

· 老年多器官疾病专栏 ·

## 精神障碍为首发症状的老年病毒性脑炎21例临床分析

舒刚明\*, 楚勤英, 李建华, 傅小玲, 高 畅, 迟 铖

(解放军总医院第一附属医院干部病房二科, 北京 100048)

【关键词】病毒性脑炎; 精神障碍; 首发症状; 老年人

【中图分类号】R592; 512.3

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2013.00188

老年病毒性脑炎临床表现复杂多变, 极少有发热等典型脑炎病程, 部分病例可因精神行为异常为首发或唯一症状而误诊为痴呆或精神疾病。本文拟通过对我院近年确诊的以精神障碍为首发症状的21例老年病毒性脑炎临床资料进行分析, 提高临床医师对本病的认识, 达到早期诊断和治疗。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

2000年1月至2013年4月解放军总医院第一附属医院神经内科和干部病房二科收治的病毒性脑炎患者56例, 其中年龄60~87(65.0±3.1)岁21例, 男13例, 女8例。临床诊断依据<sup>[1]</sup>: (1)急性或亚急性起病, 有感染症状或明确的病前感染史; (2)有不同程度的意识障碍, 可随疾病的进展而逐渐加深; (3)精神症状及神经系统体征, 临床上有似病毒感染所致脑炎实质受损征象; (4)脑脊液压力及白细胞和蛋白质轻度升高或正常, 但查不到细菌(包括结核分枝杆菌等)感染的证据; (5)脑电图有弥漫性异常(有些可局灶化)。

#### 1.2 临床表现

本组患者中, 20例呈急性或亚急性发病, 1例半年前出现肢体活动障碍, 行走不稳, 多次摔倒, 1个月前出现反应迟钝、记忆力减退, 性格变化, 易怒。病前有上呼吸道感染史15例, 1例病前有带状疱疹, 用激素治疗后出现精神症状。本组病例均以精神症状首发, 反应迟钝、缄默少语12例, 精神运动性兴奋伴意识障碍6例, 精神运动性抑制(木僵状态)2例, 情绪不稳定、哭笑无常5例, 幻听、幻视2例, 注意力不集中、理解困难、推理判断错误、记忆力减退和定向力差等智能障碍9例。本组病例神经系统损害的表现晚于或与精神症状同时出现。肢体瘫痪2例, 中枢性吞咽障碍2例, 高热、严重低钠血症1例, 旁中央小叶病灶导致严重尿频1例, 抽搐发作13例, 不同程度意识障碍16例。病理征阳性15例, 脑膜刺激征1例。

#### 1.3 脑脊液检查

17例(80.9%)检查异常, 8例压力增高(185~240mmH<sub>2</sub>O), 15例白细胞增多(10~90/mm<sup>3</sup>), 以淋巴细胞增多为主, 17例蛋白升高(0.5~1.1g/L), 但糖和氯化物均大致正常。

#### 1.4 脑电图检查

早期检查时17例异常, 阳性率80.9%, 大部分表现为弥漫性中高波幅慢波或在慢波背景上出现局灶性尖波、棘波或棘慢综合波, 多以单(双)侧颞额叶异常为主。早期正常4例, 在病程4周时复查脑电图均提示异常。随着临床症状的改善或缓解, 脑电图慢波也逐渐减少至正常, 但脑电图恢复多晚于临床症状改善, 遗留癫痫发作2例, 脑电图仍明显异常。

#### 1.5 影像学检查

入院时20例检查头颅MRI, 13例异常(图1), 表现为额、颞叶皮质及海马弥散性不规则斑片状异常病灶, 在T2相和压水相比较明显, 少数位于顶叶和枕叶。4~8周复查头颅MRI, 病灶阴影缩小或消失, 7例正常; 1例因有心脏起搏器而行头颅CT检查, 患者未见明显异常。

