

急性心肌梗死后双侧中线旁丘脑梗死 1 例报告 及文献复习

高宇, 王利平, 南光贤

吉林大学中日联谊医院神经内二科, 吉林 长春 130033

关键词: 丘脑梗死, 双侧; 基底动脉尖综合征; 急性心肌梗死; 意识障碍; 眼球运动障碍

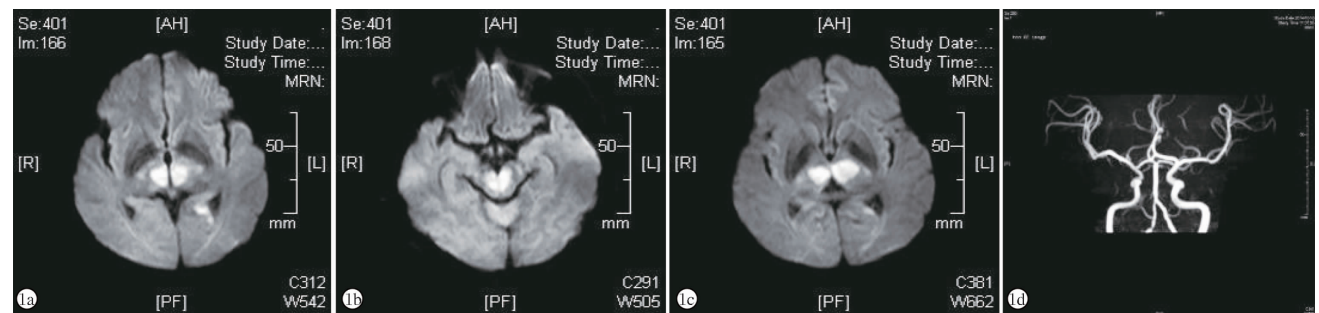
中图分类号: R 743.32 R 543.3⁺1 文献标识码: B 文章编号: 1674-8182(2017)03-0385-02

本文报道我院收治的急性心肌梗死后双侧中线旁丘脑梗死 1 例, 并结合文献复习讨论如下。

1 病例资料

患者, 男性, 39 岁, 因间断性左侧胸痛 20 余天, 意识不清 2 d 入院。该患者入院前 20 余天无明显诱因出现左侧胸痛, 呈间歇性, 持续数分钟后缓解, 胸痛性质不明确, 未系统诊治。3 d 前再次出现胸痛, 伴头痛, 也未在意, 未系统诊治。入院当日晚饭时饮酒(约 3 两白酒), 食少量剩余数日的海鲜, 服用治腰疼中药, 晚上熟睡时出现梦中惊醒, 家属诉当时患者周身发热, 随后出现意识不清, 呼之不应。于当地医院行头部 CT 并对症治疗转入我院。病程中伴发热, 体温最高达 38.1 °C, 双上肢躁动抓握。既往: 腰部外伤史 1 个月, 现口服六味地黄丸等药物治疗。查体: 血压: 160/100 mm Hg, 嗜睡, 双侧瞳孔均为 4.5 mm, 直接、间接对光反射消失, 构音障碍, 双下肢肌力 4 级, 双下肢跟腱、膝腱反射未引出。头部 MRI: 双侧丘脑、脑干可见长 T₁、长 T₂ 信号, 弥散加权成像(DWI)可见片状高信号(图 1a~c)。头部 MRI 血管成像

(MRA): 右侧大脑前动脉起自左侧颈内动脉(图 1d)。胸部 CT: 双肺背侧可见斑片状高密度影, 边缘模糊。心脏彩超示左室节段性运动减弱, 左室收缩、舒张功能测值减低, 射血分数(EF)41%。心电图: V₁~V₄ ST 段抬高, T 波双向。心肌肌钙蛋白: 14.5 ng/ml。腰穿压力正常, 常规、生化无异常。脑脊液病毒学检测报告未见异常。临床诊断: 基底动脉尖综合征、急性心肌梗死、Killip 分级 II 级、肺炎。给予患者抗血小板聚集、改善循环、营养神经、糖皮质激素、扩冠、抗凝、抗感染等对症支持治疗 2 周后, 患者病情好转, 嗜睡状态, 但是呼之可应, 四肢活动尚可, 但站立不稳, 仍有言语不清, 但较入院时明显好转, 视物较前明显改善, 可看见远处物体, 可辨别物体颜色, 双眼睑下垂, 饮食正常。查体: 血压为 125/80 mm Hg, 嗜睡, 构音障碍, 查体欠配合, 双侧瞳孔均为 4.0 mm, 直接、间接对光反射消失, 双眼球向内、上视、下视受限, 双眼睑下垂, 四肢肌力 5 级, 四肢腱反射正常, 双下肢 Chaddock 征阳性。复查心肌肌钙蛋白: 0.05 ng/ml。患者病情明显好转出院。



注: 1a: DWI 示双侧丘脑旁正中区高信号; 1b: DWI 示双侧丘脑旁正中区高信号; 1c: DWI 示双侧丘脑旁正中区高信号; 1d: MRA 示颅内各血管及分支显影清晰, 管壁尚光整。

