

· 病例报告 ·

先天性结核 2 例

卢伟能, 周伟, 赖剑蒲, 陆玲, 陈克正

(广州市儿童医院新生儿科, 广东 广州 510120)

[中图分类号] R529.9 [文献标识码] E

先天性结核是由于母亲患有结核病, 结核杆菌通过胎盘传染胎儿, 多于生后 2 周内发病, 但临床诊断困难, 生前易误诊, 多于死后尸检时发现。据不完全统计国内迄今报道 40 余例^[1,2]。我院自 2000 年以来确诊 2 例先天性结核, 现分析如下。

1 临床资料

例 1, 男, 50 d, 因“发热 1 月, 咳嗽 19 d”入院。母孕期健康, 父母均否认结核病史。体格检查: 体温 40.1℃, 心率 220 次/min, 呼吸 120 次/min, 血压 90/55 mmHg; 体重 3.5 kg。反应差、皮肤稍苍白, 可见吸气三凹征。前囟较饱满, 头罩吸氧下无发绀, 颈无抵抗。双肺呼吸音增粗, 可闻及较多细湿啰音, 心率 220 次/min, 未闻及杂音。肝右肋下 3.5 cm, 质中, 脾未及。四肢肌张力正常, 各生理反射未引出。辅助检查: 多次胸部 X 线检查提示双肺透亮度减低, 肺纹理模糊, 肺内见较多斑片状密度增高影, 部分融合成片; 腹部未见异常 X 线征。多次血常规检查白细胞 $2.8 \sim 10.3 \times 10^9/L$, 分类以淋巴细胞为主; 血红蛋白 74~90 g/L; 血小板 $85 \sim 47 \times 10^9/L$; 生化常规: 谷丙转氨酶 (ALT) 297 U/L, 谷草转氨酶 (AST) 189 U/L, 碱性磷酸酶 (ALP) 139 U/L, γ -谷氨酰转氨酶 (GGT) 471 U/L, 总蛋白 (TP) 43.0 g/L, 清蛋白 (ALB) 19.7 g/L, 总胆红素 (TBIL) 31.8 $\mu\text{mol/L}$, 直接胆红素 (DBIL) 17.1 $\mu\text{mol/L}$, 肌酸肌酶同工酶 (CK-MB) 122 U/L, 乳酸脱氢酶 (LDH) 395 U/L。血 D-二聚体 300 $\mu\text{g/L}$ (正常 < 200 $\mu\text{g/L}$); CRP 136 mg/L; ESR 6 mm/h; TORCH (-)。血及痰培养无细菌生长; 痰及胃液沉渣涂片未找到抗酸杆菌。骨髓检查: 感染增生性骨髓像。住院经过: 入院后数小时即予机械辅助通气, 并予青霉素, 舒普深抗感染及有关对症处理, 病情未能得到控制, 出现尿少, 全身硬

肿。入院第 4 天, 患儿家长要求放弃呼吸机治疗, 撤机后 1 h 儿死亡。病理解剖诊断: ①新生儿血行播散性结核病, 双肺大小不等干酪样坏死灶, 肝、脾、肾、肾上腺、骨髓、小肠均见坏死灶, 其中肺内坏死灶见大量抗酸染色阳性的结核杆菌; ②反应性脑膜炎; ③胸腺重度退化。

例 2, 男, 28 d, 因“咳嗽 7 d, 发热 4 d”入院。曾以“新生儿肺炎”在当地住院治疗 4 d 无改善而转至我院。母孕期健康, 父母均否认结核病史。体格检查: 体温 38.5℃, 心率 160 次/min, 呼吸 70 次/min, 血压 90/53 mmHg, 体重 3.75 kg。反应差, 皮肤巩膜无黄染。前囟 1.5 cm × 1.5 cm, 平坦。心律齐, 无病理性杂音。呼吸促, 双肺呼吸音增粗, 未闻及干湿性罗音。肝右肋缘下 5 cm, 脾左肋缘下 1 cm, 均质软。各生理反射可引出。辅助检查: 多次胸部 X 线检查提示双肺野散在较多沿支气管分布小结节团块状模糊影, 肺纹理粗; 腹部 X 线片示肠曲与腹壁距离增宽, 双侧腹脂线不清。多次血常规检查: 白细胞 $2.1 \sim 4.2 \times 10^9/L$, 核左移, 个别中性粒细胞有中毒颗粒, 血红蛋白 82~94 g/L, 血小板 $40 \sim 96 \times 10^9/L$ 。血生化常规: ALT 46 U/L, AST 255 U/L, GGT 114 U/L, TBIL 106.9 $\mu\text{mol/L}$, DBIL 58.1 U/L, CK-MB 55 U/L, LDH 1 995 U/L。脑脊液常规: 淡黄色, 清, 蛋白定性微量, 白细胞 $42 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.10, 淋巴细胞 0.90。脑脊液生化: 葡萄糖 3.5 mmol/L, 氯化物 97.6 mmol/L, 蛋白 0.38 g/L。D-二聚体 1 000 $\mu\text{g/L}$ 。TORCH 5 项除 CMV-IgM 阳性, 余阴性。血培养无细菌生长。痰培养无致病性球杆菌生长。住院经过: 入院后予吸氧, 抗感染及有关对症处理。入院第 3 天下午患儿出现紫绀, 气道吸出大量粘稠胶冻样分泌物, 且精神萎靡, 肤色灰白, 颈有抵抗, 呼吸节律不规则, 心音低钝, 四肢肌张力增高, 但未见抽搐, 四肢末端冷。入院第 4 日凌晨 1 时

