

# 脑干梗死致周围性面瘫1例报道

姚昊<sup>1</sup>,刘迪<sup>1</sup>,郑入文<sup>1</sup>,宁艳哲<sup>2</sup>,刘雪妍<sup>1</sup>,杨艳蓉<sup>1</sup>,胡慧<sup>1</sup>

**关键词** 脑梗死;周围性面瘫;八个半综合征;动脉粥样硬化;小血管闭塞

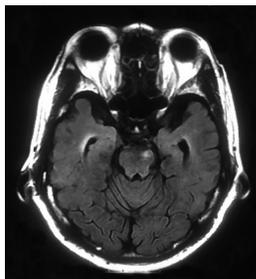
**中图分类号** R741;R743 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20210394

**本文引用格式:**姚昊,刘迪,郑入文,宁艳哲,刘雪妍,杨艳蓉,胡慧.脑干梗死致周围性面瘫1例报道[J].神经损伤与功能重建,2023,18(6):369-370.

临床中周围性面瘫是常见的神经性病变,与中枢性面瘫具有明确鉴别要点。但脑干梗死导致周围性面瘫,易与Bell麻痹相混淆,两者在临床中的针刺治疗策略各有侧重,因此准确判断病因具有重要意义。

## 1 病例资料

患者,男,64岁,主因“突发视物模糊、眼球偏斜伴左侧口眼无力19h”以“脑梗死”收入我院。入院症见:视物模糊,左侧面部活动无力,无恶心呕吐。既往糖尿病、高脂血症、脑动脉粥样硬化病史。查体:血压131/92 mmHg,嗜睡,构音欠清,高级皮质功能大致正常,双侧瞳孔等大正圆,右侧对光反射消失,左侧对光反射存在,右眼球稍外展位,眼球内收不能,左侧眼球内收及外展均不能,右侧眼球上下视部分受限,双侧眼球斜视时可见细小水平眼震,上下视时可见垂直眼震,睑裂增大,不能完全闭眼,左侧额纹及鼻唇沟浅,左侧口角低垂,示齿口角右偏,伸舌居中,悬雍垂上抬有力,咽反射对称存在,四肢肌力IV级,肌张力正常,腱反射存在,指鼻及跟膝胫反射稳准,颈软,无抵抗。辅助检查:颈动脉超声:左侧颈内动脉粥样硬化;右侧大脑后动脉胚胎起源;左侧后交通动脉开放;脑内多发异常信号影。颅脑MRI:脑干(偏后部)及左侧侧脑室体部旁亚急性期梗死灶;桥脑(偏左侧)、双侧基底节区缺血灶;双侧放射冠区及侧脑室旁脱髓鞘灶。入院后予以抗凝、抗血小板聚集、降脂稳定斑块等治疗,患者症状逐渐好转,继续予以针灸康复治疗治疗面瘫症状。



注:可见脑干亚急性期梗死灶。  
图1 患者颅脑核磁DWI影像

## 2 讨论

周围性面瘫为面神经核或面神经受损引起,出现病灶同侧面肌瘫痪。耳部发育异常、外伤、炎症、



注:左侧额纹及鼻唇沟浅,左侧口角低垂,示齿口角右偏。

图2 患者查体表现

肿瘤等是周围性面瘫的常见病因。中枢性面瘫为面神经核以上组织受损,受损部位包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等,主要表现为病灶对侧颜面部肌肉麻痹,脑神经核及上下行传导纤维在脑干处排列紧密且功能复杂,脑干梗死往往累及多个神经核团表现为综合性症状。脑桥病变仅累及单一脑神经核及其下行传导纤维病例较少,因此以周围性面瘫为主要表现的脑干梗死患者罕见<sup>[1]</sup>。

