

Percheron 动脉闭塞所致双侧丘脑梗死 1 例报道并文献复习

秦雪娇 王佳昱 解丽 董艳红

【中图分类号】 R743.3 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2020)04-0531-02
【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2020.04.027

Percheron 动脉(Artery of Percheron, AOP)是一种罕见的血管变异类型,由法国神经病学家 Percheron 首次提出并命名, AOP 闭塞导致双侧丘脑旁正中中部梗死累及或不累及中脑,也称 AOP 梗死, 占所有脑梗死的 0.1%~2%, 临床特征复杂多变初期很难确诊, 预后常遗留认知功能障碍。本研究通过报道 1 例 AOP 梗死病例的诊疗过程, 并学习国内外相关文献, 以提高对该病的认识, 改善其预后。

1 临床资料

患者,男,49岁,入院前1.5h突然出现意识模糊,5min后意识丧失,伴间断咬舌、左下肢抽动。既往有高血压病史20余年,未规律治疗;吸烟30余年,20支/d,饮酒20余年,200g/d。查体:T 36.6℃,P 73次/min,R 16次/min,BP 130/89 mmHg,昏睡,不语,查体不合作,双侧针尖样瞳孔,对光反射存在,眼位居中,双侧面纹对称,四肢肌张力减低,双侧腱反射一致对称,双侧病理征阳性,脑膜刺激征未引出,余查体不合作。BMI 26.57,NIHSS 12分,Glasgow 评分8分。实验室检查示血钾低、尿酸高、血脂高、同型半胱氨酸高;脑电地形图示重度异常;头颅CT未见异常;头颅磁共振示双侧丘脑可见对称性斑片状T₁低、T₂高、FLAIR高信号影、DWI高信号影(图1);颈部血管超声示左侧颈总动脉、双侧颈动脉球部及左侧颈内动脉斑块形成;颈部MRA示双侧颈内动脉分叉处后壁斑块形成,左侧椎动脉明显较对侧细;经颅多普勒脑血流图示右侧大脑后动脉血流速度相对增快。给予抗血小板聚集、降脂稳斑、促进侧支循环、清除自由基、改善脑代谢、活血化瘀等综合治疗,发病26h后患者意识恢复,追问病史2月余前曾有一过性双眼黑蒙。查体:神志清楚,反应迟钝,记忆力、计算力均下降,不完全性混合性失语,双眼眼球垂直凝视麻痹,双侧面纹对称,示齿不偏,伸舌居中,四肢肌力正常,肌张力减低,双侧腱反射减弱,双侧病理征阳性,脑膜刺激征未引出;神经心理量:MMSE 2分(定向力、记忆力、计算力均为0分,简单命名2分,其余均为0分),MOCA 0分(文化程度初中);意识恢复后情绪欠佳,缄默、少言、反应迟钝,加用改善认知、稳定情绪等治疗,15d后复查头颅DWI示双侧丘脑小片略高信号影,与前片比较面积缩小、信号减低(图3),患者症状好转出

院;出院2月余后再次就诊于本科,患者神志清楚,反应稍迟钝,记忆力下降,双眼垂直活动受限。复查头颅MRI示双侧丘脑可见类圆形或小斑片状长T₁长T₂信号影,FLAIR呈高低混杂或高信号影(图4),给予针灸、康复功能锻炼后出院,随访1年患者神志清楚语言流利,睡眠较前增多,淡漠少言、反应稍迟钝,双眼眼球活动尚可,肢体活动正常,生活自理。

2 讨论

患者,中年男性,突发意识障碍,脑卒中样起病,既往有高血压病史,临床特征为意识状态改变、眼球活动受限、记忆力下降,头颅磁共振示双侧丘脑梗死灶、左侧大脑后动脉狭窄。定性诊断为急性缺血性脑血管病,定位诊断为双侧丘脑旁正中梗死(Percheron 动脉梗死)。

