

## 表现似脊髓病变的延髓梗死 1 例报道及文献复习

张锐利<sup>1</sup>, 魏晓珊<sup>2</sup>, 田志松<sup>1</sup>, 乔志永<sup>1</sup>, 吴洋<sup>1</sup>

1. 遵化市人民医院神经内科, 河北省遵化市 064200

2. 石家庄市中医院神经内科, 河北省石家庄市 050051

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2019.06.018

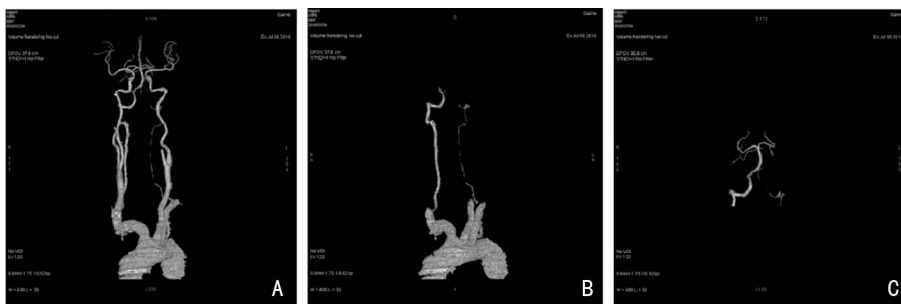
脑干梗死约占脑梗死 10%, 延髓梗死占脑干梗死 7%<sup>[1]</sup>, 因延髓解剖结构复杂, 血供来源多且时有变异, 故延髓梗死部位的细小差别则可有截然不同的症状, 其中延髓梗死患者临床演变过程似脊髓病变的病例鲜有报道。故将我科最近收治一例延髓梗死患者报告如下。

### 1 病例资料

患者, 男, 65 岁, 主因发作性右上肢麻木、构音

不清 4 h, 于 2019 年 5 月 3 日入院。

既往高血压病史 10 个月, 血压最高达 180/96 mmHg; 短暂性脑缺血发作病史 10 个月, 表现为发作性头晕、行走不稳, 发作约 3~5 次, 每次持续约 2~3 min 缓解, 2018 年 7 月 8 日曾查头颈 CTA (图 1) 提示左侧椎动脉狭窄, 口服阿司匹林、瑞舒伐他汀治疗。



注: A: 示左侧椎动脉 V1 - V4 节段性狭窄、闭塞, 双侧颈内动脉、右侧椎动脉及基底动脉未见明显狭窄; B: 示左侧椎动脉 V1 - V4 节段性狭窄、闭塞; C: 示左侧椎动脉 V4 段节段性狭窄、闭塞

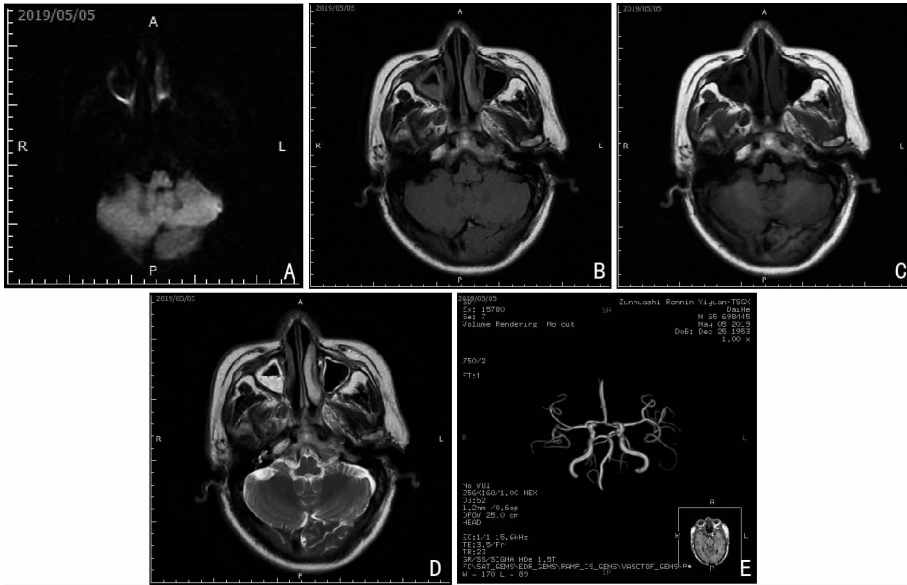
图 1 头颈 CTA 提示左侧椎动脉节段性狭窄、闭塞(2018 年 7 月 8 日)

患者入院前 4 h 睡眠醒后发现右上肢麻木, 构音不清, 伴头晕、吞咽费力, 症状持续约 3 h 缓解。查体: 血压 194/94 mmHg; 神经系统查体无阳性体征。2019 年 5 月 3 日头部 CT 示左侧小脑脑梗死及软化灶。诊断: 短暂性脑缺血发作(椎基底动脉系统)。给予双抗血小板聚集等治疗。2019 年 5 月 4 日出现右侧半身及右下肢麻木, 查体: 右侧半身 T4 以下痛觉减退, 余未见异常, 症状持续 2 h 缓

