

病毒性脑炎并皮质盲 1 例

李曼红, 胡丹, 王雨生, 蔡莉, 张晓光,
张朝霞

作者单位:(710032)中国陕西省西安市,第四军医大学西京医院眼科

作者简介:李曼红,女,主治医师。

通讯作者:胡丹,主任医师,副教授,硕士研究生导师,副主任,研究方向:白内障、青光眼。hoodan@fmmu.edu.cn

收稿日期:2009-08-28 修回日期:2009-12-28

李曼红,胡丹,王雨生,等.病毒性脑炎并皮质盲 1 例.国际眼科杂志 2010;10(1):199-200

1 病例报告

患儿,男,4岁9月龄。因反复低热伴双眼疼痛、双下肢膝关节疼痛 20d,于 2007-12-11 入院。患儿 2007-11-20 无明显诱因出现发热,体温达 37.8℃,精神欠佳,诉头痛及颈后疼痛,双眼不适,有黄色脓鼻涕,偶有膝关节疼痛。于外院查血常规:WBC $22.3 \times 10^9/L$,L:17%,N:76.6%,HGB:113g/L,PLT: $318 \times 10^9/L$,口服“头孢克肟颗粒,小儿感冒颗粒,瑞之清”等,效果欠佳,仍低热,且夜间显著;患儿于 11-24 起症状加重,当地医院诊断为“化脓性扁桃体炎”,静滴“头孢哌酮钠,炎琥宁及苯唑西林钠”5d 后热退,遂停药。2d 后复查血常规:WBC $25.3 \times 10^9/L$,L:88%,N:86.6%,HGB:114g/L,PLT: $498 \times 10^9/L$,白细胞较前升高。患儿于 12-01 再次发热,体温最高达 38.4℃,于当地医院给予静滴“苯唑西林钠,头孢噻肟”2d,疗效不佳,遂于 12-03 改用静滴“阿奇霉素,头孢噻肟,西米替丁”5d,疗效仍不佳。为进一步诊治来我院儿科,门诊以“幼年特发性关节炎,类白血病反应,败血症,血液病?”收住入院。入院后检查:体温 37.7℃,脉搏 95 次/min,呼吸 25 次/min,体质量 16.5kg,发育正常,营养中等,神志清,精神差,自由体位,查体合作;全身皮肤黏膜无黄染及出血点,全身浅表淋巴结未触及肿大,头颅无畸形;双外眼未见异常,视力:双眼 0.8,眼压:右眼:12mmHg,左眼:13mmHg,球结膜无充血及出血,巩膜无黄染,双侧瞳孔等大等圆,对光反应灵敏,角膜透明,前房中深;耳廓无畸形,外耳道无脓性分泌物;鼻翼无扇动,鼻中隔居中,鼻通气畅,无分泌物,副鼻窦无压痛;口唇黏膜光滑,咽部充血,双侧扁桃体 I° 肿大,无分泌物;颈软,气管居中。胸廓对称,双侧呼吸运动一致,叩诊呈清音,双肺听诊呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音;心前区无隆起,心尖搏动无弥散,未触及震颤;腹部未见明显异常;脊柱四肢无畸形,生理反射存在,病理反射未引出。辅助检查:2007-12-10 血常规提示:WBC: $28.9 \times 10^9/L$,L:17.6%,N:63.2%,HGB:129 g/L,PLT: $377 \times 10^9/L$ 。初步诊断为“发热待查”。患儿于入院第 2d,诉双眼疼痛不适,查体未见异常,未予重视。于 2007-12-15 突然视物不清,哭闹不止,查体血压:110/80mmHg,颈部抵抗(+/-),眼科检查:双眼视力:光感不确定,眼压:Tn,双外眼未见异常,屈光间质清,双瞳孔散大直径约 5.5mm,对光反应迟钝,左眼为著,呈相对性传入性瞳孔障碍(RAPD),眼底:双眼视盘色红,边界模糊,黄斑中心凹反光

