

以偏身投掷症为主要症状的急性脑梗死 1 例

李洁¹, 刘妍君², 张艳芳², 张廷华²

(兰州大学第二医院 1. 放射治疗科, 2. 神经内科, 甘肃省兰州市 730030)

[关键词] 偏身投掷症; 急性脑梗死; 影像学检查

[中图分类号] R743

[文献标识码] A

偏身投掷症是锥体外系病变所致。引起偏身投掷症的原因众多, 目前认为脑卒中为常见病因。本文报道的此例患者诊断为急性脑梗死合并偏身投掷症, 临床上较少见。笔者旨在通过对其临床表现、影像学检查结果以及治疗的分析, 加强临床医师对该病的认识。

1 病例资料

患者, 男, 53 岁, 以“右侧肢体不自主活动 3 天, 加重 1 天”为主诉而入院。患者 3 天前吃晚饭时无明显诱因出现右侧肢体不自主活动, 表现为持续性偏身投掷运动, 影响行走, 及快速、不规则、无目的的不自主运动, 上肢各关节交替伸屈、内收、外展及扭转下肢, 多呈屈髋屈膝内收或外展位, 脚趾不断屈曲及伸展, 清醒时出现, 紧张时加重, 睡眠时消失; 无发热, 无皮疹, 无头痛、头晕, 无饮水呛咳、吞咽困难、构音障碍, 无视物旋转, 无一过性黑矇, 无肌肉酸痛、肢体麻木, 无二便失禁, 无意识障碍。患者 1 天前自觉右侧肢体不自主活动的程度明显加重, 为求进一步诊治来我院, 门诊以“右侧偏身投掷症原因待查”收住我科。患者自发病以来, 神志清, 精神尚可, 饮食及睡眠尚可, 二便如常。既往血压升高 5 年余, 血压最高可达 185/100 mmHg, 血糖升高 1 月余, 均未规律治疗。患者近 1 年来消瘦明显。否认冠心病史、脑卒中病史、手术史、外伤史、输血史、药物及食物过敏史。否认家族遗传性疾病史。预防接种史不详。

入院查体: 体温: 36.5℃, 脉搏: 80 次/分, 呼吸:

20 次/分, 血压: 140/86 mmHg。发育正常, 营养中等, 神志清, 精神尚可, 轮椅推入, 查体合作, 问答切题。全身淋巴结未触及肿大, 皮肤无黄染, 甲状腺未扪及肿大, 心、肺、腹无异常发现, 双下肢无水肿。神经系统: 神志清, 精神尚可, 查体合作, 言语流利, 对答切题, 右利手, 智能粗测正常。软腭抬举正常, 伸舌居中, 双侧鼻唇沟对称、无变浅。右侧肢体偏身投掷运动, 肌力查体不合作, 肌张力低; 左侧肢体肌力及肌张力正常。生理反射存在, 双侧巴宾斯基征阳性。深、浅感觉正常。右侧共济运动不合作, 左侧共济运动稳、准。颈软, 无抵抗, 脑膜刺激征阴性。

血常规: 正常。尿常规: 糖(++) , 酮体(-)。凝血检查: 正常。类风湿因子、抗链球菌溶血素 O: 阴性。红细胞沉降率: 20 mm/h, C 反应蛋白: 4.8 mg/L。免疫学检查: 阴性。甲状腺及甲状旁腺功能: 正常。血清铜、尿铜、铜蓝蛋白: 正常。肝、肾功能: 正常。电解质: 血钾 2.90 mmol/L。空腹血糖: 12.61 mmol/L。糖化血红蛋白: 5.9%。血脂: 甘油三酯 2.14 mmol/L。同型半胱氨酸: 15 μmmol/L。肌酸激酶: 360 U/L。甲型肝炎病毒(hepatitis A virus, HAV)、HCV 抗体: 阴性。HBV 两对半: 阴性。人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)抗体: 阴性。梅毒特异性抗体: 阴性。心电图: 窦性心律, 正常心电图。腹部超声: 肝、胆、胰、脾、双肾未见明显异常。X 光胸片: 心、肺、膈未见明显异常。头颅 CT(图 1): 双侧基底节区多发梗死。头颅磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)(图 2) + 磁共振血管造影(magnetic resonance angi-

[收稿日期] 2014-03-27

[作者简介] 李洁, 硕士, 住院医师, 研究方向为放射诊断与放射治疗, E-mail 为 lijielzu@126.com。刘妍君, 硕士, 住院医师, 研究方向为脑血管病, E-mail 为 liuyanjunlzu@163.com。通讯作者张廷华, 学士, 主任医师, 研究方向为神经介入, E-mail 为 zth6833@163.com。

ography, MRA): 双侧基底节区-丘脑区、半卵圆中心及桥脑多发腔隙性脑梗死, 其中左侧丘脑病灶为新发; 脑内动脉有硬化征象。颈部血管超声: 左侧颈动脉斑块形成(单发)。超声多普勒(transcranial Doppler, TCD): 脑动脉硬化血流频谱改变。入院后连续3天监测3餐前及3餐后2h血糖: 其中1次空腹血糖10.8 mmol/L, 余血糖水平正常。诊断:(1) 右侧偏身投掷症原因待查? 急性脑梗死;(2) 不排除非酮症高血糖合并偏侧舞蹈症。

