

# 轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥临床及预后分析

沙帮武, 李永玉

(荆门市石化医院儿科, 湖北 荆门 448000)

**[摘要]** 目的:探讨轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥(BICE)的临床特点和预后。方法:对本院 2009 年 1 月~2011 年 6 月因急性胃肠炎合并无热惊厥住院并诊断为 BICE 的患儿进行临床分析并进行 2 年以上随访。结果:26 例患儿发病月龄 8~38 个月, 冬季发病 18 例, 惊厥发作形式表现为全身性强直阵挛发 23 例, 持续时间不超过 5 min, 1 次病程中惊厥> 2 次 3 例。粪便轮状病毒检测阳性 19 例, 血生化、头颅 CT 及发作间期脑电图检查正常, 惊厥停止后未行抗癫痫治疗。随访 26 例, 2 例复发, 随访期间患儿精神运动发育正常。结论:BICE 发病年龄多为 12~24 月龄, 冬季多发, 轮状病毒为主要病原, 预后良好, 无需长期使用抗癫痫药物治疗。

**[关键词]** 胃肠炎; 惊厥; 婴幼儿

**[中图分类号]** R725.7

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2014)05-674-02

**doi:**10.7655/NYDXBNS20140529

轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥 (BICE)在基层医院对该病缺乏认识,以致临床工作中难以用术语表达此类惊厥的特征,造成该病在诊断、治疗和预后判断上模糊和混乱。本研究对本科住院的 26 例 BICE 病例进行总结分析,以期对本病有更清楚的认识,以利于对该病进行正确诊断和合理治疗。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

选择 2009 年 1 月~2011 年 6 月在本科住院且符合轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥诊断标准<sup>[1]</sup>患儿为观察对象,收集包括病史、体格检查、血生化、血气分析、粪常规、粪轮状病毒检测、脑脊液检查、脑电图 (EEG)及头颅影像、出院随访结果资料等。

符合轻度胃肠炎伴婴幼儿良性惊厥诊断标准<sup>[1]</sup>患儿 26 例,其中男 14 例,女 12 例。发病年龄:≤12 个月 4 例 (15.39%),12~18 个月 15 例 (57.69%), 18~24 个月 4 例 (15.39%), ≥24 个月 3 例 (11.54%)。其中年龄最小 8 个月,最大 38 个月,平均 23 个月。发病季节:1 月份 2 例 (7.69%),2~4 月份 2 例 (7.69%),5~7 月份 1 例 (3.85%),8~10 月份 3 例 (11.54%),冬季(11、12、1 月份)18 例(69.23%)。既往史和家族史 本组患儿均无热性惊厥史和癫痫病史。

临床表现均有腹泻史,部分伴呕吐,腹泻 2~3 次/d 3 例(11.54%),4~6 次/d 5 例(19.23%),7~10 次/d 10 例(38.46%)。惊厥发生时体温均< 38℃。惊

厥发作于胃肠道症状后第 1 天 8 例 (30.7%), 第 2 天 10 例(38.4%),第 3 天 6 例(23.0%),> 3 d 2 例 (7.6%)。3 d 内发生惊厥者 24 例(92.3%)。1 次病程中惊厥发作 1 次 21 例 (80.80%)、2 次 3 例 (11.54%)、3 次 1 例(3.85%)。其中发作≥2 次以上者 4 例,均为入院前已发生 1 次,1 例入院后发生 2 次,第 1 次间隔 2 h,第 2 次间隔 4 h。根据家长的描述及临床观察患儿惊厥的主要发作形式为全面强直-阵挛发作 23 例 (88.46%),部分发作 3 例 (11.54%)。惊厥发作持续时间< 3 min 19 例 (70.08%),3~5 min 6 例 (23.08%),> 15 min 1 例 (3.85%)。惊厥停止后神经系统检查无明显阳性体征。

### 1.2 方法

26 例均作脑电图和头颅 CT 检查无明显异常,4 例行脑脊液检查正常。其他:外周血白细胞计数为 (6.2 ± 1.6)×10<sup>9</sup>/L;血钠为(138.23 ± 3.62)mmol/L;血钙(2.12 ± 0.23)mmol/L;血糖(3.98 ± 1.32)mmol/L;大便常规:外观黄绿色稀水样便,镜检阴性或可见脂肪球;26 例均行大便轮状病毒检查,19 例呈阳性,占 73.08%。

所有患儿均给予补液抗感染,补充电解质,微生物制剂等处理。惊厥发作时 14 例次应用水合氯醛灌肠,每次 0.5 ml/kg,有 4 例肌注苯巴比妥钠针每次 10 mg/kg,有 5 例应用地西洋每次 0.5 mg/kg 静脉注射控制惊厥,有 3 例入院后为未再惊厥,且精神尚可,未用止痉药物。对于惊厥时间> 15 min 或病程中

