

卒中预警综合征2例临床分析并文献复习

许辉

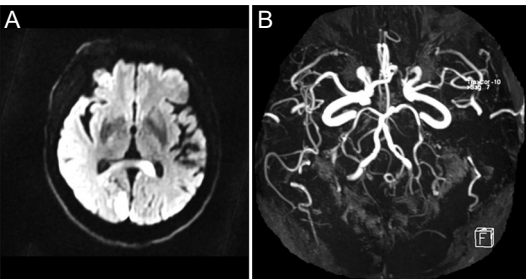
作者单位
阜阳市人民医院神
经内科
安徽 阜阳 236004
基金项目
阜阳市第八批产业
创新团队研究课题
(No. FZB2020180
5)
收稿日期
2019-10-09
通讯作者
许辉
1945159433@qq.
com

关键词 卒中预警综合征;临床分析;短暂性脑缺血发作
中图分类号 R741;R743.3 文献标识码 A DOI 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20191341
本文引用格式:许辉. 卒中预警综合征2例临床分析并文献复习[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(9): 552-553.

短暂性脑缺血发作(transient ischemia attack, TIA)的临床表现中有一特殊的类型,表现为反复、短暂、刻板地出现局灶性神经功能障碍,称之为卒中预警综合征(stroke warning syndrome, SWS)^[1]。SWS是TIA中的少见类型,具有较高的早期脑梗死风险和预后差的特点。目前为止,病理机制尚不明确。本文对2例SWS患者资料进行报道并回顾文献,以提高临床医生对疾病的理解和早期识别能力。

1 临床资料

病例1,男性,71岁,已婚,务农。入院主诉:发作性耳鸣、四肢无力2 d 4次,患者入院2 d前无明显诱因突发四肢无力,伴右耳耳鸣,歪倒在地,症状持续1 min左右恢复正常,此症状共出现4次,每次症状出现前都存在耳鸣、两眼无法清晰视物,其中一次伴右上肢麻木,未见头晕、头痛复视、吞咽障碍、饮水呛咳现象。在本院急诊科接受头颅CT检查示:老年性脑改变;左侧小脑低密度影可能。给予口服阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷片、阿托伐他汀钙片、苯磺酸氨氯地平片等治疗后入住我科。存在高血压病史,12月前曾患脑梗死。入院体格检查:血压141/87 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神志清楚,言语流利,对答切题,颅神经检查阴性,脑膜刺激征阴性,四肢肌力5级,肌张力正常,四肢深浅感觉对称存在,共济失调阴性,双侧病理征阴性。入院后,头颅MRI提示:右侧枕叶与左胼胝体压部新发脑梗死(图1A),MRA显示右侧大脑后动脉狭窄(图1B)。

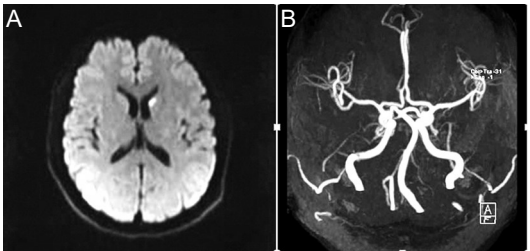


注: A: MRI示右侧枕叶与左胼胝体压部新发脑梗死;B: MRA示右侧大脑后动脉狭窄

图1 病例1入院后头颅影像学检查

病例2,女性,46岁,已婚,职业不明。入院主诉:反复发作右侧肢体麻木2 d。患者自2 d前开始出现发作性右侧肢体麻木,持续2~3 min缓解。发作时无口角歪斜、言语不清、肢体无力及头晕、头

痛,第1天发作3次,第2天发作次数增多至5次,发作后感右侧肩部沉重不适,来我院就诊,收住入院。患者2月前曾有类似发作,当时头颅CT检查显示基本正常,否认既往有慢性病史。入院体格检查:血压135 mmHg/80 mmHg,神经系统检查无阳性体征。入院后行头颅MRI检查,提示新发脑梗死于左侧基底节区(图2A)。MRA检查大脑中动脉无明显狭窄(图2B)。



注: A: MRI提示左侧尾状核头部脑梗死。B: MRA提示大脑中动脉无明显狭窄

图2 病例2头颅影像学检查

2 讨论

TIA根据脑缺血部位不同可分为大脑皮质、皮质下、椎基底动脉系统等类型。皮质缺血的典型表现为忽视、运用障碍、言语障碍,可伴随或不伴随肢体的轻偏瘫。皮质下缺血表现为面部及肢体的运动障碍、感觉障碍、感觉运动障碍。椎基底动脉系统缺血的表现可有视物模糊、复视、构音障碍、交替性偏瘫、交叉性偏身感觉障碍、头晕、眩晕、听力下降等。SWS是TIA中的特殊类型,典型表现为反复、短暂、刻板的局灶性神经功能障碍,往往无皮质体征。SWS的临床回顾性研究显示SWS占TIA的9.8%,占急性脑梗死的1.8%^[1]。基于梗死部位,可将SWS分为3类^[1]:内囊预警综合征(capsular warning syndrome, CWS)、脑桥预警综合征(pontine warning syndrome, PWS)、胼胝体预警综合征(callosal warning syndrome)。

