

误诊为小脑缺血性卒中的可逆性后部白质脑病综合征一例

张唯 王佩 魏书艳

【关键词】 后部白质脑病综合征； 卒中； 小脑； 病例报告

【Key words】 Posterior leukoencephalopathy syndrome; Stroke; Cerebellum; Case reports

Posterior reversible leukoencephalopathy syndrome misdiagnosed as cerebellar ischemic stroke: one case report

ZHANG Wei, WANG Pei, WEI Shu-yan

Department of Neurology, Baoding No.1 Central Hospital, Baoding 071000, Hebei, China

Corresponding author: ZHANG Wei (Email: zzw824@sina.com)

患者 男性, 48 岁。因头晕伴恶心、呕吐 6 h, 于 2013 年 3 月 18 日入院。患者晨起无明显诱因突发头晕伴视物旋转、行走不稳、恶心呕吐, 呕吐物为胃内容。当地医院急诊测量血压为 200/100 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 考虑“脑供血不足”, 予硝苯地平 5 mg 含服后即转至我院, 头部 CT 检查显示腔隙性梗死, 遂以“后循环缺血”收入院。既往高血压病史 2 年, 最高达 160/100 mm Hg, 未曾接受任何抗高血压药物治疗; 否认冠心病或糖尿病病史、肝炎或结核病病史。饮酒 30 年、约 250 g/d, 吸烟 40 年、约 20 支/d。余无特殊。入院后体格检查: 血压 189/90 mm Hg, 心率 70 次/min, 面色潮红, 双肺呼吸音清, 双下肢无水肿。意识清楚, 双侧瞳孔等大、等圆, 直径约为 3 mm, 可见水平眼震; 伸舌居中。四肢肌力、肌张力正常; 双侧指鼻试验欠准确, 跟-膝-胫试验欠准确, 病理征未引出。实验室检查: 血常规、血液各项化合物、凝血功能试验、抗核抗体(ANA) 谱、血气分析和甲状腺功能试验均于正常值范围。临床感染免疫检测乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg) > 225 ng/ml (0 ~ 0.20 ng/ml)、乙型肝炎病毒 e 抗体(HBeAb) > 3.98 PEIU/ml (0 ~ 0.20 PEIU/ml)、乙型肝炎病毒核心抗体(HbcAb) > 2.03 PEIU/ml (0 ~

0.90 PEIU/ml)。超声检查: 颈动脉内膜损害、双肾和肾动脉无异常、脂肪肝。影像学检查: 头部 MRI 显示双侧小脑大片状长 T₁、长 T₂ 信号, 扩散加权成像(DWI) 略高信号(图 1); MRA 检查未见明显异常。临床拟诊“急性小脑缺血性卒中”。考虑小脑病灶范围较大, 为防止脑干受压, 遂予 20% 甘露醇 250 ml (1 次/12 h)、甘油果糖 250 ml (1 次/12 h) 静脉滴注以脱水降低颅内压, 同时辅助阿司匹林肠溶片 100 mg (1 次/d) 和硝苯地平缓释片 10 mg (2 次/d) 口服、依达拉奉 30 mg 加至 100 ml 生理盐水 (1 次/12 h) 静脉滴注抗血小板、控制血压和清除自由基。经上述治疗后血压维持在 150 ~ 170/85 ~ 100 mm Hg, 症状明显好转, 面色潮红消退。入院第 4 天即可下床行走且头晕症状消失。患者症状恢复迅速, 入院第 14 天复查头部 MRI, 小脑异常信号明显减少(图 2), 最终修订诊断为: 可逆性后部白质脑病综合征。

讨 论

可逆性后部白质脑病综合征(PRES)是近年来逐渐被广泛认识的一种少见疾病, 急性或亚急性发病, 以头痛、恶心呕吐、癫痫发作和视力减退为主要临床表现, 还可出现精神改变和行为异常^[1]。影像学检查可见大脑后部, 尤其是顶枕叶白质损害, 部分累及脑干、小脑, MRI 表现为病变部位长 T₁、长 T₂ 信号, FLAIR 成像高信号, 上述改变具有可逆性。目前尚未见单纯累及小脑的报道。可逆性后部白质

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2015.07.016

作者单位: 071000 河北省保定市第一中心医院神经内科

通讯作者: 张唯 (Email: zzw824@sina.com)

