

血行播散性肺结核合并脑囊虫病误诊为结核性脑膜炎一例

李桂琴

患者,女,24 岁,医学院学生。因“间断咳嗽、咯痰、乏力、发热 3 个月”,于 2012 年 2 月 27 日来我院就诊。患者于 2011 年 11 月中旬出现间断咳嗽、咯痰症状,乏力伴发热,午后尤为明显,最高体温 42℃。2012 年 2 月 7 日到“营口鲅鱼圈医院”进行胸部 CT 检查,发现双肺弥漫“三均匀”粟粒结节影。诊断为血行播散性肺结核,给予 HRZE 抗结核治疗 20 d 无效,仍有发热,偶有头痛,无寒战、恶心、呕吐等症状。于 2012 年 2 月 27 日就诊于我院,门诊以“血行播散性肺结核,结核性脑膜炎待除外”收入院治疗。

既往健康,否认结核病史及结核病接触史。否认高血压、冠心病及糖尿病史。入院体格检查:体温 39.2℃,全身皮肤无皮疹,无皮下结节,周身浅表淋巴结未触及肿大,视力、视野正常。双侧瞳孔等大正圆,对光反射正常。胸廓对称,双肺呼吸音略降低,无干湿啰音及胸膜摩擦音;心律齐,未闻及杂音。腹平坦,肝脾未触及肿大。双下肢无水肿。颈强直阴性,双侧克氏征(Kernig)阴性,双侧布氏征(Brudzinski)阴性。相关检查:血、尿常规,肝、肾功能均正常;PPD 实验阴性(硬结直径 1 mm),结核抗体阳性;血红细胞沉降率 56 mm/1 h。血气分析:PO₂ 68 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),PCO₂ 37 mm Hg,pH=7.45,血氧饱和度 94%。痰结核分枝杆菌 3 次涂片及培养阴性。彩色超声检查,肝、胆、脾、胰及双肾未见异常。脑脊液化验:蛋白 250 mg/L,葡萄糖 2.75 mmol/L,氯化物(以 Cl⁻计)112 mmol/L,白细胞数 28×10⁶/L,中性粒细胞 0.2,淋巴细胞 0.8,结核分枝杆菌涂片阴性。头颅磁共振成像(MRI):脑实质内多发小结节状及环形强化灶,部分病灶周围水肿,无明显强化。

入院初步诊断:血行播散性肺结核,结核性脑膜炎待除外。继续给予 INH(0.6 g,1 次/d,口服),RFP(0.45 g,1 次/d,

口服),PZA(1.5 g,1 次/d,口服),EMB(1.0 g,1 次/d,口服)治疗,由于既往应用上述方案治疗 20 d 疗效不佳,故增加 S(0.75 g,1 次/d,肌内注射);同时给予糖皮质激素治疗,醋酸泼尼松(30 mg,1 次/d,口服)每 10 天减量 5 mg。总疗程 8 周。

抗结核治疗 1 个月后,患者仍有低热症状,体温波动于 37.0~37.5℃之间,以午后及夜间为主,间断头痛较入院时明显。复查胸部 CT:肺部病变略见吸收;MRI 见双侧大脑半球及右侧小脑半球有多发大小不等的斑点、结节状强化灶,大脑表面脑膜及脑底池、侧裂池脑膜强化。脑内结节及斑点病灶较前无明显变化,但出现脑膜病变,提示结核性脑膜炎。再次腰椎穿刺测颅压正常,检查脑脊液蛋白、葡萄糖、氯化物、白细胞数等各项指标均正常。

继续上述治疗至 2012 年 7 月 4 日。患者仍低热,咳嗽、咯痰症状明显缓解,但头痛症状明显加重。复查胸部 CT,显示肺部病变明显吸收。MRI 提示脑内多发大小不等斑点、结节状强化灶,病灶较前有所增大(图 1~3)。考虑结核性脑膜炎,不排除脑囊虫病。追问病史,无吃“米猪肉”史和便出绦虫节片史。体格检查无皮下结节。进行囊虫免疫学检查:血囊尾蚴抗体间接血凝试验(IHA)检测阳性、ELISA 囊虫抗体阳性。修订诊断:脑囊虫病。给予阿苯达唑 0.1 g,3 次/d;卡马西平 0.1 g,1 次/d,口服。总疗程 6 个月。

