

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

# 神经内科临床心得

主编 肖波



科学出版社

湘雅名医心得丛书

总主编 杨连粤

# 神经内科临床心得

主 编 肖 波

科学出版社

北 京

# 《神经内科临床心得》编写人员

主 编 肖 波

副主编 李国良 刘运海 杨晓苏 周文斌

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

毕方方 陈 颢 范学军 冯 莉

谷文萍 郭纪锋 贺建安 侯德仁

黄 清 江 泓 李 静 李 艺

李国良 李辉萍 李秋香 李蜀渝

刘运海 龙莉莉 龙小艳 卢晓琴

申向民 沈 璐 宋 治 谭利明

王 炜 王 艳 吴 军 夏 健

肖 波 徐 伟 许宏伟 许念桂

杨 欢 杨晓苏 易继平 张 乐

张 宁 张付峰 周文斌

# 前 言

临床医学知识的学习包括两部分,一部分从课堂、书本、文献等学习理论知识及其新的进展;另一部分是在临床工作实践中学习,并不断积累经验。一般的教科书对疾病的描述都是典型的临床特征和常规的临床处理,但临床实际工作中许多疾病存在明显的个体差异,同一疾病在不同的个体表现不一致,对治疗的反应也不一样,因此临床医生就需要在工作中不断地积累经验并学习其他人的经验。

由于个人的学识和经验是有限的,这就使临床工作中出现了一些误诊误治的现象。本书列举了在临床工作中所遇见的一些疑难的、误诊误治的疾病,希望通过对临床心得的介绍,扩大临床一线工作者的思路,提高他们的临床思维能力和疾病诊治能力,从而减少误诊误治。

编 者

2011年1月

# 目 录

<b>第一章 中枢神经系统感染</b> .....	(1)
1. 单纯疱疹病毒性脑炎并特发性血小板减少性紫癜 .....	(1)
2. 误诊为脑梗死的病毒性脑炎 .....	(2)
3. 非免疫功能缺陷的巨细胞病毒性脑炎 .....	(3)
4. 误诊为肺癌的隐球菌肺炎并隐球菌脑膜炎 .....	(4)
5. 以小脑占位为主要表现的新型隐球菌性脑膜脑炎 .....	(5)
6. 新型隐球菌性脑膜炎合并结核性脑膜炎 .....	(7)
7. 白色念珠菌性脑膜炎 .....	(9)
8. 误诊为神经梅毒的颅内结核瘤 .....	(10)
9. 累及胼胝体压部的结核性脑脊髓炎 .....	(11)
10. 以脊髓受累为首发表现的神经系统结核感染 .....	(13)
11. 纤维蛋白降解:结核性脑膜炎并发脑积水 .....	(14)
12. 以蛛网膜下腔出血起病的肺吸虫脑病 .....	(16)
13. 致脑出血的肺吸虫脑病 .....	(19)
14. 以慢性精神症状为主要表现的脑裂头蚴病 .....	(20)
15. 貌似化脓性脑膜炎的脑型血吸虫病 .....	(21)
16. 经病理证实的血吸虫脑病 .....	(23)
17. 误诊为结核性脑膜炎的脑囊虫病 .....	(25)
18. 以偏瘫起病的神经梅毒 .....	(26)
19. 误诊为病毒性脑炎的梅毒性脑炎 .....	(27)
20. 首诊为精神分裂症的麻痹性痴呆 .....	(28)
21. 结核性脑脊髓膜炎合并梅毒感染 .....	(30)
22. 脑电图表现为周期性三相波的神经梅毒 .....	(32)
23. Mollaret 脑膜炎 .....	(34)
24. 病理证实的克-雅病 .....	(35)
<b>第二章 中枢神经系统非特异性炎症性疾病</b> .....	(37)
1. 原发性中枢神经系统血管炎 .....	(37)
2. 神经精神狼疮 .....	(38)
3. 貌似多发性硬化的干燥综合征 .....	(39)
4. 病情不断恶化的急性播散性脑炎 .....	(40)



