

经验交流 ·

急性中毒误诊颅内感染 28 例分析

叶秀云,胡鸿文

(温州医学院育英儿童医院神经内科,浙江 * 温州 325027)

[中图分类号] R927.17 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2001)04-0423-01

急性中毒由于毒物种类繁多,起病急骤、临床表现复杂,特别是以神经系统症状为主诉时极易误诊,本文就急性中毒 28 例误诊为颅内感染进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

共 28 例(男 19 例、女 9 例),年龄 16 月~5 岁,发病时间 2~3 d;确诊时间:3 d 内 22 例,5 d 内 6 例。

1.2 临床表现

发热常为首发症状(8/28),体温最高 40.5℃,其次为头痛、呕吐(12/28),而嗜睡、昏迷、惊厥为最严重的表现(22/28),此外有步态不稳、站立不能、两眼凝视、尿失禁等。体检有病理征、脑膜刺激征阳性、平衡共济失调,此外伴肝脏肿大、呼吸节律不齐、肺部湿罗音、心律不齐或心音低钝、少尿和无尿等。

1.3 实验室检查

血白细胞升高(25/28),最高 $28.8 \times 10^9/L$ 。血清钾、钠、氯异常(12/28, 14/28, 10/28),SGPT,LDH,CPK 不同程度升高(13/28, 18/28, 23/28)。CSF 压力升高(6/28),1 例蛋白轻度升高,余均正常。EKG:S-T,T 改变(11/28),B 超肝脏肿大伴回声改变(17/28)。EEG 21 例异常,其中 5 例有痫样放电。CT 扫描有 12 例(12/19)、MRI 检查有 8 例(8/9)示不同程度、范围脑水肿。

1.4 转归

1 例原有肾病因急性肾衰死亡,其余痊愈。在 3~4 年的随访过程中有 8 例癫痫发作,3 例学习困

难,其中误诊时间 <3 d 5 例,3~5 d 6 例。

2 误诊分析

误诊率为同期住院中毒病例的 8%,其中 17 例误诊为病脑、化脑,6 例为暴发性流脑,3 例为重型乙脑,还有 2 例为结脑。毒物为氟乙酰胺 14 例,氯氮平 5 例,卡马西平 3 例,氯丙嗪 2 例,赛庚啶、奋乃静、颅痛定及白果各 1 例。

误诊原因:首先是发热、精神改变、惊厥,又有白细胞明显升高及颅脑影像学改变,或发热不明显,但有进行性意识障碍、惊厥,忽略了病情的进展和生化改变而造成误诊;其次在婴幼儿时期,往往因缺乏动机而误服毒物不易引起家长及医生的警觉;此外对药物、毒饵管理不严使接触毒物史极其隐蔽;最后临床医师对少见的毒物中毒缺乏认识。

急性中毒的早期诊断是进行有效地治疗和影响预后的关键,本组的误诊率虽然只有 8%,但误诊时间越长其远期并发症发生率就越高。根据对误诊的原因分析后认为:突然出现伴有其他系统损害的中枢神经系统症状时,应注意急性中毒的可能;高度怀疑中毒的病例应仔细、反复了解毒物接触的可能;利用现有的各种检查方法,全面、正确地认识其结果的临床意义,避免歧解以至误诊;有条件应查血药浓度或毒物鉴定以求确诊;临床医师需提高对在本地区少见毒物中毒表现的认识;原因不明和病情危急时可试用特效解毒剂改善预后。

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期] 2000-09-03; [修回日期] 2001-02-18
[作者简介] 叶秀云(1962-),男,硕士,副主任医师。