

以下视麻痹为表现的单侧丘脑旁正中区梗死1例

王美妍^{1a},宋恩琦^{1a},李进伟^{1b},田力²,薛维爽^{1a},滕伟禹^{1a}

关键词 丘脑梗死;丘脑旁正中区;垂直凝视麻痹;单侧

中图分类号 R741;R741.02;R741.05;R743 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2020.04.021

王美妍,宋恩琦,李进伟,等.以下视麻痹为表现的单侧丘脑旁正中区梗死1例[J].神经损伤与功能重建,2020,15(4):243-244.

丘脑旁正中梗死是由丘脑穿通动脉或称丘脑旁正中动脉闭塞引起。对双侧丘脑旁正中梗死已有不少病例报道,但单侧丘脑旁正中梗死更为少见,鲜有报导。丘脑结构复杂,不同的核团功能各异,丘脑的损伤导致临床症状多样,造成急性期明确诊断困难,极易漏诊和误诊。丘脑旁正中区梗死常表现为昏迷或意识下降、垂直凝视麻痹和记忆障碍。本研究报道1例以双眼下视麻痹为表现的单侧丘脑旁正中区梗死并结合文献分析如下。

1 临床资料

患者,女性,56岁。因“头晕、视物重影伴走路不稳20 d”于2018年3月5日收入我院。患者20 d前安静时突然出现头晕、垂直方向视物成双,下楼梯时更为明显,伴有走路不稳。无明显记忆力减退,无视力下降,无言语不清,无饮水呛咳及吞咽困难;无耳鸣及听力下降;无肢体无力加重;无发热及前驱感染史。2016年患脑梗死,遗留右侧肢体轻瘫。既往高血压3级,糖尿病史。无不良嗜好。入院查体:体温36.5℃,血压129/90 mmHg,心率80次/分。双肺呼吸音清,心脏听诊未闻及杂音。神经系统查体:神清语明,双侧瞳孔等大正圆,直径约3.0 mm,光反应灵敏。垂直方向复视。双眼球下转不到位,余双眼各方向运动基本充分。无眼震。颈软。左侧肢体肌力V级,右侧IV级。肌张力正常。腱反射正常。跟-膝-胫试验、指鼻试验双侧稳准。深浅感觉存在,病理征阴性。心电图:窦性心率。患者发病时于当地医院就诊,行头磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)提示左侧丘脑旁正中区新发梗死灶,见图1。给予抗血小板聚集等治疗后症状部分好转,头晕、视物重影程度均减轻,无走路不稳。发病20 d后为寻求进一步诊治入我院,复查头MRI示左侧脑室旁可见条状长T₂信号影,Flair大部分呈低信号改变,边缘可见条状高信号影。右侧额叶皮质下可见点状T₂长信号影,Flair呈稍高信号。诊断意见:左侧脑室旁软化灶,脑内小缺血灶。颅脑MR弥散成像示原左侧丘脑旁正中下部梗死区未见明显信号改变。进一步行头颈部联合CT血管成像(computed tomography

angiography, CTA)示左侧椎动脉较对侧纤细,颅内段局部未见显示。住院期间给予抗血小板等对症治疗,10 d后,患者自觉头晕、复视进一步改善,要求出院。嘱咐患者继续小剂量拜阿司匹林口服,病情变化随诊。本例为56岁中老年女患,有高血压、糖尿病等多种血管危险因素。影像学表现支持脑梗死诊断,期间抗血小板治疗有效。且本例病灶位于丘脑,而孤立综合征好发于脊髓、视神经、脑干等,综合以上可与孤立综合征相鉴别。