5. 以卒中形式起病的脱髓鞘脑病 .....	(42)
6. 影像疑为脑梗死的神经白塞病 .....	(43)
7. 桥本脑病 .....	(43)
8. 以神经系统损害为首发表现的抗心磷脂抗体综合征 .....	(44)
9. 貌似慢性吉兰-巴雷综合征的 POEMS 综合征 .....	(47)
10. 伴颅内高压的 POEMS 综合征 .....	(48)
11. 伴硬膜下积液(血)的肥厚性硬脑膜炎 .....	(49)
12. 病程 30 年的肥厚性硬脑膜炎 .....	(52)
<b>第三章 脑血管病 .....</b>	<b>(54)</b>
1. 反复脑缺血发作的烟雾病 .....	(54)
2. 烟雾病导致的反复脑室出血 .....	(55)
3. 磁共振显示常春藤征的脑膜动静脉瘘 .....	(58)
4. 貌似痛性眼肌麻痹的海绵窦瘘及颅底动静脉瘘 .....	(59)
5. 脑血流低灌注致 TIA 发作 .....	(60)
6. 椎-基底动脉延长扩张症 .....	(61)
7. 基底动脉尖综合征 .....	(61)
8. 肺动静脉瘘所致脑梗死 .....	(62)
9. 胼胝体梗死 .....	(64)
10. 中线旁双侧丘脑梗死综合征 .....	(65)
11. 继发于真性红细胞增多症的缺血性卒中 .....	(67)
12. 骨髓增生异常综合征所致的脑梗死 .....	(68)
13. 卵巢过度刺激综合征引起脑血栓形成 .....	(69)
14. 海洛因所致脑卒中 .....	(71)
15. 伴有皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病 .....	(72)
16. 误诊为脑梗死、多发性硬化的 CADASIL .....	(75)
17. 表现为痛性眼肌麻痹的海绵窦内颈内动脉瘤 .....	(77)
18. 误诊为偏头痛的蛛网膜下腔出血 .....	(77)
19. 老年患者表现为脑动脉供血不足的蛛网膜下腔出血 .....	(78)
20. 脑血管淀粉样变性导致反复脑出血 .....	(79)
21. 脑静脉血管畸形合并脑出血 .....	(80)
22. 误诊为脑出血的瘤卒中 .....	(82)
23. 高血压脑出血后并静脉窦血栓形成 .....	(82)
24. 肥厚性硬脑膜炎并静脉窦血栓形成 .....	(85)
25. 误诊为病毒性脑膜脑炎的静脉窦血栓形成 .....	(86)
26. 表现为蛛网膜下腔出血的颅内静脉血栓形成 .....	(87)
27. 妊娠早期伴颅内静脉窦血栓形成 .....	(88)

28. 高血压脑病 .....	(89)
29. 误诊为病毒性脑炎的高血压脑病 .....	(91)
30. 可逆性后部白质脑病 .....	(91)
31. 介入治疗在锁骨下动脉狭窄的应用 .....	(93)
32. 脑室内注射尿激酶致过敏样反应 .....	(95)
<b>第四章 脊髓病变 .....</b>	<b>(97)</b>
1. 带状疱疹后脊髓炎 .....	(97)
2. 结核性肥厚性硬脊膜炎 .....	(98)
3. 误诊为周围神经病的脊髓痨 .....	(99)
4. 脊前动脉综合征 .....	(100)
5. 误诊为脱髓鞘病的脊髓梗死 .....	(101)
6. 缓慢进展的脊髓血管病 .....	(102)
7. 以急性脊髓炎形式起病的一例 von Hippel-Lindau 病 .....	(103)
8. 以蛛网膜下腔出血起病的脊髓血管畸形 .....	(104)
9. 经手术确诊的脊髓硬膜外血管畸形 .....	(105)
10. 急性上升性脊髓炎 .....	(106)
11. 误诊为脊髓肿瘤的视神经脊髓炎 .....	(108)
12. 脊髓型临床孤立综合征 .....	(110)
13. 漏诊的急性播散性脑脊髓炎 .....	(111)
14. Foix-Alajouanine 综合征 .....	(112)
15. 伴头部影像异常的脊髓亚急性联合变性 .....	(113)
16. 误诊为脊髓肿瘤的脊髓异位血吸虫病 .....	(114)
17. 以脊髓损害为首发症状的干燥综合征 .....	(115)
18. 貌似平山病的颈椎管狭窄症 .....	(117)
19. 放射性脊髓病误诊为髓内转移瘤 .....	(119)
20. 肝性脊髓病 .....	(120)
<b>第五章 运动障碍性疾病 .....</b>	<b>(122)</b>
1. PLA2G6 基因突变帕金森病 .....	(122)
2. 常染色体隐性遗传早发性帕金森综合征一家系 .....	(123)
3. 多巴反应性肌张力障碍一家系 .....	(125)
4. 非酮症性高血糖所致偏侧舞蹈症 .....	(127)
5. 直立性震颤 .....	(129)
6. 伴颅内钙化的发作性运动诱发性运动障碍 .....	(130)
7. 苍白球黑质红核色素变性 .....	(131)
<b>第六章 神经系统变性病 .....</b>	<b>(134)</b>
1. 误诊为帕金森病的进行性核上性麻痹 .....	(134)

2. 青年型亚历山大病 .....	(135)
3. 多系统萎缩 .....	(136)
4. 肌萎缩-痴呆-关岛综合征 .....	(137)
5. 延髓脊髓性肌萎缩症 .....	(139)
6. 疑似重症肌无力的 Kennedy 病 .....	(140)
7. 肌萎缩侧索硬化合并颈椎病 .....	(142)
8. 肌萎缩侧索硬化的典型影像学改变 .....	(143)
<b>第七章 周围神经病</b> .....	(146)
1. 误诊为原发性三叉神经痛的鼻咽癌 .....	(146)
2. 蝶窦炎导致的眶尖综合征 .....	(147)
3. 鼻咽癌所致的海绵窦综合征 .....	(148)
4. 海洛因相关性多发性单神经病 .....	(150)
5. 以肢体疼痛为首发症状的吉兰-巴雷综合征 .....	(151)
6. 小纤维感觉神经受累的吉兰-巴雷综合征 .....	(151)
7. 误诊为周期性麻痹的吉兰-巴雷综合征 .....	(153)
8. Lewis-Summer 综合征 .....	(154)
9. 误诊为脊肌萎缩症的多灶性运动神经病 .....	(155)
10. 一例感觉神经束膜炎的诊治体会 .....	(156)
<b>第八章 癫痫</b> .....	(159)
1. 病毒性脑炎癫痫持续状态的治疗体会 .....	(159)
2. 以癫痫为首发表现的胶质瘤 .....	(160)
3. 误诊为癫痫的癔症性抽搐 .....	(162)
4. Lance-Adams 综合征 .....	(163)
<b>第九章 肌肉疾病</b> .....	(165)
1. 多发性肌炎 .....	(165)
2. 常与多发性肌炎混淆的包涵体肌炎 .....	(166)
3. 不典型老年重症肌无力 .....	(167)
4. 重症肌无力合并吉兰-巴雷综合征 .....	(169)
5. 卵巢早衰合并重症肌无力 .....	(170)
6. 误诊为缺血性脑血管病的重症肌无力 .....	(171)
7. Lambert-Eaton 综合征 .....	(172)
8. 貌似重症肌无力的 Kearns-Sayre 综合征 .....	(173)
9. 慢性进行性眼外肌麻痹 .....	(175)
10. 反复误诊为病毒性脑炎的线粒体脑肌病 .....	(177)
11. 影像学不断变化的 MELAS 病 .....	(179)
12. 疑似神经肌炎的脂质沉积性肌病 .....	(181)



