

结核性脑膜炎临床特点分析

赵红丽 李炳杰

(黑龙江省大庆市第二医院 163461)

摘要 目的: 探讨近年来结核性脑膜炎的临床特点及影响预后的因素; 方法: 回顾性分析我院 1995 年—2005 年收治的 64 例结核性脑膜炎患者的发病情况, 临床特征及预后, 结果: 64 例结核性脑膜炎患者治愈 30 例, 好转 30 例, 恶化 2 例(随访 2 例皆死亡), 死亡 2 例。治愈率 93.75%。死亡原因主要由于确诊过晚, 延误治疗引起。结论: 结核性脑膜炎是常见的中枢神经系统感染性疾病, 其预后与早期诊断及合理治疗有关。

关键词: 结核脑膜炎; 临床

中图分类号: R529.3 文献标识码: D

结核性脑膜炎(结脑)是中枢神经系统常见的感染性疾病之一, 也是临床上的一种常见重症结核病, 由于病变部位、范围, 机体免疫机能及病程发展能方面的差异, 临床表现差别较大, 部分病历表现不典型, 易致误诊, 漏诊。文献报道, 目前该病的误诊率和病死率仍较高, 分别达 70% 和 15% 左右^[1,2]。而且往往伴发身体其它部位的结核, 如血行播散型肺结核。其早期临床诊断比较困难, 且病死率高, 如果不及时治疗或治疗措施不得当, 一部分患者往往留有不同程度的偏瘫、失语等后遗症, 有的甚至残疾。我科自 1995—2005 年共收治的结脑患者 64 例, 现就其临床特点作一探讨分析。

1 临床资料

1.1 性别和年龄:

64 例均为本科住院的患者, 男 28 例, 女 36 例, 年龄最小 11 岁, 最大 65 岁; 其中 11—20 岁 10 例, 21—30 岁 18 例, 31—40 岁 22 例, 41—50 岁 9 例, 50 岁以上 6 例, 青年人多见。

1.2 发病时间:

本病全年均有发生, 本组 64 例结核性脑膜炎按发病季节分布为 1—3 月 15 例(24%), 4—6 月 11 例(17%), 7—9 月 10 例(15%), 10—12 月 28 例(43%), 说明本病的发病和季节有一定的关系。

1.3 并发症:

单纯结脑 24 例, 合并急性粟粒性肺结核 15 例, 腰椎结核 8 例, 余 17 例合并有身体其他部位结核。

1.4 临床表现

全部为头痛、恶心、呕吐入院, 一般为喷射性呕吐, 发热 47 例, 占 73.44%, 多为午后低热, 有粟粒性结核者可出现高热。多伴有颈项抵抗力明显增强、克匿氏征(+)等脑膜刺激症状, 病程较长及发病较急伴意识障碍者 8 例。

1.5 脑脊液检查

颅内压力增高者 53 例, 占 82.81%; 脑脊液半透明或透明, 细胞数高于正常, 多核为 100—400 个/mm³ 以上, 淋巴细胞占优势为 49 例, 占 76.56%; 脑脊液蛋白增高, 蛋白定性(+)增高至 300—500mg 者 37 例, 占 57.81%, 个别高达 5g; 糖降低者 48 例, 占 75%, 个别降至零; 氯化物降低者 62 例, 占 96.87%, 低于 600mg 者 42 例, 占 65.62%。治疗半月后糖低于 20g, 氯化物低于 600mg 者预后不良, 尤其低于 580mg 无治愈希望。

1.6 误诊情况:

误诊 26 例(40%), 其中误诊为病毒性脑膜炎 12 例, 上呼吸道感染 9 例, 脑血管疾病 3 例, 眩晕症 1 例, 神经性头痛 1 例。

1.7 治疗方法:

全部予以 3HRE/9HR 方案治疗, 颅压明显增高及中毒症状严重者加用氟美松及 20% 甘露醇静滴降颅压, 个别体质太差者可少量多次输血予以支持治疗, 以提高机体抵抗力。

1.8 治疗效果:

治愈 30 例, 好转 30 例, 恶化 2 例(随访 2 例皆死亡), 死亡 2 例。治愈率 93.75%。

2 讨论

结脑主要系软脑膜的广泛炎症, 蛛网膜下腔的纤维蛋白性渗出物多聚集在脑底或脑干周围, 其次是外侧裂顶脑沟深处, 并包绕颅底血管及其分支, 因此都有血管外膜及内膜炎, 以及全动脉炎, 也可使蛛网膜下腔闭锁, 第四脑室中孔、侧孔闭锁或引起导水管及室间孔狭窄, 颅神经、脊神经根也有不同程度的炎症及脑实质内结核病变, 造成软化灶。脑脊液的吸收主要是经矢状窦旁蛛网膜颗粒的绒毛吸收到上矢状窦, 借脑表面的毛细血管回流到血循环内, 也有一部分脑脊液经脊神经根的神周围间隙吸收。

