

以急性休克和意识丧失为首发症状的非酒精性 Wernicke 脑病 2 例报道

王锋, 杨娟, 何兰英, 王健

摘要 目的:探讨非酒精中毒性 Wernicke 脑病的临床特点。**方法:**总结 2 例非酒精性 Wernicke 脑病的临床表现及辅助检查,并复习该病相关文献。**结果:**两例患者均为非酒精性 Wernicke 脑病,以急性休克及意识丧失为首发症状。头 MRI 均显示丘脑、中脑导水管周围等部位对称性异常信号。给予 VitB1 治疗后,1 例症状明显改善,另 1 例遗留明显记忆障碍及躯干性共济失调。**结论:**以急性休克及意识丧失起病的非酒精性 Wernicke 脑病诊断易被延迟。结合营养不良的病史及脑 MRI 检查有助于及时诊断。尽快补充 VitB1 是治疗关键。

关键词 休克;意识障碍;Wernicke 脑病;磁共振成像

中图分类号 R741;R742 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20191293

本文引用格式:王锋, 杨娟, 何兰英, 王健. 以急性休克和意识丧失为首发症状的非酒精性 Wernicke 脑病 2 例报道[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(3): 183-184.

作者单位
成都市第二人民医院
神经内科一科
成都 610017
基金项目
成都市第二人民医院苗圃计划
收稿日期
2019-09-26
通讯作者
王健
jian.wx@163.com

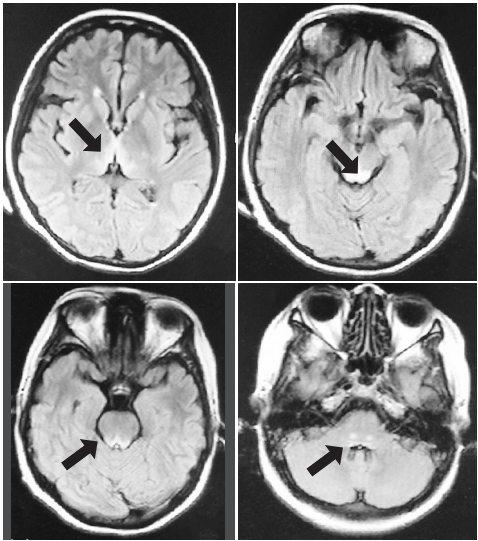
Wernicke 脑病(Wernicke's encephalopathy, WE)是由于 VitB1 缺乏导致的一种神经科常见疾病。尽管 WE 最常见于慢性酒精中毒,但近年来非酒精性 WE 的报道不断增多,如急性胰腺炎、各种原因所致频繁呕吐、饥饿、癌症、获得性免疫缺陷综合征、胃肠术后营养不良等。WE 通常急性或亚急性起病,典型者出现“经典的三联征”包括眼球活动障碍、共济失调和精神及意识障碍,但以急性休克及意识障碍起病的 WE 患者尚未见报道,诊断容易被延误。本文报道收治的两例以急性休克及意识障碍为首表现的非酒精性 WE,并复习相关文献。

1 病例介绍

1.1 病例 1

患者,女,48 岁,因“腹泻 1 月余”于 2016 年 4 月 1 日收入我院消化科。入院前 1 月余,患者进食可疑不洁饮食后出现腹泻,6~8 次/日,为黄色稀便,带粘液脓血,伴脐周疼痛,肛门坠胀及里急后重感。查体:生命体征正常,神清合作,消瘦,心肺未见明显异常体征。下腹见一纵行手术瘢痕,脐周有压痛。肝脾未扪及。神经系统检查正常。腹部 CT 显示盆腔 7.6 cm×8 cm 肿块样高低混杂密度影。肠镜检查显示乙状结肠距肝门约 35 cm 见一白色异物,局部粘膜明显充血。于 4 月 16 日在全麻下行“开腹腹腔内异物取出术+肠切除术+乙状结肠切除术+肠粘连松解术+腹腔内脓肿引流术+阴道后穹窿引流术”。术后患者恶心明显,进食差。给予常规肠外营养支持,但患者精神状态差,乏力明显。4 月 30 日患者突发呼之不应,皮肤湿冷。查体:浅昏迷状态,压眶后双侧肢体可活动。T 37.3℃,P 140 次/分,BP 70/45 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。未见面瘫,四肢腱反射弱,病理征阴性。立即给予补液、多巴胺纠正血压后有所缓解,意识模糊,对答不切题,双眼外展差,未见眼

