

脑型血吸虫病误诊 1 例

胡 容 曹方军

【关键词】脑型血吸虫病;误诊;癫痫;
【文章编号】1009-153X(2021)08-0651-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 742

1 病例资料

59 岁男性,因右侧嘴角抽搐伴吐词不清 3 d 于 2018 年 5 月第一次入院。入院前 1 周有头部外伤史,头颅 CT 示左侧额颞部有片状低密度水肿区,边界模糊(图 1A),考虑脑挫裂伤。诊断为颅脑损伤并外伤性癫痫,予以抗癫痫及对症治疗 3 d 出院。半年后,病人症状仍间断发作且出现右上肢无力,再次入院。体格检查:体温正常;神志清楚;心肺腹检查未发现异常;两侧鼻唇沟对称,伸舌时舌尖居中;右侧上肢肌力 V 级,左侧肢体及右侧下肢肌力正常;巴氏征阴性。头颅 MRI 示左侧额颞部有片状低密度水肿区明显扩大,边界不清;增强后可见病灶中心结节状强化,中线稍向左移位(图 1B、1C),考虑脑胶质瘤。血常规检查示白细胞总数正常,但嗜酸性粒细胞占 14.1%(正常范围 0.5%~5%)。腰椎穿刺术检查脑脊液无色清晰,压力偏高,潘氏试验阴性,白细胞数 $6\times 10^6/L$,糖 2.89 mmol/L,钠 129 mmol/L,蛋白含量 1.18 g/L。血清血吸虫抗原阴性,血吸虫抗体阳性。查阅半年前病例血液检查结果:白细胞总数正常,但嗜酸性粒细胞占 20.0%(正常范围 0.5%~5%)。综合考虑病人生活接触史(仙桃市为血吸虫疫区)、病史、血常规检查、影像学特点,考虑为脑型血吸虫病。遂予以吡喹酮规范治疗,即 6 d 疗法,吡喹酮总量 200 mg/kg,均分 18 次服用,每日 3 次。治疗 3 个月,病人症状完全消失,复查颅脑 MRI 示,左侧额颞部病灶基本消失(图 1D、1E)。随访 6 个月症状未复发。

2 讨论

脑型血吸虫病可分为急、慢性两型:急性多在感染后发病,表现为脑膜脑炎症状(发热,意识障碍,脑膜刺激征等);慢性主要症状为癫痫发作,以局限性癫痫多见。本文病表现为早期面部抽搐,后期伴有水肿压迫引起的肢体无力。脑血吸虫病的诊断主要依赖于临床表现、血吸虫疫水接触史和辅助检查如血中嗜酸性粒细胞、脑脊液、病原检查以及影像学特点。脑型血吸虫病的影像学诊断, MRI 明显优于 CT。CT 特点:①病变多位于大脑半球皮层或皮层下,平扫可见病灶

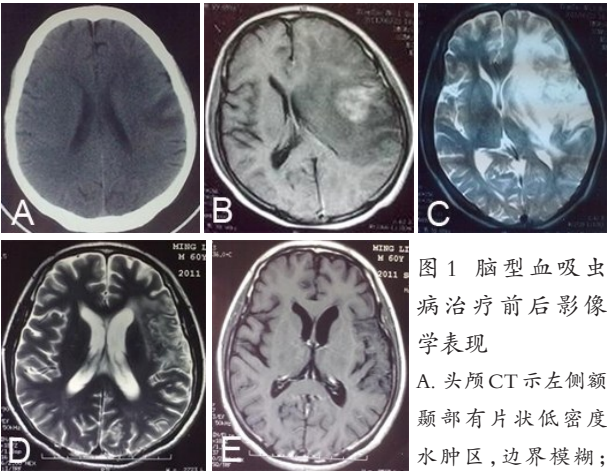


图 1 脑型血吸虫病治疗前后影像学表现

A. 头颅 CT 示左侧额颞部有片状低密度水肿区,边界模糊;
B、C. 半年后 MRI 示左侧额颞部有片状低密度水肿区明显扩大,边界不清;增强后可见病灶中心结节状强化,中线稍向左移位;D、E. 吡喹酮规范治疗 3 个月复查 MRI 示,左侧额颞部病灶基本消失

周围多数有大片“指套状”或不规则形水肿区,占位效应明显,病灶呈大小不病等团块状或结节状,混杂密度影内可见钙化,呈现典型的“靶样征”;②增强扫描,多数病灶有明显结节状强化。MRI 特点:①病灶周围呈长 T₁、长 T₂ 信号改变, T₂ 显示水肿区轮廓更清楚;②T₁ 表现为结节状等、稍低信号, T₂ 为高、稍高信号;③强化不一,急性期大部分呈砂粒样、点状及小斑片斑状强化,少数病变不强化,慢性期常呈多个散在或密少慢集的大小不等结节状强化,强化病灶呈簇状聚集融合成团块状,呈较均匀强化,可出现邻近脑膜的强化,极少数为脑梗塞样改变呈脑回状强化。

脑血吸虫病以药物治疗为主,应严格掌握手术适应证:①影像学检查病变较大,伴有明显脑水肿,并造成明显占位效应;②颅内压增高症状经药物治疗无效或病情恶化;③癫痫发作病人,抗癫痫治疗无效。对有明确流行病学史、CT 不能排除脑肿瘤的可疑病例,可先用吡喹酮试验治疗。

本文病例先误诊为颅脑损伤,后误诊为胶质瘤。我们的教训是:①过分依赖放射科的诊断报告。影像学检查能帮助确定诊断的大致方向,但要结合病人的既往史、流行病学史以及其他辅助检查,如脑脊液、血常规等;②对检查的异常值不进行认真分析,病人两次血常规检查均显示嗜酸性粒细胞增高;③对本地区本专业的传染流行病谱缺乏清晰的认识。

(2019-07-21 收稿,2019-09-04 修回)