2012 年 7 月 15 日患者低热、头痛症状逐渐缓解。2012 年 7 月 26 日患者低热、头痛等不适症状完全消失。MRI 复查,提示脑内多发大小不等斑点、结节状强化灶,病灶较前明显缩小。脑脊液检查各项指标(脑脊液蛋白、葡萄糖、氯化物、白细胞数等)正常。复查血 IHA 仍然阳性。患者病情好转出院,追踪观察 6 个月无不适症状,由于患者家庭困难未

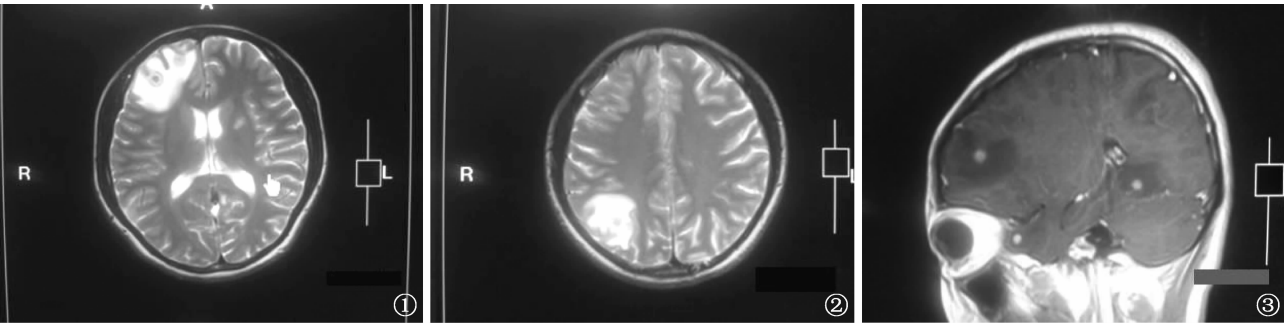


图 1 MR T₂ 加权像,右侧额叶见 1 个环形低信号小结节,周围呈现大片状高信号水肿影 图 2 MR T₂ 加权像,右枕叶见大片高信号水肿影,其内见低信号小结节 图 3 MR 矢状位增强图像,右额叶及枕叶见不规则低信号影,其内分别见 1 个强化小结节

做肺部 CT 及头颅 MRI 复查。

讨 论

脑囊虫病是猪肉绦虫的囊尾蚴寄生脑部所致,它约占人体囊虫病的 80% 以上,主要流行于华北、东北、西北和华东北部等地区。脑囊虫病的临床症状易与结核性脑膜炎相混淆,误诊率高达 18.31%^[1]。本例脑囊虫病误诊为结核性脑膜炎,原因是:(1)该例患者为亚急性起病,表现为咳嗽、咯痰等呼吸道症状及乏力、高热等全身中毒症状。结核抗体阳性,血红细胞沉降率增加,胸部 CT 检查显示双肺弥漫“三均匀”粟粒结节影,以上均符合血行播散性肺结核临床诊断。头颅 MRI 检查见脑实质内多发小结节状及环形强化灶,部分病灶周围水肿,无明显强化。以上情况易误导临床医生将肺部与脑部疾病进行一元化诊断与处理。(2)脑囊虫病的首发症状多数为癫痫,有报告称 10% 的癫痫是由本病引起的,常见症状还有头痛、头晕、恶心、呕吐、精神异常、记忆力减退、视力障碍、共济失调、面神经麻痹等^[1]。该例患者无典型脑囊虫病的临床表现。(3)两种病在影像学表现上相似,脑囊虫病头颅 MRI 可以显示不同时期的囊虫病灶,脑实质内脑囊虫可表现为结节形、环形或囊形,有时可显示头节,增强扫描可强化,有不同程度的脑水肿。在矢状面和冠状面的 T₂ 加权像上脑室内活囊虫呈低信号,比脑脊液信号略高,其囊壁呈高信号,头节也呈高信号。头颅 MRI 显示囊腔(囊液)、囊壁、头节及增强扫描后点状、环状、环内小点状强化灶是诊断脑囊虫病的重要依据^[2]。结核性脑膜炎也可脑实质内多发粟粒大小结节呈明显强化,脑膜增厚并强化。本例患者的头颅 MRI 表现与脑囊虫病的影像学改变较符合,但因临床症状不典型及肺部血行播散性肺结核较明确,临床医