面神经运动核团位于脑桥下部网状结构的腹外侧,属特殊内脏运动性核。面神经核或面神经受损造成周围性面瘫的同时,还可影响外展神经功能<sup>[2]</sup>。外展神经核单侧病变可导致同侧水平视麻痹,神经受损可出现眼球外展运动受限或不能。脑桥旁正中网状结构位于同侧外展核与内侧纵束附近的核上中心<sup>[3]</sup>。Fisher在1967年提出“一个半综合征”概念<sup>[4]</sup>,即脑桥麻痹性外斜视,一侧脑桥背盖部病变累及脑桥旁正中网结构以及对侧交叉过来的内侧纵束,导致患侧眼球内收、外展均不能,对侧眼球可以外展但不能内收,同时外展眼震。孤立的“一个半综合征”相对少见,常伴随其他神经缺损症状。1998年Eggenberger首次命名了“八个半综合征”,指“一个半综合征”合并同侧面神经瘫痪的一组临床综合征<sup>[5]</sup>。该综合征病灶位于同侧脑桥旁正中网、内侧纵束、面神经核或神经束,或影响同侧外展神经核,脑桥梗死是其常见原因<sup>[6]</sup>。本文患者为脑干急性脑梗死累及面神经核团或面神经走行的脑干区域,引发同侧周围性面瘫。

脑桥血液主要由椎基底动脉系统供给,面神经核血液供应以短旋动脉与长旋动脉为主,属于脑桥动脉分支。脑桥梗死是最常见的脑干梗死类型,约占缺血性脑梗死疾病的15%<sup>[7]</sup>,主要有以下几种原

## 作者单位

1. 北京中医药大学东方医院针灸科  
北京 100078

2. 首都医科大学附属北京安定医院/国家精神心理疾病临床研究中心/精神疾病诊断与治疗北京市重点实验室  
北京 100088

北京 100088

## 基金项目

北京市中医管理局薪火传承“3+3”工程《杨甲三名家研究室》(No. 2007-SZ-A-12);

中央高校北京中医药大学基本科研业务费(No. 2017-JYB-JS-112)

## 收稿日期

2022-06-21

## 通讯作者

郑入文

zrw123@sina.com

因造成:①小动脉起始部粥样硬化或者高血压导致小血管玻璃样变引起血管阻塞;②椎基底动脉的狭窄或者椎基底动脉发育不良导致血管的流动阻力增大;③继发性的脑水肿、炎性介质导致脑桥局部的缺血<sup>[8]</sup>。基底动脉粥样硬化是旁正中脑桥梗死和深部脑桥小梗死的主要发病机制<sup>[9]</sup>。有回顾性分析指出大动脉粥样硬化所致周围性面瘫,可有多支血管受累,同时具有多种临床表现,包括前庭功能障碍、凝视诱发性眼球障碍和小脑性共济失调;小血管闭塞性周围性面瘫则症状局限,仅表现为水平注视障碍及面部无力<sup>[10]</sup>。此患者梗死灶位于脑干,但未出现除周围性面瘫以外的其他症状,考虑梗死面积较小,且病灶位于脑桥区域内面神经核以下,破坏了面神经核支配面神经的传导通路,故临床表现为周围性面瘫。此外,该患者既往糖尿病多年,神经病变是糖尿病的主要并发症,包括周围神经病变和颅脑神经病变,颅脑神经的发病率约占糖尿病患者的0.4%~5%,病变主要累及动眼神经,其次为展神经和滑车神经,临床上同样发现过面神经受累的病例<sup>[11]</sup>,但是糖尿病并发颅脑神经损伤的机制多数研究认为是多元醇途径或者是糖基化终末产物形成引起的代谢紊乱、氧化应激、神经营养因子缺乏导致,通过患者的既往史、辅助检查(如血糖、颅脑MRI、肌电图检查等)可进行鉴别<sup>[12]</sup>。

患者既往有高血脂症、脑动脉粥样硬化,存在脑血管疾病的高风险因素,因此考虑为小血管粥样硬化引起脑桥梗死,导致面神经核和面神经之间通路受阻,故而出现单纯性周围性面瘫。根据本文患者的病史、查体和辅助检查可排除特发性周围性面瘫、病毒感染、糖尿病并发颅脑神经病变的可能性,诊断为脑干梗死明确。此患者以下特点较为突出:①症状局限,仅表现为眼球水平活动障碍及面部无力。②影像学所示左侧脑干处存在病灶,此处面神经运动纤维走行于脑桥背内侧,绕展神经核后再向前下行,导致周围性面瘫。③此患者既往高血脂症、脑动脉粥样硬化病史,颅脑MRA及锁骨下动脉超声皆提示动脉粥样硬化及斑块形成,排除大血管狭窄和心脏源性、下肢深静脉血栓等栓子来源,考虑由动脉粥样硬化导致的小血管闭塞是造成其脑干梗死的主要原因,也可能是脑桥动脉及分支的动脉粥样硬化斑块形成导致脑桥供血区域缺血坏死所致。

