

隐球菌性脑膜脑炎

山东省立医院 曲元明 戴文丽

隐球菌性脑膜炎并非罕见,但由于其属跨学科疾病,以致常被误诊,误为颅内占位性病变者尤为多见。我院误诊一例,现予报道。

病历摘要

女,25岁。因颅内压增高入院。

患者于入院前2个月在产后出现头痛,以双颞部及前额部为甚,伴有低热,曾按感冒治疗无效。入院前半个月头痛加重,伴右耳鸣,视物不清及复视,偶有喷射性呕吐。体检:神志清,体温37.6℃。两侧眼底视乳头边界不清,并有渗出,静脉充盈,视力、听力正常。颅神经检查未见异常。四肢肌力正常,活动自如。双侧巴彬斯基征阴性。实验室检查:白血球7100,血红蛋白12.5克。脑脊液无色、透明,潘氏试验(+),糖40~50毫克%,细胞数26个(单核16个,多核10个)。头颅超声波检查未见异常。脑电图呈边缘状态,左侧脑血管造影未见异常。于入院第2天行脑室充气造影:左侧脑室显影尚好,脑室无扩大;右侧脑室显影欠佳。

入院1周后,病情加重,视力明显减退,右眼无光感,左眼数指/30厘米。双眼球外展受限。颈部有抵抗感。左上肢、右下肢肌力稍差,右侧巴彬斯基征(+).拟诊右顶部占位病变,又行右侧脑血管造影,结果仍可疑为右顶叶占位病变。当晚急症开颅探查,并行去骨瓣减压。

术中见硬膜张力高,脑沟回正常,右额后及顶叶均未见肿瘤组织。于顶部穿刺,抽出血水样液体10毫升,迅速凝固。于距皮层2厘米处切除可疑脑组织送病理检查,报告为局灶性陈旧性出血。

术后患者仍头痛,骨窗隆起,并伴有小便失禁,腰穿测压>300毫米水柱。拆线后3天,从刀口处渗出血水样液体,但穿刺未能抽出液体。拆线后第10天再行局部穿刺,抽出果浆色脓液,细菌培养为副大肠杆菌。术后第20天,行局部病灶清除术,组织病理检查为“隐球菌性脑炎”。脓液和脑脊液涂片、培养亦证实为新型隐球菌。即开始使用克霉唑、5-FC等制霉药物治疗,但终因确诊时间较晚,治疗无效死亡。

讨论

中枢神经系统的真菌感染最常见的病原是新型隐球菌。其次有:白色念珠菌、皮炎芽生菌、黑曲菌、牛型放射菌、球孢子菌、星形奴卡氏菌、头孢菌、毛霉菌、组织浆孢菌及孢子丝菌等。

新型隐球菌主要侵犯中枢神经系统,其次为肺。感染途径主要经呼吸道。病原菌侵入后,感染可局限于肺部,也可血行播散至身体其他部位,尤其是脑膜、脑或骨髓。脑膜脑炎是在脑膜感染后沿着血管周围鞘扩展入脑实质所致。除引起脑膜脑炎外,该菌尚可在脑中形成肉芽肿、脓疡,或坏死性软化灶,而出现颅内占位性病变的征象。

隐球菌性脑膜脑炎的起病多较缓慢,以头痛为主要症状,开始为间歇性,以后逐渐加重而呈持续性。因其脑脊液改变与结核性脑膜炎或脑脓肿相似,故易误诊为结核性脑膜炎;若同时出现占位性病变的体征,则易误为脑脓肿或其他占位性病变。

本例临床表现和实验室检查结果,均符合隐球菌引起的脑膜脑炎。但因对本病的警惕性不高,未能及时确诊和使用制霉药物,终于导致病人死亡,当引以为戒。我们认为:(1)颅内压增高并伴有发烧等感染征象时,脑脊液镜检及培养应列为常规;(2)有呼吸道感染的表现,继而出现脑压增高症状者应想到本病的可能;(3)为避免漏诊,对可疑者,需作3次以上脑脊液真菌检查。脑脊液印度墨汁染色涂片是较好的方法,必要时可离心沉淀检查。

本病治疗较困难,有人报道,虽经治疗而死亡率仍高达58%。

目前治疗隐球菌性脑膜脑炎的首选药物是二性霉素B及5-氟胞嘧啶,二者联合应用效果更好。但亦有人报道庐山霉素较二性霉素B效果为好。近来有使用Miconazole脑室注射治疗成功的报道。Miconazole是一种咪唑衍生物,可静脉给药或静脉与鞘内联合应用。对于形成肉芽肿、脓肿,或脑坏死性软化灶者必须及时手术切除。

参考文献略