13. 误诊为多发性肌炎的 Miyoshi 肌病 .....	(183)
14. Emery-Dreifuss 型肌营养不良症 .....	(185)
15. 误诊为周围神经病的肢带型肌营养不良 2B 型 .....	(186)
16. 杆状体肌病 .....	(187)
17. 貌似肌病的周期性麻痹 .....	(189)
18. 误诊为多发性肌炎的低钾性周期性麻痹 .....	(191)
19. 红斑性肢痛症 .....	(191)
<b>第十章 中枢神经系统肿瘤</b> .....	<b>(193)</b>
1. 中枢神经系统黏膜相关淋巴瘤 .....	(193)
2. 误诊为结核性脑膜脑炎的颅内淋巴瘤 .....	(194)
3. 原发性中枢神经系统淋巴瘤 .....	(195)
4. 误诊为多发性硬化的脑胶质细胞增生症 .....	(198)
5. 以卒中样起病的脑胶质细胞瘤 .....	(199)
6. 表现为进行性痴呆的脑胶质瘤 .....	(199)
7. 误诊为病脑的脑胶质瘤病 .....	(202)
8. 误诊为脑寄生虫病的脑内转移癌 .....	(202)
9. 以颅高压为首发症状的中枢神经系统白血病 .....	(204)
10. 以眩晕为首表现的癌性脑膜炎 .....	(206)
11. 酷似脑梗死的小脑肿瘤 .....	(207)
<b>第十一章 系统性疾病与中枢神经系统损害</b> .....	<b>(209)</b>
1. 以反复头痛为主要表现的甲状腺疾病 .....	(209)
2. 甲状腺毒性脑病 .....	(210)
3. 貌似亚急性联合变性的甲状腺功能低下 .....	(212)
4. 慢性酒精中毒性脑病 .....	(213)
5. 急性胰腺炎引起 Wernicke 脑病 .....	(214)
6. 儿童头痛应警惕嗜铬细胞瘤 .....	(216)
7. 貌似吉兰-巴雷综合征的 AIDS .....	(217)
8. 误诊为难治性癫痫的低血糖脑病 .....	(218)
9. 卒中样发作的低血糖脑病 .....	(219)
10. 表现为多种发作性异常的胰岛细胞瘤 .....	(220)
11. 以癫痫发作为首发症状的高血糖 .....	(222)
12. 误诊为癫痫的 Brugada 综合征 .....	(223)
13. 卟啉病 .....	(225)
<b>第十二章 药物、毒物所致中枢神经系统损害</b> .....	<b>(227)</b>
1. 长期服用丙戊酸钠导致的舞蹈症 .....	(227)
2. 安坦致精神症状一例 .....	(228)



3. 误诊为急性吉兰-巴雷综合征的铊中毒 .....	(228)
4. 海洛因中毒 .....	(229)
5. 以反复癫痫发作为表现的慢性毒鼠强中毒一例 .....	(231)
6. 貌似癫痫的中暑 .....	(232)
7. 隐源性破伤风误诊为癫痫持续状态一例 .....	(233)
8. 警惕一氧化碳中毒后迟发脑病的发生 .....	(235)
9. 首诊于神经科的海洛因成瘾者合并破伤风二例 .....	(236)
<b>第十三章 遗传代谢性疾病</b> .....	(239)
1. 疑似克-雅病的神经元蜡样脂褐质沉积症 .....	(239)
2. 伴颅内钙化的肝豆状核变性 .....	(240)
3. 遗传共济失调性多发性神经炎样病(植烷酸沉积病) .....	(241)
4. 肾上腺型脑白质营养不良 .....	(242)
5. 遗传性痉挛性截瘫并胼胝体发育不全 .....	(244)
6. 遗传性共济失调 .....	(244)
7. 一个常染色体隐性遗传杆状体肌病家系 .....	(246)
8. 强直性脊柱炎并发腓骨肌萎缩症一例 .....	(247)
9. 腓骨肌萎缩症误诊为慢性炎性脱髓鞘性神经病 .....	(248)
10. 误诊为颈椎病的遗传性压迫易感性神经病 .....	(249)
11. Marcus-Gunn 综合征一例 .....	(250)
<b>第十四章 颅内压力变化所致疾病</b> .....	(251)
1. 貌似颅高压的低颅压综合征 .....	(251)
2. 裂隙脑室综合征 .....	(251)
3. 误诊为颅内感染的低颅压综合征 .....	(252)
4. 腰穿致蛛网膜下腔出血 .....	(253)
5. 自发性脊髓脑脊液漏致低颅压综合征 .....	(254)
<b>第十五章 神经系统先天性畸形</b> .....	(256)
1. 小脑扁桃体下疝畸形误诊为急性脑梗死(溶栓)一例 .....	(256)
2. 一例不典型的 Arnold-Chiari 畸形 .....	(257)
3. Arnold-Chiari 畸形合并脊髓空洞症 .....	(258)