特发性面神经炎早期采用激素、营养神经等药物治疗,同时结合针刺疗法。手足三阳经筋散布于面部,在局部瘫痪肌群采用经筋刺法,排刺、浅刺、透刺、一穴多刺为主,疏通面部气血,促进周围神经组织代谢,加快功能恢复<sup>[13]</sup>。而脑梗死导致的周围性面瘫,临床中依照脑血管疾病系统治疗,及时建立侧支循环、促进脑桥神经元髓鞘再生。同时及时予以针刺治疗,石学敏院士提出中风针刺疗法当以“醒脑开窍”为先,通过调节血清物

质、脑血流、脑氧代谢以修复缺血半暗带的血管神经元,最大限度调节机体内环境<sup>[13]</sup>。研究表明在头部穴位进行针刺疗法能够有效降低神经功能缺损程度,激活下游血管新生因子表达,同时促进梗死区域微血管生成<sup>[14]</sup>。

脑桥梗死是脑干梗死最常见的临床类型,由于脑桥结构复杂,所以在临床中呈现多种表现形式,容易误诊其他疾病<sup>[15]</sup>。脑血管疾病、多发性硬化症、脱髓鞘疾病以及脑炎等均可导致以面部功能异常为主要表现的综合征,绝大多数由脑血管疾病引起,与颅内血管局部血液供应异常关系密切。本文病例脑干梗死导致的周围性面瘫,无其他的脑干梗死特征实属罕见。根据不同病因,针刺对面瘫病的治疗侧重各有不同。故临床医生要加强对本病的认识,对以周围性面瘫为唯一特征的患者应考虑脑血管病可能。

### 参考文献

- [1] Sun D, Zhou R, Dong A, et al. Nicotine effects on muscarinic receptor-mediated free Ca<sup>2+</sup> level changes in the facial nucleus following facial nerve injury[J]. J Integr Neurosci, 2016, 15: 175-190.
- [2] 宋晓文, 陈金波, 吴欣彤. 表现为单纯周围性面瘫脑桥病变2例报道并文献复习[J]. 滨州医学院学报, 2016, 40: 69-72.
- [3] Pierrot-Deseilligny C, Goasguen J, Chain F, et al. Pontine metastasis with dissociated bilateral horizontal gaze paralysis[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1984, 47: 159-164.
- [4] Fisher CM. Some neuro-ophthalmological observations[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1967, 30: 383-392.
- [5] Eggenberger E. Eight-and-a-half syndrome: one-and-a-half syndrome plus cranial nerve VII palsy[J]. J Neuroophthalmol, 1998, 18: 114-116.
- [6] Xue F, Zhang L, Zhang L, et al. One-and-a-half syndrome with its spectrum disorders[J]. Quant Imaging Med Surg, 2017, 7: 691-697.
- [7] Yoo SD, Kim DH, Jeong YS, et al. Atypical supernumerary phantom limb and phantom limb pain in two patients with pontine hemorrhage[J]. J Korean Med Sci, 2011, 26: 844-847.
- [8] 韩春玉, 杨颖. 急性脑干梗死165例危险因素、临床特点及血管病变分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19: 360-363.
- [9] Xia C, Chen HS, Wu SW, et al. Etiology of isolated pontine infarctions: a study based on high-resolution MRI and brain small vessel disease scores[J]. BMC Neurol, 2017, 17: 216.
- [10] Min YG, Jung KH. Patterns of pontine strokes mimicking Bell's palsy[J]. BMC Neurol, 2019, 19: 208.
- [11] 张焯, 李博, 詹晓凯. 糖尿病性颅神经病变患者的预后危险因素分析[J]. 中国医药导刊, 2015, 17: 435-438.
- [12] 李圣博, 彭弘, 赵旭. 2型糖尿病合并脑桥梗死的影像学特征及影响因素分析[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 16: 23-24.
- [13] 高霄英, 丁少杰, 鲁海, 等. “醒脑开窍”针刺法对中风患者实验室指标影响概述[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35: 79-83.
- [14] 师帅. 基于Wnt/β-catenin信号通路研究头穴围刺对大鼠脑梗死后血管新生的作用机制[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [15] Moncayo J. Pontine infarcts and hemorrhages[J]. Front Neurol Neurosci, 2012, 30: 162-165.