

病例报告 ·

青少年肺炎支原体肺炎并发脑膜炎 1 例报告

欧阳珊¹, 杨于嘉²

(中南大学湘雅医院 1. 神经科; 2. 儿科, 湖南 长沙 410008)

[中图分类号] R375; R512.3 [文献标识码] E

1 病例报告

患者, 女, 16岁, 2月前因畏寒、微热、咽痛、干咳3 d后高热、头痛、呕吐住外院, 入院后发现脑膜刺激征行腰穿脑脊液(CSF)检查, 诊断为结核性脑膜炎(结脑), 用抗痨、抗炎、降颅压、激素等治疗, 12 d后体温正常, 头痛好转, 住院4周带抗痨、护肝药出院, 1周后恢复学习。因家长对需服用1年抗痨药有顾虑, 于出院1月后来我院门诊要求确诊及治疗。

患者来我科门诊时, 主诉偶有轻微头痛, 无其他不适, 无发热、盗汗、呕吐等症状, 食欲可。检查: 一般情况可, 脑膜刺激征(-), 眼底检查双视乳头水肿, 突起约3~4 D, 静脉怒张、淤血, 视力(远、近)均正常; 脑电图检查弥漫性 θ 波较多, 轻-中度异常, 提示脑压仍高, 脑部病变并未痊愈。

回顾在外院3次CSF检查, 压力均高(首次滴速快未测压, 后2次为300及190 mmH₂O), 均无色透明, 白细胞分别为 $70 \times 10^6/L$, $32 \times 10^6/L$, $14 \times 10^6/L$ (首次分类单核占72%), 蛋白定量分别为820 mg/L, 495 mg/L, 363 mg/L, 糖及氯化物均正常, 涂片均未查到隐球菌及抗酸菌。血WBC首次 $10.6 \times 10^9/L$, N 0.83, 以后复查多次正常。肝功能检查胆红素增高, 20 d后复查正常。血沉3 mm/h, 血培养、肥达氏反应、抗“O”、狼疮全套均(-)。胸片见两肺纹理增多、增粗, 以双下肺明显, 双肋膈角似稍变钝, 腹部B超肝胆胰脾(-), 头部CT(-), ECG窦性心动过速, 2次PPD 1 10 000(-)。在院期间先用丁胺卡那及头孢曲松钠静脉滴注2 d, 以后用头孢噻肟钠及抗痨药物(雷米封、PAS、利福平)和地塞米松、甘露醇治疗共17 d。

在我院门诊就诊后予以口服降颅压药(双氢克

尿塞、50%甘油)并护脑护肝治疗, 做血病毒免疫检查(包括单纯疱疹、巨细胞、EB及腺病毒)均(-), 头部MRI(-), 再次PPD 1 10 000及1 2 000均(-), 胸片复查肺已清晰、肋角浅钝, 血肺炎支原体免疫检查IgG(+) IgM(-), 1月后CSF压力(125 mmH₂O)常规生化正常(WBC $2 \times 10^6/L$, 蛋白230 mg/L)。细胞学检查细胞轻度增加, 以淋巴细胞和激活型淋巴细胞为主, 少数单核细胞, 涂片隐球菌、抗酸菌均(-), CSF肺炎支原体IgG(+) IgM(-), 肺炎支原体培养(-), 结核培养(-)。随即用阿奇霉素治疗, 头9 d用0.5 g, 1次/d, 患者有轻微腹泻, 停5 d后改为0.375 g, 1次/d, 用12 d, 未再腹泻, 共用药3周。治疗结束复查眼底视乳头水肿已消失, EEG好转, 慢波稍多为轻度异常。停用抗痨治疗, 随访半年患者无异常。

2 讨论

本例诊断结脑的证据不足, 无肺或其他部位结核病史, 体质好, 起病较快, 无明显消瘦、盗汗等中毒症状, 胸片改变不支持结核, 因结核病灶多在肺上部, 此例病变弥散、大片且在下部, PPD检查4次包括1 2 000均阴性, CSF糖、氯正常也不支持结脑, 4次涂片及1次培养均未查到结核菌, 且抗痨治疗后症状、体征及CSF恢复太快, 因此要考虑病毒或其他少见的病原体致病的可能。病毒性脑膜炎是常见病, 症状体征类似, CSF糖、氯亦不降低, 好转也较快, 但本例病毒免疫检查常见的数种均阴性, 未获依据。本例胸片呈非典型肺炎改变, 而这种肺炎致病原多为肺炎支原体, 文献提及肺炎支原体肺炎约0.1%累及中枢神经系统, 可引起脑膜炎或脑炎, 住院者脑部并发症可高达7%^[1], 6~12岁较多, 本例

查血肺炎支原体 IgG 阳性后,又从 CSF 查到同样结果,说明是近期感染,因此肺炎支原体感染并发脑膜炎证据充分。患者虽未用抗支原体特效药红霉素类,病情即开始好转,可能为症状自限所致,但与用了利福平及激素也有关,因有报道对此病重型者加利福平及激素有效^[2]。为了彻底治疗本例应用了比红霉素疗效更优的阿奇霉素^[3],因本例有脑部病变,且眼底水肿,脑电异常在 2 月后还存在,目前主张重症用药不少于 2~3 周^[4],故选用了 3 周长疗程,本例近期疗效可,远期疗效还值得随访观察,此外提高机体免疫功能也很重要。

我们认为凡是临床上病原未明的脑膜炎和/或脑炎,尽管通过抗病毒、抗细菌、抗结核等治疗已好转,而症状、体征、CSF 不典型的儿童或青少年患者应尽量争取作肺炎支原体抗体免疫检查。对有肺部感染合并脑部炎症者送检血和 CSF 查支原体抗原

或抗体更属必要。由于结脑用抗痨药需时长达 1 年,可能导致肝或周围神经、视力等损害,故诊断应重证据及慎重。

[参 考 文 献]

- [1] Koskiniemi M. CNS manifestations associated with Mycoplasma pneumoniae infections: Summary of cases at the university of Helsinki and review [J]. Clin Infect Dis, 1993, 17 (Suppl 1): S52 - 57.
- [2] 顾苓. 肺炎支原体感染 [A]. 见:袁承文. 儿科诊断治疗学 [M]. 北京:中国医药科技出版社,1994, 282 - 283.
- [3] 杨藻震. 药理学和药物治疗学下册 [M]. 北京:人民卫生出版社,2000, 1572 - 1584.
- [4] 余孝良. 儿科诊疗精粹 [M]. 北京:人民卫生出版社,2001, 159 - 160.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 558 页)

蛋白)有关,故可以认为自身免疫亦在发作性睡病的形成机制中起重要作用。

本病在儿童时期,并不少见,要充分认识到儿童发作性睡病是睡眠障碍,年龄越小,对患儿的智力影响越大,早期诊断,早期治疗,尤为重要,要引起足够的重视。

[参 考 文 献]

- [1] 江帆,颜崇淮,沈晓明. 儿童睡眠障碍的研究进展 [J]. 国外医

学儿科学分册,2000, 27(3): 139 - 143.

- [2] 史玉泉. 实用神经病学 [M]. 第 2 版. 上海:上海科学技术出版社,1994, 1127.
- [3] Kotagal S. Narcolepsy in children [J]. Semin Pediatric Neurol, 1996, 3(1): 36 - 43.
- [4] Mignot E, Tafti M, Dement WC, et al. Narcolepsy and immunity [J]. Adv Neuroimmunol, 1995, 5(1): 23 - 27.

(本文编辑:吉耕中)