

小儿病毒性脑膜炎 260例临床特点及分析

刘月影¹, 邓星强², 沈桂芳²

[摘要]目的: 探讨小儿病毒性脑膜炎的临床特点和诊治规律。方法: 对 260例病毒性脑膜炎患儿进行血、脑脊液、脑电图等检测, 并进行对比分析。结果: 婴幼儿及学龄前儿童发病明显高于 7岁以上组; 除均发热外, 缺乏神经系统典型表现, 惊厥占 8.1%, 精神萎靡 54.6%, 伴消化道症状 61.5%, 皮疹 38.4%, 白细胞升高 57.6%, 心肌酶谱增高 26.9%, 脑电图异常 73%, 脑脊液异常 99.2%; 251例痊愈, 7例合并癫痫控制良好, 2例病死。结论: 脑脊液、脑电图为病毒性脑膜炎的早期诊断提供重要依据, 血液检查及临床表现对判断病情严重程度和评估疗效及预后等方面有重要意义。

[关键词] 脑膜炎, 病毒性; 脑脊髓液 / 分析; 脑电描记术; 儿童, 住院

[中国图书资料分类号] R 512.3 [文献标识码] A

病毒性脑膜炎是常见的中枢神经系统感染性疾病。发病急, 易导致后遗症, 甚至死亡, 严重威胁小儿生命健康。本文对 2006年 4~8月我科收治的 260例病毒性脑膜炎患儿作回顾性分析, 现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 260例全部符合病毒性脑膜炎诊断标准^[1]。其中男 156例, 女 104例, 男女之比为 1.5:1; 年龄 5个月~1岁 61例, >1~3岁 149例, >3~7岁 39例, >7~13岁 11例。

1.2 临床表现 本病临床表现差异较大, 首发症状各异, 均有不同程度的发热, 最高体温 40.5℃; 其中头痛 35例, 呕吐 160例, 精神萎靡 142例, 皮疹 99例, 嗜睡 18例, 抽搐 21例, 昏迷 12例, 明确有腮腺肿大 3例; 发病以 6、7月份最多。

1.3 实验室检查

1.3.1 血常规与生化 260例中有 162例在急性期内白细胞升高, 最高达 $27.3 \times 10^9 / L$, 5~7天后恢复正常; 205例进行了心肌酶谱检测 56例升高, 最高达 899 U/L, 170例血小板增高 $> 300 \times 10^9 / L$, 最高达 $607 \times 10^9 / L$ 。

1.3.2 脑脊液 (CSF) 检查 260例患儿均接受 CSF 常规和生化检查, 白细胞增高 258例, 增高者白细胞总数多数在 $(10 \sim 500) \times 10^6 / L$, 最高可达 $1\,640 \times 10^6 / L$, 多核增高 70例; 蛋白定量多在正常范围, 少数轻度增高 0.45~0.69 g/L, 糖、氯化物均在正常范围内。

1.3.3 血病原学检测 副流感病毒 IgM 阳性 16

例, 柯萨奇病毒 IgM 阳性 25例, 腺病毒 IgM 阳性 6例, 呼吸道合胞病毒 IgM 阳性 5例; 脑脊液病原学检测, 柯萨奇病毒 IgM 阳性 9例, 副流感病毒 IgM 阳性 7例, 单纯疱疹病毒 IgM 阳性 2例, 1例血、脑脊液柯萨奇病毒 IgM 均阳性。

1.3.4 EEG 检查 异常 190例, 异常率达 73%, 其中轻度异常 94例, 中度异常 69例, 重度异常 27例。脑电图异常的主要表现为慢波增多; 昏迷和抽搐的患者脑电图均异常, 表现为广泛慢波活动背景出现局灶性慢波阵发或尖波、棘波、棘慢波、棘慢综合波。

1.4 治疗 260例均以综合治疗为主, 包括降颅压、降温、止惊及支持治疗, 并予更昔洛韦抗病毒治疗, 重症患儿加用丙种球蛋白及磷酸肌酸钠。

1.5 结果 10~19天痊愈 251例, 无后遗症。7例合并癫痫 (其中 1例单纯疱疹脑膜炎治疗 28天), 加服抗癫痫药物, 控制良好。2例重症脑膜炎因抢救无效死亡。

2 讨论

近年来由于生活水平提高, 卫生条件改善及抗生素的广泛应用, 化脓性脑膜炎发病率越来越少, 而病毒性脑膜炎发病率有增高趋势。早期临床表现轻重不一, 无特异性, 给临床诊断带来困难。本组患儿均以发热起病, 伴有精神萎靡和消化道症状的患儿较多, 如对病毒性脑膜炎认识不足, 常被误诊为胃肠炎和精神疾病, 延误诊断和治疗。

病毒性脑膜炎多由流感病毒、副流感病毒、肠道病毒及腮腺炎病毒引起, 发病前大多数有上呼吸道感染及消化道感染病史^[2]。其发病机制是由病毒感染导致脑膜及脑实质损害。脑细胞及脑血管内皮细胞受到刺激后会产生炎症反应, 白细胞反应性增多, 炎症刺激亦可使血小板过度活化。有研究^[3]认为, 在重症脑膜炎患儿, 代表血小板活化的 P 选择素增多, 但轻症患儿与对照组无差异。而本组患儿