# 第一章 中枢神经系统感染

## 1. 单纯疱疹病毒性脑炎并特发性血小板减少性紫癜

### 【病例介绍】

患者,女,47岁,因头痛、胡言乱语7天入院。患者7天前因受凉后出现咳嗽、乏力等不适,第二天即感头痛,以前额明显,间断说胡话,精神恍惚,自服感冒药无明显好转,两天前来湘雅医院门诊就诊,测体温 $38.3^{\circ}\text{C}$ ,疑“颅内感染”。患者拒绝住院。今日凌晨1时许患者出现嗜睡、不会说话遂再次就医。起病后精神、食欲差,大小便正常。患者月经期一周,量较平素多,时间延长。平时无鼻及牙龈出血。入院时查体:体温 $38.7^{\circ}\text{C}$ ,嗜睡,反应迟钝,脑神经无异常,前胸可见 $4\text{cm}\times 5\text{cm}$ 瘀斑,腹部、四肢可见散在皮疹,心肺无异常,肝脾肋下未扪及。颈部抵抗明显,四肢肌力、肌张力正常,无病理征。感觉系统、共济运动正常。头部CT示双侧颞叶、额叶片状低密度影。脑电图示慢波基础上棘慢综合波。入院当天血常规:血小板 $16\times 10^9/\text{L}$ ,血红蛋白 $54\text{g}/\text{L}$ ,红细胞 $1.96\times 10^{12}/\text{L}$ ,白细胞 $6.57\times 10^9/\text{L}$ ,血钾 $3.28\text{mmol}/\text{L}$ ,其余检查均正常。因患者血小板显著降低,未行腰椎穿刺(腰穿)脑脊液检查。入院诊断:①发热、意识障碍查因,病毒性脑膜脑炎可能;②血小板减少性紫癜。给予抗病毒、输注血小板和浓缩红细胞、支持治疗等,病情未见明显好转,意识障碍逐渐加重,并不时有躁动不安。血小板持续下降,最低为 $8\times 10^9/\text{L}$ ,行骨髓穿刺细胞学检查见骨髓增生活跃,各阶段细胞形态未见特殊异常。抗病毒治疗2周,予氨肽素(升高血小板)、泼尼松等治疗,病程中共输注血小板和浓缩红细胞各5单位。于住院3周时血小板上升至 $43\times 10^9/\text{L}$ ,神志转为清楚,反应灵敏,生活基本自理,全身瘀斑明显消退;住院4周时血小板上升至 $88\times 10^9/\text{L}$ ,腰穿压力 $120\text{mmH}_2\text{O}$ ,脑脊液常规及生化检查正常,脑脊液病毒学检查示单纯疱疹病毒(herpes simplex virus, HSV)抗体阳性。复查头颅CT示双侧颞叶、额叶片状低密度影模糊;住院32天时血小板上升至 $227\times 10^9/\text{L}$ ,血红蛋白 $91\text{g}/\text{L}$ ,红细胞 $2.95\times 10^{12}/\text{L}$ 。病情好转出院。出院后3个月、6个月随访无异常。

**分析** 病毒性脑膜炎是病毒感染导致的脑实质及脑膜病变,病原学上以HSV最为多见。HSV属疱疹病毒 $\alpha$ 亚科,为有包膜的线状双链DNA病毒,包括HSV-1和HSV-2两种亚型,感染中枢神经系统的主要为HSV-1,可以潜伏在神经细胞中。特发性血小板减少性紫癜(ITP)是一种自身免疫性疾病,主要由病毒感染和自身免疫功能异常引起,其中病毒感染以呼吸道感染为多见。研究较多的有



巨细胞病毒、EB病毒、人类疱疹病毒6型等。而HSV与ITP是否存在一定的关系,目前研究较少。我们推测,可能为HSV感染引起免疫功能紊乱,而导致抗血小板抗体的产生,即病毒感染产生的抗体或该抗体作为抗原产生的新的抗体与血小板表面的抗原靶点产生交叉反应,导致血小板被清除增多;同时HSV可能感染巨核细胞,使其释放细胞因子,从而抑制血小板的生成,使血小板数量减少。

**心得** 本例患者表现为病毒性脑炎合并特发性血小板减少性紫癜,分析其原因均可能与单纯疱疹病毒感染有关。在临床诊治过程中,应尽量遵循疾病诊断一元化的原则,坚持系统论,扩大知识面,重视各学科之间的联系。

(侯德仁)