震,肢体检查不合作。当天行头 MRI 检查 T₂ 及 Flair 相示双侧丘脑、中脑背侧、桥脑背侧及延髓背侧见斑片状高信号,见图 1。诊断为非酒精中毒性 WE。转神经内科治疗,给予补充 VitB1 及支持治疗后,病情好转,神志清楚,记忆力正常,眼球活动正常,轻度躯干共济失调。复查头颅 MRI(5 月 6 日)结果未见确切异常信号。



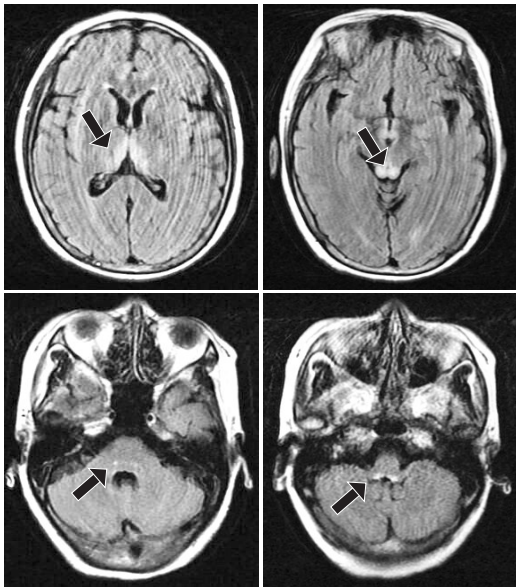
注:Flair 相显示双侧丘脑、中脑背侧、桥脑及延髓背侧高信号(箭头所示)

图 1 病例 1 头颅 MRI 检查

1.2 病例 2

患者,女,54 岁,因“反复右上腹痛 2 年余,复发加重 1 周”于 2018 年 7 月 15 日收入我院外科。查体:生命体征正常,心肺查体阴性,右上腹压痛,Murphy 征阳性。神经系统查体正常。腹部 CT 示胆囊肿大,胆囊结石,胆囊炎。诊断慢性结石性胆囊炎急性发作。于 7 月 20 日全麻下行腹腔镜胆囊切除术。术后因胆汁引流量较大,分别于 8 月 7 日和 8 月 22 日在局麻下行逆行胰胆管造影(ERCP)、十二指肠乳头切开

术(EST)加鼻胆管引流术(ENBD)。术后患者一直诉恶心、呕吐,进食差。给予抑酸、护胃、肠外营养支持等治疗。患者于9月10日突发呼之不应,四肢远端厥冷,小便失禁。查体:浅昏迷,血压测不出,R 40次/分,深大呼吸,心率130~140次/分。压眶可见四肢活动,双侧瞳孔等大等圆2 mm,光反射存在,双侧病理征阴性。立即给予扩容、多巴胺维持血压等治疗。头颅MRI检查(9月12日)示双侧丘脑、中脑背侧、桥脑背侧及延髓背侧见斑片状异常信号,呈对称分布,见图2。诊断为非酒精中毒性WE。给予补充维生素B1及支持治疗,患者症状好转,但仍有记忆力障碍及步态不稳。9月26日复查头颅MRI未见异常。



注:Flair相显示双侧丘脑、中脑背侧、桥脑及延髓背侧高信号(箭头所示)

图2 病例2患者头颅MRI检查

2 讨论

WE的临床表现存在很大的异质性,通常以一种或多种症状不同的结合形式出现,仅1/3的患者表现为完整的三联征^[1]。其中,非酒精性Wernicke脑病常仅表现为精神状态改变而缺乏其他症状,因此,诊断常被延迟或误诊。不仅如此,高达19%的WE患者以经典三联征以外的其他症状起病,包括心功能衰竭伴低血压和心动过速、胃肠道症状如腹痛和恶心、低体温(累及下丘脑后区)、甚至急性双侧耳聋及癫痫发作等^[2-5]。在WE病程中通常会出现一个或更多的症状^[6]。本文报告的两例患者均以急性休克及意识障碍起病,目前极少类似文献报道。由于休克及意识障碍的表现突出,从而掩盖其他WE的症状,因此很容易导致对WE的诊断延迟。

