

【临床研究 & 经验】

流行性乙型脑炎 80 例临床分析

李焯, 刘静

[关键词] 流行性乙型脑炎; 乙脑病毒; 临床分析

[中图分类号] R512.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672-2116(2007)04-0192-02

流行性乙型脑炎是一种急性中枢神经系统传染病。临床以高热、惊厥、呼吸衰竭为主要表现,重症患者病死率高或遗留后遗症。现将泸州医学院附属医院 2006-07/08 收治的 80 例流行性乙型脑炎病例分析如下。

1 临床资料

1.1 流行病学资料 80 例中男 38 例,女 42 例,均来自农村,未接种乙脑疫苗,无来自同一家庭患者。其中 <2 岁 11 例,2~6 岁 55 例,>6 岁 14 例。发病季节 7 月下旬 17 例,其余均为 8 月发病。

1.2 临床表现 所有病例均以突发高热起病,最高体温波动在 38.7℃~41.0℃,其中 <39.0℃ 3 例,39.0℃~40.0℃ 56 例,>40.0℃ 21 例,绝大多数于发热 3 d 左右出现抽搐有意识障碍。抽搐 65 例,其中抽搐 3 次以上 26 例。嗜睡 36 例,昏迷 37 例,深昏迷 3 例。脑膜刺激征阳性 49 例,病理征阳性 56 例。中枢性呼吸衰竭 14 例。临床分型:轻型 5 例,普通型 53 例,重型 9 例,极重型 13 例。

1.3 实验室检查 周围血白细胞总数 4~10×10⁹/L 30 例,10~20×10⁹/L 37 例,>20×10⁹/L 13 例,N>70% 45 例。脑脊液检查 24 例,外观均清亮或微浑,压力增高。脑脊液 WBC 0~10×10⁶/L 2 例,10~50×10⁶/L 11 例,50~500×10⁶/L 10 例,>500×10⁶/L 1 例。蛋白 0.15~0.45 g/L 17 例,>0.45 g/L 7 例。糖均正常或略高,氯化物 <120 mmol/L 9 例,120~132 mmol/L 14 例,>132 mmol/L 1 例。头部 CT 检查 5 例,其中正常 1 例,脑萎缩 3 例,双丘脑对称性低密度 1 例。经特异性乙脑 IgM 抗体检测确诊 48 例,临床诊断 32 例。

1.4 治疗及预后 入院后均予以降温、止惊、降低颅内压、预防感染、维持水电解质酸碱平衡及激素治疗。

危重症患儿予以呼吸兴奋剂及呼吸机治疗。加强护理,恢复期予以胞二磷胆碱、正元脑宁及高压氧治疗。入院后 3~10 d 体温正常 60 例,10~20 d 体温正常 7 例,发热 >20 d 11 例。治愈 69 例,死亡 2 例,好转 9 例。

2 讨论

流行性乙型脑炎的主要病变在中枢神经系统,脑实质的病变极为广泛,其中以大脑皮层、间脑、中脑最为严重,并可累及脊髓,以神经细胞变性、肿胀、坏死,神经胶质细胞增生,淋巴细胞、大单核细胞浸润及血管充血扩张,血管内皮细胞肿胀、坏死、脱落为主要病理改变^[1]。本病为自然疫源性疾病,人和动物均可感染,流行地区马、牛、驴感染率可达 94%,猪为 100%。经蚊虫传播,在温带及亚热带地区发病可有严格季节性,80%~90% 的病例于 7、8、9 月发病,以 10 岁以下,尤其是 2~6 岁儿童发病率为高。

持续高热、惊厥、呼吸衰竭是乙脑最突出的临床表现。持续高热是由于病毒引起白细胞介素等炎症因子增高或直接损伤体温中枢所致。它可加重脑缺氧、脑水肿、诱发抽搐等。发热时间越长,体温越高,预后越差。惊厥、意识障碍由高热、脑实质炎症、脑水肿所致。呼吸衰竭是患者死亡的主要原因,可分为外周性呼吸衰竭和中枢性呼吸衰竭。因此在治疗过程中尤其应当把握好这“三关”的抢救。治疗可采用降低环境温度、冰枕、冰帽、冰毯等物理降温及辅助应用安乃近、柴胡、冬眠疗法等药物降温,尽量将体温降低到 38.5℃ 以下。应用安定、甘露醇等止惊,减轻脑水肿,吸氧,吸痰,保持呼吸道通畅。中枢性呼吸衰竭时应用呼吸兴奋剂。若有频繁抽搐,呼吸道分泌物多不易吸出,假性球麻痹,脑干型呼吸衰竭等应尽快予以呼吸机辅助通气。肾上腺皮质激素可减轻炎症反应,降低毛细血管通透性,保护血脑屏障,减轻脑水肿,降温等,宜早期快速短程应用。恢复期可应用高压氧治疗,促进病损区的氧供和脑细胞的恢复,文献报道高压氧对乙型脑炎疗效肯定,能够明显改善临床症状,减少后遗症^[2]。

