

· 临床研究报道 ·

婴幼儿结核性脑膜炎 28 例早期误诊分析

王远旭,张远告,谷勤

(桑植县人民医院,湖南 桑植 427100)

[摘要] 目的 探讨婴幼儿结核性脑膜炎误诊原因。方法 回顾 28 例结核性脑膜炎误诊病例,对误诊相关因素进行分析。结果 问诊不详细,症状、体征及脑脊液早期改变不典型,是造成误诊常见原因。结论 掌握该病早期多样化表现,注重卡介苗接种史及结核接触史,及时行相关检验,并对脑脊液动态观察,可减少误诊。

[关键词] 结核性脑膜炎;误诊;婴幼儿

[中图分类号] R529.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8830(2001)01-0106-01

我院于 1987 年至 1999 年 12 年间共收治婴幼儿结核性脑膜炎(结脑)76 例,其中早期误诊 28 例,现就误诊原因分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

28 例中男 16 例,女 12 例。年龄 6 个月 1 例,~1 岁 6 例,~2 岁 11 例,~3 岁 10 例。接种卡介苗 4 例,未接种 20 例,不详 4 例。有结核接触史 14 例,既往有肺门淋巴结核史 5 例。

1.2 临床表现

该组病例首诊时病程 3~7 d 14 例,~14 d 8 例,~21 d 6 例。主要表现:发热 8 例,惊厥 6 例,喷射状呕吐 8 例,非喷射状呕吐 6 例,腹泻 5 例,咳嗽 12 例,气促 8 例,烦躁哭闹 10 例,谵妄 6 例,嗜睡 3 例,前囟隆起并张力增高 10 例,肺部湿罗音 5 例,肌张力阵发增高 12 例,肌张力降低 1 例,脑膜刺激征阳性 8 例,病理征阳性 6 例。

1.3 并存疾病

佝偻病 6 例,贫血 7 例,营养不良 4 例,支气管肺炎 5 例,败血症 1 例,肺结核:Ⅰ型 8 例,Ⅱ型 3 例,Ⅲ型 4 例,Ⅳ型 2 例。

1.4 实验室资料

28 例先后均行脑脊液检查,首次结果:压力 > 19.6 kPa 18 例,白细胞 < 20 $\times 10^6/L$ 3 例,~50 $\times 10^6/L$ 5 例,~500 $\times 10^6/L$ 15 例,~1 000 $\times 10^6/L$ 4

例,> 1 000 $\times 10^6/L$ 1 例;蛋白 > 0.4 g/L 16 例,糖 < 2.8 mmol/L 8 例,~3.9 mmol/L 9 例;氯化物 < 111 mmol/L 9 例,~118 mmol/L 7 例,其中蛋白增高、糖及氯化物同时降低者 11 例,薄膜阳性 14 例,涂片 14 例,涂片找到抗酸杆菌 3 例。血钙 < 2.24 mmol/L 7 例,血钾 < 3.5 mmol/L 3 例,血培养金葡菌生长 1 例。结核菌素试验强阳性 16 例,阳性 8 例。

1.5 误诊疾病

急性上感并高热惊厥 8 例,佝偻病性手足搐搦症 4 例,支气管肺炎并中毒性脑病 5 例,急性胃肠炎 2 例,病脑 6 例,化脑 1 例,胃复安反应 1 例,营养不良并低钾血症 1 例。

1.6 治疗及转归

本组病例发病至确诊时间为 8~24 d,确诊后均予异烟肼、利福平、链霉素、地塞米松、甘露醇等抗结核及对症支持治疗,好转 23 例,无效或加重 4 例,死亡 1 例,住院时间 15~46 d,平均 28 d。

2 讨论

由于该年龄组小儿神经系统发育未成熟,早期囟门未闭,骨缝嵌合不牢,且多不会自诉头痛等不适,起病多急,疾病早期许多症状不典型^[1],部分患儿有并存病症而易误诊,临床常有以下因素:

