

疑难病例讨论

反复发热 头疼 呕吐 左下肢疼痛

周艳

(江苏省人民医院儿科, 江苏 南京 210029)

[中图分类号] R441 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2002)06-0549-03

1 病历资料

患儿,男,6岁,因反复发热、头痛2年,左下肢疼痛5d入院。患儿于2年前(1999年7月)因发热、头疼、呕吐在当地医院诊断为“化脓性脑膜炎”,用“青霉素+氯霉素”治疗21d后“痊愈”出院。2000年2月、5月、10月3次因头痛、呕吐在当地医院住院,腰穿证实为化脓性脑膜炎,用“青霉素+氯霉素”治疗后“痊愈”出院。2001年2月、5月两次因左下肢疼痛,后出现发热、头疼、呕吐再次在当地医院住院治疗,均经腰穿证实为化脓性脑膜炎,治疗后症状消失出院,疾病缓解期间患儿一切如常。患儿系G₁P₁,足月顺产,出生时无产伤及窒息,既往健康,家族中无类似病史。体查:体温38℃,心率80次/min,血压116/60 mmHg,呼吸28次/min,体重26 kg,神志清楚,发育营养不良,自动体位,检查合作。全身皮肤粘膜无黄染,无出血点、无瘀斑。浅表淋巴结不肿大。头颅无畸形。眼睑无浮肿,巩膜无黄染,两侧瞳孔等大等圆,对光反射存在。颈部有抵抗,自发性角弓反张。胸廓无畸形,心肺无异常。腹软,肝肋下1 cm,脾未及。脊柱无畸形,四肢无红肿,肌张力正常,左下肢活动受限。克氏征(+),布氏征(+),双侧巴氏征(-)。实验室检查:血常规:RBC $4.81 \times 10^{12}/L$, Hb 117 g/L, WBC $6.9 \times 10^9/L$, N 0.66, L 0.34, PLT $256 \times 10^9/L$ 。脑脊液常规:浑浊,潘氏试验(+),糖半定量试验 $>0 \sim 0.10$ g/L,细胞计数 $12\,000/mm^3$ (分类:多核90%,单核10%);脑脊液生化:Glu 0.7 mmol/L, Pro 3.0 g/L, Cl 112.4 mmol/L;肝、肾功能,血电解质,血脂分析均正常。脑脊液培养:未见细菌生长。胸片正常。腰椎正侧位片:腰椎弧度正常,椎间隙正常,椎体未见

明显骨质增生或破坏。头颅CT正常。头颅MRI影像所见:头颅轴位T₁WI, T₂WI, 冠状位及矢状位T₁WI平扫, 所见大脑、小脑、脑干及垂体形态及大小正常, 未见明显信号影, 脑沟脑回存在, 脑室系统无扩张, 中线结构居中。头颅MRA示: 颅内诸大动脉及其大分支显示尚清, 所见血管未见明显扩张及狭窄。

治疗经过:入院后予西力欣治疗,7d后临床症状消失,腰穿复查脑脊液未见好转,穿刺后第二天患儿再次出现高热、头疼、呕吐及颈项强直。

2 讨论

进修医师:患儿起病两年,2年内6次化脓性脑膜炎,第一次起病表现为发热、头疼、呕吐,后3次起病表现为左下肢疼痛,继之出现发热、头疼、呕吐,脑脊液常规细胞计数明显增加,以多核为主,蛋白定量增加,脑脊液细菌培养未见细菌生长。为明确诊断应积极寻找病因:①是否免疫功能缺陷,但患儿细胞免疫及体液免疫功能检测均正常,且发病前一般情况良好;②先天性解剖结构异常,如脑脊液漏、鼻漏、耳漏等常导致化脑反复,但患儿平时无此表现,发病前亦无外伤史;③邻近皮肤感染、鼻窦炎、中耳炎等也常导致化脑,经五官科、骨科等科室会诊均未发现异常情况;④是否有皮肤窦道的存在,尤其是脊柱外侧的皮肤,该患儿无此表现,腰椎X线片未见脊柱隐性裂;⑤耐甲氧西林金黄色葡萄球菌或耐青霉素肺炎链球菌所致的化脓性脑膜炎,由于耐药使细菌不易清除或清除不彻底,反复发作导致化脓性脑膜炎。

