

病例报告

小婴儿非典型流行性脑脊髓膜炎1例报告

于泽堃 周文莉 石珊 严超英

(吉林大学白求恩第一医院新生儿科, 吉林 长春 130000)

患儿,女,47 d,因发热20 h,间断抽搐6 h入院。患儿于入院前20 h出现发热,体温在38~39.5℃之间。入院前6 h抽搐,表现为双眼凝视、四肢强直,无皮肤青紫,持续1 min自行缓解,间断抽搐3次。病程中患儿精神萎靡,自主活动少,呼吸促,进乳差。否认流行性脑脊髓膜炎接触史。入院体查: T 39℃, R 65次/min, P 180次/min, BP 92/63 mm Hg。一般状态及反应差,皮肤苍白,前囟平坦、略紧张,双眼凝视,双侧瞳孔等大等圆(3 mm),对光反射存在。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心音有力,节律规整,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹膨隆,肝脏肋下3.0 cm,剑突下3.0 cm,触诊韧,边缘钝,脾脏肋下未触及,肠鸣音正常。四肢肌张力高,布氏征、柯氏征未引出,双侧巴氏征阳性。血气分析: pH 7.13, PCO₂ 67 mm Hg, PO₂ 33 mm Hg, Lac 3.7 mmol/L, BE -6.9 mmol/L; 血离子正常; 血常规: WBC 4.75×10⁹/L, N 0.47, L 0.46, RBC 3.19×10¹²/L, Hb 97 g/L, PLT 80×10⁹/L; CRP: 102.00 mg/L; 凝血常规: 活化部分凝血活酶时间(APTT) 139.3 s(参考值20~40 s), 凝血酶原时间(PT) 19.8 s(参考值9~13 s), 凝血酶原INR 1.68(参考值0.8~1.2), 余结果未见异常。脑脊液常规生化: 外观无色清亮, WBC 8×10⁶/L, 蛋白质0.83 g/L, 潘氏反应(+), 氯化物115 mmol/L, 葡萄糖1.01 mmol/L。脑彩超示双侧侧脑室直径为5.2 mm。入院后考虑为化脓性脑膜炎。给予抗感染(头孢吡肟)、0.9%生理盐水扩容(10 mL/kg, 1 h泵入)、CPAP呼吸支持和对症治疗。患儿入院后1 h双下肢开始出现皮肤瘀点, 逐渐扩散至全身并增多、增大形成瘀斑, 最大约1.5 cm×1.5 cm, 并且出现频繁抽搐, 反应

极差, 无自主活动, 呼吸浅表, 皮肤青紫发花, 血压测不出, 心率增快, 存在休克、弥散性血管内凝血(DIC), 予以机械通气, 同时再次予以0.9%生理盐水扩容(10 mL/kg, 0.5 h泵入)、5%碳酸氢钠纠正酸中毒以及多巴胺、多巴酚丁胺改善循环治疗, 但是患儿仍反应差、心率快、皮肤发花、血压测不出。入院后4 h, 脑脊液涂片回报发现革兰阴性球菌。因此, 疑似流行性脑脊髓膜炎。遂请感染科会诊后转入该科。转入感染科后2 h, 患儿病情进一步加重, 出现呼吸循环衰竭, 临床死亡。死亡后血培养示奈瑟菌属, 脑脊液培养示脑膜炎奈瑟菌, 支持流行性脑脊髓膜炎的诊断。

讨论: 流行性脑脊髓膜炎(简称为流脑)是由脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎, 为冬春季常见的急性传染病之一^[1]。人群对本病普遍易感, 儿童发病年龄高峰为6个月至2岁, 6个月以内的婴儿从母体获得免疫很少发病^[2]。流脑的主要临床表现为突发高热、剧烈头痛、频繁呕吐、皮肤黏膜瘀点瘀斑及脑膜刺激征, 严重者可致败血症、休克和脑实质损害, 常可危及生命。血常规表现为白细胞显著增高、血小板下降; 超敏C反应蛋白升高; 血培养阳性; 瘀斑涂片可在细胞内找到革兰阴性双球菌; 而脑脊液检查存在特异性改变: 压力增高、外观混浊如米汤样、细胞数常在数千以上、中性粒细胞为主、蛋白增高以及葡萄糖减低^[1]。

本病例的特点主要表现在: (1) 为47 d的小婴儿, 发病年龄小, 并非流脑的发病高峰年龄。分析一方面与该患儿为配方奶喂养, 生后从母乳中获得保护性抗体少有关; 另一方面与该患儿年龄未达6个月, 尚未接种流脑疫苗, 体内缺乏自

[收稿日期] 2013-12-11; [接受日期] 2014-02-16

[作者简介] 于泽堃, 女, 硕士研究生。

身保护性抗体有关。(2)起病急骤,病情进展快,短时间内出现休克、DIC,发病26 h内临床死亡。考虑患儿为小婴儿,免疫系统发育不成熟,机体抵抗力差,一旦出现严重感染易扩散,不易控制,可导致病情加重甚至出现多种严重并发症而危及生命。(3)患儿入院时仅表现为抽搐和发热,未出现流脑的典型皮疹表现,故当时仅考虑为一般细菌感染引起的化脓性脑膜炎,随病情进展逐渐出现了皮肤瘀点瘀斑,之后脑脊液涂片检查出现革兰阴性球菌时才考虑为流脑,提示小婴儿患流脑时可有不典型症状。(4)患儿血常规示白细胞低,中性粒细胞比例不高,与典型流脑血象不符,且脑脊液改变不典型:外观清亮,仅发现葡萄糖降低,未见其他典型改变如脑脊液中白细胞、蛋白升高等,但脑脊液涂片及脑脊液培养结果支持流脑诊断,分析与小婴儿免疫功能发育不成熟,在严重感染时机体应激能力较差有关,因此化验结果不典型。

通过对该病例的诊治分析,我们的体会是:

(1)流脑可发生于小婴儿,对于冬春季节发病的、以发热和中枢神经系统症状为主症时,需警惕流脑,给予相应的检查及治疗,以免造成误诊。

(2)小婴儿流脑的症状及化验指标改变可不典型,

且病情进展迅速,并发症多,预后差。(3)该患儿虽给予扩充血容量治疗,但不够充分,加之患儿原发病严重,病情进展迅速,短时间内出现呼吸循环衰竭而危及生命。故流脑重症感染患者,在抗感染治疗的同时需全面评估患儿循环状态,必要时应给予充分的液体复苏,防止休克及DIC的进展加重。

(4)病原学检测中,一般采取血培养、脑脊液涂片及脑脊液培养,但以上方法操作要求较高,培养需求时间较长。此时应首选皮肤瘀斑瘀点涂片,该方法操作简单、迅速,短时间内即可发现病原体,且不易受抗生素治疗的影响而具有较高的阳性率^[3]。

[参 考 文 献]

- [1] 胡亚兰,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2012:926-933.
- [2] 黄惠君,余珍珠,冯晋兴.新生儿暴发性流行性脑脊髓膜炎一例报告并文献复习[J].中国优生优育,2012,18(6):398-399.
- [3] 张云玲,朱朝敏.重庆地区2000-2010年儿童流行性脑脊髓膜炎的临床特征[J].实用儿科临床杂志,2012,11,27(22):1745-1753.

(本文编辑:邓芳明)