

小儿病毒性脑炎_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E7_97_85_E6_c22_609128.htm 除乙型脑炎外，其他病毒如腺病毒、eb病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、单纯疱疹病毒，甚至在患流行性腮腺炎、麻疹、风疹、水痘等疾病过程中，甚或接种牛痘以后，也可发生脑炎。脊髓灰质炎时也可出现脑炎的症状。症状表现程度轻重不一，预后也各异。

【诊断】（一）流行病学史流行季节，接触史，有关病毒感染所伴随的症状，预防接种史等。（二）临床表现1．前驱期患儿有发热、头痛、肌痛、呕吐、腹泻等表现。2．脑炎症状轻重不一，主要表现为神经精神方面的异常。神经异常的表现多有发热、头痛、呕吐、嗜睡、昏迷、惊厥等，重者则大脑、丘脑下部、底节、脑干、小脑和脊髓的症状都可能有异常表现。精神异常表现为兴奋多语、烦躁、哭笑无常、失眠、行为异常、幻觉、幻想，或表情淡漠、缄默不语、活动减少、不吃、定向力差、记忆力减退、大小便失禁等。3．伴随症状在脑炎发病之前或同时伴有相应病毒感染的症状。（三）实验室检查1．脑脊液压力正常或稍高。外观清亮或微混。细胞数正常或增加， $10 \sim 500 \times 10^6/l$ ，早期以中性粒细胞为主，以后大部分为淋巴细胞。蛋白质增加，糖和氯化物正常。2．脑电图可有弥漫性高幅慢波或局灶性慢波，病情好转后，脑电图亦渐正常，如仍持续不正常，则可能有后遗症。3．血清学检查要用补体结合试验、中和试验和血凝抑制试验于急性期和恢复期作双份血清试验，如抗体效价增高达,倍以上即可诊断。4．脑脊液病毒分离对确定诊断和明

确病原有帮助。此外，用全血、尿、粪便和鼻咽分泌物也可分离病毒，结合血清学检查对确诊可有决定性作用。【治疗】一般和对症处理同“乙型脑炎”。抗病毒药物疗效不肯定。疱疹脑炎可试用疱疹净，剂量为50~100mg/(kg·d)，静脉滴注，5天为一疗程；阿糖胞苷，剂量为1~4mg/(kg·d)，静脉滴注，3日为一疗程。对dna或rna病毒感染也可试用干扰素。

第十节 传染性单核细胞增多症

传染性单核细胞增多症(infectious mononucleosis)是由于eb病毒(ebv)所致的急性感染性疾病，多发于集体儿童，以春秋季节为多，散发者可发生于任何年龄、任何季节、呼吸道为侵入途径。【诊断】(一)临床表现本症可分三期：1.前驱期4~5天，有发热、咽痛、头痛等上呼吸道感染症状，也有无前驱症状者。2.腺肿期(1)发热：无一定热型，体温38~40℃，持续4~7天或更久，一般1周左右退热。(2)淋巴结及脾肿大：淋巴结肿大为本病特征之一，与发热同时出现，以颈淋巴结急性肿大最为多见，轻度压痛，不化脓，在退热后几周内淋巴结逐渐恢复正常；脾肿大见于半数以上病例，一般呈轻度肿大。(3)咽峡炎：咽部普遍充血，年长儿半数以上诉咽痛，扁桃体肿大，有时可见灰白色的伪膜，腭及咽弓有小出血点及溃疡，齿龈肿胀溃疡，由于局部肿胀引起喉梗阻者罕见。(4)皮疹：约有10%~20%的病例在病后一周出现皮疹，多为充血性斑丘疹，也有红斑样或荨麻疹样皮疹，大都在躯干出现，在数日内渐退色消失，偶见出血性皮疹。(5)其他系统症状：在婴幼儿以支气管炎及肺炎为常见，部分病例出现肝肿大及压痛，黄疸，肝功能异常。也可出现神经系统症状如头痛、嗜睡、惊厥、颈部抵抗，脑脊液可压力增高，细胞数增加。

病的后期偶有发生免疫性血小板减少性紫癜及抗人球蛋白(coombs)试验阳性的自身免疫性溶血性贫血。也可出现血尿、蛋白尿和管型、心肌炎、心包炎等。3. 恢复期全身症状逐渐消退, 淋巴结及脾脏肿大常需数周至数月才恢复, 一般病程2~4周。由于本病全身各脏器都可受累, 临床表现复杂, 分型繁多, 可分为腺热型、咽炎型、肺炎型、肝炎型、胃肠型、关节型、肾炎型, 神经型等。一般预后较好, 不留后遗症。