CWS是3类中最早被认识、最经常被报道的,虽然发生率只占TIA的1.5%^[2],然而存在非常高的早期梗死几率,7 d内发生梗死率约为60%~71.2%^[2,3],临床预后通常不佳。CWS由澳大利亚的Donnan等^[4]于1993年首次提出,定义为:24 h内发生3次及以上的单侧TIA症状的综合征,症状同时累及面部、上肢、下肢(或2/3以上部位),可表现为单纯运动性、单纯感觉性或感觉运动同时受累。缺血反复发作

后,多数患者MRI检查可见内囊部位的梗死灶。对于CWS的时间范围,不同的研究者有不同的界定,Staaf等^[5]重新界定其发病时间范围,由以往的1 d改为3 d。PWS由Farrar和Donnan在1993年报道^[6],他们描述了1例临床表现为CWS,但最终确诊梗死部位在左侧脑桥前内侧的案例,脑桥前内侧的梗死累及皮质脊髓束,出现和CWS类似的症状。2001年,Benito-León等^[7]对PWS进行了界定,即临床症状上同CWS相符,影像学检查表明新发梗死灶位于脑桥。2008年Saposnik等^[8]把PWS归类于SWS的一个新的类型,除CWS类似症状外,还可出现构音障碍和眼肌麻痹。胼胝体预警综合征由Nandhagopal等^[9]在2012年首先报道。临床症状同样具有反复发作的特点,表现为胼胝体失联的异手综合征(alien hand syndrome, AHS)。参照上述两类型的命名惯例,命名为“胼胝体预警综合征”。此类型开始时出现一系列短暂性缺血症状,初始致因是胼胝体供血不足,最终引发胼胝体梗死,出现持续神经系统受损体征,因为症状同样呈现发作性,故将其归入SWS类型中。

SWS病理生理机制尚不明确,存在多种假说:小血管疾病、心源性栓塞、脑血管痉挛、梗死周围神经元去极化、大血管的动脉粥样硬化狭窄等^[3,10]。小穿支动脉被认为是最可能的原因^[4,11]。Donnan等^[4]推测大脑中动脉深穿支的动脉硬化、高血压等因素引起的管腔狭窄而继发的血流动力学变化是本病的原因。最近有报道称,在亚洲人群中,颅内的动脉粥样硬化疾病在小的纹状体内囊梗死中扮演重要的角色,大脑中动脉粥样硬化斑块可以导致豆纹动脉开口的闭塞,影响血流动力学进而导致脑梗死^[12]。高分辨MRI可显示颅内血管壁的情况。多篇研究显示大脑中动脉血管壁的腹侧动脉粥样硬化斑块和CWS相关^[13,14]。反复的症状则被认为是血流动力学波动的结果。另有文献报道大脑中动脉夹层^[15]、大脑中动脉狭窄^[16]也可导致CWS。PWS确切的病理生理机制不明,最常被接受的理论是动脉粥样硬化导致的脑干原位的基底动脉小穿支开口的闭塞。脑干穿支起始的闭塞,MRI表现为脑干表面较大片的梗死。而脂透明膜病则会表现为远离脑干表面的单独的岛屿样梗死。胼胝体预警综合征较特殊,报道极少,Nandhagopal等^[9]首先报道的1例患者的MRI检查除胼胝体压部梗死,还可见双侧顶叶皮质梗死。由于胼胝体压部供血来源于大脑后动脉的后胼周动脉,推测大脑后动脉狭窄导致梗死。

本文的2例患者3 d内频繁刻板的TIA发作超过3次,符合SWS丛集样发作的特点。唐春花等^[17]报道可逆性胼胝体压部病变综合征可表现为精神行为异常和视觉障碍。本文的病例1除了视觉障碍,还有耳鸣和四肢无力表现,提示不单纯是胼胝体症状。随后的MRI检查显示胼胝体压部的小梗死合并右侧枕叶皮质的梗死,MRA也证实大脑后动脉存在狭窄。本文的病例2符合CWS的诊断,表现为肢体感觉障碍,无皮质缺血的症状,随后的MRI检查也证实基底节区的小梗死,MRA未见明显的大脑中动脉狭窄,推测致病原因是外侧豆纹动脉的穿支事件。