#### 1.6 治疗与预后

入院拟诊病毒性脑炎后给予抗病毒治疗, 静脉滴注阿昔洛韦, 每次10mg/kg, 每8h 1次。其中1例在外院使用更昔洛韦治疗, 20d出现全血细胞减少, 药物性再生障碍性贫血, 血液科治疗好转后转至我科, 使用阿昔洛韦11d后白细胞再次减少, 改用利巴韦林治疗好转。精神症状应用奥氮平、齐拉西酮及利培酮治疗, 有抽搐发作应用抗癫痫药治疗, 治愈19例, 遗留抽搐发作2例。

## 2 讨论

病毒性脑炎是病毒侵犯脑组织, 导致病变脑组织水肿、坏死、软化等病理改变, 单纯疱疹病毒性脑炎多见, EB病毒亦不少见。额叶损害可导致记忆力和注意力减退、



图1 某患者头颅MRI提示左侧颞叶、海马、岛叶可见大片异常信号  
Figure 1 Abnormal signal at left temporal lobe, hippocampus, and insular lobe demonstrated by MRI in one patient

智能障碍和人格改变;颞叶损害表现以精神病性障碍为主,可有错觉、幻觉、妄想等;边缘系统受损表现为情绪不稳、记忆力丧失、行为怪异和智能障碍。国内报道精神障碍在脑炎中的出现率可达81%,而因为以精神症状首发,极易误诊为功能性精神病,特别是早期意识障碍轻、精神症状重而检查不合作的患者,误诊率达63.8%<sup>[2]</sup>。早期常易误诊为其他精神障碍,尤其在亚急性或慢性起病的老年患者易误诊为老年性痴呆或血管性痴呆。本组病例大部分急性或亚急性起病,1例慢性起病。有文献报道曾有患者病程3年才被确诊为病毒性脑炎<sup>[3]</sup>。部分患者病前有感染史,均以精神运动性兴奋或抑制为首发,主要特点是意识障碍,可伴有抽搐发作,而肢体瘫痪程度较轻,阳性病理征多见。在临床接诊老年患者时,遇有不明原因的精神异常或伴有其他神经系统异常表现者应注意与病毒性脑炎鉴别。脑脊液、脑电图和头颅MRI检查对病毒性脑炎的临床诊断有重要意义。本组病例常规脑脊液检查阳性率80.6%,主要是蛋

白和白细胞数轻至中度增高,糖和氯化物大致正常,符合病毒性脑炎的脑脊液改变,阳性率较高。脑电图检查阳性率80.9%,呈弥漫性慢波或在慢波背景上出现局灶性尖波、棘波或棘慢综合波,多提示单/双侧颞、额叶病变,病情越重,脑电图改变越明显,且会随病情好转而逐渐恢复。脑电图改变虽无特异性,但阳性率高,且随临床动态变化,结合临床表现,对病毒性脑炎早期诊断具有重要辅助价值,有利于病情的评估和预后的判断,并可排除功能性精神障碍<sup>[4]</sup>。本组脑MRI检查在病程早期即出现异常,阳性率65%,特征改变为额、颞叶皮质及海马弥散性不规则斑片状异常病灶,在T2相和压水相比较明显,少数位于顶叶和枕叶,少数有占位效应,治疗后病灶明显缩小或消失。在治疗方面,首选阿昔洛韦进行足量足疗程治疗,激素尽量不用或少用;用抗癫痫药物控制抽搐发作,同时对精神症状明显者给予奥氮平、齐拉西酮、利培酮等药物。本组90.5%病例预后良好,仅2例遗留癫痫后遗症,无1例死亡,说明精神障碍明显的病毒性脑炎经过足量足疗程阿昔洛韦治疗后预后较好。

【参考文献】

[1] 沈渔邨. 精神病学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 361.  
[2] 鞠贵平. 以精神障碍为首发症状的病毒性脑炎58例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 13(12): 65-66.  
[3] 刘 佳, 瞿正万. 病毒性脑炎[J]. 上海精神医学, 2009, 1(21): 46-47.  
[4] 王 薇. 病毒性脑炎64例临床特点分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(34): 8475.

(编辑: 王雪萍)