

表现为 Jackson 综合征的 2 例延髓梗死的 临床特点及相关文献分析

马婧 唐菱 李蕾 金枫 杨海瑶 何志义

【中图分类号】 R743 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2016)05-0364-02

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2016.05.017

Jackson 综合征又称延髓前侧综合征、橄榄前部综合征,病灶位于延髓上部前方近中缝处,为脊髓前动脉闭塞所致。由于脊髓前动脉与脊髓后动脉和椎动脉的延髓动脉有较多吻合,故 Jackson 综合征是一种临床较为少见的延髓综合征。现将本院诊治的 2 例病例报道如下。

1 临床资料

病例 1,53 岁男性,以“右侧肢体麻木无力 1 d”为主诉住院治疗。患者入院前 1 d 无明显诱因出现右侧肢体麻木无力,走路不稳,伴言语不清,伴头晕,无恶心、呕吐,无视物成双,无饮水呛咳。既往有高血压病史 3 年,血压最高达 170/100 mmHg,平素口服替米沙坦,血压控制在 140/90 mmHg;有糖尿病史 8 年,血糖最高达 25 mmol/L,平

素皮下注射地特胰岛素、利拉鲁肽降血糖,空腹血糖控制在 7 mmol/L,餐后血糖 13 mmol/L;有冠心病史 1 年,具体用药不详。有吸烟、饮酒史 20 年。神经系统查体:神志清楚,言语正常,伸舌左偏,左侧肢体肌力 V 级,右上肢肌力 III 级,右下肢肌力 II 级,四肢肌张力及腱反射正常,Babinski 征(L: +, R: +)。感觉系统查体未见确切异常。指鼻试验及跟膝胫试验左侧稳准,右侧查体无法配合。辅助检查:颅脑 MRI 平扫 + DWI 示右侧侧脑室旁软化灶;左侧延髓前部急性期梗死灶(图 1)。双侧颈动脉彩超示双侧颈动脉硬化样改变伴斑块形成,双侧颈动脉血流速度正常范围。血脂分析:血清甘油三酯 TG 10.51 mmol/L,血清总胆固醇 TC 6.45 mmol/L,血清高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C 0.74 mmol/L。葡萄糖测定(空腹)GLU 10.11 mmol/L。血浆糖化血红蛋白 HbA1c 8.00%。血清尿酸 UA 431 μ mol/L。余实验室检查未见明显异常。

病例 2,60 岁女性,以“头晕 4~5 d,左侧肢体活动不灵

作者单位:110001 沈阳,中国医科大学附属第一医院神经内科
[马婧 唐菱 李蕾 金枫 杨海瑶 何志义(通信作者)]

- González-Gay MA, García-Porrúa C, González-Rosón O. Facial pain and giant cell arteritis[J]. J Rheumatol, 1998, 25(6): 1242-1243.
- Salvarani C, Crowson CS, O'Fallon WM, et al. Reappraisal of the epidemiology of giant cell arteritis in Olmsted County, Minnesota, over a fifty-year period[J]. Arthritis Rheum, 2004, 51(2): 264-268.
- Nueninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, et al. Mortality of large-artery complication (Aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: A population-based study over 50 years[J]. Arthritis Rheum, 2003, 48(12): 3532-3537.
- Abdul-Rahman AM, Molteno AC, Bevin TH. The epidemiology of giant cell arteritis in Otago, New Zealand: a 9-year analysis [J]. N Z Med J, 2011, 124(1329): 44-52.
- Ostberg G. An arteritis with special reference to polymyalgia arteritica[Z], 1973: 1.
- Borchers AT, Gershwin ME. Giant cell arteritis: A review of classification, pathophysiology, geoeidemiology and treatment [J]. Autoimmun Rev, 2012, 11(6/7, SI): A544-A554.
- Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis[J]. Lancet, 2008, 372(9634): 234-245.
- Weyand CM, Ma-Krupa W, Goronzy JJ. Immunopathways in gi-

- ant cell arteritis and polymyalgia rheumatica [J]. Autoimmun Rev, 2004, 3(1): 46-53.
- Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, et al. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis[J]. N Engl J Med, 2002, 347(4): 261-271.
- Heathcote JG. Update in pathology: temporal arteritis and its ocular manifestations[J]. Can J Ophthalmol, 1999, 34(2): 63-68.
- Su GW, Foroozan R. Update on giant cell arteritis[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2003, 14(6): 332-338.
- Kumar A1, Costa DD. Insidious posterior circulation stroke with rapid deterioration due to vertebral giant cell arteritis[J]. Age Ageing, 1994, 36(6): 51-52.
- Samson M, Jacquin A, Audia S, et al. Stroke associated with giant cell arteritis: a population-based study[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2015, 86(2): 216-221.
- Ball EL, Walsh SR, Tang TY, et al. Role of ultrasonography in the diagnosis of temporal arteritis[J]. Br J Surg, 2010, 97(12): 1765-1771.
- García-García J, Ayo-Martin O, Argandona-Palacios L, et al. Vertebral artery halo sign in patients with stroke a key Clue for the prompt diagnosis of giant cell arteritis[J]. Stroke, 2011, 42(11): U577-3287.

