

## 双侧海马受累的桥本脑病 1 例报道并文献复习

任彬彬, 张新江

扬州市第一人民医院, 江苏省扬州市 225000

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2016.03.015

桥本脑病是一种罕见的伴有甲状腺抗体增高的、免疫介导的脑病, 临床表现多样, 易于误诊。现报告我院诊治的 1 例桥本脑病患者如下。

### 1 临床资料

患者男 67 岁, 以发作性抽搐半个月为主诉入院, 既往体健, 发作前有心慌, 发作时头偏向一次, 意识丧失, 口吐白沫, 四肢强直, 伴有舌咬伤, 无尿便失禁, 每次发作持续为 20 分钟左右, 发作频率从 5~6 天一次到每天数次不等, 发作后不能回忆发作的过程。

神经系统体格检查: 意识模糊, 光敏, 双侧瞳孔等大同圆, 无眼震, 双侧鼻唇沟对称, 咽反射存在, 四肢肌力, 肌张力正常, 双下肢病理征阴性, 共济运动可, 脑膜刺激征阴性。

血液生化检查: 血、尿常规, 血糖、电解质、肝功能、肾功能、红细胞沉降率、C 反应蛋白、肿瘤相关抗原、风湿、免疫、抗核抗体均正常。

心电图: 未见明显异常。

腰穿示压力正常, 脑脊液常规正常, 脑脊液生化检查示总蛋白为 504.99 mg/l (正常 150 ~

450 mg/l), 免疫球蛋白为 IgG 55.600 mg/l。

抗甲状腺球蛋白抗体及过氧化物酶抗体明显增高, 甲状腺功能异常, 甲状腺彩超示甲状腺弥漫性病变, 血供丰富。内分泌会诊后诊断为桥本甲状腺炎。

头 MRI 示: ①多发腔梗; ②轻度大脑白质脱髓鞘改变; ③右侧海马异常信号, 建议增强磁共振。增强 MRI 示右颞海马区强化病变, 考虑炎症或梗死可能性大。见图 1。

视频脑电图: 监测过程中有数次发作, 发作起始见右颞起始的 3~4 c/s 波幅递增的  $\theta$  活动, 频率逐渐变慢, 逐渐扩散至右半球各个导联, 推测病灶位于右颞叶。见图 2。

给予改善脑血液循环, 抗病毒, 抗癫痫等治疗措施 (拉莫三嗪片, 患者对丙戊酸钠过敏) 治疗半月后, 症状无明显改善。复查头 MRI 示: ①多发腔梗; ②轻度大脑白质脱髓鞘病变; ③双颞、双海马病变, 考虑炎性可能性大。加用激素治疗, 在激素治疗后症状好转, 癫痫发作次数明显减少。出院后 3 月电话随访, 患者基本恢复。

