

· 临床病例讨论 ·

发热 抽搐 浮肿 高血压

房倩,张东风,刘玲

(河北省儿童医院内科,河北 石家庄 050031)

[中图分类号] R593.24 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8830(2004)05-0441-02

1 病历摘要

患儿,男,12岁,因发热7d,抽搐4次入神经内科。患儿7d前无明显诱因出现发热,体温38℃左右,无咳嗽,无吐泻,在当地肌注“头孢菌素”,2d后体温正常,但精神食欲差。1d前患儿诉头痛,未治疗。半天前患儿突然出现抽搐,表现为意识丧失,双眼凝视,右下肢抽动,持续约10min缓解,缓解后神清,当时体温38.3℃,当地按“颅内感染”给予静点“头孢三嗪”,“甘露醇”等。后患儿又抽搐3次,表现同前,伴呕吐,非喷射状,为胃内容物,量不多。患儿自发病以来,精神差,无皮疹,无关节肿痛,无浮肿,无少尿。既往体健。近半年食欲不佳。父母体健。体格检查:T 37℃,R 40次/min,P 140次/min,BP 140/90 mmHg,Wt 35 kg。嗜睡,发育营养可。全身皮肤无出血点、皮疹及红斑,浅表淋巴结不大,双瞳孔等大等圆,对光反射存在,眼睑无浮肿,咽充血,颈部抵抗,双肺呼吸音清,未闻及罗音,心率140次/min,律齐,心音低钝,未闻及杂音,腹软,肝肋下2.5 cm,剑下1 cm,脾肋下未触及,四肢肌力及肌张力正常,双膝腱反射未引出,双侧巴氏征、克氏征、布氏征均为(+)。血常规:Hb 115 g/L,WBC 15.3×10⁹/L,N 0.87,L 0.13,Pt 77×10⁹/L。住院经过:入院后即做腰穿,脑脊液压力200 mmH₂O,无色透明,细胞总数16×10⁶/L,白细胞5×10⁶/L,均为多核细胞,蛋白1.5 g/L,糖3.53 mmol/L,氯化物116 mmol/L。脑电图示广泛明显异常。患儿烦躁,给予头孢三嗪,甘露醇1 g/kg,q4h,氟美松10 mg,q12h,鲁米那钠每日10 mg/kg,饱和后每日5 mg/Kg维持。入院第2天患儿出现浮肿,尿量减少,腹部膨隆,出现移动性浊音,更加烦躁不安,测Bp

180/150 mmHg,尿常规Pr(2+),RBC 4~6个/HP。肝功能正常。ASP 39 U/L,CK 60 U/L,LDH 467 U/L(100~240 U/L),α-HBDH 290 U/L(72~182 U/L),TP 54.68 g/L,ALB 27.8 g/L,Chol 4.86 mmol/L,BUN 8.94 mmol/L,Cr 272.1 μmol/L,C₃0.38 g/L(0.87~1.9 g/L),ASO(一),ESR 55 mm/h,24小时尿蛋白定量4.02 g。提示肾脏受损,转入肾内科诊治。给予开博通、心痛定交替口服,因患儿血压高达160/120 mmHg,浮肿明显,氟美松20 mg/d已用3天,故停用并加用利尿剂;患儿血Na⁺105.4 mmol/L,K⁺4.71 mmol/L,Cl⁻80.4 mmol/L,CO₂CP 15 mmol/L,钠氯明显降低,考虑与前2天大量应用甘露醇以及浮肿导致稀释性低钠有关,停用甘露醇,患儿血钠低但无抽搐,血压高、浮肿、尿少,故给予口服高张盐水补钠,严格控制入量,并给多巴胺每分钟2 μg/kg静点。治疗1天复查钠氯仍明显降低,尿量明显增加,血压有所下降,给予3%氯化钠50 ml静滴,复查血Na 124.1 mmol/L,K⁺3.85 mmol/L,Cl⁻95.2 mmol/L,CO₂CP 17.3 mmol/L,停3%氯化钠静滴。入院第4天患儿安静无烦躁,精神好转,尿量增加,每日3 000 ml左右,浮肿减轻,停用利尿剂;血压在140~160/100~110 mmHg之间,加服复方降压胶囊;患儿出现咳嗽,肺部出现湿罗音,心率110次/分,心音低钝,给予氨苄青霉素+舒巴坦(安必仙)抗感染,胸片示双肺纹理走行紊乱,右肺中下野可见条索状阴影,心脏普遍增大。心脏彩超示全心增大,左室壁厚,心包少量积液。心电图提示心肌受损。ENF-IgG(一),乙肝五项均(一)。第7天复查尿常规Pr仍(++) ,24 h尿蛋白定量1.04 g,血常规:Hb 103 g/L,WBC 13×10⁹/L,Plt 192×10⁹/L。第8天化验自身抗体示ANA 1:320(+),抗SM

