

[文章编号] 1000-2200(2004)02-0170-02

·临床医学·

# 病毒性脑炎 48 例临床分析

莫国毅

[关键词] 脑炎; 病毒性

[中国图书资料分类法分类号] R 512.3 [文献标识码] B

病毒性脑炎在基层医院属常见病, 长年均有发病。由于本病表现复杂多样, 基层医院缺乏特异性病毒分离及免疫方面的检查, 临床诊断有一定的困难, 早期极易误诊。2000~2002年, 我科共收治 48 例, 现作分析。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 48 例中男 26 例, 女 22 例; 年龄 14~60 岁, 20~40 岁居多, 占 32 例(66.7%)。

1.2 诊断标准 有病毒性脑炎感染的前驱症状及相关的病史和体征; 脑脊液(CSF)常规生化及细胞学检查的主要指标符合病毒性脑炎的相应改变; 部分脑电图呈不同程度的弥漫性改变, 少数可以有局灶性改变, 随着症状好转而恢复<sup>[1]</sup>; 少数病例头颅 CT 示额、颞叶低密度灶及内囊部位有椭圆形、边界清楚的低密度灶<sup>[2]</sup>。排除其他颅内感染、肿瘤、中毒等脑部疾患<sup>[3]</sup>。

1.3 主要症状体征 头痛 28 例(58.3%), 发热伴头痛 8 例(16.7%), 意识障碍 20 例(41.7%), 颅神经损害 16 例(33.3%), 精神症状 9 例(18.8%), 抽搐 7 例(14.6%), 呕吐 6 例(12.5%), 带状疱疹和口唇疱疹 6 例(12.5%), 脑膜刺激征阳性 4 例(8.3%)。

1.4 诊断 入院时诊断病毒性脑炎 18 例(37.5%), 病毒性脑炎可能 8 例(16.7%), 头痛待查 8 例(16.7%), 结核性脑膜炎 4 例(8.3%), 中毒性脑病 3 例(6.3%), 癫痫 4 例(8.3%), 精神分裂症 3 例(6.3%)。

1.5 主要辅助检查 头颅 CT 检查 32 例, 异常 18 例(56.3%), 其中 12 例示额、颞叶低密度灶, 6 例内囊部位有椭圆形、边界清楚的低密度灶。脑电图检查 48 例, 6 例未见脑电图明显异常(12.5%), 42 例均有不同程度的弥漫性异常(87.5%)。典型改变 a 节律消失, 弥漫性慢波, 少数在额、颞叶出现高波幅周期性棘波和慢波。其中轻度异常 4 例, 轻度至中度异常 3 例, 中度异常 8 例, 中度至重度异常 12 例, 重度异常 15 例。脑脊液检查, 入院时 48 例均行腰穿脑脊液检查, 10 例未见异常, 38 例均有明显异常。脑脊液侧卧位压力升高 28 例, 在 200~380 mmH<sub>2</sub>O。细胞数轻度增多 38 例, 细胞数为(20~200)×10<sup>6</sup>/L 左右, 单纯小淋巴细胞比例增高 24 例。淋巴细胞比例增高 14 例。蛋白增高 36 例, 轻度 0.4~0.6 g/L 8 例, 中度 > 0.6~0.8 g/L 24 例, 重度 0.8~1.0 g/L 4 例。糖和氯化物未见明显异常。脑脊液培养及染色无细菌及隐球菌感染。

1.6 治疗结果 本组 48 例患者, 治愈 34 例, 好转 12 例, 死

亡 2 例。

## 2 讨论

2.1 病因及发病机制 目前经过特异性病毒分离证实为病毒感染引起。文献报道中常见的单纯疱疹病毒(HSV)、带状疱疹病毒、腺病毒、肠道病毒、巨细胞病毒等是病毒性脑炎常见的病原<sup>[3]</sup>。此群病毒的特点是在细胞核内繁殖, 产生包涵体, 常形成潜在的感染危险, 侵入途径是呼吸道、口腔、眼和生殖器黏膜, 并沿着神经节长期潜伏。其中常见的病毒性脑炎是由单纯疱疹病毒引起, 单纯疱疹病毒属 DNA 病毒, 分为 I 型和 II 型。在非选择性的人体尸检材料中, 85%~90% 尸体可在其三叉神经感觉节内显示 I 型 HSV 基因组。采用 PCR 技术, 在研究死于已知并非神经系统疾病的患者尸检资料, 发现在延髓、脑桥及嗅球等部位存在 HSV 基因组, 但潜伏在人体内的 HSV 如何致脑炎的过程尚未清楚。由于 I 型 HSV 在儿童及成人多表现为脑炎, 且以累及颞叶内侧、额叶下部、邻近的岛叶及扣带回为主, 并可累及嗅球及嗅束, 而枕叶及小脑不受累, 提示脑部炎症可能和嗅黏膜感染 HSV, 经由嗅系统扩散而引起上述典型的损害分布。另有学者提出 HSV 系从三叉神经感觉节, 沿着供应硬膜的神经扩散至其下的颞叶内侧和额叶下部, 但这一学说尚待肯定<sup>[4]</sup>。