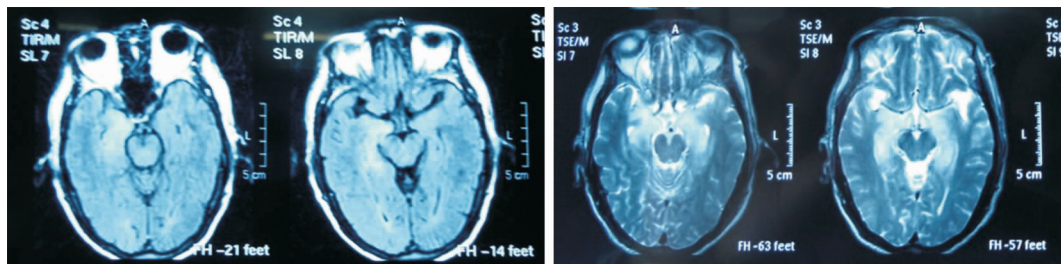


图 1 患者头颅 MRI 所见。

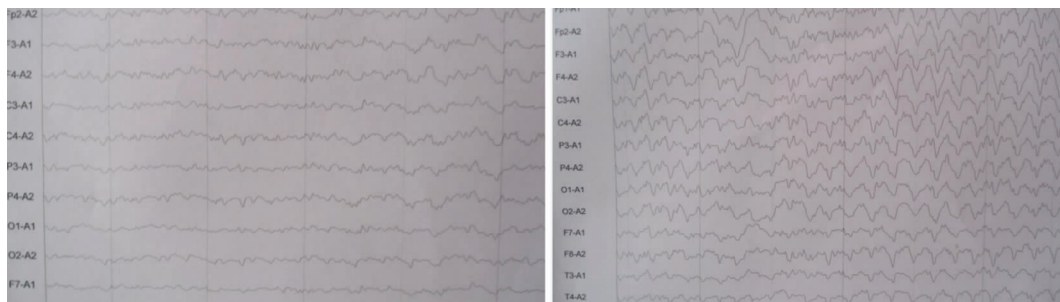


图2 视频脑电图所示。

## 2 讨论

由 Brain 等<sup>[1]</sup>在 1966 年首先提出的桥本脑病, 又称激素反应性脑炎 (SREAT)<sup>[2]</sup>, 至今仍存在争议, 确切的机制还不明确, 推测与免疫机制有关。患者通常甲状腺功能正常或只有轻度甲状腺功能减退, 甲状腺抗体 (特别是 TPO) 异常升高为血清学特点。主要的假说有: 体液免疫学说: 推测某些抗体 (神经元抗体和抗  $\alpha$ -烯醇化酶抗体) 与中枢神经系统和甲状腺组织存在共同抗原; 血管炎假说: Duffey 等<sup>[3]</sup>发现患者的脑实质内存在小血管的淋巴细胞浸润。

桥本脑病的临床表现多样, 该病有两种明显的临床类型: 一种是反复卒中发作伴轻度认知功能损害的血管型, 卒中样发作如一过性神经功能缺损、失语、癫痫或急性意识障碍; 另一种是以痴呆和精神症状为主的持续进展型<sup>[4]</sup>。两种类型均可出现癫痫发作、肌阵挛、震颤、昏迷、锥体外系症状及小脑性共济失调。Ferracci 等<sup>[5]</sup>对 121 例桥本脑病的分析研究表明, 最常见的症状为癫痫 (52%)、意识混乱 (43%)、肌阵挛 (37%)、认知功能受损 (36%) 和波动性意识障碍 (36%), 这些症状可单独存在, 也可相互叠加。

桥本脑病的诊断要点包括: 认识功能受损; 存在甲状腺自身抗体; 与疾病的病情无直接相关性; 排除其他疾病 (病毒性脑炎: 抗病毒治疗有效; 阮

蛋白病: 症状逐渐加重, 尚无有效的治疗方式, 预后不佳; 自身免疫性脑炎: 往往具有 NMDA 抗体阳性; 糖皮质激素治疗有效<sup>[6]</sup>。

桥本脑病患者的影像学无特异性改变, 文献报道约 50% 的患者头 MRI 无异常表现, 脑萎缩, 脱髓鞘病变也有报道, 本患者影像学上表现为颞叶海马受累, 临床尚未有报道, 治疗后患者症状好转, 结合其甲状腺抗体升高, 临床诊断为桥本脑病。

## 参 考 文 献

- [1] Brain L, Jellinek EH, Ball K. Hashimoto's disease and encephalopathy. *Lancet*, 1966, 2: 512.
- [2] Castillo P, Woodruff B, Caselli R, et al. Steroidresponsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol*, 2006, 63: 197.
- [3] Duffey P, Yee S, Reid IN, et al. Hashimoto's encephalopathy: postmortem findings after fatal status epilepticus. *Neurology*, 2003, 61: 1124-1126.
- [4] Mijajlovic M, Mirkovic M, Dackovic J, et al. Clinical manifestations, diagnostic criteria and therapy of Hashimoto's encephalopathy: report of two cases. *Neurol Sci*, 2010, 288: 194-196.
- [5] Ferracci F, Carnevale A. The neurological disorder associated with thyroid autoimmunity. *Neurol*, 2006, 253: 975-984.
- [6] Chong JY, Rowland LP, Utiger RD. Hashimoto encephalopathy: syndrome or myth? *Arch Neurol*, 2003, 60: 164-171.