## 2. 误诊为脑梗死的病毒性脑炎

### 【病例介绍】

患者,男,76岁,肥胖体型,既往有原发性高血压史20年,糖尿病史6年,3年前因“脑梗死”住院治疗,病情稳定出院,无明显后遗症。10天前感冒后出现左侧肢体麻木无力,伴头痛、恶心,无呕吐,急诊于当地医院,查CT结果示右侧枕叶、颞顶叶斑片状低密度影,提示多发性腔隙性脑梗死。当地医院诊断为“多发性脑梗死”,给予抗血小板聚集药、扩血管、营养脑细胞等药物治疗,症状无缓解,且头痛、恶心加重,遂送往湘雅医院诊治。查体:T 37.8℃,P 87次/分,BP 156/88mmHg(1mmHg=0.1333kPa),痛苦面容,答语不切题,双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在,浅表淋巴结不大,颈稍强直,气管居中,心、肺、腹无异常,左侧肢体肌力Ⅳ级,痛觉稍减退;Kernig征(+),Brudzinski征(+),血常规无明显异常,脑脊液白细胞轻度增高,以淋巴细胞升高为主,蛋白增高;脑电图示 $\alpha$ 波逐渐减少,频率减慢,呈广泛性慢波节律。MRI示右额、颞顶叶皮质区、皮髓质交界处多发片状结节状异常信号, $T_1W$ 为低信号, $T_2W$ 为高信号,病灶边界不清,周围白质及皮质区有明显广泛水肿,增强后病灶显示清楚。诊断为病毒性脑炎,给予系统抗病毒和对症支持治疗,患者病情逐渐好转出院。

**分析** 病毒性脑炎中以单纯疱疹病毒脑炎最常见,病变主要侵犯颞叶、额叶和边缘叶脑组织。该病可见于任何年龄,且发病无季节性,急性起病,部分病例病前有上呼吸道感染病史,临床表现可有发热、头痛、意识障碍、精神症状、癫痫和肢体瘫痪等。脑脊液压力多增高,白细胞数增高,以淋巴细胞或单核细胞为主,蛋白质含量多增高,糖和氯化物基本正常。脑电图的特异性改变是双侧脑电波不对称和以颞叶为中心的局灶性慢波。CT或MRI片可见额、颞叶病灶。

**心得** 病毒性脑炎临床表现多样化,无特异性,早期可以各种形式起病故早期易误诊,尤其是曾有高血压、卒中病史的老年患者,容易被误诊为脑梗死,该患者即属



于这种情况。但病毒性脑炎发病早期常有发热、不同程度的头痛、呕吐、困倦多睡等症状,重者出现肢体瘫痪、癫痫、大小便失禁、意识障碍等。体格检查时多有脑膜刺激征,腰穿脑脊液压力增高,脑脊液蛋白含量增高,白细胞数增多,尤其以淋巴细胞数增多为主,脑电图多显示弥漫性高波幅慢波;脑梗死患者往往起病更急,一般无明显诱因,无发热,伴有头痛者较少,且无脑膜刺激征,脑脊液一般正常,这均可与病毒性脑炎相鉴别;且病毒性脑炎头部 CT 和 MRI 的表现也有别于脑梗死,大面积脑梗死与相应血管供血区域相符合,呈扇形分布,尤其在冠状面扫描更为典型;脑炎则缺乏此类特征,强化扫描脑炎大都可见病变区域脑表面的脑膜强化。

(许念柱)

### 3. 非免疫功能缺陷的巨细胞病毒性脑炎

#### 【病例介绍】

患者,女,52岁,因发热、头痛、呕吐半个月入院。入院时查体:T 38℃,生命体征平稳,神志清楚,精神差,脑神经无异常,颈抗,克氏征(+),四肢(-)。腰穿检查:脑脊液清亮,压力 220mmH<sub>2</sub>O。脑脊液常规:潘氏试验阳性,细胞总数 40×10<sup>6</sup>/L,白细胞 32×10<sup>6</sup>/L,单核细胞 0.70;细胞学:细胞轻度增多,以激活型单核细胞为主;生化:蛋白 0.71g/L,余基本正常;脑脊液三大染色、结核抗体(-);病毒全套 CMV-IgM(+);脑脊液 CMV DNA 阳性。追查 HIV 抗体阴性,血免疫全套正常。脑电图示轻度异常。头颅 CT(-)。入院诊断:巨细胞病毒性脑炎。入院后予更昔洛韦抗病毒治疗两周后,患者临床症状、体征基本消失,复查腰穿:脑脊液清亮,压力 120mmH<sub>2</sub>O。脑脊液常规:潘氏试验弱阳性,细胞总数 10×10<sup>6</sup>/L,白细胞 6×10<sup>6</sup>/L,单核细胞 0.70。细胞学:细胞轻度增多,以激活型单核细胞为主。生化:基本正常,脑脊液 CMV-IgM、IgG(+);脑脊液 CMV DNA 阳性。临床诊断:巨细胞病毒性脑炎。

