

额顶叶皮层梗死致单肢瘫痪的临床分析

李晓曦 刘文静 姜文娟 沈雪莉

【中图分类号】 R743 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2016)06-0454-02

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2016.06.018

1 临床资料

病例1,男,60岁,以“右上肢麻木2个月、进行性肌无力7 d”为主诉入院。患者2个月前无明显诱因出现右上肢体麻木、近7 d来症状加重,表现为进行性肌无力,触觉消失,痛温觉存在,于本院行肌电图检查示右尺神经出现率降低。为进一步诊治收入本院。既往否认高血压病、糖尿病及冠心病史。神经系统查体:神志清醒,言语正常。双瞳孔等大正圆, $D \approx 3.0$ mm,光反应灵敏。双眼向各方向运动充分,无眼震。双侧额纹以及鼻唇沟对称,软腭及悬雍垂居中,咽反射正常,伸舌居中。颈强阴性。左侧肌力Ⅴ级,右上肢近端肌力0级,远端肌力Ⅴ级,右下肢肌力Ⅴ级。四肢肌张力正常。BCR(L: ++, R: ++), TCR(L: ++, R: ++), PSR(L: ++, R: ++), ASR(L: ++, R: ++)。Babinski征(L: -, R: -)。右上肢触觉、位置觉异常,痛觉正常。指鼻试验查体无法配合。辅助检查:头颅MRI+DWI示左侧额叶、顶叶多发近期脑梗死(图1)。给予抗血小板聚集治疗后症状明显好转。

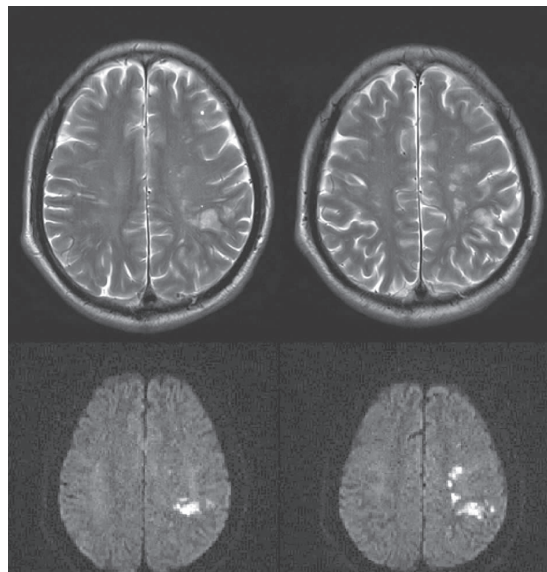


图1 头颅MRI+DWI示左侧额叶、顶叶可见点状、小斑片状稍长 T_1 长 T_2 信号,FLAIR、DWI 均呈高信号

作者单位:110001 沈阳,中国医科大学附属一院干诊神经内科
[李晓曦 刘文静 姜文娟 沈雪莉(通信作者)]

病例2,男,50岁,以“左小腿无力3 d”为主诉入院。患者3 d前无明显诱因突然出现左小腿无力,起初尚可行走,

无力逐渐加重,2 d 前不能行走。就诊于外院,行颅脑 MR 示右侧额顶叶、左侧额叶多发近期梗死灶,未治疗,为求进一步诊治入院。既往否认高血压病、糖尿病及冠心病史。神经系统查体:神志清醒,言语正常。双瞳孔等大正圆, $D \approx 3.0$ mm,光反应灵敏。双眼向各方向运动充分,无眼震。双侧额纹以及鼻唇沟对称,软腭及悬雍垂居中,咽反射正常,伸舌居中。颈强阴性。左上肢肌力 V 级,左下肢近端肌力 IV 级,远

端肌力 II 级,右侧肢体肌力 V 级。四肢肌张力正常。BCR (L: ++, R: ++), TCR (L: ++, R: ++), PSR (L: ++, R: ++), ASR (L: ++, R: ++)。Babinski 征 (L: -, R: -)。深浅感觉未见确切异常。跟膝胫试验无法配合。辅助检查:头颅 MR + DWI 示右侧额顶叶、左侧额叶见多发斑点状长 T_1 长 T_2 信号灶, DWI 呈高信号。头颈部动脉 CTA 未见确切异常改变。给予抗血小板聚集治疗后症状好转。