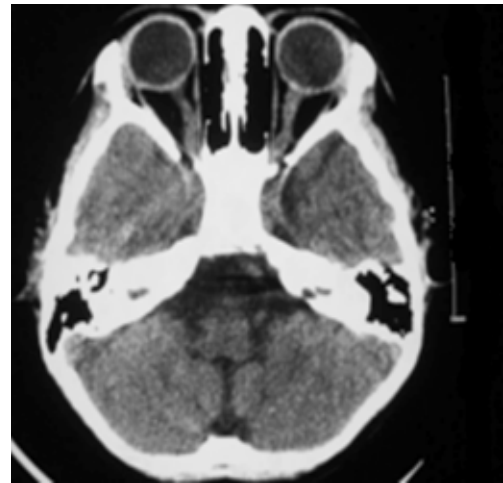


图 1 眼眶 CT(2007-12-15),双眼视神经轻度迂曲。

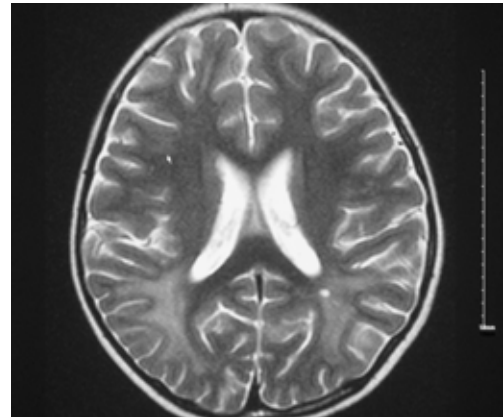


图 2 头颅 MRI(2007-12-17)可见大脑枕叶炎性改变,病变侵及视束,右侧额叶,双侧颞枕叶及扣带回后部异常信号,考虑炎症;眼球及眼眶核磁平扫未见明显异常。

可见,视网膜静脉迂曲、扩张,未见出血及渗出。拟诊为“双眼视神经传导障碍原因待查”。双眼眶 CT 提示:双侧视神经略有迂曲(图 1)。遂于当日 22:00 请神经内科会诊,患儿查体欠合作,左侧瞳孔散大,直径约 5mm,光反射消失,建议给予抗炎、抗病毒、降颅压、糖皮质激素及神经营养等治疗。次日热退,但视力仍未恢复,且呕吐,为喷射性 2 次,为胃内容物,粗测听力稍迟钝,反应欠佳,精神差。神经系统检查:颈部抵抗(+),巴氏征左侧可疑阳性,右侧阴性;血压:80/50mmHg。眼科检查:患儿烦躁,意识不清,查体不配合,粗测视力:双眼光感不确定,眼压:Tn,双角膜清,瞳孔散大,直径约 6~7mm,光反射消失,眼底:右眼视盘色红,界清,余未见异常;左眼视盘色红,颞侧界稍模糊,视网膜静脉迂曲、扩张,未见出血及渗出,建议继续抗炎、降颅压治疗。患儿 2007-12-17 头颅 MRI(图 2)提示:(1)可见大脑枕叶炎性改变,病变侵及视束,右侧额叶,双侧颞枕叶及扣带回后部异常信号,考虑炎症;(2)眼球及眼眶核磁平扫未见明显异常。会诊后,考虑为“病毒性脑炎”,继续给予“罗氏芬、更昔洛韦”等抗感染治疗,静滴“甘露醇、地塞米松”脱水、降颅压治疗。腰穿脑脊液检查:外观无色清亮,蛋白定性试验(-),WBC: $110 \times 10^6/L$,PLT: $22 \times 10^6/L$,葡萄糖:5.0mmol/L,蛋白质:0.2g/L,氯:116.9 mmol/L,革兰氏染色:未见细菌,病毒系列:(-),继续抗炎抗病毒治疗。2d 后,患儿病情明显好转,视力有所