症状及体征不典型:本组患儿无喷射状呕吐 20 例(71.4%),前囟无隆起或张力不高 18 例

(下转第 110 页)

[收稿日期] 2000-05-16; [修回日期] 2000-09-04

[作者简介] 王远旭(1964-),男,苗族,大学,副主任医师,儿科主任。

观察。

本组中的 19 例患儿,既往史中均无慢性胃肠道疾病存在,而胃镜检查显示其胃、十二指肠粘膜均有不同程度的充血水肿及出血点或出血斑,部分可见点状糜烂,不同于一般的慢性胃、十二指肠炎症或消化性溃疡的胃镜下表现;结合其在临床上主要表现为不同程度的腹痛、恶心、呕吐、便血、腹部不适等胃肠道症状,我们认为其与粘膜改变的病理基础可能为广泛的小血管炎,特别是毛细血管过敏性炎症,浆液性和血性液体渗出,积聚在粘膜下层,造成粘膜皱襞充血肿胀,甚至自发性出血。

本组资料显示,腹型过敏性紫癜占有病例的 61.5 %。由此,对于有明显胃肠道症状,尤其表现为阵发性腹部绞痛或便血等,而腹部体征不甚明显,使

用解痉类药物(如 654 - 2、颠茄合剂、阿托品等)不能缓解的病例,建议行胃镜检查观察胃肠粘膜改变及 HP 感染情况,亦可采用 C¹³BHT 或 C¹⁴BHT 尿素呼吸试验明确 HP 感染是否存在。阳性者有必要使用抗生素、灭滴灵和铋剂三联抗 HP 治疗以缩短病程。

[参 考 文 献]

- [1] 杜嗣廉,郑日新. 小儿胃肠道病学 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1996, 281 - 287.
- [2] Cecchi R, Torelli E. Schonlein-Henoch purpura in association with duodenal ulcer and gastric Helicobacter pylori infection [J]. J Dermatol, 1998, 25 (7): 482 - 484.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 106 页)

(64.3 %),脑膜刺激征阴性 20 例(71.4 %),阵发剧烈哭 10 例(35.7 %);脑脊液早期改变不明显 11 例(39.3 %)。

并存病症的影响:如支气管肺炎并中毒性脑病等,掩盖了结脑症状。

临床医师对本病认识不足,常满足于常见病诊断,如上感并高热惊厥等;病史问诊不详细,本组病例入院时有 11 例未问出结核接触史和卡介苗接种史;对院外治疗未全面分析,本组中有 22 例是经院外治疗后来我院的,由于已不规则用药,部分症状和体征一过性减轻或消失,如用脱水剂后,前囟张力降低等而易致误诊;临床检验不及时,28 例中胸片支持结核感染性疾病 17 例,结核菌素试验强阳性达 16 例,脑脊液一次检查具有结脑改变 11 例,不典型者经 3~14 d 后第 2 次检查又发现 17 例呈结脑改变,本组中因有 13 例未及时行有关检验而影响诊

断;过份依赖某种表现,如本组中有 2 例呈非喷射状呕吐并腹泻而误诊为“胃肠炎”。

总结分析 28 例误诊的原因,笔者认为应加深对本病的认识,临床医师必须掌握该病早期多样化表现,详细询问卡介苗接种史和结核接触史,掌握院外治疗情况,重视并存病症的影响;及时行相关检验,特别是脑脊液检查,并对不典型脑脊液作动态观察;行脑脊液结核菌培养、PCR 检测、腺苷脱氢酶与抗结核抗体测定等^[2]。这样,可使婴儿结脑误诊率进一步降低。

[参 考 文 献]

- [1] 虞佩兰,杨于嘉. 小儿脑水肿与颅内高压 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1997, 146 - 153.
- [2] 刘引,王子才. 结核性脑膜炎的诊断和治疗进展 [J]. 临床儿科杂志, 1999, 17 (4): 247 - 248.

(本文编辑:吉耕中)