

• 案例分析 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 19. 051

Percheron 动脉闭塞致双侧丘脑梗死 1 例

陈 莉, 钟 华[△]

(重庆医科大学附属南川人民医院神经内科, 重庆 408400)

关键词: Percheron 动脉; 脑梗死; 丘脑; 双侧

中图分类号: R743.3

文献标志码: C

文章编号: 1672-9455(2018)19-3003-02

双侧丘脑梗死临床少见,其临床表现复杂,丘脑旁正中区最易受累,常呈对称性,可合并中脑“V”字征,研究认为其主要是丘脑穿通动脉闭塞所致。本文回顾性分析 1 例双侧对称性丘脑梗死合并中脑梗死患者临床资料,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者,男,73 岁,因“左侧肢体无力 20 h”于 2017 年 5 月 15 日收入神经内科。现病史:入院前 20 h,患者无明显诱因突发左侧肢体无力,表现为左上肢能上抬,但不能抬举过肩,尚能持物、持物欠稳,左下肢能站立但行走需搀扶,伴左侧肢体麻木,无言语不清、口角歪斜,无发热、头痛、呕吐,无饮水呛咳、吞咽困难,无意识丧失、肢体抽搐。既往史:否认高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中病史。查体:血压 165/94 mm Hg,双侧颈动脉及锁骨下动脉听诊区未闻及血管杂音。肺部及腹部查体无阳性体征。心界向左扩大,S1 强弱不等,节律绝对不齐,脉率少于心率,心率 109 次/分,脉搏 93 次/分,心音低钝,各瓣膜区未闻及病理性杂音。神经系统查体:神志清楚,吐词清晰,对答切题,语言流利,步态欠稳,高级皮层功能粗测正常,双眼睑无下垂,双侧瞳孔等大、形圆,直径约 3.0 mm,对光反射灵敏;双眼球居中,上视轻度受限,无眼震,双侧面部感觉对称存在,双侧额纹对称,双侧鼻唇沟对称,示齿口角无歪斜,伸舌居中;四肢肌张力正常,左侧肢体肌力 4 级,右侧肢体肌力 5 级;双侧指鼻试验、轮替试验稳准,昂伯氏征阴性,左侧肢体痛触觉较对侧减退,关节位置觉正常,皮肤定位觉正常,双侧腱反射对称引出(++) ,双侧病理征阴性,脑膜刺激征阴性。初步诊断为脑梗死、心房颤动。

1.2 诊疗经过 入院后急诊头颅 CT:双侧丘脑内侧低密度影,考虑梗死灶,建议 MRI 检查。测随机指血糖 6.1 mmol/L。急诊血常规、肾功能、电解质、凝血项正常。心肌酶谱:肌酸激酶(CK)1 241 U/L,超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)16.61 mg/L,肌酸激酶同工酶(CK-MB)10.41 ng/mL,肌红蛋白(MYO)416.94 ng/mL,超敏肌钙蛋白 I(TnI)0.042 ng/mL。心电图示:心房纤颤、偶发室性早搏、ST-T 改变。6 h 后复查