(二) 实验室检查

1. 血象 白细胞在初期可减少, 待症状明显就诊时已升高 $10 \sim 20 \times 10^9/l$ (10万~20万/ mm^3), 可见核左移及中毒颗粒, 嗜酸粒细胞、淋巴细胞、单核细胞均可增多。具有诊断意义的为异常淋巴细胞(downey细胞)达10%以上, 甚至可达50%。此异常细胞分为三型: 第一型(空泡型): 最常见, 胞体稍大于淋巴细胞, 圆形。核呈圆形或椭圆形, 染色质聚集呈粗糙的块状排列, 副染色质明显(缝隙感)。胞浆深蓝染, 有空泡, 如海绵样, 无颗粒; 第二型(不规则型): 胞体明显大于第一型, 外形不规则, 如裙子边。胞核圆形或稍不规则, 染色质不如第一型浓染。胞浆浅蓝, 有透明感, 边缘稍深, 有少数嗜苯胺蓝颗粒, 一般无空泡或有少数空泡; 第三型(不成熟型): 胞体较大, 核大, 占全细胞直径的 $3/5$ 左右, 圆形或椭圆形, 染色质细微呈细筛状排列, 可有1~2个核仁, 胞浆较少, 深蓝色, 无颗粒, 可有小空泡。

2. 血清嗜异凝集反应 1:56以上为阳性反应, 阳性率一般为60%~90%, 起病后4~7天即可呈阳性反应, 2~3周时达高峰, 以后则逐渐下降变为阴性, 或可持续数月, 小婴儿病例阳性反应出见较晚, 高峰较低, 持续时间较短。此凝集反应亦可产生在正常人血清及注射过马血清的病人, 患白血病

、霍奇金病、结核等病人的血清也可呈阳性反应，故需进行吸附试验加以鉴别。吸附试验用豚鼠肾及牛红细胞，结果见表13 - 1。表12 - 1嗜异凝集反应的吸附试验吸附后的凝集反应血清来源豚鼠肾牛红细胞传染性单核细胞增多症阳性阴性血清病（马血清注射后）阴性阴性正常人或其他疾病患者阴性阴性

3. eb病毒抗体eb病毒分离比较困难，但可在培养的淋巴细胞中用免疫荧光或电镜法检出。ebv有5种抗原成分，主要为病毒衣壳抗原(viral capsid antigen vca)、膜抗原(ma)，早期抗原(ea可分为弥散组分d，和局限组分r)、核抗原(ebna)和淋巴细胞确定的膜抗原(lydi)。每种抗原均能产生相应的抗体以及补体结合和中和抗体，患病后这些抗体均增高。最常应用的是膜壳抗体中的igg和igm，在病程早期均可增高，尤其是igm阳性率高，出现较早，2~3个月后效价下降，对本病具有诊断意义。抗ebna和补体结合抗体在数周或数月后方可出现，无早期诊断价值，各种ebv抗体的出现和持续时间见表13-2。

抗体类型	出现时间	阳性率(%)	持续时间
vca抗体	临床症状出现时	100	4~8周
igm型	临床症状出现时	100	终身
igg型	临床症状出现时	100	终身
抗-d	发病后3~4周	达高峰	70%
抗-r	发病后2周至4月	低	2月~3年
ebna抗体	发病后3-4周	100	终身
补体结合抗体	发病后3-4周	100	终身
中和抗体	发病后3-4周	100	终身

4. 免疫球蛋白测定
本病病程中免疫球蛋白igm及igg均增加，尤其是igm在急性期显著增加，恢复期迅速恢复正常，igg在病程第4周达高峰，可持续3个月。

5. 用pcr法检测血中eb病毒dna阳性。

【鉴别诊断】（一）各种病毒感染时血中均可出现一定数量的异常淋巴

细胞，但很少超过10%。（二）某些药物也可引起类似症状，血中也可出现较高比例的异常淋巴细胞，但血清嗜异凝集反应阴性或抗体效价很低，停用药物后，病情迅速好转，异淋百分比很快下降。此种情况称为传染性单核细胞增多综合征。（三）急性淋巴细胞白血病!型异常淋巴细胞较多时须与急性白血病鉴别，必要时做骨髓穿刺明确诊断。【治疗】尚无特殊治疗（一）一般疗法在急性期内尽可能隔离患儿，卧床2~3周，注意口腔卫生，保证营养及足够热量。（二）药物治疗对咽炎继发感染或合并肺炎时应给予抗生素治疗。咽炎型者有人用灭滴灵0.6~1.2g/d，分次口服，连服5~7天，有一定疗效。有肝炎症状者给以保肝治疗，有神经系统症状者，按神经系统病毒感染治疗。急性期可给清热解毒中药制剂，如抗病毒口服液、复方双花口服液、清热解毒口服液，年长儿可服冬凌草、金莲花、川心莲等片剂。（三）肾上腺皮质激素严重病例及合并血小板减少者可用泼尼松1~2mg/(kg·d)，一般1~2周，也有主张短疗程（6天）较大剂量疗法者。（四）丙种球蛋白病情严重者，可酌情采用丙种球蛋白肌肉注射或静脉滴入，以增加抗病毒能力。【预防】急性期患儿应予呼吸道隔离，口腔分泌物及其污染物要严格消毒。集体机构发生本病流行可就地隔离检疫。疫苗制造尚未成功。恢复期病毒血症仍可存在，必须在发病后6个月才能献血。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com