主治医师:患儿第一次起病表现为发热、头疼、呕吐,后3次起病表现为左下肢疼痛,似有定位或压迫症状,此次入院后胸片、腰椎正侧位片、头颅CT、

[收稿日期] 2002-05-11; [修回日期] 2002-08-13
[作者简介] 周艳(1966-),女,硕士,主治医师。

头颅 MRI 及血常规均正常,脑脊液培养阴性,仅脑脊液常规、生化提示化脑改变,故予西力欣治疗,7 d 后临床症状消失,但复查脑脊液未见好转,且穿刺后第二天患儿再次出现高热、头疼、呕吐及颈项强直,根据临床表现考虑硬脊膜下脓肿可能性大。其发生时间可能是在第一次化脓性脑膜炎起病腰穿时损伤硬脊膜,使细菌在局部定植、生长,抗生素治疗时未能将细菌全部杀灭,使硬脊膜损伤部位仍残留部分细菌,经白细胞浸润、纤维素包裹形成脓肿。细菌在脓肿内不断繁殖,最终脓肿破溃使化脓性脑膜炎复发。再次治疗虽将脑脊液中细菌清除、临床症状缓解,但脓肿内细菌未能全部清除,并再次形成包裹。经过一段临床缓解期后,脓肿再次破溃,化脓性脑膜炎复发,如此反复发作使包膜逐渐增厚、脓肿逐渐增大,故在第4次以后出现定位症状。但硬脊膜下脓肿要与隐球菌性脑膜炎和 Mollaret 脑膜炎相鉴别。隐球菌性脑膜炎在临床并不多见,在儿童更为少见,其特点是起病缓慢,常有导致免疫功能低下的原发病,常以头痛为首发症状,伴有中枢神经系统感染的其它症状,家中或附近常有养鸽者;体检:脑膜刺激症明显,颈项强直,克氏征阳性。腰穿是诊断的关键,脑脊液离心取沉淀作涂片墨汁染色可见隐球菌。但该患儿脑脊液多次找隐球菌阴性,不支持隐球菌脑膜炎诊断。Mollaret 脑膜炎为一病因不明的少见病,以良性、反复性为特点,表现为发作性发热、头痛呕吐及颈强直,克、布氏征阳性,有时伴有癫痫大发作、晕厥、一过性视力及语言障碍、暂时性面瘫、复视、严重者昏迷,多突然发作,数小时达高峰,每次发作持续较短,约 3~7 d 后症状消失,两次发作期间无任何异常,脑脊液中发现大单核细胞称 Mollaret 细胞是确诊的依据。该患儿临床症状与此很相似,但脑脊液检查以中性细胞为主,不支持此病的诊断。

主任医师:硬脊膜下脓肿是椎管内硬脊膜下局限性化脓性炎症,常表现为脊膜压迫或神经根刺激症状。本病在儿童罕见。绝大多数继发于化脓性脑膜炎。病原菌多数为金黄色葡萄球菌,少数可为肺炎链球菌或链球菌等。其发生发展大致可分为3期:①急性化脓性脑膜炎期:感染致硬膜炎,由于腰穿损伤或消毒不严,使局部小血管产生了脓毒性静脉炎或被感染栓子附着;②化脓期:炎性坏死与肉芽组织并存;③包膜形成:病变逐渐局限而形成包膜,一般 1~2 周可初步形成,3~8 周形成良好,但由于脓腔内细菌繁殖,可使包膜破坏,脓肿破溃,而形成化脓性脑膜炎,或由于腰穿刺破包膜而出现化脓性脑膜炎。X 线平片及 CT 不能显示椎管内病