2.2 临床诊断 病毒性脑炎无典型的临床表现和体征, 以往称为非特异性脑炎, 因为全年散在发病, 故又称为散发性脑炎。明确诊断主要依靠特异性的病毒分离和免疫学检查, 但基层医院绝大部分靠临床表现、脑脊液、头颅 CT、MRI、脑电图及排除性诊断。本组病例最早期的表现主要有: 头痛 58.3%, 意识障碍 41.7%, 颅神经损害 33.3%, 神经系统局灶征 7.5%, 发热伴头痛 16.7%, 带状疱疹和口唇疱疹 12.5%, 抽搐 14.6%, 精神症状 18.8%, 部分有呕吐和脑膜刺激征等症状。故临床提示对头痛、意识障碍、精神症状、抽搐、颅神经损害、神经系统局灶征者, 均应高度考虑病毒性脑炎的可能, 均应做相应的检查。头颅 CT 检查 32 例, 阳性 18 例(56.3%), 对诊断有一定的帮助, 主要是排除颅内其他病变。脑电图检查 48 例, 异常 42 例(87.5%), 对诊断病毒性脑炎具有重要的价值。脑脊液检查 48 例, 异常 38 例(79.2%), 主要表现为脑脊液压力升高, 细胞数轻度增多, 蛋白轻度、中度增高, 故脑脊液检查是病毒性脑炎的辅助诊断方法, 同时排除颅内细菌性、结核性、真菌性感染等疾病。目前, 基层医院在不能做病毒分离及免疫检查的情况下, 诊断病毒性脑炎主要靠临床表现、头颅 CT、脑电图、脑脊液等辅助检查方法及临床治疗效果, 排除颅内其他感染性疾病的诊断方法。

2.3 误诊因素 由于病毒性脑炎早期症状不典型, 临床诊断困难, 入院时明确诊断 18 例(37.5%), 病毒性脑炎可能

[收稿日期] 2003-03-25

[作者单位] 贵州省六盘水市第二人民医院 内科, 553403

[作者简介] 莫国毅(1965-), 男, 布依族, 贵州荔皮县人, 主治医师。

8 例(16.7%),入院诊断与出院诊断相符或基本相符 26 例(54.2%)。误诊为头痛待查、结核性脑膜炎、中毒性脑病、癫痫、精神分裂症等 22 例(45.8%),主要误诊原因是本病无特征性临床表现和体征,医生对本病缺乏足够的警惕和认识。为减少误诊,必须高度注意临床表现,仔细体检,做好各种项目检查,同时注意与其他颅内疾病进行鉴别诊断。

2.4 治疗和愈后 无环鸟苷为治疗本病的首选药,该药能抑制 DNA 复制,可以通过血脑屏障,也可迅速分布到全身组织和体液,75%~80%经肾小球滤过和肾小管分化,血浆半衰期为 2.5 h,副作用为肾小球损害。故对肾功能障碍的患者减少剂量和减慢静脉滴注速度,常用剂量为 10 mg/kg。每 8 h 静脉滴注 1 次,一般用药 2~3 周,过早停药容易复发。发病早期可同时用地塞米松 10~15 mg/d 静脉滴注,有利于炎症及脑水肿的控制,颅内压增高者可静脉滴注甘露醇或呋

噻米,并防止脑疝。注意抗感染,补充电解质,用白蛋白支持治疗,有抽搐发作应给予卡马西平或苯妥英钠,出现癫痫持续状态者可采用地西泮静脉缓慢注射。发生呼吸障碍者应及时考虑气管切开及应用人工呼吸机,此种危重患者最宜进入 ICU。本组患者治愈 34 例,好转 12 例,死亡 2 例。死亡原因为脑疝、中枢性呼吸衰竭、肺部感染。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 戴瑞鸿. 内科疾病诊断标准[M]. 上海:上海科技教育出版社, 1992: 404~405.
- [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, 2002: 398~399.
- [3] 黄如训,梁秀龄,刘焯霜. 临床神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1996: 281~287.
- [4] 李大年. 现代神经内科学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2002: 358~359.