在治疗方面,常规的升高脑灌注的方法,如升高血压^[18]、扩容与稀释依然适用,其它诸如双重抗血小板^[11]、肝素抗凝处理、

静脉溶栓^[19]等仍缺少确凿的证据。治疗目标是避免由TIA进展为脑梗死。沈芳等^[20]在时间窗内采用阿替普酶溶栓治疗SWS,提出SWS主要发病机制是穿支病变,静脉溶栓疗法无法中断SWS演变成缺血性脑卒中的过程,对预后改善没有帮助。李久全^[21]提出,对于SWS患者的临床发作,替罗非班可发挥有效控制作用,可使持续发作时间大幅缩短,使梗死灶形成数量显著下降,使SWS患者神经机能不全与远期临床预后均得到改善。

本文的2例患者入院时已错过最佳溶栓时间,采取相关缺血性卒中常规处理,虽然患者出院时无明显神经系统后遗症,但原因主要在于梗死病灶微小。如果能够早期识别,阻断SWS演变成永久性脑梗死的进程,会是最理想的治疗。

参考文献

- [1] Tassi R, Cerase A, Acampa M, et al. Stroke warning syndrome: 18 new cases[J]. J Neurol Sci, 2013, 331: 168-171.
- [2] Paul NL, Simoni M, Chandratheva A, et al. Population-based study of capsular warning syndrome and prognosis after early recurrent TIA[J]. Neurology, 2012, 79: 1356-1362.
- [3] Camps-Renom P, Delgado-Mederos R, Martínez-Domeño A, et al. Clinical characteristics and outcome of the capsular warning syndrome: a multicenter study[J]. Int J Stroke, 2015, 10: 571-575.
- [4] Donnan GA, O' Malley HM, Quang L, et al. The capsular warning syndrome: pathogenesis and clinical features[J]. Neurology, 1993, 43: 957-962.
- [5] Staaf G, Geijer B, Lindgren A, et al. Diffusion-weighted MRI findings in patients with capsular warning syndrome[J]. Cerebrovasc Dis, 2004, 17: 1-8.
- [6] Farrar J, Donnan GA. Capsular warning syndrome preceding pontine infarction[J]. Stroke, 1993, 24: 762.
- [7] Benito-León J, Alvarez-Linera J, Porta-Etessam J. Detection of acute pontine infarction by diffusion-weighted MRI in capsular warning syndrome[J]. Cerebrovasc Dis, 2001, 11: 350-351.
- [8] Saposnik G, Noel de Tilly L, Caplan LR. Pontine warning syndrome[J]. Arch Neurol, 2008, 65: 1375-1377.
- [9] Nandhagopal R, Al-Asmi A, Johnston WJ, et al. Callosal warning syndrome[J]. J Neurol Sci, 2012, 314: 178-180.
- [10] Enriquez-Marulanda A, Amaya-Gonzalez P, Orozco JL. Pontine Warning Syndrome[J]. The Neurologist, 2016, 21: 93-96.
- [11] Fahey CD, Alberts MJ, Bernstein RA. Oral clopidogrel load in aspirin-resistant capsular warning syndrome[J]. Neurocrit Care, 2005, 2: 183-184.
- [12] Oh Young B, Ji Hoe H, Jung Yeon K, et al. Middle cerebral artery stenosis is a major clinical determinant in striatocapsular small, deep infarction[J]. Arch Neurol, 2002, 59: 259-263.
- [13] Xu X, Wei Y, Zhang X, et al. Value of higher-resolution MRI in assessing middle cerebral atherosclerosis and predicting capsular warning syndrome[J]. J Magn Reson Imaging, 2016, 44: 1277-1283.
- [14] Zhou L, Ni J, Xu W, et al. High-resolution MRI findings in patients with capsular warning syndrome[J]. BMC Neurology, 2014, 14: 16.
- [15] Bonardo P, Bando L, Chertcoff A, et al. Capsular warning syndrome as a manifestation of isolated middle cerebral artery dissection in a Latin American patient[J]. Int J Stroke, 2017, 12: NP10-NP11.
- [16] Lee J, Albers GW, Marks MP, et al. Capsular warning syndrome caused by middle cerebral artery stenosis[J]. J Neurol Sci, 2010, 296: 115-120.
- [17] 唐春花, 李琼, 杨海梅, 等. 可逆性胼胝体压部病变综合征5例报道及文献复习[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14: 44-46.
- [18] Lalive PH, Mayor I, Sztajzel RP. The role of blood pressure in lacunar strokes preceded by TIAs[J]. Cerebrovasc Dis, 2003, 16: 88-90.
- [19] Vivanco-Hidalgo RM, Rodriguez-Campello A, Ois A, et al. Thrombolysis in capsular warning syndrome[J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 25: 508-510.
- [20] 沈芳, 邢鹏飞, 黄石仁, 等. 阿替普酶静脉溶栓治疗卒中预警综合征11例临床分析[J]. 第二军医大学学报, 2018, 39: 1019-1022.
- [21] 李久全. 盐酸替罗非班氯化钠注射液治疗卒中预警综合征的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22: 473-478.

(本文编辑:王晶)