

以消化系统症状为主要表现的中枢神经系统疾病 2 例误诊分析

刘国林¹, 莫才云²

(1. 黔南州人民医院 消化科, 贵州 都匀 558400; 2. 黔南民族医学高等专科学校, 贵州 都匀 558400)

[关键词] 体征和症状; 消化系统; 中枢神经系统疾病; 脑干脑炎; 脑膜炎; 误诊

[中图分类号] R573; R742 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2014)01-0141-02

中枢神经系统疾病逐渐成为现代社会的多发病、常见病,当患者出现典型的意识、认知、运动及平衡障碍时,再结合头颅 CT、MRI、DSA、脑电图、脑脊液常规、生化等检查结果,中枢神经系统的诊断不难,但是因中枢神经系统疾病症状的多样性,表现不典型者极易造成误诊。现就以消化系统症状为主要表现的 2 例中枢性疾病误诊分析如下。

1 临床资料

病例 1,患者女性,45 岁,因上腹部疼痛伴呕吐 2 月入院。患者 2 月前无诱因出现上腹部疼痛,为间歇性疼痛,伴呕吐胃内容物,非喷射性呕吐,曾在浙江某医院行胃镜检查提示慢性胃炎伴胆汁反流,经治疗症状无好转。1 月来出现右侧面瘫,无发热、头昏、头痛、抽搐、意识障碍及肢体偏瘫。查体:生命体征正常,神清语利,双瞳等圆等大,光敏,右额纹消失,右眼睑闭合不全,右鼻唇沟变浅,口角偏左,无颈亢,腹软,剑下轻压痛,四肢肌力 5 级,肌张力无增强或减弱,闭目难立征阴性,深浅感觉无异常,病理反射未引出,脑膜刺激征阴性。入院后查血常规、生化、结核抗体无异常;血沉 40 mm/h。胃镜提示慢性胃炎伴胆汁反流。头颅 CT、上腹 CT、心电图、胸片无异常。考虑诊断:慢性胃炎,右侧周围性面神经瘫痪。经抑酸护胃、止吐、营养神经等治疗后,呕吐无减轻,观察发现患者步态蹒跚,予行头颅 MRI 检查。MRI 示:桥脑及延髓后部条片状异常信号影,考虑感染性病变。当日患者出现抽搐和呼吸麻痹,意识丧失,家属放弃抢救,回家后次日死亡,死亡诊断考虑脑干脑炎。

病例 2,患者男性,24 岁,因发热半月,腹部不适 3 d 入院。半月前无明显诱因出现发热,为持续性发热,朝轻暮重,高热时头痛,热退后头痛消失,出现腹胀、纳差、食欲不振,无腹痛、呕吐、腹泻、咳嗽、盗汗、抽搐等,既往有慢性皮肤感染病史。查体:体温 38.8 ℃,心率 72 次/min,神志清楚,对答切题,左上胸部及左前臂内侧皮肤见片状色素沉着及结痂,无脓液,双瞳孔等圆等大,对光反射灵敏,颈软,心肺无特殊,腹软,中上腹及右侧腹部压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾不大,移动性浊音阴性,神经系统检查阴性。入院多次查血常规:白细胞偏低,嗜酸性粒细胞为 0,血沉 50 mm/h,血培养、肥达试验阴性,肝肾功能、大小便常规未见明显异常,传染病 5 项阴性,胸片和上腹部 B 超无异常。胃镜示:慢性非萎缩性胃炎并胆汁反流。考虑诊断(1)发热原因:伤寒? 皮肤感染?(2)胆汁反流性胃炎。予降温、抗炎、保护胃黏膜等治疗。期间体温反复波动,多在傍晚升高,腹部症状减轻,偶有头痛,查颈亢可疑,不排除颅内感染,予头颅 CT 检查无异常,建议腰椎穿刺抽脑脊液检查,患者拒绝,予甘露醇脱水降颅压治疗,头痛无明显缓解,因患者不愿行腰椎穿刺检查,建议转院。患者自动出院。5 d 后出现意识障碍和抽搐,再次返院行腰椎穿刺检查,脑脊液化验:淡黄色无凝块,蛋白定性 + + +,细胞总数 $50 \times 10^6/L$,白细胞 $48 \times 10^6/L$,天门冬氨酸氨基转移酶 25 U/L,葡萄糖 1.11 mmol/L,肌酸激酶 7 U/L,腺苷脱氨酶 17 U/L,乳酸脱氢酶 4.6 mmol/L,蛋白浓度 2.98 g/L,氯化物 92 mmol/L。考虑为结核性脑膜炎,积极抢救无效死亡。