[收稿日期] 2004-11-28; [修回日期] 2005-04-07

[作者简介] 卢伟能 (1976-), 男, 大学, 医师。主攻方向: 新生儿重症监护与治疗。

呼吸心跳减慢至停止,经抢救无效死亡,住院 60 h。病理剖解诊断:①全身血源播散性结核病;②间质性肺炎;③脑水肿,结核性脑膜炎;④胸腺慢性退化;⑤淋巴结消化道淋巴滤泡熄灭;抗酸染色:坏死灶内见大量结核杆菌。

2 讨论

先天性结核比较罕见,其病原体主要为人型结核杆菌,而牛型结核杆菌和非典型分支杆菌感染也有报告。此病在新生儿不经抗结核治疗极可能导致患儿死亡,因而需引起高度重视。通常仅有肺结核的母亲不会引起宫内感染,但孕母可为无症状或是亚临床经过的生殖器结核。其感染途径考虑为:①胎盘结核,可通过脐静脉感染胎儿,大量结核杆菌经脐静脉进入肝脏,引起肝原发综合征,少数为结核杆菌经脐静脉进入静脉导管,经右心房入肺引起肺原发综合征,或结核胎盘破裂引起结核性羊膜炎,胎儿吸入羊水致病,常导致胎儿严重感染甚至死亡;②产程中通过产道时吸入结核杆菌污染的分泌物。

先天性结核具有明显的干酪样坏死且免疫抑制及缺乏细胞反应。病理可见各脏器有干酪样坏死灶,胸腺退化,周围炎症细胞反应低下^[3],这在例 1 的尸解病理结果中均可看到。引起这种改变的原因,是因为机体对结核杆菌的代谢产物发生过敏免疫反应及机体免疫性血管炎性反应,导致胸腺发育不良,免疫极度抑制,抵抗力低下,从而出现全身各脏器粟粒性结核。

先天性结核的症状一般在出生时或直至生后 8 周才表现出来,平均在 2~4 周。可表现为发热,呼吸窘迫,肝脾大,烦躁,以及其他神经系统症状,但无特异性。

在临床诊断方面,因先天性结核无特异临床表现,须提高警惕,否则容易造成误诊漏诊^[4]。结合

本文病例,有如下体会:①对出生 2 个月以内的小儿,以长时间发热,肺炎,肝脾大为主要临床表现,应用多种抗生素治疗无效的病例,应警惕本病的可能;②应详细询问病史,尤其是其母亲在妊娠后期的结核病史,孕期有结核病史的,结合临床表现,小儿患先天性结核的可能性极大,但因可经由无症状或是亚临床经过的孕母生殖器结核感染,而问不出明确的孕母结核病史,本文 2 例即如此;③X 线是诊断本病的重要依据,应动态观察,不可过分依赖首次胸片的结果,并应提高对不典型结核 X 线片的阅读水平。例 1 多次胸片检查均类似“支气管肺炎”表现,例 2 在转入我院时(生后 1 周)胸片已类似“急性粟粒性肺结核”改变,但由于病情进展迅速,尚未能进行抗结核治疗患儿即已死亡;④各种培养中未能找到细菌病原体,但脑脊液中淋巴细胞增高,亦须注意;⑤新生儿期免疫系统尚未发育完善,在新感染后 2~10 周内尚未产生变态反应,另在重症结核时,OT 试验也可呈阴性,因此当 OT 试验及结核抗体等检测呈阴性时,并不能排除结核的可能性;⑥在未排除结核感染时,不应首选抑制结核的中西药物,以免掩盖病情,而诊断性治疗也是一种诊断手段。

先天性结核的病死率很高,早期诊断,及时进行抗结核治疗非常重要。

[参 考 文 献]

- [1] 章培峰. 先天性结核病若干文献复习[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1986, 9(2): 116-118.
- [2] 高宝辉, 姚荣欣, 赵志光. 先天性无反应性结核病 3 例临床尸检分析[J]. 中国实用儿科杂志, 2004, 19(5): 299-230.
- [3] 陈克正. 先天性结核[J]. 小儿急救医学, 2003, 10(1): 50-51.
- [4] Adhikari M, Pillay T, Pillay DG. Tuberculosis in the newborn: an emerging disease[J]. Pediatr Infect Dis J, 1997, 16(12): 1108-1112.

(本文编辑:吉耕中)