个案与短篇

文章编号：0253-3626（2011）08-1024-01

容易误诊的肺结核合并新型隐球菌脑膜炎 1 例

高 航，包 勇

（成都市第三人民医院 重庆医科大学附属成都第二临床学院呼吸内科，成都 610031）

【中文图书分类法分类号】R519.4；R521.5 【文献标志码】B 【收稿日期】2010-11-09

1 临床资料

患者，男，74 岁，因“发热、咳嗽 20 d，心累、气促 10 d”入院。入院前 20 天患者受凉后出现发热，体温最高 38.9℃，以下午、夜间发热为主，伴咳嗽，为干咳，觉头痛，自服“感冒药”（具体不详）治疗后症状无明显缓解。10 d 前患者开始出现活动后心累、气促，在当地医院行胸部 CT，发现“右肺门占位”，予以“头孢西丁”等治疗后患者仍反复发热，转入我院。患者于 50 年前患“肺结核”，抗结核治疗（具体不详）半年后复查胸片病变已钙化。入院查体：体温 38.2℃，心率 84 次/min，呼吸 21 次/min，血压 152/78 mmHg。神清，全身浅表淋巴结无肿大；颈软，无抵抗。双肺呼吸音清，未闻及干湿鸣音；其他系统检查未见异常。诊治经过：入院后查血常规 WBC 7.24×10^9/L，N 85.9%；PPD 阴性；纤支镜检查示右肺上叶支气管、右肺中间支气管、右中肺、右下肺支气管黏膜增生肥厚，管腔开口呈纵向狭窄，未见新生物，右上肺后段开口有新鲜出血；纤支镜活检示右上肺肉芽肿性炎，符合结核；纤支镜刷片查见抗酸杆菌。诊断为右肺结核，予强化抗结核治疗方案（异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺），治疗 6 d 后患者体温降至正常。治疗期间患者间断烦躁不安，懒言，伴头痛，恶心，呕吐胃内容物，呈喷射性。脑脊液检查示无色透明，潘氏试验阳性，WBC 5×10^6 个/L，Pro 293.7 mg/L，Glu 0.96 mmol/L，Na 132.8 mmol/L，CL 101 mmol/L。脑脊液查见新型隐球菌，未查见抗酸杆菌及细菌，考虑患者为新型隐球菌性脑膜炎，予两性霉素 B 脂质体 50 mg ivgtt qd+5-氟胞嘧啶 1.5g po qid 治疗。行人类免疫缺陷病毒（HIV）检查，初筛试验阳性，因患者及家属不愿再行进一步地检查及治疗，自动出院。最终诊断：①右肺结核；②新型隐球菌性脑膜炎；③HIV 初筛阳性；④低氯低钠血症。

2 讨 论

新型隐球菌性脑膜炎临床上较少见，我国发病率较低，容易误诊，文献报道该病被误诊为其他的疾病多达 38 种[1]。本病起病隐袭、进展缓慢，临床缺乏特异性表现，通过脑脊液墨汁涂片染色和显微镜检查酵母样真菌或脑脊液培养分离出隐球菌确诊，但脑脊液中真菌量少、培养时间长、阳性率低，因此常需对疑似本病的患者反复进行脑脊液真菌检查。有文献报道，第 19 次脑脊液检查才找到隐球菌[2]。由于隐球菌脑膜炎与结核性脑膜炎在发病过程、临床表现、脑脊液常规及生化检查方面极其相似，且脑脊液墨汁涂片染色或培养两者阳性率均较低，故最易被误诊为结核性脑膜炎。黄艮彬等报道隐球菌脑膜炎误诊率为 59%，其中误诊为结核性脑膜炎占 54%[3]。隐球菌脑膜炎是艾滋病常见的中枢神经系统感染之一，艾滋病患者机体免疫功能严重缺陷，常可合并各种致命性的机会感染，肺内、肺外结核发生比例高，而有肺结核病史的艾滋病患者可能并发隐球菌脑膜炎的机率更高[4]，且临床表现复杂，更容易误诊、漏诊。

本例患者诊断为肺结核，在抗结核治疗中，出现间断烦躁不安，头痛，恶心，呕吐，因查体脑膜刺激征阴性，多次查血清电解质示低氯低钠血症，考虑可能与结核中毒症状及电解质紊乱有关，虽经积极抗结核治疗及纠正电解质紊乱后患者体温下降，恶心、呕吐较前缓解，但仍精神差，嗜睡，间断头痛，考虑肺结核合并结核性脑膜炎可能，予以脑脊液检查，未查见抗酸杆菌及细菌，查见新型隐球菌，因免疫功能缺陷者更易合并隐球菌性脑膜炎，从而引导我们行 HIV 感染的相关检查，故明确诊断为肺结核合并新型隐球菌脑膜炎，HIV 初筛阳性。通过本病例我们的体会：①新型隐球菌脑膜炎在临床上较少见，临床医师对本病缺乏警惕或认识不足，尤其是临床无明显脑膜刺激征的不典型病例。②本病与结核性脑膜炎最易混淆，不能因结核病的存在而简单诊断结核性脑膜炎。即使已确诊为肺结核合并结核性脑膜炎的患者，若抗结核治疗效果不佳，也要警惕结核性脑膜炎合并隐球菌性脑膜炎可能，应多次脑脊液墨汁染色查隐球菌。一般认为颅内压增高突出，颅神经损伤明显而全身中毒症状轻的患者，隐球菌脑膜炎可能性大，临床上及时查脑脊液，涂片及培养发现新型隐球菌是确诊的关键。③隐球菌脑膜炎为艾滋病病人晚期的并发症，发病时多数已合并其他严重机会性感染，临床表现复杂且不具特异性诊断，加之艾滋病患者合并多系统混合感染的存在，常掩盖病情，造成误诊、漏诊。④新型隐球菌属于机会致病菌，隐球菌脑膜炎常见于某种免疫抑制状态的患者，故一旦确诊，必须评估机体的免疫状态。总之，在临床工作中临床医生要注意从细小的环节发现问题，对于诊断不明，治疗效果不佳的疾病，要多方面考虑，尽量避免思维定式，从一些简单、容易的检查即可发现一些少见疾病的蛛丝马迹，减少误诊、漏诊。

作者介绍：高 航（1982-），女，住院医师，硕士，
研究方向：呼吸系统感染性疾病的临床诊治。

参 考 文 献

[1] 谭爱莲，欧阳珊.中枢神经系统新型隐球菌病[J].中华神经精神科志，1993，26(4)：241-243.

[2] 何俊英，何红彦，孟兆华，等.隐球菌性脑膜炎早期诊断及疗效探讨（附 30 例报道）[J].中国神经精神疾病杂志，2007，33 (7)：434.

[3] 黄艮彬，张志坚，慕容慎行，等.32 例隐球菌性脑膜炎临床分析[J].临床神经病学杂志，2002，15(6)：371-372.

[4] Jarvis J N，Harrison T S，Corbett E L，et al.Is HIV- associated tuberculosis a risk factor for the development of cryptococcal disease[J]? AIDS，2010，24(4)：612-614.

（责任编辑：关蕴良）