

· 临床经验 ·

轻度胃肠炎伴发良性婴幼儿惊厥 26 例临床分析与随访

陈英才, 赵红立, 刘晓阳

(大庆油田总医院, 黑龙江 大庆 163001)

[中图分类号] R725.7 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2007)03-0255-02

轻度胃肠炎伴发良性婴幼儿惊厥(benign infantile convulsions associated with mild gastroenteritis, BICE)近年已经引起了国内学者的注意。目前大多数学者均认为 BICE 是婴幼儿在急性胃肠炎感染的状态下, 惊厥阈降低而出现的与状态相关的发作^[1], 本文对自 2004 年 1 月至 2006 年 1 月在我院儿科住院的 26 例急性胃肠炎合并惊厥的患儿进行临床分析和出院后随访, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象

对 2004 年 1 月至 2006 年 1 月两年间, 在我院儿科因急性胃肠炎(gastroenteritis, GE)合并惊厥的住院患儿发病情况进行观察, 分析 BICE 发病情况。包括临床表现、实验室检查结果及门诊随访、电话随访。

1.2 BICE 在胃肠炎患儿中的发病情况

在研究期内共有 431 例 GE 患儿住院, 其中 26 例符合 BICE 的诊断标准^[1-3], 发病率为 6.03%, 男 8 例, 女 18 例; 均为无热惊厥。

1.3 发病季节及年龄

1~3 月份 5 例, 4~6 月份 5 例, 7~9 月份 4 例, 10~12 月份 12 例; 全年均有发病。发病年龄 <3 个月 1 例, 3 个月~3 例, 6 个月~1 例, 12 个月~10 例, 18 个月~12 例, >24 个月 1 例。其中年龄最小 2 个月, 最大 27 个月, 1~2 岁患儿最多, 共 22 例(占 84.6%)。

1.4 惊厥发作次数、形式、发生和持续时间

惊厥发生于 GE 后第 1 天者 4 例, 第 2 天者 14 例, 第 3 天者 5 例, 第 4 天者 2 例, 第 5 天者 1 例, 以发病后 3 d 以内最多共 23 例(占 88.5%), 所有病

例 5 d 后无发作。发作次数: 发作 1 次 10 例, 2 次 8 例, 3 次 4 例, 4 次 2 例, 6 次 1 例, 8 次 1 例。以发作 1~3 次者最多, 共 22 例(占 84.6%), 平均惊厥次数为 2.3 次。发作形式表现为全身强直阵挛性发作 19 例, 部分性发作 7 例; 惊厥持续时间, 从 30 秒到 10 余分钟不等。

1.5 腹泻次数

1~2 次/日 6 例, 3 次/日 3 例, 4 次/日 5 例, 5 次/日 4 例, 6 次/日 3 例, 8 次以上/日 5 例。

1.6 脑电图和头部 CT 改变

26 例患儿中有 25 例做常规脑电图, 1 例未做, 脑电图背景均正常, 其中有 5 例在正常背景下可见散在尖波, 棘波, 尖慢波发放。做视频脑电图监测者 4 例, 均未见痫波发放。26 例患儿均做头部 CT, 有 2 例头部 CT 异常, 1 例脑沟回略增宽; 1 例双侧颞顶蛛网膜下腔增宽, 两例患儿 1 岁时复查均恢复正常。

1.7 其他实验室检查

所有患者均做血气、血清电解质、血糖、肝功、大便常规化验。26 例患儿上述指标均在正常范围; 大便常规检查, 均未见红细胞、白细胞。12 例直接电镜检查大便轮状病毒, 8 例阳性, 4 例阴性。所有患者均未做脑脊液检查。

1.8 既往史和家族史

26 例 BICE 患儿中既往均健康, 否认热性惊厥史, 均否认癫痫家族史。

2 治疗结果

26 例患儿病程中有 13 例应用安定每次 0.1~0.3 mg/kg 静脉推注或每次 0.3~0.5 mg/kg 灌肠, 7 例苯巴比妥钠肌注, 每次 8~10 mg/kg, 15 例 6% 水合氯醛灌肠每次 1 mL/kg 止惊。26 例患儿中有 8

[收稿日期] 2006-08-30; [修回日期] 2006-11-17

[作者简介] 陈英才, 女, 硕士, 主任医师。主攻方向: 小儿神经系统疾病。

例未用止惊药,11例用1次止惊药,3例用2次止惊药,2例用3次止惊药,2例用6次止惊药,26例患儿惊厥停止后均未再给予相关抗惊厥药物。

26例BICE患儿,出院后有24例获随访结果,于出院后6月~2年内随访,平均随访11个月,有两例再次出现惊厥发作,22例随访期间无惊厥发作,接受随访的患儿生长发育均正常。

3 讨论

轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥近年已经引起了国内学者的注意。本病发病率目前尚不明确。我国吴家骅^[3]曾报道BICE在华北地区的发生率为1.78%。本组发病率为6.03%,据此推测该病发病率可能有地域区别。

