

弓形体脑病 1 例及头颅核磁增强演变

李建川 刘凤君 袁云

[关键词] 弓形体;脑病;核磁

中图分类号:R531.8,R814.42 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2005)07-0586-01

[本文著录格式] 李建川,刘凤君,袁云.弓形体脑病 1 例及头颅核磁增强演变[J].中国康复理论与实践,2005,11(7):586.

1 病历摘要

患者,男,52岁,主因“右下肢无力半个月”于2004年9月21日收入院。患者半个月前出现右下肢无力,可行走、骑车,当天行走时摔倒2次,无头痛、恶心、呕吐、四肢抽搐、意识不清、声音嘶哑、饮水呛咳、大小便失禁等不适,未医治。症状呈进行性加重。于外院诊断“多发性硬化”。于2004年9月16日右下肢无力症状明显加重,伴右下肢肌肉跳动,无肌肉疼痛等不适。既往史无异常。入院查体:一般内科查体未见异常。神经系统检查:神志清楚,言语流利,左利手。记忆力差,计算力、判断力、定向力均差,理解力正常。双眼近视力 J₅。双侧视乳头苍白,生理凹陷存在,边界清,动静脉比例 1/2,动脉细。床旁手法粗测视野无缺损,双侧眼球外展不充分,余各方向活动充分。双侧瞳孔等大等圆,直径 3 mm,对光反射灵敏,调节反射正常。双侧面部痛温觉对称适中。右角膜反射迟钝,噁嘴反射(+),下颌反射(-)。双侧额纹、鼻唇沟对称等深,闭目鼓腮有力。双耳听力正常。伸舌居中,余神经检查未见异常。双侧肢体痛触觉、关节位置觉对称正常,音叉振动觉髌前上棘以下对称减退。右下肢肌力 0 级,右上肢肌力 V⁻ 级,左侧上下肢肌力 V 级。双侧肌张力对称适中,双上肢腱反射对称适中,双下肢腱反射对称减低。右侧指鼻试验稍欠稳准,右侧 Rossolimo's Sign(+),双侧掌颌反射(+),双侧 Mayer 指反射(+),Leri 前臂征(+)。双侧 Babinski's Sign(+);双侧 Chaddock's Sign(+);颈软,Kernig's Sign(-)。植物神经系统无异常。辅助检查:2004年9月14日头部 MRI:示左侧顶枕白质内,右侧枕颞白质内可见类圆形病灶,呈稍长 T₁、长 T₂ 信号,边界清楚,有轻度肿胀,周围无水肿带。增强见病灶均有强化,脑干、小脑正常(封三图 6.1~6.2)。2004年9月14日脑电图示不正常脑电地形图;9月13日腰穿初压 155 mm H₂O,脑脊液蛋白高 0.79 g/L,糖、Cl 正常。外观无色,白细胞数 5/mm³,免疫球蛋白 IgG 鞘内合成率 41.1。脑脊液髓鞘碱性蛋白及血髓鞘碱性蛋白正常。CSF 和血寡克隆(+).9月21日初压 160 mm H₂O,末压 120 mm H₂O,细胞总数 14/mm³,白细胞 0。蛋白 0.4 g/L(0.15~0.25),糖、Cl 正常。脑脊液寡克隆区带(+),血寡克隆区带(+),脑脊液 IgG 鞘内合成率 41.1 mg/24h,血脑屏障通透性 7.3×10^{-3} ,血弓形体抗体阴性。囊虫抗体及病毒抗体均阴性。视诱发电位各记录 P100 潜伏期延长,波幅正常。听诱发电位各波幅、潜伏期正常,体感诱发电位右正中神经刺激左中央记录 P4 潜伏期略延长。活检见少量处于不同发展阶段的弓形体,多于胞内,可见包囊样结构。伴有脑组织坏死,胶质细胞增生和血管周围少量炎性细胞浸润。诊为弓形体脑病。10月15日予磺胺嘧啶及克林霉素治疗 1 周后患者病情渐缓解。11月2

日复查头颅 MRI 病灶较前减少(封三图 6.4)。

2 讨论

弓形虫病指刚地弓形体原虫感染引起的一种寄生虫病。弓形虫病是人畜共患性疾病,人食用了从猫粪便中排出的含有弓形体卵囊所污染的水源及食物或未煮熟的含有弓形虫包囊的猪、牛、羊等肉类而被染。多数患者呈隐性经过,除颈部淋巴结肿大外,可无其他症状,脑部受累少见。免疫功能低下或缺陷患者中枢神经系统受累最具特色。弓形体脑病的临床表现可以是数周的亚急性过程,也可以是数天的急性意识障碍,伴有或不伴有局灶体征。临床表现包括意识状态改变、癫痫、感觉运动障碍、颅神经受损、小脑体征和神经心理症状。脑膜刺激征少见。最典型的局限体征是轻偏瘫和语言障碍。鉴别诊断包括中枢神经系统淋巴瘤、进行性多灶性白质脑病、巨细胞病毒脑炎和脑室炎,其他感染包括真菌、结核引起的局限病变。头 MRI 或 CT 显示大部分病灶在半球,且有强化^[1]。国内报道为皮质多发片状肉芽肿,基底节有条索状或点状钙化或脑室周围为主的双侧脑部对称性钙化影及脑积水征可作为弓形虫病脑 CT 特征。而脑室周围白质与皮质区不规则长 T₁、长 T₂ 异常信号区可伴脑积水,认为是本病的 MRI 特征^[2]。另有报道,头颅 CT 平扫表现为脑实质内环形、线样、结节样低密度区,多伴有钙化灶,增强后病灶呈不规则结节状或环形增强。头 MRI T₁ 加权像病灶表现为边界不清、低信号区, T₂ 加权像表现为高或等信号区,周围环绕有高信号水肿区,增强扫描 T₁ 加权像不规则结节状环状增强,可见占位效应。头颅 MRI 对于明确脑弓形虫病和评估疗效有较高的准确性,其影像学及临床表现均在特异性治疗后迅速改善,并在第 2 周后处于相对稳定的状态。3 者之间存在着近似线性的关系。特别是 T₂ 加权像,高信号表明脑组织坏死,等信号表明脑组织脓肿,而由高信号向等信号的转变证实抗弓形体治疗有效^[3]。但头颅增强有何演变未见报道。本例患者治疗后头颅 MRI 增强示信号强化减少,亦支持由坏死向脓肿转变的过程。

弓形体病可以通过直接和间接方法诊断,直接方法为血清学方法,间接方法包括聚合酶链反应、杂交和组织学检查。治疗可用乙胺嘧啶、磺胺嘧啶、克林霉素、螺旋霉素。本例患者虽然血清弓形体抗体阴性,但脑活检、影像学特征及良好的治疗反应均支持弓形体脑病。

[参考文献]

- [1] Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis[J]. Lancet, 2004, 363: 1965-1976.
- [2] 张保朝,付国惠,薛永飞.脑弓形虫病临床及影像学观察[J].中国误诊学杂志,2002,2(7):1035-1036.
- [3] 湛燕飞,宋海庆,赵瑞林,等.脑活检证实脑弓形体病 1 例[J].首都医药,2001,8(7):47.

作者单位:100034 北京市,北京大学第一医院神经内科。作者简介:李建川(1975-),男,黑龙江齐齐哈尔市人,博士,主治医师,主要研究方向:临床神经病学。

(收稿日期:2005-03-25)