低血压的原因推测可能与严重的下丘脑病变,或同时存在的心脏血管性脚气病有关。两例患者在术后无活动性出血的证据,并接受了肠外营养,但均存在术后进食差及呕吐等,存在血容量不足的可能性。此外,血常规检查提示感染,对休克的发生亦有部分促进作用。

WE主要依靠临床诊断。血清维生素B1和红细胞转酮醇酶活性测定有助于诊断。Lu等^[7]采用反向高压/液相色谱仪方法分离和测定全血中游离硫胺素和硫胺素磷酸酯,较其他方法更快、更准确^[7]。CT绝大多数为阴性。MRI是本病首选的影像学检查方法,MRI表现为大脑中线结构附近双侧对称的T₂WI、Flair、DWI的异常高信号影,典型病灶位于乳头体、丘脑、中脑导水管周围、第三四脑室及侧脑室周围等,这与上述部位糖及氧化代谢率较高有关^[8]。本文两例患者尽管以休克起病,但MRI检查显示典型病灶,均得到正确诊断。临床上,任何营养不良的患者出现难以解释的意识或精神症状、低体温等,都应考虑到WE的可能^[9]。Wernicke脑病鉴别诊断包括老年性痴呆、多发性脑梗死、多发性硬化、脑桥中央髓鞘溶解症、Leigh脑病及硝唑类脑病^[10]等。

WE是一种内科急症,一旦确认(甚至仅仅怀疑时),需立即应用VitB1治疗,可阻止疾病的进一步进展,逆转仍未发展到脑组织结构损害的病损。本文中病例1由于治疗及时,未遗留明显症状。病例2则由于诊断及治疗延迟,遗留明显认知及共济失调症状。Daniel等^[3]报告一例57岁男性胃癌术后患者,尽管接受半流质及营养支持,仍在5 d后出现了持续一周的顽固性低血压,并在2周后出现特征性WE症状,及时给予VitB1治疗,仍遗留永久性Korsakoff综合征。

综上,本文报道了两例以急性休克及意识障碍为首表现的非酒精性WE。临床医生需提高对非酒精性WE的认识,对于营养不良、频繁呕吐与禁食等可疑硫胺素缺乏患者,若出现急性休克及意识障碍,需警惕WE发生。头颅MRI检查有助于诊断。及时补充VitB1,可有效减少WE导致的残疾。

参考文献

[1] Manzo G, Degennaro A, Cozzolino A, et al. MR imaging findings in alcoholic and nonalcoholic acute Wernicke's encephalopathy:a review [J]. Biomed Res Int, 2014, 50: 351-355.
[2] Josie A, Stephane R. High Parenteral Dosage of Thiamine Recommended for Management of Wernicke's Encephalopathy[J]. Biol Psychia, 2018, 9: 102-106.
[3] Daniel L, Luke L, Darcy K. Non-alcoholic Wernicke's Encephalopathy[J]. Pediatr Neurol, 2015, 6: 89-92.
[4] George AT. Can David topple Goliath again? The 'simple' perianal abscess could provide a key to identifying early Crohn's disease[J]. Colorect Dis, 2018, 7: 640-641.
[5] Latt N, Dore G. Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders[J]. Intern Med J, 2014, 9: 33-35.
[6] Scalzo S, Bowden S, Ambrose M, et al. Wernicke-Korsakoff syndrome not related to alcohol use: a systematic review[J]. J Neurol, 2015, 12: 88-90.
[7] Lu J, Frank E. Rapid HPLC. Measurement of thiamine and its phosphate esters in whole blood[J]. Clin Chem, 2008, 54: 901-906.
[8] Jared B, Amber R, Susan L, et al. A Therapeutic Fast for Lymphoma Resulting in wernicke Encephalopathy[J]. J Emerg Med, 2015, 4: 46-48.
[9] Jan W, Wi J, Erik O, et al. Need for Early Diagnosis of Mental and Mobility Changes in Wernicke Encephalopathy[J]. Cogn Behav Neurol, 2014, 4: 32-34.
[10] 阙姝, 牟英峰, 王伟, 等. 硝唑类脑病-2例病例报道并文献复习[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 8: 25-27.

(本文编辑:王晶)