴定，这是导致错误治疗的主要原因。今后对新型隐球菌墨汁染色的可靠性应审慎对待，最好多做几次培养及动物接种加以鉴别。

本例囊虫补体结合试验时而阴性，时而阳性，不够可靠。可能与抗原的制备条件不稳定有关。一般脑脊液比血液准确，乳胶凝集试验比较有诊断价值，其机制待定。

囊虫病的脑脊液中，细胞数可升高，但一般很少超过60/立方毫米，这是由于囊尾蚴所引起的炎性渗出性反应。囊虫钙化后刺激性减轻，但钙化率仅约10%，且须10年以上（至少2—3年）才能钙化。故本例时有脑脊液内细胞数增加，易误诊为中枢神经系统感染。

回顾本例临床可分二个阶段：第一阶段主要为脑膜刺激症状，表现为突然头痛、呕吐、发烧。但有很多点与脑炎、脑膜炎不同，如（1）病人只有突然头痛呕吐后有发烧。（2）发烧仅三天即恢复正常。（3）之后每隔10天左右，周期的发生头痛呕吐，1—2天，而间歇期活动正常。（4）首发症状出现后半月即发现视神经乳头水肿，且持续不恢复。似乎是颅压高早已存在，突然急性增高，伴囊虫反应性脑膜炎更容易解释。第二阶段主要是颅压增高。是为第三脑室内囊体机械梗阻脑室通路所致，若能早期明确诊断手术治疗，或可获痊愈，这是本例临床上的主要教训。

工农兵医院聂振华大夫：脑囊虫病孤立脑室者不多见，但脑脊液白细胞增多以脑膜炎形式发病者常见，其原因为囊虫刺激机体产生超敏抗原反应，而非囊虫直接感染脑膜引起。

宣武医院魏岗之大夫：回顾临床，本例与新型隐球菌感染有很多不符之处，起病太

快，脑脊液中白细胞数太多（已超过500个/mm³），出现反复发作，抗霉菌治疗效果不佳（通常愈效达80%），无全身背景（长期激素及糖尿病）。

解放军总医院马志忠大夫：本例的诊断过程曾有三个阶段，病初有高颅压、颈强、精神症状，脑脊液有化脓性改变，院外考虑为流脑。第二阶段考虑为颅内炎症，找到新型隐球菌但抗隐球菌治疗效果不满意。第三阶段考虑为脑囊虫病及颅内占位病变，曾拟行脑室造影，但未及做而死亡，今后应注意不应因个别化验指征而束缚思想。

友谊医院王芷源大夫：是否可能存在两种疾病，即流脑和囊虫病，发病季节、症状及脑脊液改变均符合一般流脑，在机体减弱的基础上出现了囊虫病症状。

解放军总医院汤洪川大夫：在一月发病，脑脊液细胞数2800个/mm³，糖减低，按流脑治疗三天后意识清楚，不能除外流脑与囊虫病合并存在。

解放军总医院黄克维大夫：本例生前诊断为新型隐球菌脑膜炎，后期考虑到脑囊虫病及肿瘤，尸检证明为第三脑室囊虫病。脑囊虫病临床多见，但发生在第三脑室者少见。通过本例讨论，对囊虫病损的复杂性有新的认识，对本病的这个特殊损害部位如能早期诊断及手术，预后还可能好，本例曾作三次墨汁染色，误为新型隐球菌，因而今后对检验结果宜取审慎态度，应多立足于临床分析。至于是否同时存在流脑，或在囊虫病基础上易患流脑问题，尚待今后观察。本例尸检未发现有流脑根据。本例间歇性头痛发作的原因可考虑囊虫胶样囊肿堵塞第三脑室、室间孔，开始小，悬浮于空中，以后长大造成完全阻塞，造成颅压增高脑疝形成致死。

解放军总医院神经科



图 2—1 大脑矢状切面，示第三脑室中囊状物，与第三脑室轮廓一致。



图 2—2 中脑横切面，示导水管扩大，旁置之小囊，为嵌入导水管之部分（箭头所示）



图 2—3 游离之囊状物，尾端白色致密处为尾蚴。



图 2—4 囊壁切片，示二层结构



图 2—5 囊尾蚴之头节