2 讨论

由于研究水平和认识水平的限制,许多中枢神经系统疾病的病因及明确的发病机制还不清楚,这极大的影响了疾病的诊断及治疗,由于中枢神经系统疾病的复杂性、症状的多样性及诊断的依赖性,就要求不能放过临床中的任何一个细小的症状及有意义的辅助检查结果。

延髓炎性病变的病人相对较少,但任何年龄均可发生,以青壮年多见,病因和发病机制多不明确,可能为病毒感染或炎性脱髓鞘,治疗见效慢^[1]。临床特点包括:常有前驱感染史,急性或亚急性起病,主要表现为多颅神经损害、共济失调、长束征、意识障碍。急性延髓炎多数患者在出现症状前1~4周有上呼吸道感染,发热,腹泻等症状,常在数小时至2~3 d内发展到完全性截瘫。病例1起病隐匿,主要表现为腹痛和呕吐,随病情发展出现周围性面瘫、步态不稳,MRI检查提示桥脑和延髓炎性病变,最后死于呼吸麻痹。其误诊原因分析如下:(1)患者主要表现是腹痛和呕吐,胃镜检查提示慢性胃炎伴胆汁反流,而该病临床表现可解释腹痛和呕吐症状^[2]。(2)因面瘫表现为周围性,而头颅CT检查无异常,患者无肢体偏瘫,轻易排除了颅内疾病。(3)体查不细心,体检不全面,对神经系统的检查不专业。(4)对其症状的多样性,未遵循先按单病种诊断的原则。

结核性脑膜炎(tuberculous meningitis, TBM)是由结核杆菌引起的脑膜和脊膜的非化脓性炎症性疾病。该病多有其他部位结核病史,主要表现为发热、头痛、呕吐、全身乏力、食欲不振、精神差、脑膜刺激征阳性,病程后期可出现脑神经、脑实质受累表现,如复视、肢体瘫、昏迷、癫痫发作、脑疝等。外周血白细胞计数增高、血沉增快、皮肤结核菌素试验阳性或胸部X片可见活动性或陈旧性结核感染证据。脑脊液压力增高可达3.92 kPa或以上,外观无色透明或微黄,静置后可有薄膜形成;淋巴

细胞显著增多,常为 $(50 \sim 500) \times 10^6/L$;蛋白增高,通常为1~2 g/L,糖及氯化物下降,脑脊液涂片抗酸染色可见结核菌^[3]。头颅CT或MRI主要表现为脑膜强化,也可发现梗阻性脑积水、脑梗死、结核球等。该病例2主要表现是发热、腹部不适,伴食欲不振,进行性意识障碍,最后诊断中枢神经系统感染。对其误诊误治原因分析如下:(1)患者多次血常规白细胞偏低,嗜酸性粒细胞为0,故考虑沙门菌感染。(2)胸片未提示结核,彩超无腹水,患者无盗汗和消瘦,未警惕结核病。(3)患者热退后头痛消失,头颅CT检查无异常后,患者不愿行脑脊液检查。(4)胃镜提示慢性非萎缩性胃炎并胆汁反流,可以解释患者消化道症状。

当中枢神经系统疾病诊断不明确时,不应漏掉异常的症状、体征和检查结果,应拓宽思路,从极小的异常表现中积极寻找其病因,综合考虑才能明确诊断,在诊断上,首先用1个病种解释,若不能用单一疾病解释,再考虑多个诊断。对于颅内炎症性疾病,MRI检查优于CT^[4-5]。而积极行腰椎穿刺抽脑脊液检查更为重要。

3 参考文献

- [1] 李海荣,齐明华. 脑干脑炎的临床特征与预后分析[J]. 医学临床研究, 2004(1):30-32.
- [2] 夏玉亭,吴云林,房殿春,等. 胃病诊疗进展[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005:9.
- [3] 崔金花. 结核性脑膜炎51例临床分析[J]. 中国医学创新, 2012(28):94-95.
- [4] 黄守先,王满侠. 头颅CT、头颅MRI在结核性脑膜炎诊断中的应用[J]. 现代生物医学进展, 2012(24):4780-4783.
- [5] Gupta RK, Vatsal DK, Husain N, et al. Differentiation of tuberculous from pyogenic brain abscesses with in vivo proton MR spectroscopy and magnetization transfer MR imaging[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2001(8):1503-1509.

(2013-10-12 收稿,2013-11-11 修回)

编辑:周 凌