生未重视与脑囊虫病的鉴别诊断。(4)脑脊液化验时脑囊虫病患者脑脊液中通常蛋白升高,葡萄糖无明显变化;而结核性脑膜炎典型改变为蛋白升高、葡萄糖降低;两者的脑脊液中白细胞数都可以淋巴细胞为主,但脑囊虫病患者的嗜酸粒细胞偏高。该例患者多次腰椎穿刺测颅压正常,脑脊液各项化验指标也正常,均不提示上述两种疾病。

脑囊虫病感染严重时应先降低颅压,可用地塞米松和脱水剂治疗,如癫痫发作则给予苯妥英钠或地西泮(安定)等治疗。近年来用吡喹酮、丙硫咪唑等治疗脑囊虫病取得良好效果,可使囊尾蚴迅速变性死亡^[3]。必要时可行开颅探查术、颞肌减压术及去颅骨瓣减压术、脑脊液引流术等。

通过对本例患者的回顾性分析,提醒临床工作中对于血行播散性肺结核患者出现中枢神经系统症状时,不应一元化考虑为结核性脑膜炎。患者第一次脑脊液检查即非典型的结核性脑膜炎改变,MRI 检查提示颅内多发小结节时,临床医生未及时考虑与脑囊虫病进行鉴别,进一步做脑脊液的囊虫补体结合试验、间接血凝试验、囊虫抗体的 ELISA,实为应吸取的教训之一。对于治疗反应欠佳的患者,应警惕误诊可能,以便及时调整治疗方案,为患者带来转机。

参 考 文 献

- [1] 葛凌云,李庆山,张敬举,等. 437 例囊虫病误诊原因分析. 中国寄生虫病防治杂志,1994,7(3):233-234.
- [2] 刘焦枝. 脑囊虫病的 MRI 表现及临床分析. 现代中西医结合杂志,2011,9(25):3196-3197.
- [3] 詹希美. 人体寄生虫学. 北京:人民卫生出版社,2001:334.

(收稿日期:2012-11-16)

(本文编辑:郭萌)

肺癌合并支气管结核二例

王瑞丽 戴元荣 何剑波 章国棉

例 1 男,70 岁。因“反复咳嗽、咯痰 5 年,咯血 5 d”,于 2011 年 8 月 31 日到温州医学院附属第二医院就诊。吸烟史:50 年,20 支/d。体格检查:神志清醒,全身浅表淋巴结未触及肿大;右肺呼吸音低,未闻及干湿性啰音,心率:91 次/min,未闻及病理性杂音;双下肢无水肿,腹部无压痛和反跳痛。辅助检查:血癌胚抗原达 11.86 μg/L,痰中未找到肿瘤细胞,痰抗酸染色阴性。胸部 CT 检查示:右上肺门区软组织密度影,伴右上肺阻塞性肺炎,肺癌可能性大;纵隔淋巴结肿大,

冠状动脉钙化,两肺肺气肿(图 1,2)。入院后行电子支气管镜检查,结果显示:右主支气管可见白色坏死物附着(图 3),右中间支气管开口部位观察可见右上叶支气管闭塞、左下叶支气管外基底段亚支新生物(图 4)。通过电子支气管镜进行刷检涂片,结果显示:左下叶支气管外基底段亚支刷检涂片标本检查见柱状上皮细胞,个别细胞呈异型;右主支气管刷检涂片标本检查,抗酸杆菌++(1~9 条抗酸杆菌/10 视野),涂片见癌细胞,鳞癌可能性大。诊断为:右肺鳞癌、阻塞性肺炎、支气管结核(BTB)、两肺肺气肿。于肺癌化疗同时给予异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇口服抗结核治疗,并予异烟肼 0.2 g 经支气管镜注入(1 次/周),以及对症处理[左氧氟沙星(可乐必妥)静脉滴注抗感染;口服肾上腺色素缩氨脲水杨酸钠(安络血)和复方芦丁片止血、强力稀化粘

基金项目:温州市科技局重点课题(Y20080085)

作者单位:325000 温州医学院附属第二医院呼吸内科

通信作者:戴元荣,Email:daiyr@126.com