心肌酶谱:CK 1 002 U/L,hs-CRP 14.75 mg/L,CK-MB 6.07 ng/mL,MYO 144.05 ng/mL,TnI 0.046 ng/mL,BNP 4 453.34 pg/L。给予硫酸氢氯吡格雷片 75 mg,每日 1 次,阿司匹林肠溶片 100 mg,每日 1 次,双重抗血小板聚集;阿托伐他汀钙片 20 mg,每晚 1 次,行调脂、扩张冠脉、改善循环、营养神经等治疗。完善肝功能、血脂、血糖、甲状腺功能、尿常规、大便常规检测,均未见明显异常。心脏彩超:左房、左室增大,三尖瓣中度反流,反流压差增高,提示继发性肺动脉高压(轻度)、二尖瓣轻度反流、主动脉瓣少量反流、肺动脉瓣局限性反流、射血分数 65%。动态心电图:心房纤颤;心率 49~177 次/分,平均 88 次/分;室性早搏有 173 个,有 159 个单发室性早搏,有 3 阵室性心动过速;ST-T 改变。颈动脉彩超:双侧颈动脉粥样硬化伴粥样斑块形成,双侧椎动脉二维及多普勒超声未见异常。经颅多普勒超声检查未见栓子信号,发泡试验阴性。胸部 CT:双肺及纵隔未见明显异常,心脏增大。头颅 MRI 检查:双侧丘脑旁正中区、中脑异常信号(T1 低信号,T2、Flair 高信号,DWI 高信号,ADC 低信号),考虑新鲜梗死。头颈部冠状动脉 CT 血管成像(CTA)检查:右侧大脑前动脉 A1 段缺失,与左侧大脑前动脉共干,余未见明显异常。经治疗 12 d 后患者病情好转出院,上视受限好转,左侧肢体肌力 4+级,左侧肢体痛触觉较对侧稍减弱。最后诊断:(1)Percheron 动脉梗死,心源性栓塞可能性大;(2)冠心病(缺血性心肌病型),心脏扩大,心功能Ⅲ级,心房颤动;(3)慢性心力衰竭。出院建议患者继续双联抗血小板聚集治疗 3 月,阿托伐他汀钙片 20 mg,每晚 1 次调脂稳定斑块,以及改善心室重塑、调节心律、扩张冠状动脉等治疗。患者由于常年居住农村,无法规律监测血液国际标准化比值,拒绝华法林抗凝治疗,由于经济原因无法口服利伐沙班新型抗凝剂。

2 讨 论

本例老年男性患者存在年龄大、心房颤动等脑血管病危险因素,以脑卒中样表现起病,临床表现为偏侧肢体无力及感觉障碍,伴双眼球上视活动受限,无意识障碍、记忆力障碍;头颅 MRI 显示双侧丘脑对称性梗死,中脑半“V”字征;头颈部 CTA 检查未见明显

[△] 通信作者,E-mail:949535665@qq.com。

异常,结合心房颤动,考虑心源性栓塞所致,遗憾患者拒绝进一步行全脑血管造影术(DSA)检查。根据病史、临床表现和辅助检查结果,排除感染、中毒、代谢性疾病,临床诊断为 Percheron 动脉梗死,按脑梗死治疗后临床症状、体征改善,预后良好。

PERCHERON 等^[1]提出可能存在 Percheron 动脉的解剖变异,一旦该动脉闭塞可引起双侧丘脑旁正中区同时梗死,伴或不伴中脑受累,称 Percheron 动脉梗死。不同于临床常见脑梗死多为单侧受累,影像学均表现为双侧丘脑同时梗死。丘脑血液供应主要来自椎-基底动脉系统,包括 4 条主要血管:丘脑结节动脉(丘脑极动脉)、丘脑穿通动脉(丘脑旁正中动脉)、脉络膜后动脉和丘脑膝状体动脉,存在许多解剖变异。Percheron 动脉供应丘脑旁正中区域及中脑嘴部,闭塞后导致双侧丘脑旁正中及中脑梗死,且中脑梗死局限于中脑导水管周围灰质,影响动眼神经及网状结构。HAWKES 等^[2]认为 Percheron 动脉梗死发病机制常以栓塞为主,心源性栓塞最为常见(47%),其次是动脉内其他来源栓子(16%),以及小血管病(13%);但 JIMÉNEZ 等^[3]则认为脑小血管病为主要原因,其次为心源性栓塞。本例患者中存在心房颤动,起病急骤,无明确粥样硬化证据,发病原因考虑心源性栓塞可能性大。

Percheron 动脉闭塞所致的双侧丘脑梗死在缺血性卒中患者中占 0.1%~0.3%,在丘脑梗死中占 4.0%~18.0%^[4]。Percheron 动脉梗死通常表现为典型“三联征”,即意识障碍(累及板内核)、记忆障碍(累及丘脑前部)、眼肌麻痹(同时累及中脑)^[5]。Percheron 动脉梗死临床特点:急性起病,以意识障碍为首发症状多见;智能障碍:明显记忆力下降,定向力障碍,认知力缺损等;颅神经损害:表现为眼球运动障碍、瞳孔异常改变等;语言功能障碍:表现为音调降低、构音障碍、自发语言减少等。本例患者肢体功能障碍明显,考虑与中脑病变累及大脑脚有关,这在典型 Percheron 动脉梗死中少见,合并眼球向上运动障碍,考虑累及中脑上丘所致。