**分析** 人类 CMV 属疱疹病毒科 β 亚科,为双股线性 DNA 病毒。CMV 感染率高达 40%~100%,多无临床症状,但是当机体免疫功能下降时,可出现各种临床表现。CMV 脑炎非常少见,常发生于免疫功能缺陷的患者。Arribas 等对 1965~1995 年全球报道的 673 例 CMV 脑炎的相关文献进行研究,发现其中 85% 合并有 HIV 感染,12% 有其他的免疫功能缺陷(多为器官移植患者),仅 3%(21 例)无明显免疫功能异常。无明显免疫功能缺陷的 CMV 脑炎患者多为老人或小儿,推测其致病可能与免疫功能低下有关。

CMV 颅内感染可累及脑膜和脑实质,患者有脑膜受累,表现为头痛,脑膜刺激征均阳性;亦有脑实质受累,出现不同程度的意识障碍、精神症状、癫痫发作、偏瘫、感觉障碍等。目前关于 CMV 脑炎的诊断国内外尚无明确标准,主要依据病原

学检查结果,结合 CMV 脑炎特点来进行诊断。CMV 感染患者抗 CMV-IgM 一般在感染后 2 周出现,3~4 个月消失,部分可持续数月或数年。抗 CMV-IgG 抗体常在原发感染之后 2~3 周出现,可终身存在。抗 CMV-IgM 阳性表明有近期感染,病毒正在复制。抗 CMV-IgM 阳性、抗 CMV-IgG 阴性提示为原发感染。病毒培养和脑活检是 CMV 脑炎诊断的金标准,但临床少用。

**心得** 巨细胞病毒(CMV)在人群中感染非常普遍,多为亚临床不显性感染和潜伏感染。当机体免疫功能低下时 CMV 感染可累及多器官系统出现临床症状,以肺部最常见,其次为肝脏、肾脏等组织,脑组织少见。国外报道的 CMV 脑炎多为接受器官移植或 HIV(人类免疫缺陷病毒)感染等免疫缺陷患者,国内有关的研究报道很少。临床上对于脑炎患者,应常规做抗 CMV-IgM/IgG 检测以初步明确患者是否为 CMV 脑炎患者。

(谷文萍)

## 4. 误诊为肺癌的隐球菌肺炎并隐球菌脑膜炎

### 【病例介绍】

患者,男,47 岁,已婚,农民。因反复头痛、咳嗽、间歇低热 2 个月、加重伴呕吐 1 周就诊。自诉 2 个月前渐出现头痛,为整个头部头皮跳痛,伴后颈部灼热胀痛感,服感冒药后缓解,头痛与体位无明显关系,伴有咳嗽、咳痰、低热,体温最高为 38.8℃。间有恶心、呕吐,颈部僵硬,活动不灵,近 1 周头痛、呕吐逐渐加剧,进食差,体重明显减轻。患者 1 个月前曾因咳嗽、咳痰、低热在外院诊治,肺部 CT 发现右上肺占位性病变,周围型肺癌可能性大,伴纵隔、右肺门淋巴结转移,右肺上叶前段、中叶阻塞性肺炎。考虑为肺癌并行肺癌根治术。术后病理报告为炎性假瘤。否认肝炎、结核等传染病史及接触史,在广东打工 10 余年,从事电焊工作,无不良嗜好,否认养鸽史,否认冶游史。查体:四测正常,急性病容,形体消瘦,精神差,浅表淋巴结未扪及,心、腹(-),右腋中线附近弧形纵向手术切口,愈合好。神志清楚、语言流利,脑神经检查正常,颈抗 3 横指,克氏征、布氏征(-),其余神经系统查体无异常。入院诊断:肺结核合并结核性脑膜炎?肺癌合并癌性脑膜病?

入院后查头部 MRI 示颅内多发腔梗。腰穿:压力 400mmH<sub>2</sub>O,细胞总数 245×10<sup>6</sup>/L,白细胞 225×10<sup>6</sup>/L,蛋白质 0.89g/L,葡萄糖 2.0mmol/L,氯化物 108.6mmol/L,墨汁染色发现隐球菌。诊断:隐球菌性脑膜炎。予两性霉素 B、氟康唑抗真菌及其他支持治疗,并用两性霉素 B 鞘内注射 2 次/周,期间多次腰穿,均发现隐球菌。

**分析** 本例患者临床表现为反复头痛、咳嗽、发热,肺部 CT 发现右上肺占位性病变并行手术治疗,故入院时考虑肺结核合并结核性脑膜炎或肺癌合并癌性脑膜病。但入院后腰穿脑脊液检查发现隐球菌,结合患者肺部手术史,重新阅外院病

理切片后认为肺部炎性假瘤为隐球菌肺炎表现。隐球菌肺炎的病理学特征:早期为胶样病变;晚期为肉芽肿形成及纤维结缔组织病灶,病变沿支气管分布,大小不等、形状不规则、灰白色半透明、质地坚韧的病灶,肉眼标本与肺癌不易鉴别。病变类型与患者免疫状态有关,免疫功能正常者常形成非干酪性肉芽肿性病变,在巨噬细胞和多核巨细胞胞浆内含有被吞噬的隐球菌,而免疫功能低下者则不易见到肉芽肿。相反,在肺泡腔内充满隐球菌孢子,病灶内有较多的黏液性物质,即胶样病灶,缺乏炎细胞浸润,这种胶样病灶在肉眼上与肺黏液性肿瘤几乎不能区别。隐球菌在 HE 染色标本中无色或稍呈红色,不易识别。