[收稿日期] 2007-05-11

[作者单位] 1 江苏省无锡市第四人民医院 儿科, 214000(原工作于徐州市儿童医院); 2 江苏省徐州市儿童医院 神经内科, 212000

[作者简介] 刘月影 (1975-), 女, 硕士, 主治医师。

大部分为轻症患儿,血小板亦明显增多,说明在病毒性脑膜炎的诊断过程中血小板升高可能亦有提示作用。脑组织中含有大量的肌酸激酶(CK)、乳酸脱氢酶(LDH)、谷草转氨酶(ALT)等,病毒性脑膜炎患儿脑细胞受损害明显,大量酶类自损伤细胞逸出至血液,使血清中CK、LDH、AST等活性升高,本文研究结果与李永杰等^[4]研究结果一致。

脑电图反映了大脑神经细胞功能状态的指标,已有资料证实,脑电图是病毒性脑膜炎早期诊断的主要指标^[5],由于病毒感染中枢神经系统,使脑功能减退,脑电图表现为基本频率变慢,呈现弥漫性或局限性异常,重症脑膜炎患儿脑电图均异常,出现高波幅广泛慢波,并有痫样放电。说明脑电图对于判断病情轻重以及预后有帮助。但脑电图表现缺乏特异性,病毒性脑膜炎确诊仍然要靠脑脊液检查。脑脊液检查是明确诊断病毒性脑膜炎的重要依据,本组患儿均经脑脊液检查,仅2例细胞数正常,临床症状较重的27例患儿,脑脊液均异常,但细胞数在 $(10 \sim 500) \times 10^6 / L$ 而31例轻症患儿的细胞数 $(500 \sim$

$1640) \times 10^6 / L$ 。由此认为,脑脊液细胞数的变化与病情轻重不呈平行关系,本组患儿均进行了病原学检查,但由于检测条件的限制,阳性率较低。

本组有33例重症,部分是从县、乡级医院治疗效果差而转入,经综合治疗后痊愈;7例合并癫痫加服抗癫痫药物,控制良好。病死2例均为入院时已经昏迷,1例入院后30 min病死,另1例入院后27 h病死。

[参考文献]

[1] 诸福棠.实用儿科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,1996:753-759.
 [2] 钟冲,李云,周皖兵.病毒性脑膜炎134例临床特点分析[J].蚌埠医学院学报,2007,32(1):79-80.
 [3] 程华,袁宝强,徐春萍,等.P选择素在病毒性脑炎患儿中表达的临床意义[J].实用儿科临床杂志,2005,20(10):1015-1016.
 [4] 李永杰,高旭光.关于病毒性脑炎诊断和治疗的几个问题[J].中国全科医学,2006,9(5):434.
 [5] 施广懿,杨素红.脑电图在小儿病毒性脑炎转归中的监测作用[J].中国实用神经疾病杂志,2006,9(2):79-80.

[文章编号] 1000-2200(2007)06-0732-02

。临床医学。

小儿嵌顿性腹股沟斜疝手法复位临床价值探讨

解方哲,曹宝澄

[摘要]目的:探讨小儿嵌顿性腹股沟斜疝手法复位临床价值。方法:287例小儿嵌顿性腹股沟斜疝患儿手法复位265例,急诊手术22例。结果:全组均治愈,手法复位组无并发症和后遗症,急诊手术组术后肠梗阻1例,睾丸萎缩1例,4例复发。结论:对小儿嵌顿性腹股沟斜疝只要正确掌握手法复位的适应证及禁忌证,应首选手法复位,尽可能减少急诊手术,复位成功后再择期手术治疗。

[关键词] 疝,腹股沟;急腹症;手法复位

[中国图书资料分类号] R 656.21 [文献标识码] A

小儿腹股沟斜疝是一种先天性畸形,常因哭闹、便秘或咳嗽等原因致腹压升高,使斜疝易发生嵌顿,是小儿常见急腹症之一^[1]。治疗方法的选择与其预后密切相关。1990年4月~2005年4月,我院急诊治疗小儿嵌顿性腹股沟斜疝287例,其中手法复位265例,急诊手术22例,现作分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组287例中,男253例,女34例;年龄17天~11岁,其中 ≤ 4 岁251例, > 4 岁36例。右侧204例,左侧83例,嵌顿时间2~48 h。手

法复位265例,男233例,女32例;年龄5个月~11岁。急诊手术的22例中,男20例,女2例;年龄17天~8岁。其中17天1例;4岁以上2例。

1.2 主要合并症状及治疗方法选择 287例合并呕吐、肠鸣音亢进症状等及治疗方法选择见表1。

表1 287例主要合并症状及治疗方法选择

治疗选择	n	呕吐		肠鸣音		腹胀	脓血便	发热	局部皮肤 红肿
		≤ 3 次	> 3 次	亢进	减弱				
手法复位	265	65	39	112	4	52	2	7	28
急诊手术	22	6	7	20	2	22	6	3	17

1.3 手法复位方法 哭闹剧烈、腹腔压力较高者,手法复位前可先给镇静剂及解痉剂。臀部垫高30°,屈髋、屈膝,家属固定患儿上下肢,术者位于患

[收稿日期] 2007-03-16

[作者单位] 安徽省利辛县人民医院 外科, 236700

[作者简介] 解方哲(1964-),男,副主任医师。