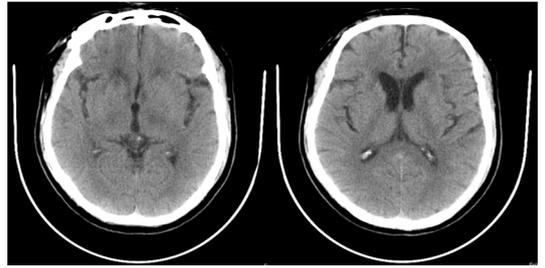


图 1. 头颅 CT

Figure 1. CT of head

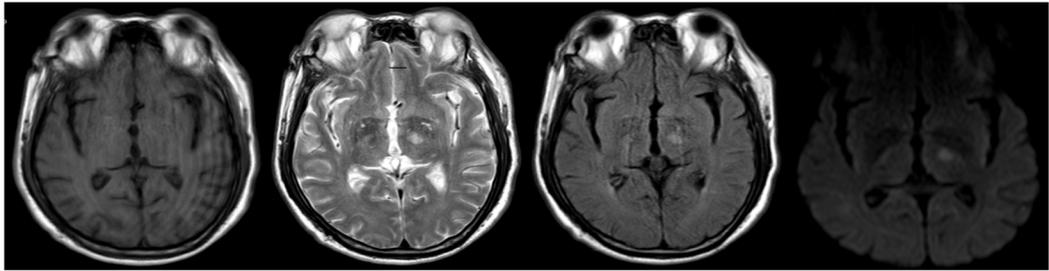


图 2. 头颅 MRI

Figure 2. MRI of head

患者入院后予以改善循环、保护神经、清除自由基、抗血小板聚集、控制血压、调整血脂、补钾等治疗; 予以氟哌啶醇片 1 mg, 1 次/天, 氯硝西泮片 0.5 mg, 1 次/天; 并嘱调整饮食结构, 未给予降糖治疗, 餐前及餐后 2 h 血糖很快恢复正常。治疗 3 天后病情无好转, 病因筛查均为阴性后, 考虑丘脑梗死。调整氟哌啶醇片 1 mg, 2 次/天, 氯硝西泮片 0.5 mg, 2 次/天, 治疗 2 天后, 患者右侧肢体偏身投掷运动的幅度减轻, 发作次数减少; 加用苯海索片 2 mg, 2 次/天, 治疗 3 天后, 患者右侧肢体偏身投掷运动较前明显减轻, 右下肢扭转症状基本控制, 右上肢仍有小幅度关节交替伸屈、内收、外展症状; 继续治疗 2 天后, 右侧肢体偏身投掷运动基本控制, 可握笔书写, 拿筷子, 独立行走。根据患者病情, 遂考虑调整药物治疗, 停用氟哌啶醇及氯硝西泮, 继续治疗 5 天, 右侧肢体偏身投掷运动完全消失, 好转出院。出院后继续进行脑卒中的二级预防治疗及苯海索片药物治疗。出院 2 周后门诊复查, 患者症状完全消失。最后确诊: 偏身投掷症、急性脑梗死。

2 讨论

偏身投掷症表现为偏侧持续的、不自主舞蹈样运动, 幅度大小不一^[1]。本患者临床表现符合偏身

投掷症, 临床上极易误诊。偏身投掷症是由于对侧丘脑或其联系纤维受到损伤所致^[2]。引起偏身投掷症的原因众多, 脑卒中为常见病因, 非卒中因素包括代谢性疾病、免疫性疾病、感染性疾病、神经系统变性疾病等。急性脑血管病所致的偏身舞蹈-投掷症患者, 其原因为基底节区腔隙性脑梗死, 主要表现为运动过度, 经综合治疗, 预后大多较好^[3]。

本例患者为中年男性, 急性起病, 以偏身投掷症为主要症状, 结合体格检查, 病变定位于丘脑。一方面, 患者既往有脑卒中危险因素(血压、血糖偏高), 定性诊断首先考虑急性脑血管病; 另一方面, 患者入院时空腹血糖偏高, 结合患者病史及体征, 考虑不排除非酮症高血糖合并偏侧舞蹈症。进一步完善影像学检查, 头颅 CT 示双侧基底节区多发点片状低密度影(图 1), 头颅 MRI 示双侧半卵圆中心及基底节区斑片状长 T1、长 T2 信号影, 其中左侧丘脑病灶弥散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)显示弥散受限(图 2); 以上表现符合急性脑梗死的影像学特点。考虑患者因长期血压、血糖偏高而引起脑动脉硬化改变; 颈部血管超声、经颅多普勒检查及头颅 MRA 检查也证实了这一点。大量研究表明, 脑动脉硬化是急性脑梗死的重要病理学基础。