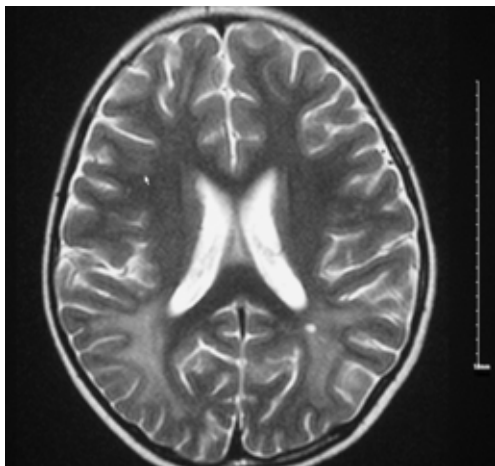


图3 头颅MRI:可见右侧额叶,双侧颞枕顶叶及扣带回后部异常信号,与前比较明显好转,病变以扣带回后部及右侧额叶较明显。

恢复,复查血常规:WBC: $8.46 \times 10^9/L$,L:23%,N:70%,HGB:114g/L,PLT: $503 \times 10^9/L$,继续抗炎抗病毒治疗,甘露醇逐渐减量。于2007-12-26腰穿复查脑脊液,结果:白细胞计数:0,PLT:0,脑脊液外观清亮,蛋白定性试验(-),葡萄糖:3.5mmol/L,蛋白质:0.2g/L,氯:120.2mmol/L。患儿入院后18d复查血常规:WBC $9.67 \times 10^9/L$,L:12%,N:51.1%,HGB:114g/L,PLT: $503 \times 10^9/L$,甘露醇减量,继续营养脑细胞药物治疗。于2008-01-01停用抗生素,继续甘露醇减量并营养脑细胞治疗。2008-02-04复查MRI(图3)提示:右侧额叶,双侧颞枕顶叶及扣带回后部异常信号,与前比较明显好转,病变以扣带回后部及右侧额叶较明显。停用甘露醇。查体:患儿听力正常,眼科检查:视力:右眼:0.6,左眼:0.5,眼压:右眼:13mmHg,左眼:12mmHg,双眼球结膜无充血,角膜透明,前房中深,虹膜纹理清,瞳孔等大等圆约3mm,对光反应灵敏,晶状体透明,玻璃体透明,眼底:双视盘色正,边界清,C/D=0.3,视网膜静脉未见迂曲、扩张,A:V=2:3,黄斑中心凹光反清,于2008-01-08好转出院。

2 讨论

皮质盲是双侧枕叶皮质发生广泛性病变时出现双眼全盲,但双眼瞳孔对光反射完全正常。外伤和炎症多为造成皮质盲的主要病因^[1]。出血和水肿对皮质造成的压力可以导致暂时性失明,但随着病情好转,多数可以完全恢复。临床特点:(1)失明;(2)瞳孔对光反射正常;(3)眼底正常^[2]。当病毒进入人体后,首先进入血液,引起病毒血症,随后可侵入全身器官或中枢神经系统;亦可由病毒直接侵犯中枢神经系统而致病毒性脑炎。当病毒感染大脑枕叶及视束时,视力进行性下降,导致失明。又因大脑皮质对缺氧非常敏感,而视觉中枢位于大脑枕叶,大脑后动脉负责枕叶的血供,阻塞常引起距状皮质缺血,使其受到损害,而且由于它与顶枕后区一样,距心脏最远,该处循环停滞最早,而恢复最晚^[3],所以治疗不及时会延误病情,导致永久性失明,甚至危及生命^[4]。结合本例病毒性脑炎患儿,发病时年龄较小,加之长时间抗感染治疗,使病毒性脑炎临床表现极不典型。因突然出现双眼视力急剧下降,查眼底发现双眼视乳头水肿,RAPD(+),提示视力下降为神经系统疾病所致。随着病情进展,患儿出现恶心,喷射性呕吐,颈强直等脑膜刺激症状,结合腰穿脑脊液检查及头颅MRI,高度怀疑为“病毒性脑炎”。经积极的抗病毒、脱水降颅压等对症支持治疗,患儿病情明显好转,视力显著提高,进一步明确了“病毒性脑炎”的诊断。患儿病变发展过程中,突发性视力急剧下降的主要原因可能是病毒性脑炎导致视神经炎症、水肿、缺氧^[5]。

参考文献

- 1 刘家琦,李凤鸣. 视皮质病变. 实用眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005:714-715
- 2 王媛,黄琼. 病毒性脑(膜)炎合并皮质盲14例临床分析. 河南实用神经疾病杂志 2003;96:49
- 3 Duus P(著),刘宗惠(译). 神经系统疾病定位诊断学. 北京:北京海洋出版社 2000:25
- 4 杨永民,杨永民,肖谧,等. 儿童病毒性脑炎伴皮质盲1例. 中国妇幼健康研究 2007;18:59
- 5 李淑华,李希乐. 高压氧治疗病毒性脑致失明1例. 山东医药 2004;40:63-64