

经验交流 ·

误诊为化脓性脑膜炎的颅内疾病 11 例分析

靳宪莲

(济宁市妇女儿童医院儿科, 山东 * 济宁 272025)

[中图分类号] R512.3;R742 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2001)04-0426-01

化脓性脑膜炎(化脑)是儿科常见的颅内感染性疾病之一。在临床工作中由于某些颅内疾病的症状、体征不典型或类似化脑,有时不易鉴别而导致误诊。我院儿科近10年共收治化脑98例,其中11例被误诊。现分析报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男7例,女4例,年龄最小5d,最大11岁,急性发病4例,亚急性发病6例,缓慢起病1例。

本组病例均有发热、呕吐、哭闹、拒奶,年长儿自述头痛。意识障碍6例、抽风9例、肢体瘫痪3例。白细胞增高10例,脑脊液异常9例。

1.2 最后诊断

结核性脑膜炎(以下简称结脑)2例、硬膜外血肿3例、颅内肿瘤1例、低钙惊厥1例、新生儿颅内出血2例、病毒性脑炎2例。

2 典型病例

例1,男,9岁,反复头痛、恶心、呕吐2个月,时有眩晕、视物不清。在当地给对症治疗均能使症状减轻或消失。以上症状再次加重伴全身脓疱来本院就诊。体温38.2℃,神志清,表情淡漠,眼球震颤,双侧瞳孔等大,昂白氏反应阳性。步态呈不典型“鸭步”,肌力正常,布氏征阳性。白细胞 $21.4 \times 10^9/L$;中性0.86;淋巴0.14;脑脊液潘氏试验++,细胞数 $0.36 \times 10^6/L$;中性76%;淋巴24%,糖 $<2.5 \text{ mmol/L}$ 。诊断化脑。给大剂量抗生素,脱水利尿剂,糖皮质激素等治疗。5d后症状消失,其家长要求回家

治疗。出院2个月曾先后两次出现以上症状,同上治疗,好转停药。又因出现头痛加重,精神萎靡,行走蹒跚后再次入院。颅脑CT诊断为:小脑蚓部肿瘤。1周后病情恶化,抢救无效死亡。

例2,男,4岁。发热咳嗽4d,昏睡、一侧肢体抽动4h入院。体温39℃,双侧瞳孔放大,光反射迟钝;心率80次/min;呼吸深而慢;两肺闻及湿罗音;脑膜刺激征阳性,四肢肌张力增强。白细胞 $16 \times 10^9/L$;中性0.80;淋巴0.20。腰穿未成功。诊断支气管肺炎并化脑。治疗3d后体温正常;肺部罗音消失。但出现频繁抽搐,两侧瞳孔不等大,右半侧肌力明显减退,腱反射消失,逐渐进入昏迷状态。反复追问病史,入院前患有从自行车后座上仰面摔地史。入院第9天颅脑CT诊断:颅内出血,硬膜外血肿。

例3,男,3.5岁。发热、哭闹、呕吐3d,阵发性抽搐1d。体温39.4℃,精神萎靡;双侧外耳道有脓液。克氏征、布氏征均阳性。周围血象增高;CSF蛋白定性++;白细胞 $0.8 \times 10^6/L$;淋巴40%中性60%;糖2.7 mmol/L;氯化物20.6 mmol/L。诊断化脑。治疗两周后仍不规则发热,精神萎靡、昏睡、抽搐频繁。追问病史,方知患儿有结核密切接触史,一月前即有精神状态改变。再次复查CSF白细胞 $0.31 \times 10^6/L$,中性26%,淋巴74%,糖及氯化物明显减少;薄膜实验阳性;血沉46 mm/h;耐酸染色找到结核杆菌,确诊结脑。抗痨治疗1个月后症状消失,住院78d出院,继续治疗1.5年,随访2年无复发。

3 误诊原因分析

疏忽,遗漏重要病史,例1于第1次就诊时已出

(下转第428页)