**心得** 本例为一例误诊为肺癌的隐球菌肺炎、隐球菌脑膜炎。误诊原因主要为:患者有反复头痛、咳嗽、间歇低热、呕吐,伴脑膜刺激症状但被忽视,诊治过程被肺部 CT 结果误导,同时病理诊断上未能识别。因此,肺部病变合并颅内病变时除应考虑肺癌脑转移、结核等常见疾病外,不要忘记隐球菌感染的可能。

(黄 清)

## 5. 以小脑占位为主要表现的新型隐球菌性脑膜脑炎

### 【病例介绍】

患者,女,41岁,家庭主妇,因头痛、呕吐60天,加重伴行走不稳20天入院。既往:身体健康,无鸽子接触史。患者于入院前60天出现额部阵发性跳痛、胀痛,重时有恶心、呕吐,止痛处理无效,入院前20天头痛症状加重,呈额部持续性闷胀痛,频繁呕吐,出现行走不稳。当时外院腰穿示颅内压 $300\text{mmHg}$ ,脑脊液未见隐球菌。头部MRI示双侧放射冠及半卵圆中心区散在斑点状长 $T_1$ 、长 $T_2$ 、高FLAIR异常信号,增强后双侧基底节区多发斑点状强化,右侧为著;左侧小脑半球片状长 $T_1$ 、长 $T_2$ 、高FLAIR异常信号,病灶边缘轻度水肿,边界不清,轻度占位效应,增强后病灶明显不均匀强化,境界欠清楚,幕上脑室轻度扩大,幕下脑膜广泛增厚并明显强化,脑池、脑沟未见异常改变,中线结构居中,见图1-1。头部MRI波谱分析示左侧小脑半球病灶及右侧小脑半球NAA/Cho、NAA/Cr比值均降低,而Cho/Cr比值升高。脱水治疗头痛无缓解,并出现视物旋转。

查体:双眼视盘轻度水肿,侧视时双眼旋转性眼震,肢体共济运动差,直线行走不能。入院时血常规:白细胞 $13.2 \times 10^9/\text{L}$ ,中性粒细胞 $10.4 \times 10^9/\text{L}$ ,占0.789;血沉 $36\text{mm/h}$ ;尿粪常规、血生化、肿瘤标志物、T淋巴细胞亚群均正常;血清梅毒抗体、HBsAg、HIV抗体均阴性;痰涂片未见抗酸菌;胸片,肝、胆、脾、胰、双肾及盆腔CT平扫均未见异常。入院诊断:结核性脑膜炎可能。予抗结核治疗,病情无好转。复查腰穿:颅压 $400\text{mmHg}$ ,葡萄糖 $2.88\text{mmol/L}$ ,氯化物 $113.8\text{mmol/L}$ ,总蛋白质 $621\text{mg/L}$ ,红细胞 $10 \times 10^6/\text{L}$ ,白细胞 $90 \times 10^6/\text{L}$ ,淋巴细胞0.95,墨汁染色