变,而 MRI 能明确显示椎管内硬脊膜外脓肿或硬脊膜下脓肿的位置、范围、大小和程度,是首选的检查手段。一旦确诊本病,应行急诊手术,彻底清除脓肿,术中用抗生素反复冲洗,脓液应作细菌培养和药物敏感性试验,术后应静脉点滴大剂量抗生素才能控制感染。由于该患儿入院后经治疗临床症状好转,但腰穿脑脊液复查仍未见好转,且腰穿后第二天患儿症状又加重,故应考虑本病,进一步检查腰椎 MRI。MRI 报告提示:腰椎矢状位 T_1WI 、 T_2WI 、静注造影剂后矢状位、冠状位、轴位 T_1WI ,腰椎生理曲度正常, L_2-3 椎间隙水平脊髓后方硬膜下长 T_1 、长 T_2 异常信号,大小约 $1.8 \times 1.2 \times 1.0$ cm,病灶内似有分隔,邻近蛛网膜下腔增宽,马尾不均匀增粗,结构紊乱,并受压移位,静注造影剂后病灶边缘强化,上方明显。圆锥下方脊髓呈分叉状;初步诊断: L_2-3 水平异常占位病灶,结合病史考虑脓肿或肉芽肿。见图 1。由于本病在儿童罕见,在临床工作中不能及时想到,以至将该患儿在长达 2 年时间里的 6 次化脓性脑膜炎复发孤立开来,延误了诊治,增加了病人的痛苦及负担。因此,今后工作中如遇到化脓性脑膜炎经正规治疗而多次复发者应考虑硬脊膜下脓肿可能,及时检查腰椎 MRI。在对常见病诊治的同时应注意对少见病的思考,以免误诊。



图 1 MRI 增强示 L_2-3 椎间隙水平脊髓后方硬膜下长 T_1 、长 T_2 异常信号,病灶边缘强化,上方明显。

放射科医师:临床上根据疾病进程将硬脊膜下脓肿分为急性、亚急性与慢性 3 型,这种分型与病理所见的脓液量及肉芽组织多少并不完全成比例。根据 MRI 表现可将本病分为脓腔型和肉芽肿型,脊髓受累作为伴随病列入诊断。这不但有利于指导治疗方法的选择,因其同时显示了脊髓受累的情况,亦有利于预后的估计。小脓腔型多见于感染早期,小脓

腔均呈长 T1、长 T2 信号,平扫难以发现脓腔及其位置和大小;增强扫描见充血、水肿区强化,小脓腔不强化,可清晰显示其特征。因此,平扫怀疑硬脊膜下脓肿,及时行增强扫描是非常必要的。肉芽肿型表现为硬脊膜下占位病变,其中无脓腔或脓腔甚小而不能显示。MRI 难与其他硬脊膜下占位病变区

别。总之,MRI 特别是 MR 增强扫描对硬脊膜外脓肿的诊断及分类具有重要价值。

该病儿确诊为硬脊膜下脓肿后回当地医院经外科手术清除脓肿,随访 10 月,健康状况良好,未再有化脓性脑膜炎发生。

(本文编辑:俞燕)

· 消息 ·

《实用医学杂志》征订征稿启事

《实用医学杂志》创刊于 1972 年,至今已有 30 年的办刊历史。本刊现为国家科技部核心期刊、国内各大专业数据库的来源期刊、广东省第二届、第三届优秀期刊。本刊设有:述评、专题笔谈、基础研究、临床研究、临床总结、药物与临床、检验与临床、中医中药、综述、讲座、医院管理、短篇报道、临床护理、病例报告等栏目。本刊以中级及中级以上临床医生为主要读者对象,提高与普及相结合,突出临床实用性,面向全国征稿,国内外发行。本刊现为月刊,刊号:ISSN 1006-5725 CN 44-1193/R,国内邮发代号:46-44,每期定价 8 元,每年订价 96 元,可在当地邮局订阅或直接汇款至本刊编辑部办理邮购(免邮寄费)。地址:广州惠福西路进步里 2 号之 4《实用医学杂志》编辑部,邮编:510180,电话:020-8182080,Email:LQ4644@163.net。