影像学检查对 Percheron 动脉梗死有重要意义,头颅 CT 阳性率低,头颅 MRI 具有重要诊断意义。双侧丘脑旁正中区呈对称性 T1 低信号、T2 及 Flair 高信号,急性期 DWI 高信号为本病主要影像特征^[6]。LAZZARO 等^[7]根据头颅 MRI 检查将 Percheron 动脉梗死分为 4 种类型:(1)双侧丘脑旁正中区梗死,累及中脑(43%);(2)双侧丘脑旁正中区梗死,中脑无累及(38%);(3)双侧丘脑旁正中区、丘脑前部及中脑同时受累(14%);(4)双侧丘脑旁正中区及丘脑前部梗死,中脑无受累(5%)。中脑梗死患者 Flair 或 DWI

序列呈中脑表面、脚间窝高信号,即中脑“V 字征”,可见于 67%的 Percheron 动脉梗死合并中脑梗死患者,因此中脑“V 字征”有助于协助诊断^[8]。本例患者符合上述典型影像学改变,头颈部 CTA 检查未见异常,但未行 DSA 检查,根据临床表现及 MRI 检查与典型 Percheron 动脉梗死相符,故诊断 Percheron 动脉梗死明确。

治疗方面,Percheron 动脉梗死患者入院在静脉溶栓时间窗内,若无禁忌证,可积极行静脉溶栓治疗,提高生存率,减少神经功能缺损后遗症^[9]。对于不符合静脉溶栓治疗的患者,参照《急性缺血性脑卒中治疗指南》,给予抗血小板聚集、调脂、改善循环、清除自由基、神经保护等治疗。本例患者入院时超过静脉溶栓时间窗,故未行溶栓治疗,按急性脑梗死治疗,神经系统缺损症状、体征改善,预后良好,故早期诊断并及时采取有效治疗措施对改善患者预后有重要意义。

参考文献

- [1] PERCHERON G. Arteries of the human thalamus. II. Arteries and paramedian thalamic territory of the communicating basilar artery[J]. Rev Neurol (Paris), 1976, 132 (5): 309-324.
- [2] HAWKES M, ARENA J E, ROLLÁN C, et al. Bilateral paramedian thalamic infarction[J]. Neurologist, 2015, 20 (5): 89-92.
- [3] JIMÉNEZ C P. Bilateral paramedian thalamic artery infarcts: report of 10 cases[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2010, 19(4): 283-289.
- [4] LI X T, AGARWAL N, HANSBERRY D R, et al. Contemporary therapeutic strategies for occlusion of the artery of Percheron: a review of the literature[J]. J Neurointerv Surg, 2015, 7(2): 95-98.
- [5] VINOD K V, KAAVIYA R, ARPITA B. Artery of percheron infarction[J]. Ann Neurosci, 2016, 23(2): 124-126.
- [6] ÖZGÜR A, ESEN K, KALEAASI H. Bilateral thalamic lesions: A pictorial review[J]. J Med Imaging Radiat Oncol, 2017, 61(3): 353-360.
- [7] LAZZARO N A, WRIGHT B, CASTILLO M, et al. Artery of percheron infarction: imaging patterns and clinical spectrum[J]. Am J Neuroradiol, 2010, 31(7): 1283-1289.
- [8] XU Z H, SUN L L, DUAN Y, et al. Assessment of percheron infarction in images and clinical findings[J]. J Neurol Sci, 2017, 383(1): 87-92.
- [9] 郭茜, 葛婷婷, 曹树刚, 等. 双侧丘脑旁正中区梗死 1 例[J]. 神经损伤与功能重建, 2016, 11(4): 375-376.

(收稿日期: 2018-01-26 修回日期: 2018-04-29)