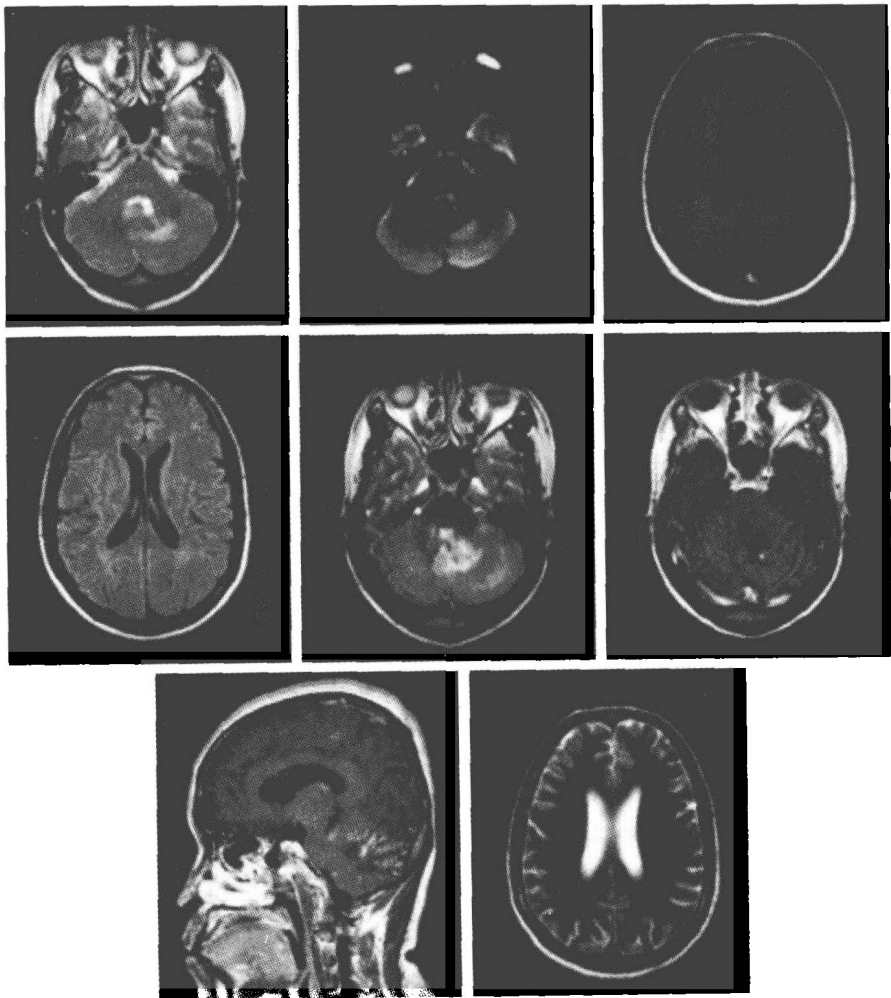


图 1-1 头部 CT 示左侧小脑半球密度稍增高、呈占位性病变，幕上脑室系统略增宽，呈梗阻性脑积水；头部 MRI 平扫+增强(1.5T)：右侧丘脑及双侧小脑半球近桥臂各见一斑片状稍长  $T_1$ 、稍长  $T_2$  信号，小脑膜明显强化，大脑半球软脑膜线样强化，双侧侧脑室稍扩大

未见隐球菌，离心沉渣涂片见隐球菌，真菌培养见隐球菌；脑脊液新型隐球菌抗原(+)，血清新型隐球菌抗原(+)；脑脊液及血液管圆线虫抗体、囊虫抗体、血吸虫抗体阴性。诊断为新型隐球菌脑膜脑炎，予两性霉素 B、氟康唑静脉滴注联合腰穿鞘注给药，治疗 81 天后连续 3 次复查腰穿未见隐球菌，患者痊愈出院。

**分析** 部分隐球菌脑膜脑炎患者首发症状为逐渐加重的头痛、呕吐等颅内高压征，部分伴有脑神经损害征。颅内隐球菌肉芽肿的形成表现为颅内占位，多见于大脑半球，发生于小脑者少见，后者易引起脑积水而误诊为结核瘤、脑肿瘤。新型





隐球菌性脑膜炎多见于免疫功能低下者,少数散发于正常人群。该病治疗棘手,其预后与是否获得及时治疗密切相关。一旦确诊,应尽早应用抗真菌药物,如两性霉素 B、氟康唑等,同时可联合腰穿鞘内给药。该病疗程长,治疗期间维持水及电解质平衡、营养支持并积极防治并发症至关重要。

**心得** 隐球菌脑膜炎的临床表现不典型,CT 和 MRI 表现多样,缺乏特异性,易被误诊。首次脑脊液常规墨汁染色检出率低,对拟诊为中枢神经系统感染及脑肿瘤的病例,建议取脑脊液离心沉淀物做脑脊液墨汁染色查找隐球菌,同时行脑脊液真菌培养,并联合脑脊液、血清新型隐球菌抗原检测以争取早期诊断。

(周文斌)

## 6. 新型隐球菌性脑膜炎合并结核性脑膜炎

### 【病例介绍】

患者,男,59岁,因头痛、发热、呕吐、视物成双1个月来就诊。患者1个月前受凉后出现剧烈头痛、低热、喷射性呕吐,在外院治疗(具体不详),疗效不佳,并出现复视,头痛加剧,到医院急诊室做腰穿,测压大于400mmH<sub>2</sub>O,墨汁染色阳性,诊断为“新型隐球菌性脑膜炎”,入院继续治疗。既往有高血压病史7年。入院查体:T 37.8℃,BP 154/100mmHg,神志清楚,右眼外展不到位,双眼水平眼震,颈抗,克氏征、布氏征(±),四肢肌力及肌张力正常。入院后即给予两性霉素 B(静脉滴注及鞘内注射)及氟康唑抗真菌治疗,同时针对两性霉素 B 的副作用,给予补钾、护肝、护胃治疗,并加强了支持营养治疗。随着两性霉素 B 滴注剂量的增加,患者的头痛逐渐减轻,复视消失,仍有呕吐,脑脊液压力有下降趋势,波动于170~230mmH<sub>2</sub>O。但患者因滴注两性霉素 B 出现了寒战、高热等严重输液反应,且非那根等抗过敏治疗无效,输液反应贯穿整个治疗全程。自治疗的第10天开始,患者相继出现了顽固性低钾、低钙、转氨酶升高、贫血、继发上呼吸道及肺部感染、上消化道出血、低血压等症状,经过积极的对症治疗,转氨酶较前下降、血红蛋白升高,感染及上消化道出血得到了控制,血压升至正常,但血钾仍远低于正常(1.79~3.2mmol/L),患者甚至出现了四肢肌力减退,卧床不起,腱反射消失,心电图示 QT 间期延长,T、U 波融合。由于严重的低钾血症,在两性霉素 B 治疗的第27天,停用两性霉素 B。停用两性霉素 B 后,患者血钾、血钙逐渐升高,肌力开始恢复,食欲好,贫血症状进一步得到纠正。但患者间有头痛、呕吐,再次出现视物模糊,复查脑脊液压力升高至310mmH<sub>2</sub>O,立即加强脱水,并给予伊曲康唑及大蒜素抗真菌治疗,患者未出现明显的毒不良反应,但头痛加重,呕吐频繁,脑膜刺激征更加明显,脑脊液压力在230~300mmH<sub>2</sub>O,蛋白质及白细胞数升高,临床及实验室检查提示伊曲康唑治疗无效,遂停用伊曲康唑,再次使用两性霉素 B,自30mg/d开始,逐渐加量。此次,两性霉