[收稿日期] 2000-12-15; [修回日期] 2001-04-24
[作者简介] 靳宪莲(1953-),女,大学,副主任医师,科主任。

展,即皮疹呈离心性。其脑炎表现往往发生于出疹后2~8 d,也可在出疹前或麻疹恢复期出现。属传染后脑炎,也可能是麻疹病毒直接侵入中枢所致。麻疹脑炎昏迷及抽搐发生率高,严重者甚至发生呼吸衰竭,脑电图异常为必然现象,脑脊液中蛋白可轻度升高,少数脑脊液可正常。脑炎早期症状轻重与预后无联系性,约50%的患儿可以完全康复,约30%的患儿发生轻度痉挛性瘫痪及智力迟缓等后遗症,病死率约为20%。本病例临床表现、皮疹特点及并发脑炎符合异型麻疹的演变过程。患儿没出现昏迷及抽搐等表现,而是表现为声嘶、咳嗽、吞咽困难等延髓受累现象及下肢肌力降低,病理反射阳性,脑脊液蛋白轻度升高,脑电图轻度异常。经我院10 d治疗后延髓受累现象消失,肌力、脑电图等恢复正常,病理反射消失,预后良好,这可能与本例患儿在

出生后8月时曾接种过麻疹疫苗,及早诊治和医疗水平的提高等综合因素密切相关。

近年来发现麻疹病毒有变异,其抗原非单一而稳定,经分子生物学研究,在分析编码蛋白N末端155号氨基酸的455个核苷酸片段时发现,不同的流行时间和地点的病毒株可分为4个亚群:从病毒血凝素抗原电泳迁移率分析,可分为3种:L(82 K),M(80 K)和S(78 K)。从而在病原学和分子生物学水平方面也证明:麻疹疫苗不能预防其变异型麻疹病毒。临床上对已接种过灭活疫苗的儿童要引起重视,不能轻易认为已接种过灭活疫苗的儿童不会再次感染麻疹病毒,要注意其有感染变异麻疹病毒的可能。

(本文编辑:吉耕中)

(上接第426页)

现眩晕及视力模糊,视力改变易被家长忽略,颅内肿瘤有此叙述者不到40%^[1],而有眼底改变者占80%^[1]。由于接诊医生仅限于主要症状体征即作出了诊断,忽略了视觉障碍的重要病史,而未能及时作眼底及其他检查致延误诊断3个月。例2在病情恶化,出现定位体征后追问病史方知有头部外伤史。例3治疗两周病情加重才注意病史。以上说明由于临床医生未能详细询问病史及接触史而放弃了可疑线索,是导致误诊的主要原因。有时则为家属根本不知病史,本组5例脑出血其中3例有外伤史,因保姆怕家长埋怨而隐瞒了病史。诊断时除结合临床认真分析,应反复追问病史。

孤立看就诊时的主要症状,疏忽特殊体征。本组11例几乎都有此因素。例1有眩晕、视力改变;例2有呼吸改变、一侧肢体抽动;例3有精神状态改变;还有患儿出现哭声尖叫及眼球震颤等症状。这些单用化脑均不好解释的症状体征,却是颅内疾病鉴别诊断比较特异的依据。因未能纵观病史及时作出有关检查而致误诊。

鉴别诊断时思路狭窄。以发热、头痛、呕吐及惊厥为主要症状的病例,往往根据1次CSF检查异常

首先考虑小儿常见的颅内感染。对颅内疾病缺乏认识,警惕性不高,并对神经系统的症状体征不能进行全面分析。本组2例结脑均因就诊时CSF改变不典型,类似化脑而致误诊。结脑CSF中性粒细胞超过50%者仅见于早期病例,绝大多数以淋巴为主,可达70%~80%^[1]。化脑病变主要在大脑顶部,临床少见颅神经受损。如能掌握了颅压增高的病因和疾病特点,动态观察CSF正确分析病史则诊断不难。

原发病或继发病掩盖病史而误诊。本组有6例在脑病症状出现前有感染病史。其中2例在入院时仍存在感染灶,医生沿以上诊断思路发展,以致误诊。提示我们虽有确实诊断依据,病情突变仍应注意意外的可能。综上所述,误诊原因种种,病史不清是关键。对一些发热伴神经系统症状的病例仅满足于现有的病史而仓促诊断则多误诊漏诊,对病情突变及临床变化难以解释时,尤应警惕。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳,等.实用儿科学下册[M].北京:人民卫生出版社,1996,2209,2010,947.

(本文编辑:吉耕中)