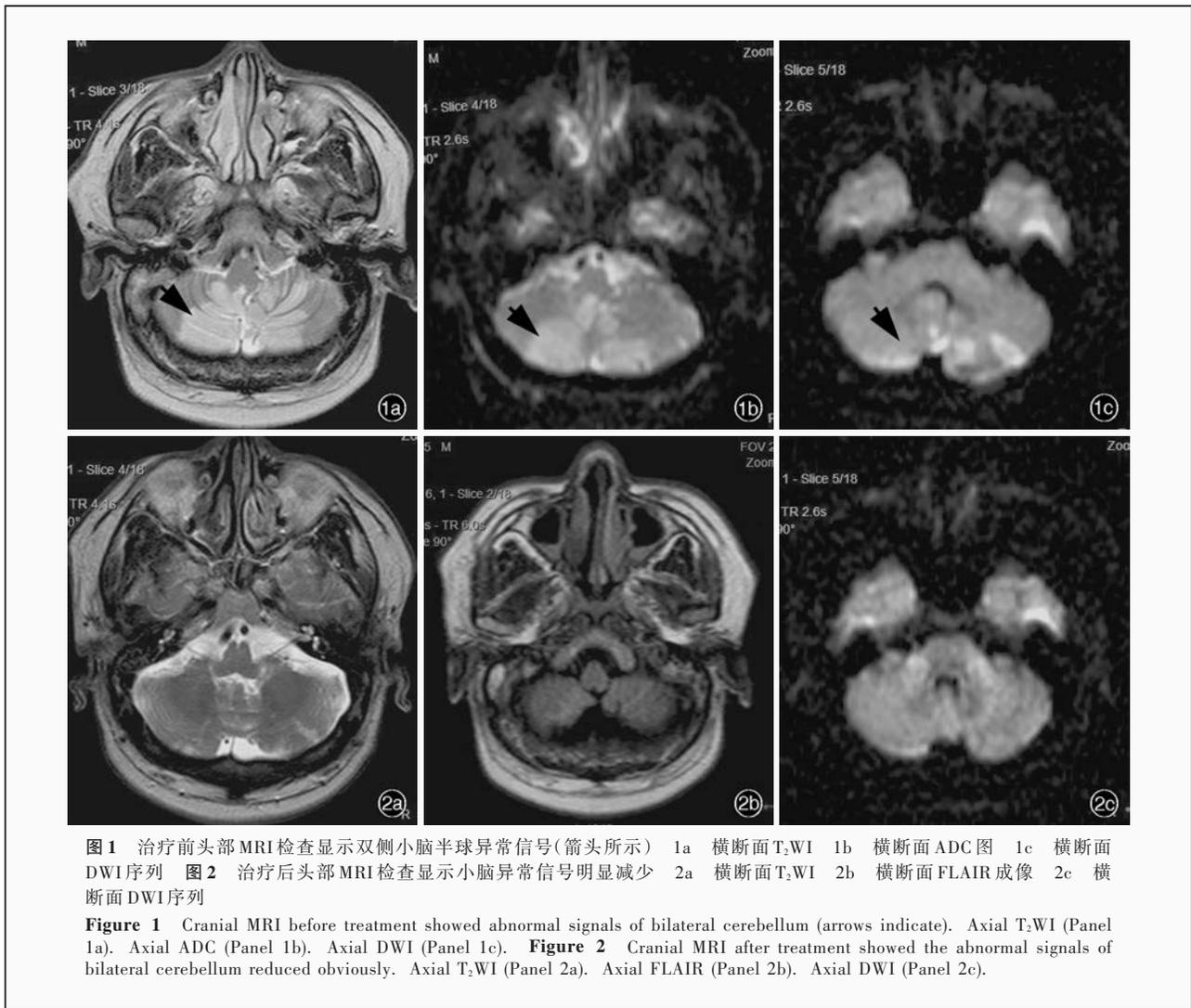


图 1 治疗前头部 MRI 检查显示双侧小脑半球异常信号(箭头所示) 1a 横断面 T₂WI 1b 横断面 ADC 图 1c 横断面 DWI 序列 图 2 治疗后头部 MRI 检查显示小脑异常信号明显减少 2a 横断面 T₂WI 2b 横断面 FLAIR 成像 2c 横断面 DWI 序列

Figure 1 Cranial MRI before treatment showed abnormal signals of bilateral cerebellum (arrows indicate). Axial T₂WI (Panel 1a). Axial ADC (Panel 1b). Axial DWI (Panel 1c). Figure 2 Cranial MRI after treatment showed the abnormal signals of bilateral cerebellum reduced obviously. Axial T₂WI (Panel 2a). Axial FLAIR (Panel 2b). Axial DWI (Panel 2c).

脑病综合征病因复杂,发病机制尚不十分清楚,多见于恶性高血压或妊娠子痫、严重肾脏疾病等;影像学表现异常与血管源性水肿而非细胞毒性水肿有关^[2]。该例患者平时血压控制不良,此次发病时血压为 200/100 mm Hg 且发病初期明显面部潮红,考虑为血压急剧升高所致。鉴于患者有吸烟、饮酒史等脑血管病危险因素,且临床病程呈急性重症表现,早期头部 MRI 表现为长 T₁、长 T₂ 信号,故诊断为小脑缺血性卒中。入院后予足量甘露醇脱水降低颅内压、消除水肿,症状迅速恢复,入院第 14 天时复查 MRI 显示小脑病灶明显缩小,不符合缺血性卒中诊断。临床单纯累及小脑的可逆性后部白质脑病

综合征鲜见文献报道,且该例患者入院首次 MRI 检查显示病灶占位效应较为局限,亦未见相邻脑室受压,与常见小脑缺血性卒中表现不同。不足之处是治疗前未及时行 FLAIR 成像检查。

参 考 文 献

[1] Mu WT. Postpartum eclampsia complicated with posterior reversible leukoencephalopathy syndrome: two cases report. Tianjin Yi Yao, 2010, 38:543-544.[穆文涛. 产后子痫并发可逆性后部白质脑病综合征二例报告. 天津医药, 2010, 38:543-544.]
 [2] Lamy C, Oppenheim C, Méder JF, Mas JL. Neuroimaging in posterior reversible encephalopathy syndrome. J Neumimaging, 2004, 14:89-96.

(收稿日期:2015-05-27)