• 病例报道 •

表现为中枢性面瘫的面神经炎 1 例报道

陆玉玲, 黄清, 杨杰, 张宁, 刘运海, 羊毅, 周婷婷

中南大学湘雅医院神经内科, 湖南省长沙市 410008

中枢性面瘫和周围性面瘫在临床上极为常见,容易鉴别。但面神经炎表现为中枢性面瘫的病例却相当罕见,需要临床医生仔细鉴别诊断。我院近来收治 1 例表现为典型的中枢性面瘫的面神经炎患者,报道如下。

1 病例报告

患者,男,64岁。因“突发口角右歪 4 天”入院。患者外出野餐受凉后次日晨起发现口角右歪,流涎,言语含糊,双眼闭目有力,双侧额纹等深。伴左侧面颊部疼痛,左侧上颌第二前磨牙牙龈见一直径约 7 mm 溃疡,左侧上颌鼻翼处明显压痛。无肢体运动或感觉障碍,无外耳道疱疹、流脓,无耳后压痛。既往:吸烟 30 余年,否认高血压、糖尿病病史。入院后完善三大常规、生化检验示甘油三酯:1.60 mmol/L。颈部血管彩超:双侧颈内动脉内-中膜不均增厚,左侧颈动脉斑块(单发)。面神经肌电图:EMG 示左侧额肌见自发电位,运动单位时限、波幅正常,募集呈混合相;左侧下唇方肌见自发电位,运动单位时限、波幅正常,募集呈单纯相。NCV 示左侧面神经潜伏期延长、波幅降低。双侧瞬目反射示左侧 R1、R2 潜伏期延长,R1 波幅降低,右侧 R2' 潜伏期延长。颅脑 MRI 平扫、DWI、MRA 示:未见颅内新发梗死病灶,侧脑室周围可见少量陈旧性腔隙性梗死灶,左侧颈内动脉海绵窦段及大脑后动脉 P1 段局限性狭窄。入院诊断考虑:①面神经炎(左侧);②腔隙性脑梗死;③口腔溃疡。予以抗感染、营养神经对症治疗 6 d 后好转出院。

2 讨论

临床上面神经炎病人常见,面神经炎的定位诊断^[1]包括:①单纯性面神经炎:病变部位位于茎乳孔或以下;②Bell 氏面瘫:发病部位位于面神经管

内;③ Hunt 氏面瘫:多因带状疱疹病毒感染导致的膝状神经节受累。本例患者肌电图显示为左侧单纯性面神经炎,但患者临床表现极不典型。表现为左侧面神经颧支、颊支、下颌缘支的受累导致左侧面部颧大肌、颧小肌、颊肌、笑肌、降口角肌和提口角肌等表情肌的瘫痪。分析原因可能为面神经出茎乳孔后各分支选择性受累且严重程度不一,眼睑以上分支损伤轻微,眼睑以下分支受累严重。且患者起病急,有野餐受凉、同侧口腔溃疡史,予以相关治疗后症状迅速改善可进一步支持左侧单纯性面神经炎诊断。

面神经运动支选择性受损从而表现为类似中枢性面瘫的面神经炎很难与上运动神经元损伤及面神经核下部所致的中枢性面瘫相鉴别。脑血管病变、脱髓鞘、感染、中毒、外伤等原因所致颅内一侧中央前回下部、皮质脑干束或面神经核下部的损伤均可导致对侧出现中枢性面瘫。考虑患者老年男性,起病急,无发热头痛、无毒物外伤等病史,本病例主要与脑血管疾病相鉴别。且患者有高龄、吸烟、高血脂等脑血管病高危因素^[2],也提示我们要进一步排除脑血管意外的可能。在脑血管疾病中,中枢性面瘫大都和肢体瘫痪等共存,孤立的中枢性面瘫少见。虽有表现为单纯性中枢性面瘫的腔隙性脑梗死^[3]病例的报道。但该患者发病 1 d 后的头部磁共振平扫、DWI 相未见新发梗死责任病灶,颈部血管彩超、颅脑 MRA 提示颅内、外血管病变也并非责任血管。因此,本病例考虑急性腔隙性脑梗死的依据不足。

综上,对于单纯表现为中枢性面瘫的患者,需完善肌电图、头部磁共振等检验检查,来定位鉴别是核上性、核性(面神经核下部)及核下性(选择性

收稿日期:2015-08-24;修回日期:2015-10-29

作者简介:陆玉玲(1990-),女,硕士,主要从事面肌痉挛方面的研究。

通讯作者:黄清(1978-),女,主治医师,博士,主要从事脑血管疾病方面的研究。Email: xysnlyl@126.com。

面神经分支) 的损伤。避免误诊误治。

参 考 文 献

[1] Ho ML, Juliano A, Eisenberg RL, et al. Anatomy and pathology of the facial nerve. *AJR Am J Roentgenol*, 2015, 204(6): 612-619.