图 1 患者头部 MRI 及 MRA 影像

2 讨论

双侧丘脑梗死临床较为少见,属于椎-基底动脉尖综合征的一个特殊类型,Kumral 等^[1]根据 CT/MRI 表现将其分为 4 型:1 型为双侧丘脑旁正中区梗死(50%);2 型为双侧丘脑膝状体动脉供血区梗死(19%);3 型为丘脑旁正中区及丘脑膝状体动脉供血区梗死(19%);4 型为双侧枕极和丘脑膝状体动脉供血区梗死(13%)。本例患者头部 MRI 显示双侧丘脑中线旁呈类圆形、片状,长 T_1 长 T_2 异常信号,DWI 高信号,双侧基本对称,似蝴蝶状,双侧中脑大脑脚 DWI 高信号,明确诊断为基底动脉尖综合征。双侧丘脑对称性梗死常伴有相应的临床表现,如双侧丘脑旁正中动脉梗死常表现为意识障碍、Korsakoff 遗忘综合征及眼球运动障碍,其中意识障碍为双侧丘脑髓板内核及中央正中核血供突然中断,使中脑网状上行激活系统联系中断,引起突然昏迷或高度嗜睡,当微梗死缺血区水肿消退,侧支循环代偿形成,患者意识障碍程度逐渐减轻^[4]。垂直注视麻痹和眼内肌或眼外肌麻痹,以上下视麻痹双侧多见,眼内肌麻痹一侧为多,是与病损不同程度累及顶盖区及后连合背部,导水管周围灰质和内侧中纵束间质核嘴部(向上注视麻痹),丘脑中脑结合区双侧(下视不能),动眼神经核或顶盖前区下降纤维缺血受损范围大小有关(瞳孔不等大,瞳孔对光反射消失)^[5]。记忆力明显障碍及痴呆是本病的另一特点,表现为 Korsakoff 遗忘综合征,以近记忆力障碍明显,远记忆力也有不同程度受损,与丘脑背内侧核及乳头丘脑束受损有关^[6]。本例患者急性心肌梗死后迅速出现意识障碍、眼球运动障碍,表现为嗜睡,双侧瞳孔等大同圆,左右均为 4.5 mm,直接、间接对光反射消失。

对于双侧对称性丘脑梗死,由于血管变异而引起的可能性最大。旁正中区域由旁正中动脉供血,Percheron 通过观察双侧丘脑旁中央对称性梗死而发现丘脑旁正中动脉存在亚型^[7],即 I 型:双侧丘脑旁正中动脉分别由两侧大脑后动脉发出;II 型:双侧丘脑旁正中动脉起源于一侧大脑后动脉的前交通段,它的闭塞将导致双侧丘脑旁中央对称性梗死;III 型:一

个动脉桥架接双侧旁正中动脉。Percheron 动脉闭塞可能导致中脑梗死及双侧丘脑梗死,中脑梗死通常局限于中脑导水管周围灰质,从而影响动眼神经和网状核,丘脑梗死则影响记忆和情感功能。同理,丘脑下侧动脉、丘脑结节动脉也存在类似分型,双侧脉络膜动脉起源于一侧大脑后动脉的可能性是存在的。

双侧丘脑梗死病因与脑血管病相同,主要有高血压、动脉粥样硬化、糖尿病、高血脂等,最常见的病因为动脉栓塞和血栓形成引起,以栓塞所占比例最大,包括心源性、动脉源性或不明确原因的栓塞,此外,也有脑深静脉血栓及大脑静脉窦血栓引起的相关报道^[8]。个别报道原因可能为低血压所致基底动脉低灌注、免疫及感染等其他原因所导致。本例患者无高血压、血脂代谢异常、动脉硬化、糖尿病等危险因素,但存在急性心肌梗死,考虑心源性栓塞可能性大。

参考文献

- [1] Kumral E, Evyapan D, Balkir K, et al. Bilateral thalamic infarction. Clinical, etiological and MRI correlates [J]. Acta Neurol Scand, 2001, 103(1): 35-42.
- [2] Bogousslavsky J, Regli F, Uske A. Thalamic infarcts: clinical syndromes, etiology, and prognosis [J]. Neurology, 1988, 38(6): 837-848.
- [3] de la Cruz-Cosme C, Márquez-Martínez M, Aguilar-Cuevas R, et al. Percheron artery syndrome: variability in presentation and differential diagnosis [J]. Rev Neurol, 2011, 53(4): 193-200.
- [4] Guberman A, Stuss D. The syndrome of bilateral paramedian thalamic infarction [J]. Neurology, 1983, 33(5): 540-546.
- [5] Sato M, Tanaka S, Kohama A. "Top of the basilar" syndrome: clinico-radiological evaluation [J]. Neuroradiology, 1987, 29(4): 354-359.
- [6] Cao W, Dong Q, Li L, et al. Bilateral thalamic infarction and DSA demonstrated AOP after thrombosis [J]. Acta Radiologica Short Reports, 2012, 1(1): 5.
- [7] Castaigne P, Lhermitte F, Buge A, et al. Paramedian thalamic and midbrain infarct: clinical and neuropathological study [J]. Ann Neurol, 1981, 10(2): 127-148.
- [8] Ameridou I, Spilioti M, Amoiridis G. Bithalamic infarcts: embolism of the top of basilar artery or deep cerebral venous thrombosis [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2004, 106(4): 345-347.

收稿日期: 2016-09-05 修回日期: 2016-09-20 编辑: 周永彬