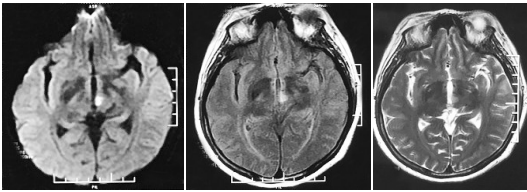


图1 本患者头MRI示单侧丘脑旁正中梗死灶

2 讨论

丘脑的血液供应来源于颈内动脉系统和椎-基底动脉系统。传统上分为4组:丘脑结节动脉、丘脑旁正中动脉、丘脑膝状体动脉及脉络膜后动脉。丘脑旁正中动脉又称丘脑穿通动脉,供应丘脑旁正中部分和中脑上部,包括丘脑板内核群及大部分背内侧核^[1]。发生闭塞可引起非对称性丘脑旁正中梗死,伴或不伴中脑梗死。Percheron^[2]于1973年首次提出丘脑旁正中动脉的3种变异形式,其中1种发自主侧大脑后动脉P1段或基底动脉顶端供应丘脑旁正中部的两侧,称为Percheron动脉^[3]。Weidauer等^[4]发现,丘脑穿通动脉梗死的病因主要为心源性栓塞(47%),其次是动脉内其他来源的栓子(16%)及小血管性疾病(13%)等。本例既往有脑梗死、糖尿病史,有脑卒中危险因素,头颈部动脉CTA示左侧椎动脉较对侧纤细,颅内段局部未见显示,不排除大动脉粥样硬化斑块。且无心源性栓塞证据。发病初可见左侧丘脑旁正中区弥散受限。抗血小板治疗有效。考虑为动脉-动脉栓塞机制或穿支动脉闭塞型。

丘脑旁正中动脉闭塞可引发一系列症状导致急性期诊断困难,大多数报道的病例为双侧旁正中丘脑梗死,但有研究表明单、双侧旁正中梗死均可

作者单位

1. 中国医科大学附属第一医院a.神经内科,b.卒中中心
沈阳 110001

2. 中国医科大学附属盛京医院老年病科
沈阳 110004

基金项目

国家科技部十三五重大专项(No.2017ZX10201101);
沈阳市科技计划项目(No.F16-206-9-03, 17-230-9-31);
中国医科大学附属盛京医院院内课题(No.ME63)

收稿日期

2019-10-19

通讯作者

滕伟禹
tengweiyucmu@sina.com

表现为3种主要症状:昏迷或意识下降、垂直凝视麻痹、记忆障碍^[5]。本病例仅表现为双眼下视麻痹。垂直凝视麻痹通常提示责任病灶位于中脑:神经退行性疾病如进行性核上性麻痹;肿瘤压迫背侧中脑(Parinaud 综合征);缺血或脱髓鞘导致直接损伤;Niemann Pick C 等代谢性疾病等^[6]。本病例MRI扫描未发现中脑梗死,无动眼神经瘫、肢体活动不灵等相关症状。在这种情况下,双眼下视麻痹最可能由于单侧丘脑旁正中区梗死所导致。眼球垂直方向的协同活动主要与内侧纵束间质核嘴部、Cajal 间质核(INC)及后联合相关,这些结构受损会引起垂直凝视麻痹。一侧内侧纵束间质核嘴部会投射到双侧升肌(上直肌、下斜肌)相关神经元,而只投射到同侧降肌(下直肌、上斜肌)相联系的神经元^[7]。INC充当了保持垂直方向凝视整合器的作用。单侧损伤INC可导致垂直方向注视和扭转注视功能受损、眼位倾斜和旋转性眼震。垂直凝视的核上通路尚不清楚,额叶和枕叶的皮质发出纤维下行至内囊通过丘脑下方区域并终止于顶盖前区以控制垂直眼球运动^[6]。目前,单侧丘脑旁正中区引起双侧垂直运动障碍机制不慎明确,推测可能是协调或支配双眼同向垂直运动的皮质延髓纤维在丘脑旁正中区存在交叉^[8]。