多次发作的给予20%甘露醇。惊厥停止后均未予长期抗癫痫治疗。

## 2 结果

26例患儿发病月龄8~38个月,冬季发病18例,惊厥发作形式表现为全身强直阵挛发23例,持续时间不超过5 min,1次病程中惊厥>2次3例。粪便轮状病毒检测阳性19例,血生化、头颅CT及发作间期脑电图检查正常,惊厥停止后未行抗癫痫治疗。出院后采取门诊复诊,电话回访等方式进行随访,最长随访3年6个月,平均随访2年1个月,有2例出现热性惊厥,其余患儿未出现惊厥,接受随访的患儿生长发育及精神运动发育均正常。

## 3 讨论

本组患儿1~2岁为高发年龄,性别差异不明显,发病季节多在11月份至次年1月份,与本地区轮状病毒流行季节基本相符(占65.38%),临床表现为轻度呕吐或腹泻伴无热惊厥,惊厥多集中在胃肠炎病程的前3 d,惊厥多表现为全身性,血液生化指标、脑电图、头颅CT无异常,多数病例不复发,随访结果预后良好,本组病例临床特点与报道基本一致<sup>[2]</sup>。

本病的确切发病率尚不清楚,国内有学者报道住院患儿1.78%<sup>[1]</sup>及3.67%<sup>[3]</sup>。发病年龄在婴幼儿多见,本组资料发病高峰为12~24月龄患儿(73%),多在病程前3 d内发生惊厥(92.3%),因此,要重视12~24月龄的急性胃肠炎患儿,特别是在病程前3 d要警惕BICE的发生。因此对腹泻的患儿,医生可提前告知家长腹泻有时也可诱发惊厥发作。Takuya等<sup>[4]</sup>报道约43.5%患儿惊厥是哭闹诱发,本组有3例发生在静脉穿刺哭闹后,因输液不久,家长认为是输液反应或药物过敏或配药错误而出现纠纷,因此对腹泻的婴幼儿在病程中应给予更多安抚,避免哭闹。

本病病因与发病机制并不完全清楚,多认为与病毒及细菌感染有关,近年来研究最多的是轮状病毒,几乎一半以上为轮状病毒感染<sup>[5]</sup>。本组资料显示轮状病毒感染占65.38%,为主要病原。其发病机制有报道认为可能是轮状病毒感染所致的轻微脑炎<sup>[6]</sup>,亦有人认为本病是婴儿良性惊厥的一种表现形式<sup>[7]</sup>。但目前大部分学者倾向本病是婴幼儿在

急性胃肠炎、菌血症或病毒血症的状态下,小儿脑发育不成熟,神经细胞结构简单,皮层分化不全,神经元树突发育不完善,髓鞘尚未完全形成,脑化学成分及神经递质不平衡,导致惊厥阈值降低而出现的发作。

根据目前公认的BICE诊断标准<sup>[1]</sup>临床诊断并不困难,但需与屏气发作、胃肠炎引起的电解质紊乱、癫痫、脑炎等鉴别。几乎半数BICE患儿惊厥发作是由疼痛或哭闹诱发<sup>[4]</sup>,因此需与屏气发作鉴别。哭闹诱发的BICE惊厥持续时间长,多>20 s,而屏气发作多<15 s,同时,BICE治愈后哭闹不能再诱发惊厥发作,而屏气发作经常发生,与腹泻无关。

BICE患儿的治疗无特殊,急性期以对症和抗惊厥治疗为主,包括减少或去除诱因,保持安静,补液预防脱水,助消化,止吐泻及抗感染抗病毒治疗等。惊厥发生时予止惊,及短时间内预防惊厥再发。本组病例多数在病程中仅1次发作,故单剂抗惊厥药物起到了控制惊厥作用,在惊厥停止后未再给予抗癫痫治疗。目前对惊厥停止后是否需要继续抗癫痫治疗尚有不同意见,大多数人因为没有发现转为癫痫或出现复发,惊厥停止后无需抗癫痫治疗。

### [参考文献]

- [1] 吴家骅,刘寅,曹丽华,等.轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥临床研究[J].中国实用儿科杂志,2002,17(4):216-218
- [2] 赖宏.轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥8例临床分析[J].中国实用儿科杂志,2005,20(2):98
- [3] 郁颖伶.轻度胃肠炎伴婴幼儿良性惊厥24例临床分析和远期随访[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(22):3598-3599
- [4] Takuya T, Akihisa O, Mitsutaka K, et al. Clinical trial of mini-mal treatment for clustering seizures in cases of convulsions with mild gastroenteritis [J]. Brain Dev, 2011, 33(): 120-124
- [5] 王珺,李尔珍,王昕,等.轻度胃肠炎伴良性婴幼儿惊厥临床及病原血分析[J].中国实用儿科杂志,2011,26(7):538-539
- [6] 姚英明,李宁,欧巧群,等.轮状病毒肠道外感染的研究[J].中国妇幼保健,2008,23(6):790-792
- [7] 刘晓燕,姜玉武,吴惧,等.婴儿良性癫痫的临床观察和远期随访研究[J].中华儿科杂志,2003,41(1):14-16

[收稿日期] 2013-12-26