[收稿日期] 2004-03-15; [修回日期] 2004-07-01
[作者简介] 房倩(1965-),女,硕士研究生,副主任医师,主攻方向:小儿免疫性疾病及血液。

抗体(+)，抗 U1RNP 抗体(+)，抗 SSA 抗体(+)，抗 SSB 抗体(-)，抗 ds-DNA 抗体(-)，结合病史诊断为系统性红斑狼疮(SLE)。又给予甲基强的松龙冲击及环磷酰胺治疗，浮肿基本消退，Bp 110/90 mmHg，C₃ 升至 0.78 g/L，ESR 降至 23 mm/h，24 小时尿蛋白定量 0.5 g，好转出院。

2 讨论

神经科主治医师：患儿起病急，有发热抽搐，脑膜刺激征(+)，血象高，脑脊液细胞数正常，蛋白高，脑电图广泛明显异常，故考虑中枢神经系统感染。患儿精神差，烦躁，为脑实质受损表现；患儿有脑膜刺激征，为脑膜受累表现。给予抗感染，20%甘露醇、氟美松降颅压、减轻脑水肿，后患儿未再抽搐，出现浮肿、尿少、高血压，有镜下血尿，考虑肾炎综合症，转入肾内科进一步诊治。

传染科主治医师：患儿除有中枢神经系统症状外，入院第 2 天出现明显低钠血症，考虑与稀释性低钠及应用甘露醇有关，但患儿血压高，尿少，全身明显浮肿，无呕吐及抽搐，与临床不符。血钠低，静脉少量补给 3%氯化钠，血钠回升，这样的处理是符合实际的。第 3 天尿量突然增加，少尿后突然出现多尿，结合患儿病史短，有发热，球结膜充血，有肾损害，血小板低于正常，家在农村，流行性出血热不除外，起病 10 天检查出血热特异性抗体 IgM(-)，除外此病。

肾内科副主任医师：患儿有浮肿尿少，高血压，镜下血尿，补体 C3 低，考虑急性肾炎综合征，但患儿发热至起病的时间短，不符合常见的链球菌感染后急性肾小球肾炎发病过程，且患儿有大量蛋白尿，不除外继发性肾小球肾炎。胸片显示心脏扩大，心脏彩超示全心大，心包少量积液，有腹水等浆膜腔积液表现，有烦躁抽搐等神经系统表现，血小板低，血沉快，补体明显减低，故 SLE 应考虑，查自身抗体显

示 ANA 1：320(+)，抗 SM 抗体(+)，抗 U1RNP 抗体(+)，抗 SSA 抗体(+)，抗 SSB 抗体(-)，抗 dsDNA 抗体(-)，由此诊断为 SLE。一般临床遇到的 SLE 起病较慢，病史长，有发热皮疹、蝶形红斑、日光过敏、关节疼痛、脱发、口腔溃疡、肾脏损害、浆膜腔积液、血液系统及神经系统损害等，临床以肾损害、皮肤损害为首发的多见，而以抽搐为首发表现的很少见。

肾内科主任医师：患儿抽搐是高血压脑病还是狼疮脑病？高血压脑病是指血压急剧增高，出现中枢神经系统症状。多起病急，表现为剧烈头痛，频繁恶心呕吐，继之视力障碍，并有嗜睡或烦躁，严重者出现惊厥昏迷，眼底常见视网膜小动脉痉挛，有时可见视神经乳头水肿。如做腰穿检查，脑脊液是清亮的，压力及蛋白正常或略增高，细胞数正常。此患儿有抽搐，入院时测血压高，应用大剂量氟美松治疗后血压仍高，但未再抽搐，且脑脊液压力及蛋白明显增高，不支持高血压脑病。在 SLE 中 50%~60%可有神经或精神异常表现，70%~90%脑电图有异常，50%可见 CT 异常。临床轻度非特异性症状多见，表现有头痛、癫痫样发作、颅内压增高表现及精神异常，脑脊液蛋白和细胞数增高。此患儿开始按脑炎治疗，给予降颅压，大剂量氟美松治疗后患儿很快利尿，虽血压下降不明显，但精神明显好转，未再抽搐，说明激素治疗敏感，所以考虑患儿病初抽搐为 SLE 的神经系统累及。另外，SLE 女性发病率高，男性发病少，而一旦发病往往症状较重。

总结：此患儿男，起病急，以神经系统表现为首发，后才发现肾脏、心脏受损，浆膜腔积液，其他 SLE 常见表现不明显，所以最初诊断时走了弯路。故临床遇到多系统损害的患者，即使以神经系统为突出表现的病人，脑脊液又无明显炎症特点，除常规考虑颅内感染外，应考虑自身免疫性疾病，如 SLE。常规做自身抗体、补体检查，以期早期明确诊断。

(本文编辑：钟乐)