

肾综合征出血热并发中枢神经症状 126 例分析

公茂荣 范洁

(赣榆县人民医院内科 222100)

提要 肾综合征出血热(HFRS)出现神经精神症状很普遍,有严重中枢神经症状者病情危重、病死率高。作者分析了 126 例 HFRS 患者的临床资料,按临床表现探讨分型的可能性,以利诊断和鉴别诊断;简要讨论了临床上发生中枢神经系统症状的病理基础,以指导临床治疗。

关键词 肾综合征出血热 中枢神经症状 临床分型

中图分类号 R512.8

我院自 1985~1994 年共收治肾综合征出血热(HFRS)病人 1200 例,其中并发中枢神经症状者 126 例,占 10.5%,现分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 126 例中男 105 例,女 21 例。年龄 17~75 岁,60 岁以上患者 12 例。发热期

11 例,低血压休克期 13 例,少尿期 77 例,移行阶段 13 例,多尿期 12 例。少尿期占 61.1%。

1.2 各期的主要诱发因素 HFRS 各期并发中枢神经系统症状的诱发因素见附表。其中 1 种诱因 56 例,2 种诱因 24 例,3 种以上诱因 46 例。

附表 各期主要诱发因素

病期	尿毒症	脑水肿	脑出血	严重休克	严重感染	水电紊乱	其他
发热期	0	6	3	2	2	4	1
低血压休克期	2	16	1	13	4	11	0
少尿期	54	18	6	2	10	14	1
移行阶段	5	4	2	7	5	9	0
多尿期	8	6	1	4	7	11	2
合计	69	50	13	28	28	49	4

1.3 临床分型探讨 (1)中毒型:共 26 例,以中毒性脑病症状为主,有高热、烦躁等。多发生在发热期病毒血症或继发感染、中毒症状严重者。(2)脑膜脑炎型:共 26 例,突出症状为神经精神症状,伴有高热、意识障碍、抽搐、脑膜刺激症及病理反射,可见视乳头水肿。以发热期为主,也可发生在低血压期,早期易误诊为“脑炎”,脑脊液检查 10 例均无明显变化。(3)头痛型:共 35 例,剧烈头痛伴恶心呕吐,可有视乳头水肿,其中 6 例颅内压升高,22 例少尿至无尿。说明头痛与少尿及无尿有关。(4)脑出血型:共 13 例,除有颅内高压症状外,5 例见眼底

出血,有明显的中枢性面瘫、上肢瘫及偏瘫症状者 8 例。脑脊液检查有红细胞十~十+,其中 2 例为均匀血性。均发生在少尿期。(5)癫痫发作型:共 11 例,以突然的癫痫大发作为主,其中 9 例脑电图有高幅棘波或棘~慢综合波,多发生在第 8、9 病日少尿期及移行阶段。(6)昏迷型:共 15 例,开始神志恍惚、烦躁谵语逐渐昏迷,10 例重度昏迷,9 例伴高血压、氮质血症、视乳头水肿、脑水肿,部分患者出血倾向严重。多见于少尿期,6 例发生在多尿期,为高渗性昏迷。

1.4 实验室检查 尿素氮高于 10mmol/L 88

例,最高 76mmol/L;血钠低于 135mmol/L 26 例,高于 145mmol/L 21 例;血钾低于 3.5mmol/L 26 例,高于 4.5mmol/L 66 例;血浆渗透浓度 <280mmol/L 44 例, >310mmol/L 29 例。脑脊液检查 21 例,2 例为均匀血性,6 例有红细胞+~++ ,其余为无色透明或淡黄色,蛋白±~+,细胞数为(8~22)×10⁶/L。

2 讨论

HFRS 病人发生中枢神经症状颇为常见^[1,2],尤以少尿期多见。发热期出现的神志不清、恶心呕吐、视乳头水肿,可能由于严重的病毒血症引起中毒性脑病或炎性反应。血管通透性增加血浆外渗与脑水肿有关。少尿期肾功能损害,严重氮质血症及酸中毒,在血管损伤的基础上加重了出血倾向,极易并发脑水肿、脑出血,使颅内压升高,出现精神异常、头痛呕吐、癫痫发作及脑膜刺激征或病理征。多尿期及移行阶段由于肾调节功能差,脑内尿素氮浓度因血脑屏障之故下降较慢,可导致一过性脑水肿。此期尚能引起高渗综合征或高渗性昏迷,其最严重表现为癫痫大发作。

下列情况提示颅内压升高:(1)发热期中毒症状严重或类白血病反应;(2)发热期、低血压

休克期、少尿期三期重叠;(3)休克时间过长;(4)合并高血容量综合征;(5)血小板锐减,出血倾向严重;(6)肾损害严重,尿素氮 >40mmol/L。如有上述症状的病人,血压急骤升高伴烦躁、谵语或嗜睡、精神异常往往为抽搐的先兆。少尿期严重中枢神经症状发生在肾损害基础上,同时伴有高血容量、肺水肿、脑水肿,因此应用甘露醇非但不能奏效,反而会加重高血容量、脑水肿、肺水肿及心衰。治疗的关键是应用高效利尿剂、导泻、放血及透析等措施^[3]。

本病中枢神经系统并发症都见于重型及危重型,病程各期均可出现。症状的出现与氮质血症、电解质失衡、高血容量及严重感染有关,主要表现为严重的病毒血症、高血压脑病、脑水肿及脑出血。脑膜刺激征及病理反射的出现与脑水肿、软脑膜充血使血管扩张、出血及脑实质微血栓形成有关^[4]。

本组 126 例,死亡 34 例,病死率 26.98%,明显高于无中枢神经系统症状并发者(我院 HFRS 的总病死率为 3.4%)。因此必须引起我们的高度重视,在治疗原发病的同时对所出现的严重中枢神经系统症状给予及时有效的治疗。

参 考 文 献

- 1 方铎悟. 流行性出血热的神经系统表现. 临床神经病学杂志,1990,3(4):224
- 2 刘光中主编. 流行性出血热的防治. 南京:南京大学出版社,1993. 240~248
- 3 范 洁. 流行性出血热继发二次肾功能衰竭 54 例分析. 实用内科杂志,1989,9(2):82
- 4 刘彦仿,晏培松,李存玺. 流行性出血热脑内原发性及继发性病变研究. 中华病理学杂志,1989,18(4):224

(收稿:1995-12-15 修回:1996-06-08)

(本文编辑:吴 进)