2.1 解剖 丘脑血供比较复杂,主要由大脑后动脉及后交通动脉发出的4条血管供应,其中供应丘脑旁正中部的丘脑穿通动脉起源于大脑后动脉P1段,因其直径较小有现的检查如1.5T或3T磁共振成像、血管计算机断层扫描都无法清晰显示,且丘脑穿通动脉存在血管变异,若两侧穿通动脉共同起源于一侧大脑后动脉P1段发出的血管干,则该血管干命名为Percheron动脉。这种变异血管非常靠近基底动脉分叉处,阻塞该血管可致双侧丘脑旁正中中部梗死,即AOP梗死。急性丘脑梗死约占后循环供血区梗死的11%~14%,所有在椎基底动脉区域出现供血中断、典型临床症状的患者均应怀疑AOP梗死,因为后循环狭窄或闭塞预示可能存在极其不良的血管状况,进而发展为更严重的多发性后循环供血区梗死。在临床中AOP梗死较为罕见,目前认为AOP梗死最常见的病因有小血管病变、心脏栓塞、大动脉病变及其他不明原因。丘脑梗死的相关血管病变有基底动脉狭窄、大脑后动脉P1段、P2段狭窄或闭塞。本病例的颅内血管存在双侧大脑后动脉狭窄,故考虑为小血管病变。

2.2 临床表现 丘脑复杂的解剖及血供使其临床表现极其多变,AOP梗死有3个典型临床特征:意识障碍(嗜睡、昏睡及昏迷)、认知功能和行为异常(以记忆力改变为主)、垂直凝视麻痹。这些临床特征与其病变部位相关。丘脑被称为“意识闸门”,丘脑与大脑皮质存在往返投射联系,所有传入冲动(除嗅觉传入冲动以外)经过丘脑皮质传导束到达大脑皮质才能产生意识。腹前核、板内核和网状核通过弥散投射与额叶以及整个新皮质联系,这些通路为上行网状激活系统的组成部分,该部位损伤特别是双侧损害时导致意识障碍、注意力障碍;当损害扩展至中脑被盖时会引起垂直方向的眼瘫;而与丘脑有关的边缘叶纤维受损会引起记忆力改变。

基金项目:河北省中医药管理局(2019158)

作者单位:063210 唐山,华北理工大学研究生学院[秦雪娇(河北省人民医院神经内三科研究生) 王佳昱(河北省人民医院神经内三科研究生)];河北医科大学研究生院[解丽(河北省人民医院神经内三科研究生)];河北省人民医院神经内三科[董艳红(通信作者)]

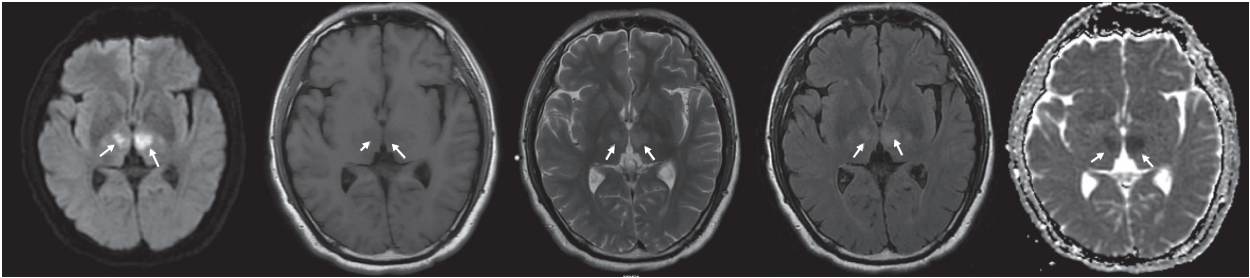


图 1 头颅 DWI 示双侧丘脑旁弥散受限,可见对称性斑片状 T₁ 低、T₂ 高、FLAIR 高、DWI 高信号影(如箭头所示)