结核性脑膜炎属于重症结核病, 青年多见, 病死率颇高, 而且多数患者合并身体其它部位的结核病, 本资料显示结脑合并脑外结核 40 例(62.5%), 因此彻底治愈各类结核病具有十分重要的意义, 及时合理的治疗可明显降低病死率, 减少后遗症。治疗过程中应注意以下几点:

作者简介: 赵红丽, (1973—), 女, 主治医师, 从事临床诊疗工作。

(收稿日期: 2006—03—19 接受日期: 2006—04—20)

早期、规律、全程、联合、适量的用药原则是必须的。尤其是异烟肼和复合利福平要比常规剂量大,这不但有利于原发病的治疗,而且此二种杀菌药还可杀灭身体其它部位的结核菌,但必须注意个体化用药。

肾上腺皮质激素有抗过敏、抗毒、抗炎及抗纤维化作用,故对缓解结核中毒症状,减少渗出,降低颅内压具有很好的作用。但在激素减量过程中切不可过快,以免引起反跳,病情恶化。而其放慢减药速度可使肾上腺皮质功能有个恢复过程,不致于发生肾上腺危象。本组患者病情维持稳定后减激素直至停药,无一例发生肾上腺皮质功能不全。

采取脑脊液置换减少了细菌的数量,同时也减少了毒素的吸收,减轻了颅内压,从而缓解了患者的中毒症状,再配合应用雷米封与氟美松直接注入椎管内,提高了脑脊液内药物浓度,使生长中细菌与药物有较长时间的接触而起到更有效的杀菌作用,而且对病变组织保持抗菌有效药浓度的时间比血液长久。具有减轻炎症渗出水肿,毛细血管舒张,白细胞浸润及吞噬反应,也抑制后期毛细血管增生和纤维母细胞增生,因而延缓肉芽组织生成,可防止粘连及其瘢痕形成,减轻后遗症。并能提高人体对有害刺激反应能力,减轻细菌内毒素对机体细胞的损害。正常脑脊液总量为100—160ml,蛋白质含量为0.2—0.4g/L,蛋白质系大分子物质,在炎性时期可从血液中游离出来,但不能重新回到血液中去,从而造成许多后遗症,置换脑脊液即可减低蛋白质含量,也可使颅压下降,减轻临床症状,更有效的化疗。

对于经规则抗痨药和口服激素及鞘内给药仍头痛症状不能缓解者,给予20%甘露醇250ml快速静脉滴注,一般为半小时滴完,可明显缓解头痛,可能是由于静点后血浆渗透压迅速上升,使组织脱水所致。急性渗出期被控制后,减少甘露醇静点次数,直至停用。因长期使用,不仅可引起肾小管损害,而且可引起低钠血症等水电解质紊乱。因此,对于结核性脑膜炎这种重症结核病,使用正规抗痨药,口服激素和鞘内给药,必要时静点脱水剂治疗,可降低病死率和后遗症发生率,是值得推广的方法。

结脑的误诊已是一个老问题,每年均有文章讨论,特别是在基层医院由于实验室条件差,对不典型结脑临床表现的复杂性和神经病理学基础缺乏了解,对结脑早期出现的不典型脑脊液没有充分的认识,以及忽视脑外结核灶的追查,而造成对结脑的误诊误治从本文资料分析来看均存在这些误诊因素。

对上呼吸道感染(感冒)缺乏认识,在误诊为感冒9例中,只有1例有咽痛、流涕、咽部充血,其他均表现为发热、头痛。将没有上呼吸道症状表现的发热、头痛诊伪感冒表明临床医师不仅对结脑而且对普通感冒亦缺乏了解。对只表现发热、头痛的患者一定要警惕,应注意热型的变化和头痛的性质,并找出感染灶,以免误诊为感冒而延误病情。从本文资料来看,误诊为感冒的后果相对较轻,这与其治疗用药使用激素较少有关。

误诊病脑后果严重,本文12例结脑中,有5例入院前被误诊为病毒性脑炎。分析原因:脑脊液不典型,从外院的脑脊液来看大多外观无色透明、白细胞轻度增高、糖及氯化物正常,故易造成误诊;缺乏对结脑临床分型的认识,如脑膜脑炎型可以出现精神意识改变、神经系统局灶性体征、可有脑电图的异常,易误诊为病脑^[3]。结脑误诊为病脑不仅延误了对结脑的早期诊断和治疗,激素的使用使后果更为严重,本文资料表明误诊为病毒性脑炎的预后具有严重的影响,导致期结脑和病死率的升高。

总之,在有效合理的抗结核药物和综合治疗措施下,彻底治愈脑外结核,可大大降低结脑的发病率,及早诊断和治疗结核,可大大降低结脑的死亡率,获得满意疗效。

参考文献

- [1] 吴佩兰. 120例成人结核性脑膜炎诊断和治疗问题的探讨[J]. 安徽医学, 1990, 11(3): 26
- [2] 曹跃, 刘凤君. 132例脑膜炎的临床分析[J]. 川北医学院学报, 2000, 15(4): 62
- [3] 黄浩新. 116例结核性脑膜炎临床分析[J]. 实用医学杂志, 1995, 11(1): 18—20