[2] 徐艳国, 李宁宁. 短暂性脑缺血发作早期卒中风险评估研究进展. *国际神经病学神经外科学杂志*, 2014, 40(2): 163-168.

[3] 周爱英, 经萍. 表现为单纯性中枢性面瘫的腔隙性脑梗死 4 例. *厂矿医药卫生*, 1995, 11(3.4): 64-65.

• 病例报道 •

孤立性一侧前核间性眼肌麻痹 1 例报道

刘天龙, 方明, 刘维洲

铜陵市人民医院神经内科, 安徽省铜陵市 240009

前核间性眼肌麻痹是由于脑干内侧纵束病变引起的一种眼球特异性运动障碍。内侧纵束病变引起的孤立性一侧前核间性眼肌麻痹的病例少见, 现报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 61 岁。因“突发视物成双伴头晕 1 d”于 2015 年 5 月 10 日入院。患者 5 月 9 日 21 时在看电视时突然出现视物成双, 伴头晕, 无视物旋转、双眼黑蒙, 症状持续不能缓解, 无发热、咳嗽、咳痰、腹痛腹泻, 无意识障碍、头痛、恶心呕吐、耳鸣耳聋、饮水呛咳, 无四肢乏力、抽搐、麻木, 精神欠佳, 饮食、睡眠可, 二便正常。

既往有高血压病史 3 年余, 未治疗; 痛风病史 10 余年, 近 2 年未服药。既往无糖尿病史, 否认吸烟、饮酒。

内科查体: T: 36 °C, P 70 次/分, R 20 次/分, BP 170/85 mmHg, 皮肤黏膜无黄染, 全身浅表淋巴结未触及, 双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿啰音, 心率 70 次/分, 律齐, 未闻及明显杂音, 腹软, 肝脾肋下未见, 双下肢无水肿。神经系统检查: 神清, 双侧瞳孔等大等圆, 双眼向右侧注视时, 左眼内收不全, 右眼外展正常, 伴右眼水平眼震, 向左侧注

视时眼球运动正常, 调节反射正常, 余神经系统查体未见明显异常。

入院辅助检查: 血尿便常规、肝功能、凝血功能、血沉、超敏 CRP、RF、ASO、输血常规未见明显异常。尿酸 584.0 μmol/L; 甘油三酯 1.83 mmol/L。心电图、心脏彩超、颈部血管彩超未见明显异常。MRI 显示脑桥上段左侧腔梗灶。DWI 显示脑桥上段左侧急性梗死(图 1)。MRA 未见明显血管狭窄(图 2)。诊断: 脑干梗死, 高血压病, 痛风。

入院后予以抗血小板聚集、调脂、改善循环、神经保护等对症处理, 入院第二天患者视物成双、头晕症状消失。住院 13 d 后出院, 服用阿司匹林肠溶片 100 mg(每日一次), 瑞舒伐他汀 10 mg(每日一次)。2 周后随访, 患者无视物成双、头晕等不适。

2 讨论

内侧纵束起于中脑最前部的内侧纵束核、间质核和网状结构, 紧靠中线两侧, 向下一直到达颈上段脊髓, 是眼球水平性同向运动的重要联络通路, 它连接一侧动眼神经的内直肌核和对侧展神经核, 同时还与脑桥侧视中枢相连, 而实现眼球的水平同向运动。神经冲动通过内侧纵束前部到达内直肌核, 而通过内侧纵束后部到达外展神经核。内侧纵

收稿日期: 2015-08-31; 修回日期: 2015-10-28

作者简介: 刘天龙(1988-), 男, 住院医师, 硕士, 主要从事癫痫和脑血管病相关研究。

通讯作者: 刘维洲(1966-), 男, 主任医师, 主要从事脑血管病、癫痫和神经电生理相关研究。