(2015-11-01 收稿 2015-11-25 修回)

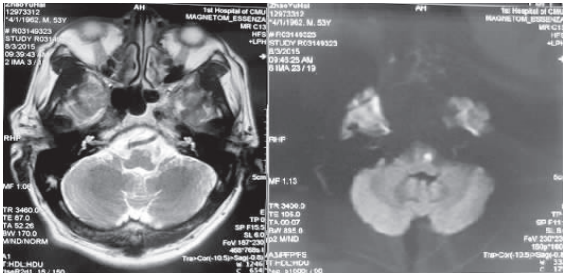


图 1 颅脑 MRI 平扫 + DWI 示
左侧延髓前部急性期梗死灶

2 d”为主诉住院治疗。患者入院前 4~5 d 无明显诱因突然出现头晕,不敢睁眼,伴恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物,不伴视物旋转、耳鸣,患者坐起时自觉头晕症状加重;入院前 2 d 出现左侧肢体活动不灵,表现为手握不紧,左下肢活动差,无复视,无视物成双,无饮水呛咳及吞咽困难。既往有高血压病史约 15 年,未系统治疗,血压控制不佳。入院后生命体征及神经系统查体:T 36.2℃,P 68 次/min,R 18 次/min,BP 150/100 mmHg;神志清楚,言语正常,伸舌右偏,四肢肌力 V 级,四肢肌张力及腱反射正常,Babinski 征(L:-,R:-);感觉系统查体正常;指鼻试验及跟膝胫试验双侧稳准。辅助检查:颅脑 MRI 平扫 + DWI 示右侧延髓近期梗死(图 2)。左颈动脉彩超示左侧颈动脉硬化样改变斑块形成,左侧颈动脉血流速度正常范围。右颈动脉彩超示右侧颈动脉分叉部内膜增厚,右侧颈动脉血流速度正常范围。血脂分析:血清甘油三酯 TG 1.92 mmol/L,血清总胆固醇 TC 6.94 mmol/L,血清低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C 5.70 mmol/L。余实验室检查未见明显异常。

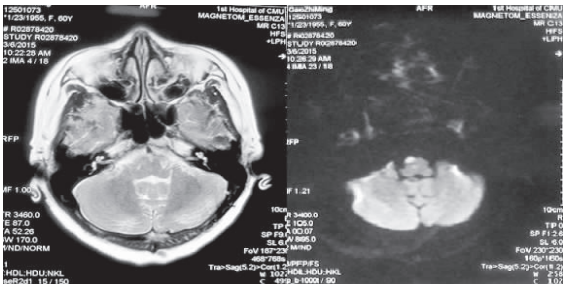


图 2 颅脑 MRI 平扫 + DWI 示
右侧延髓前部近期梗死

上述 2 例患者入院后均诊断为 Jackson 综合征,给予改

善循环、营养神经、抗血小板聚集、降血脂等对症支持治疗,患者症状改善后出院。出院时 2 例患者仍有舌下神经瘫,病例 1 右上肢肌力恢复至 V 级,右下肢肌力 IV 级,患者已进行早期康复锻炼;病例 2 头晕等症状明显好转。

2 讨论

Jackson 综合征是一种少见的延髓综合征,为延髓内侧梗死综合征中的一种,病灶位于延髓上部平面、下橄榄核前部和内侧区,可累及舌下神经根和锥体束,也可累及迷走神经、副神经,内侧丘系受累少见。该综合征主要因脊髓前动脉闭塞引起,常见病因为动脉粥样硬化,少见原因为椎动脉夹层分离、栓塞和动脉炎等。临床主要表现为舌下神经交叉性偏瘫,即病灶侧周围性舌下神经瘫(舌下神经损伤)及病灶对侧肢体上运动神经元性瘫痪(锥体束损伤),还可因迷走神经、副神经受累,出现构音障碍、声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳、咽喉部感觉缺失及不能向同侧转颈、不能耸肩等临床表现。本病需要与延髓内侧梗死(medial medullary infarction,MMI)的其他两种综合征鉴别,其中最经典的 Dejerine 综合征因短的前正中穿支动脉病变所致,其典型表现为病灶侧核下性舌下神经瘫,病灶对侧偏瘫及病灶对侧深感觉障碍三联征,若为长的延髓旁正中穿支动脉闭塞,则病变会扩大到舌下神经核,出现病灶侧核性舌瘫(舌肌萎缩和肌肉纤维颤),即为 Spiller 综合征。与 Jackson 综合征不同,这两种综合征多累及内侧丘系,引起病变对侧深感觉障碍,且无第 X、XI 脑神经麻痹的临床表现。

上述 2 例患者均有病灶侧舌下神经瘫,无深感觉障碍,影像学检查均有一侧延髓顶部近期梗死灶,病例 1 临床表现还有病灶对侧锥体束征,为典型的 Jackson 综合征;病例 2 入院后查体,四肢肌力正常,但患者发病时有病灶对侧活动不灵的表现,结合其颅脑 DWI 检查,可诊断为 Jackson 综合征。2 例患者发病时均有头晕,可能存在前庭、小脑系统一过性缺血所致。

Jackson 综合征临床罕见,主要病因为动脉粥样硬化,病变易被忽视,症状可不典型。临床上发现舌下神经瘫的患者,在排除了其他常见病因的情况下建议早期积极完善颅脑 MRI 及 DWI 检查,争取早期诊断,早期治疗。

(2016-02-23 收稿)