作者单位: 泸州医学院附属医院感染科(四川 泸州 646000)

作者简介: 李焯(1978-), 学士, 医师, 感染性疾病的治疗和研究。

【临床研究经验】

老年白血病患者化疗后粒细胞缺乏伴感染的治疗

陈姣, 甘茂周

[摘要] 目的 探讨老年白血病患者化疗后粒细胞缺乏伴感染的治疗方案。方法 回顾性分析化疗后发生粒细胞缺乏伴感染的老年白血病患者病历资料。结果 通过给予保护性隔离、强有力的抗感染、造血生长因子以及积极的支持治疗等措施, 29例(82.86%)患者发热在3~11 d得到控制, 粒细胞缺乏纠正时间平均7 d。结论 老年白血病患者化疗后粒细胞缺乏伴感染时, 在加强抗感染的同时, 应使用粒细胞集落刺激因子促进白细胞恢复、静脉丙种球蛋白及胸腺五肽提高免疫及支持治疗。

[关键词] 粒细胞缺乏; 感染; 药物疗法; 老年白血病

[中图分类号] R557.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-2116(2007)04-0193-02

化疗后粒细胞缺乏伴感染是老年白血病最常见的并发症和死亡原因之一, 而对感染的有效治疗常常是化疗成功的关键。2002-10/2007-06, 对在四川省人民医院血液科住院的35例老年白血病患者化疗后粒细胞缺乏伴感染进行了治疗, 现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料 35例患者中, 女性19例, 男性16例; 平均年龄67岁(60~83岁)。其中急性非淋巴细胞白血病18例, 急性淋巴细胞白血病12例, 慢性淋巴细胞白血病进展期5例。白血病诊断按全国统一标准^[1]。粒细胞缺乏诊断标准为中性粒细胞绝对值 $< 0.5 \times 10^9/L$ ^[2]。

1.2 实验室检查 常规送检咽拭子、痰、尿培养; 有肛

周感染患者查肛周分泌物或脓液培养; 发热患者于寒战或发热极期抽取血培养1~2次。

1.3 治疗 一旦患者有感染征象, 选用广谱抗生素以覆盖所有可能的病原菌。方案是: 具有抗假单胞菌活性的 β -内酰胺加氨基糖苷类抗生素或加万古霉素、或具有抗假单胞菌活性的广谱 β -内酰胺抗生素单药治疗, 以兼顾阳性球菌、阴性杆菌和厌氧菌。以后根据培养结果及药敏试验调整抗生素, 若5 d后仍发热, 加用氟康唑(大扶康)抗真菌。常规使用粒细胞集落刺激因子 $3 \sim 5 \mu g/kg \cdot d$ 升白细胞, 部分患者静脉加用丙种球蛋白及肾上腺糖皮质激素。

2 结果

2.1 细菌检出情况 共送检培养标本79例次, 阳性25例, 阳性率31.65%。其中血培养阳性2例(大肠埃希菌和草绿色链球菌各1例), 痰培养阳性20例, 尿培养阳性2例(大肠埃希菌), 肛周脓液培养阳性1例

作者单位: 四川省人民医院血液科(四川 www.cqvip.com)
作者简介: 陈姣(1973-), 女, 主治医师, 血液病临床工作。

特异性乙脑IgM抗体在病程第4 d开始即可测出, 持续3~4周, 阳性率可达70%~90%, 可作早期诊断的依据。在本组特异性乙脑IgM抗体阳性且进行了脑脊液检查的13例患者中, 脑脊液完全正常者1例, 生化正常者10例, 故不能单凭脑脊液改变诊断或排除乙脑。

流行性乙型脑炎出现循环衰竭较少见, 多为老年患者, 可因高热、昏迷、失水过多导致血容量不足, 或因脑水肿、脑疝等脑部病变引起循环衰竭^[3]。本组患儿

中有3例在极期出现明显的循环衰竭表现, 亦可能与此有关。

3 参考文献

- [1] 董永绥, 主编. 小儿传染病学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 108.
- [2] 宫耀宇, 王学廷, 郭风霞. 高压氧治疗流行性乙型脑炎疗效观察[J]. 中华实用中西医杂志, 2005, 18(13): 178-179.
- [3] 陈菊梅, 主编. 现代传染病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 310.

(收稿日期: 2007-09-18)