[文章编号] 1000-2200(2004)02-0171-01

· 临床医学 ·

## 声带小结、息肉术后复发原因分析

陈欣

[关键词] 喉疾病,声带;声带小结;声带息肉;复发

[中国图书资料分类法分类号] R 767.4 [文献标识码] B

声带小结和息肉是耳鼻喉科最常见的疾病之一,我科 1996 年 8 月~2002 年 8 月,分别在间接喉镜、直达喉镜及支撑喉镜下诊治声带小结和声带息肉 194 例,术后绝大部分嗓音恢复良好。术后随访 160 例,14 例复发,现就有关复发原因作一分析。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组复发 14 例,男 6 例,女 8 例;年龄 14~62 岁。病程 2 个月~3 年。所有声带小结和息肉病例主要症状为声音嘶哑,声音嘶哑程度与小结和息肉的大小、位置以及息肉位于游离缘时引起声门闭合不全、声门裂增大程度有关。

1.2 手术方式 间接喉镜下摘除 42 例,复发 7 例。直接喉镜下摘除 14 例,复发 3 例。支撑喉镜下摘除 104 例,复发 4 例。

1.3 复发原因 本组 14 例术后复发病例中,其中 8 例(57.14%)因用嗓不当及用嗓过度有关,3 例(21.43%)为术前术后吸烟和嗜酒,2 例(14.29%)为声带广基息肉,1 例(7.14%)患者术后无任何治疗。

### 2 讨论

声带小结是上皮异常角化、过度角化及基底膜增厚,常见上皮层的棘层增厚,固有层以硬化为主,水肿仅见于少数病例。而息肉则表现为上皮萎缩,基底膜变薄,明显的黏膜下水肿,细胞浸润及透明变性,故声带小结和息肉是同一病理发展过程中的不同阶段的表现<sup>[1]</sup>。本组 14 例中,声带小结、声带息肉分别为 14.30%、85.70%,因二者可视为同一疾病的不同发展阶段,前者病史轻,属可逆病变,复发率小;后

者病变累及黏膜上皮下深层结构,属不可逆病变,致较重声音嘶哑,故复发率较大<sup>[2]</sup>。

本组 160 例中 14 例复发,主要复发原因:(1)术后用嗓不当和用嗓过度。有些患者,特别是用嗓较多的职业和性格急躁、易烦、易怒者,术后不注意声音休息或发音方法不当致术后声带充血、水肿等创伤性炎症持续存在,引起黏膜固有层水肿和纤维增生,致使息肉或小结复发,本组术后复发 14 例中,其中 8 例为此种原因而导致,约占总复发人数的 57.14%,为声带小结和息肉最常见的复发原因,故术后应劝告患者注意声音休息。(2)吸烟和饮酒。本组术后复发患者中有 3 例术前术后仍然吸烟饮酒,术后复发考虑系烟酒对声带的慢性长期刺激使炎症迁延不愈而致息肉复发,故术前术后应劝患者戒除烟酒。(3)手术方式。本组 160 例术后有 14 例复发,其中 42 例间接喉镜下摘除者复发 7 例(16.67%),14 例直达喉镜下摘除者复发 3 例(21.34%),104 例支撑喉镜下摘除者复发 4 例(3.85%),说明支撑喉镜下手术者术后复发率低于间接喉镜和直接喉镜下手术( $\chi^2=5.34, P<0.05$ ),特别是对广基息肉、巨大息肉或较小的声带小结,应考虑在支撑喉镜下手术,以防止术中摘除不彻底或创面大、出血多、术野不清而导致术后复发。(4)术后治疗。本组有 1 例术后未治疗导致复发,可能系术后声带充血、水肿,如不治疗可使 Reinke 层发生静脉曲张、充血、水肿、出血或血栓形成,使声带局部息肉样变,继有纤维组织增生而渐成息肉。故声带小结和息肉术后应辅以抗感染及雾化吸入治疗。

#### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 丁国玉,廖晓松,余力生. 声带小结和声带息肉的组织病理学研究[J]. 临床耳鼻喉科杂志, 2002, 16(3): 102~103.
- [2] 董明富,林尚泽,李菊琴,等. 声带小结、息肉重复手术原因分析[J]. 临床耳鼻喉科杂志, 2001, 15(10): 465~466.

[收稿日期] 2003-09-26

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 耳鼻喉科, 233000

[作者简介] 陈欣(1971-),男,安徽蚌埠人,住院医师。