本例为单侧丘脑旁正中区梗死,仅表现为双眼下视凝视麻痹。双侧中脑网状系统纤维经双侧丘脑板内核中继,本例未累及中脑-丘脑网状激活系统,因此未引起意识水平下降。乳头丘脑束、丘脑背内侧核等结构损害与遗忘综合征相关。发作性全面遗忘可能与旁正中动脉短暂性缺血有关^[9]。本病例无明显记忆力下降和主诉,亦不能排除轻微的或不可察觉的记忆衰退

被忽略了。

总之,单侧丘脑旁正中区梗死较为罕见。对丘脑旁正中梗死的知识缺乏,特别是单侧病变,可能导致诊断延迟和不可逆脑损伤。因此以本例希望提高临床医生对单侧丘脑旁正中区梗死的认识,减少漏诊和误诊。

参考文献

[1] Schmammann JD. Vascular syndromes of the thalamus[J]. Stroke, 2003, 34: 2264-2278.

[2] Percheron G. The anatomy of the arterial supply of the human thalamus and its use for the interpretation of the thalamic vascular pathology[J]. Z Neurol, 205 (1) (1973)1 - 13.

[3] Lazzaro NA, Wright B, Castillo M, et al. Artery of percheron infarction: imaging patterns and clinical spectrum[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2010, 31: 1283-1289.

[4] Weidauer S, Nichtweiss M, Zanella FE, et al. Assessment of paramedian thalamic infarcts: MR imaging, clinical features and prognosis [J]. Eur Radiol, 2004, 14: 1615-1626.

[5] Guoliang Lin, Xiong Zhang, Beilei Hu, et al. Paramedian Thalamic Ischemic Infarction:A Retrospective Clinical Observation[J]. Eur Neurol, 2017, 77: 197-200.

[6] Surapaneni K, Ferguson L, Altschuler EL. Why can't this patient look up? Bilateral vertical gaze palsy[J]. PM R, 2015, 7: 1306-1308.

[7] Serino J, Martins J, Paris L, et al. Ribeiro I. Parinaud's syndrome due to an unilateral vascular ischemic lesion[J]. Int Ophthalmol, 2015, 35: 275-279.

[8] Clark JM, Albers GW. Vertical gaze palsies from medial thalamic infarctions without midbrain involvement[J]. Stroke, 1995, 26: 1467-1470.

[9] 杜立, 刘亢丁. 丘脑旁正中动脉闭塞1例及文献复习[J]. 中风与神经疾病杂志, 2011, 12: 12-12.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第230页)

[15] Albuquerque FC, Fiorella D, Han P, et al. A reappraisal of angioplasty and stenting for the treatment of vertebral origin stenosis[J]. Neurosurgery, 2003, 53: 607-614.

[16] Robert A. Risk Factors for In-Stent Restenosis After Vertebral Ostium Stenting[J]. J ENDOVASC THER, 2008, 15: 203-212.

[17] Jensen E, Pedersen B, Schmidt E, Venge P, et al. Serum eosinophilic cationic protein and lactoferrin related to smoking history and lung function[J]. Eur Respir J, 1994, 7: 927-933.

[18] Albuquerque FC, Fiorella D, Han P, et al. A reappraisal of angioplasty and stenting for the treatment of vertebral origin stenosis[J]. Neurosurgery,

2003, 53: 607-614.

[19] 郝方方, 滕文慧, 胡庆婷, 等. 椎动脉起始部支架植入术后支架内再狭窄危险因素 Meta 分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17: 874-882.

[20] Zhao L, Zhu W, Zhang X, et al. Effect of diabetes mellitus on long-term outcomes after repeat drug-eluting stent implantation for in-stent restenosis[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2017, 17: 16-20.

[21] Che WQ, Dong H, Jiang XJ, et al. Clinical outcomes and influencing factors of in-stent restenosis after stenting for symptomatic stenosis of the vertebral V1 segment[J]. J Vasc Surg, 2018, 68: 1406-1413.

(本文编辑:唐颖馨)