BICE的病因目前尚不清楚。有学者报道^[4]认为BICE与轮状病毒性肠炎的发病季节相一致。本组26例患儿全年均有发病,秋冬季(大庆所处地域为10月至第2年3月)占77.3%。12例患儿检查轮状病毒,有8例阳性,占66.7%,说明该病可能与轮状病毒感染有关。

本组26例患儿发病年龄以1~2岁最多,共22例(占84.6%),3d内出现惊厥共23例(占88.5%);发作形式多样,但多为全身强直-阵挛发作,少数为部分性发作;本组19例表现为全身强直-阵挛发作。本组女孩16例,占61.5%;所有患者血清电解质化验均正常,均无脱水。文献报道^[5]本病惊厥常发生于玩耍过程中,为无热惊厥,在病程中可以再发,惊厥平均发生2.1次。本组惊厥平均发生2.3次,与报道相符。

本组26例中有4例做发作间期视频脑电图监测,无特殊表现,可能与来院较晚,入院后不再发作而且监测时间过短有关。26例患儿有25例在发作间歇期做常规脑电图,脑电图背景均正常,其中有5例有棘波、尖波或尖慢波发放。26例患儿有24例获随访,有2例半年之内复发1次,无明显后遗症,所有患儿生长发育正常。CT表现为脑沟回略增宽及双侧颞顶蛛网膜下腔增宽的两例患儿在1岁时复查均恢复正常,考虑CT改变为非特异性的。因此,认为BICE是一个暂时的事件^[4]。临床遇有轻度腹泻伴惊厥的婴幼儿诊断要考虑到本病,以减少不必要的长期抗癫痫药物治疗^[6]。

迄今为止,BICE的根本机制尚不清楚,但人们

已了解到在一次轻度胃肠炎病程中伴有有热或无热惊厥的大多数儿童的预后好,长期的抗惊厥治疗,通常是不必要的^[7]。而在一次病程中出现成串,或频繁发作的患儿,虽予抗惊厥药物治疗,仍可能难于控制发作,有报道^[8]在第1种止惊药物被使用后仍有58%的患儿发作未停止,即使第2种药物使用后还有20%的患儿继续发作,成串样发作对止惊药的抗药性也是BICE的特点之一。本组患儿中大多数未用或仅用1次止惊药惊厥即得到控制,2例频繁发作的患者在惊厥发作时应用常规止惊药物后,仍时有惊厥发作,需反复应用止惊药,病情才能得到控制,与文献报道相符。

综上所述,目前本病的病因和发病机制仍不明确,同时发作期脑电图报道极少,多数患儿不必应用止惊药,大多数患儿预后良好,也有少数患儿复发,惊厥难以控制,对发作初期的频繁发作尚缺乏有效的治疗方法,为此,对该病还需作进一步的研究和探索,寻求安全有效的药物治疗^[9]。

[参 考 文 献]

- [1] Komori H, Wada M, Eto M, OKi H, Aida K, Fujimoto T. Benign convulsions with mild gastroenteritis: a report of 10 recent cases detailing clinical varieties[J]. Brain Dev, 1995, 17(5): 334-337.
- [2] Schumacher RF, Forster J. The CNS symptoms of rotavirus infections under the age of two[J]. Clin Pediatr, 1999, 211(2): 61-64.
- [3] 吴家骅, 刘寅, 曹丽华, 刘瑞兰, 庞保东, 董琰. 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥临床研究[J]. 中国实用儿科杂志, 2002, 17(4): 216-218.
- [4] Nishimura S, Ushijima H, Nishimura S, Shiraishi H, Kanazawa C, Abe T, et al. Detection of rotavirus in cerebrospinal fluid and blood of patients with convulsions and gastroenteritis by means of the reverse transcription polymerase chain reaction[J]. Brain Dev, 1993, 15(6): 457-459.
- [5] Narchi H. Benign afebrile cluster convulsions with gastroenteritis: an observational study[J]. BMC Pediatr, 2004, 4: 2.
- [6] Gomez-Lado C, Garcia-Reboredo M, Monasterio-Corrall, Bravo-Mata M, Eiris-Punal J, Casro-Gago M, et al. Benign seizures associated with mild gastroenteritis: apropos of two cases[J]. An Pediatr (Barc), 2005, 63(6): 558-560.
- [7] Wong V. Acute gastroenteritis-related encephalopathy[J]. J Child Neurol, 2001, 16(12): 906-910.
- [8] Uemura N, Okumura A, Negoro T, Watanabe K. Clinical features of benign convulsions with mild gastroenteritis[J]. Brain Dev, 2002, 24(8): 745-749.
- [9] 赖宏, 郑承宁. 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥的临床研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2005, 7(4): 291-295.

(本文编辑:吉耕中)