鉴别诊断: 非酮症高血糖合并偏侧舞蹈症。该病有其特殊的影像学表现, CT 早期表现为受累区域

密度不同程度增高;MRI 检查显示纹状体 T1WI 为高信号^[4]。高血糖为本病的主要病因,但具体发病机制尚不明确。多数研究认为该病可能与高血糖所致代谢紊乱有关^[5]。有专家认为,该病的选择性损伤致使 γ -氨基丁酸能细胞和乙酰胆碱能细胞丧失,使乙酰胆碱过少,多巴胺作用相对亢进,造成动作增多和肌张力下降,导致舞蹈样动作的发生^[6]。也有研究者发现,高血糖可导致外周血红细胞代谢紊乱,棘红细胞和纹状体的抗原发生交叉反应,参与舞蹈样运动的病理过程^[7]。该病以病因治疗为主,及时控制血糖最重要^[8]。多数患者通过降糖并结合多巴胺受体拮抗剂治疗后,症状明显改善。

综上所述,对于偏身投掷症的患者,一方面应及时查明原因,向患者讲明引起异常活动的损伤部位,以减轻患者的心理负担,避免患者因紧张而导致症状加重;另一方面,在积极治疗原发病的同时,辅以氟哌啶醇、氯硝西泮、苯海索等药物进行综合治疗,多数患者预后较好。

[参考文献]

[1] 田瑞振,刘卫刚,刘丽,等. 糖尿病性偏侧舞蹈症 1 例

[J]. 河北医科大学学报, 2010, 31(8): 1 010-011.

[2] 赵伟. 丘脑底核损伤致对侧偏身投掷运动 1 例报告 [J]. 中风与神经疾病杂志, 1999, 16(4): 3.

[3] 辛志强,牛平,朱瑜龄,等. 急性脑血管病致偏身舞蹈-投掷症的临床特点[J]. 临床神经病学杂志, 2012, 25(1): 20-22.

[4] 赵康仁,靳彪,任乃勇,等. 非酮症高血糖合并舞蹈-投掷运动的临床特点[J]. 临床神经病学杂志, 2011, 24(4): 291-293.

[5] Ifergane G, Masalha R, Herishanu YO. Transient hemichorea/hemiballismus associated with new onset hyperglycemia[J]. Can J Neurol Sci, 2001, 28(4): 365-368.

[6] 黄庆梅,江锦霞,贾丽君. 糖尿病性偏侧舞蹈症(附 2 例报告)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2009, 26(2): 242-243.

[7] Pisani A, Diomedes M, Rum A, et al. Acanthocytosis as a predisposing factor for non-ketotic hyperglycaemia induced chorea-ballismus[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2005, 76(12): 1 717-719.

[8] 陶树新,姚兰,许静,等. 非酮症高血糖合并偏身舞蹈症 1 例[J]. 中国糖尿病杂志, 2010(8): 637-638.

(此文编辑 曾学清)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊计量单位的使用

本刊使用下列计量单位(各类单位中,第一个单位为基本单位):

- ①长度:m, cm, mm, μm , nm, pm, fm;
- ②质量:g, kg, mg, μg , ng, pg;
- ③时间:s, ms, μs , ns, min, h, d;
- ④电流:A, mA, μA , nA;
- ⑤热力学温度: $^{\circ}\text{C}$, 也可用 K;
- ⑥物质的量: mol, mmol, μmol , nmol, pmol;
- ⑦频率: Hz, kHz, MHz, GHz, THz;
- ⑧力、重力: N, kN, MN;
- ⑨压力、压强和应力: Pa, kPa, mPa;
- ⑩能量、功和热: J, kJ;
- ⑪电位、电压和电动势: V, mV, kV;
- ⑫放射性活度: Bq, kBq, MBq, GBq;

⑬容积、体积: L, mL, μL , nL;

⑭转速: r/min, r/s, kr/min, Mr/min;

⑮密度: kg/L;

⑯级差: dB;

⑰溶液浓度: mol/L, mmol/L, $\mu\text{mol/L}$, nmol/L, pmol/L; 也可用 g/L, mg/L, $\mu\text{g/L}$, ng/L, pg/L;

⑱一种物质含有另一种物质的量: mol/kg, mmol/g, $\mu\text{mol/g}$, nmol/g, pmol/g; 也可用 mg/g, $\mu\text{g/g}$, ng/g;

⑲血压: kPa, 也可用 mmHg(1 mmHg = 0.133 3 kPa); 其它生理压用 Pa, 也可用 cmH_2O (1 cmH_2O = 98 Pa)。

注意: 不得使用分母带词头的单位, 如/ml、/mg、/dl 等请修改为/L、/g、/L, 但/kg 例外。