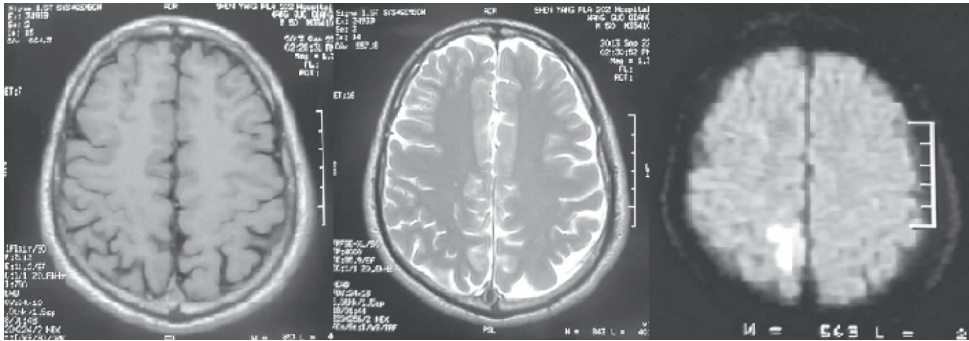


图 2 头颅 MRI + DWI 示右侧额顶叶、左侧额叶见多发斑点状长 T_1 长 T_2 信号灶, DWI 呈高信号

病例 3, 男, 65 岁, 以“左手指麻木 3 月余, 左手力弱 3 d”为主诉入院, 患者 3 个月前无明显诱因开始出现左手指麻木, 指尖为重, 麻木呈阵发性, 数分钟可自行缓解。于当地医院行头 CT 及颈椎 DR 检查未见明显异常。3 d 前自觉左手无力, 远端握力差。3 d 来上述症状进行性加重, 左手不能持物, 同时伴有言语流畅性差, 找词困难。现为求进一步诊治入本院。既往史: 否认高血压病、冠心病史。有胃溃疡病史 5~6 年, 不定时疼痛, 平日口服保护胃黏膜药物。新发 2 型糖尿病。吸烟史: 20 支/d \times 40 年。神经系统查体: 神志清醒, 检查合作, 言语流畅性差, 发音正常。双瞳孔等大正圆, $D \approx 2.5$ mm, 光反应灵敏。双眼向各方向运动充分, 无眼震。无面舌瘫。颈强阴性。左上肢近端肌力 V 级, 远端肌力 III 级, 左下肢及右侧肢体肌力 V 级。余查体未见异常。辅助检查: 头颅 MRI 加权弥散成像示右侧额叶皮质下近期梗死灶。给予抗血小板聚集治疗后好转。

周围神经疾病, 如病例 1 中的患者完善了肌电图检查, 未提示周围神经损害, 后经 MRI 检查证实为皮层运动区梗死所致瘫痪。近些年随着功能 MRI 的应用, 临床深入研究了不同身体部位活动与皮层运动区的对应投射关系。一般说来, 头部、上肢和下肢的代表区在皮层运动区有序、相对独立分布, 而控制某一部位运动的区域和邻近部位的皮层代表区是相互重叠的。既往的报道中部分单手无力的患者也多伴有尺侧或桡侧的手指受累。例如 Schieber 等提出控制手指运动的区域包括运动皮层和前运动皮层, 手指精细活动的实现并不是控制单一手指运动的神经元在功能和空间上的简单组合, 而是由广泛分布的神经网络协作控制的。Celebisoy 等报道, 引起单手瘫痪的责任病灶均位于对侧中央前回后缘的皮层运动区, 即中央沟的前缘。也有报道因角回处白质梗死导致孤立的单手瘫痪, 而非中央前回皮质受累。Aleksandra Pikula 等分析了 8 例单纯上肢运动障碍的患者, 皮层病灶也分布在中央前回附近, 研究中重点探讨了这种特殊类型梗死的发病机制, 发现大多数病例发病是动脉栓塞所致。也有研究提到与血管交界区的大动脉粥样硬化及皮质下的腔隙性梗死有关。本研究的 3 个病例中并未进行有关梗死病因的探讨, 从临床及影像学表现上来看, 单纯运动障碍的患者 1 例, 运动伴感觉异常 2 例, 运动症状与皮层运动区的梗死灶密切相关, 病灶多集中在中央前回运动区附近, 尤以病例 3 较为典型。临床中我们可能很难确定哪一皮层区域引起了某一肢体的瘫痪, 需要更多与功能 MRI 相关的研究和更大的样本量来证实。而我们应重视的是遇到单肢运动障碍起病的患者, 在想到排除周围神经疾病的同时, 尽量完善颅脑的 MRI 检查, 不要忽略这一特殊类型的脑梗死。

(2016-03-13 收稿)

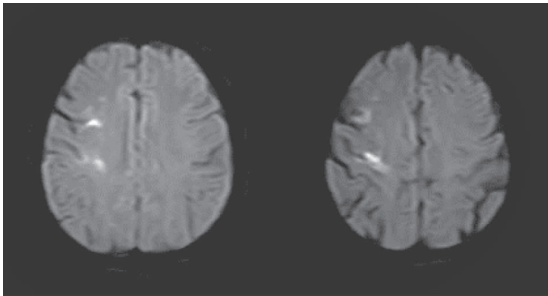


图 3 头 MRI 弥散可见右额叶下弥散受限信号

2 讨论

皮层病灶引起孤立的单肢瘫痪的病例相对少见, 在脑卒中的比例可能不足 1%。遇到单肢无力的患者, 通常会考虑