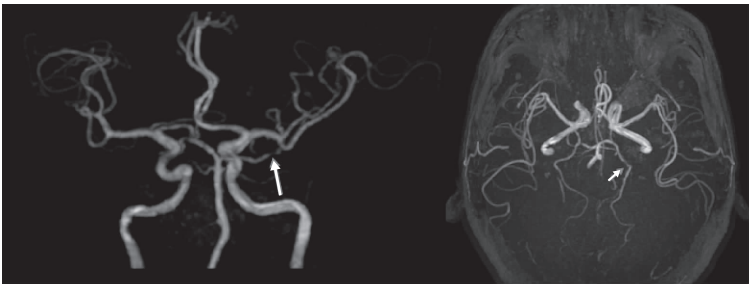


图 2 头颅 MRA 可见左侧大脑后动脉狭窄

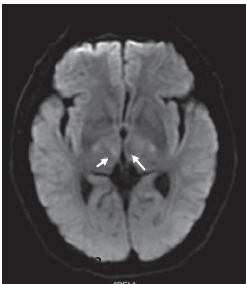


图 3 复查头颅 DWI 示双侧丘脑小片略高信号,与前片比较面积缩小、信号减低

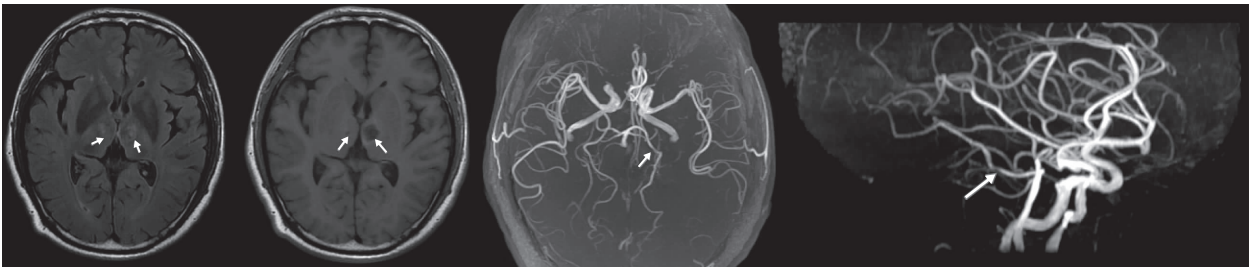


图 4 复查头颅 MRI 示双侧丘脑可见类圆形或小斑片状长 T₁ 长 T₂ 信号影,FLAIR 呈高低混杂或高信号影

丘脑病变通常会导致认知功能障碍,内侧丘脑与前额叶功能与解剖的连通性在认知功能中发挥重要作用。前额皮质是人格、情感和认知功能的重要中心,当其功能出现障碍时可表现为记忆力及注意力减退、表情淡漠、反应迟钝,而丘脑通过影响大脑皮质活动使其二者关于认知障碍存在相关性,尤其是内侧核群影响记忆、情感及认知。另外,丘脑前核萎缩同样导致认知功能下降。缺血性脑卒中引起皮质下回路的损伤导致丘脑微结构异常,影响不同的认知功能其中包括语言学习和记忆。

2.3 检查及诊断 AOP 梗死在急性期头颅 CT 可正常,弥散加权成像(Diffusion weighted imaging, DWI)表现为双侧丘脑旁弥散受限,随着梗死的进展 T₂ Flair 呈同样高信号分布,因此 DWI 是 AOP 梗死急性期影像学检查的最佳选择。头颅 CT 灌注成像(CT perfusion, CTP)提示在梗死急性期双侧丘脑和上侧中脑的平均通过时间、脑血流量和脑血容量有所改变。全脑血管造影术能很好地显示颅脑血管情况,但因 AOP 直径小缺乏可视化,故并不能区分其是闭塞还是变异缺失,所以不能成为 AOP 梗死的诊断依据。因此,磁共振

尤其是 DWI 序列在头部 CT 检查正常的急性期对于识别脑梗死起着至关重要的作用。双侧丘脑病变需要与基底动脉尖综合征、Wernicke 脑病、动脉夹层、脑桥溶解症相鉴别,可根据病史、特殊影像学特征、是否有丘脑外病变有助于缩小鉴别诊断范围。

2.4 治疗与预后 关于 AOP 梗死的最佳治疗方案仍存在争议,AOP 梗死溶栓治疗的病例证明溶栓治疗对于症状的恢复及预后均优于保守治疗,因此及时确诊且在溶栓时间窗内溶栓和静脉注射肝素依然作为治疗首选,但因 AOP 梗死很难及时确诊,此治疗方式通常被作为后选。近几年超声诱导血脑屏障开放和非侵入性脑深部刺激等新技术通过作用于电流回路来提高认知能力,内侧丘脑成为改善认知功能障碍的潜在治疗靶点。临床工作中双侧丘脑旁正中区梗死比较少见,存在意识障碍的脑梗死患者应考虑到其 Percheron 动脉闭塞的情况,根据临床症状及影像学特征明确诊断,提高对 AOP 闭塞的认识,及时给予正确的治疗方案。

(2019-12-19 收稿)