解。其间出现一过性排尿费力。2019 年 5 月 5 日再次出现上述症状, 症状持续未缓解。查体: 血压 171/89 mmHg, 神清, 语利, 四肢肌力、肌张力正常, 双侧巴氏征阴性。双侧面部及双上肢痛觉对称, 右侧半身 T4 以下痛觉减退, 深感觉正常。2019 年 5 月 5 日查头部磁共振(图 2)示左侧延髓外侧梗死, 遂给予加用丁苯酞软胶囊口服促进侧枝循环建立治疗, 患者病情未再加重。

收稿日期: 2019-05-20; 修回日期: 2019-12-06

作者简介: 张锐利(1980-), 女, 副主任医师, 主要从事急性缺血性脑血管病研究。E-mail: 876492654@qq.com。



注:A:示左侧延髓外侧 DWI 高信号;B:示左侧延髓外侧 Flair 高信号;C:示左侧延髓外侧 T1 低信号;D:示左侧延髓外侧 T2 高信号;E:头部 MRA 示左侧椎动脉未见确切显示

图 2 头颅磁共振示左侧延髓外侧梗死;左侧椎动脉闭塞(2019 年 5 月 5 日)

## 2 讨论

延髓梗死按照解剖部位分为延髓内侧、外侧及半侧梗死<sup>[2]</sup>。其中以延髓外侧梗死(LMI)最常见。延髓梗死最常见的 CISS 病因分型为大动脉粥样硬化(LAA),其后依次为其他原因(主要为椎动脉夹层,OE)、穿支动脉疾病(PAD)、心源性卒中(CS)及不明原因(UE)<sup>[3]</sup>。延髓外侧由小脑后下动脉(PICA)直接供血,但 PICA 病变导致单纯 LMI 并不常见,大多存在椎动脉病变。本患者为中段延髓外侧梗死,结合患者头颈 CTA,受累血管考虑为左侧椎动脉,推测发病机制为载体动脉粥样硬化堵塞穿支开口。研究表明丁苯酞软胶囊可促进侧枝循环开放,侧支循环的丰富程度及代偿能力与脑梗死的预后紧密相关<sup>[4]</sup>,本例患者加用丁苯酞软胶囊后症状未再恶化。

LMI 突出症状为感觉异常,脊髓丘脑束在延髓外侧排列顺序由外向内依次为骶(S)、腰(L)、胸(T)、颈(C)部的感觉纤维(图 3),故梗死部位不同,可有不同感觉障碍组合。包括病灶同侧面部及病灶对侧肢体感觉障碍、双侧面部及病灶对侧偏身感觉障碍、病灶对侧偏身感觉障碍、病灶对侧面部及对侧胸腰部平面以上躯干肢体感觉障碍、病灶对侧面部及对侧胸腰部平面以下躯干肢体感觉障碍及病灶对侧胸腰部平面以下躯干肢体感觉障碍等<sup>[5-7]</sup>,本患者为最后一种类型。曹树刚等<sup>[8]</sup>曾报

道过 3 例伴迟发性感觉异常的延髓外侧梗死患者,认为 LMI 后迟发性感觉异常实质可能是卒中后中枢性疼痛(CPSP),本例患者病程中出现右侧躯干麻木也存在症状延迟现象,表现为感觉障碍同时尚可伴随肢体无力。项正兵等<sup>[9]</sup>曾报道 1 例仅表现同侧下肢无力和对侧胸 6 以下痛觉减退的延髓外侧梗死患者,进一步提示延髓梗死症状多样性。

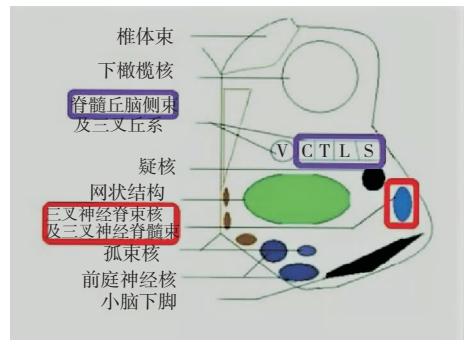


图 3 延髓外侧脊髓丘脑束排列顺序及邻近结构示意图

排尿困难在延髓梗死患者中少见。Cho 等<sup>[10]</sup>通过对伴尿潴留的延髓外侧梗死 10 例患者研究发现,尿潴留主要发生在当病灶累及延髓中段或下段的外侧被盖部时。陈会生等<sup>[11]</sup>也曾报道一例延髓外侧梗死致尿潴留患者,目前被普遍接受的观点为来自膀胱的内脏感觉信息上行传至中脑的导水管周围灰质(periaqueductal gray, PAG),当膀胱内压

达阈值, PAG 激活位于桥脑被盖的背外侧部的桥脑排尿中枢( pontine micturition center, PMC), 后者通过长下行通路支配骶髓的膀胱运动神经元诱导膀胱收缩完成排尿<sup>[12]</sup>。因此, 当这些下行通路中断时, 即可导致膀胱逼尿功能障碍, 而阻断正常的排尿。部分 LMI 患者可有心血管自主调节能力下降表现<sup>[13]</sup>, 需对 LMI 患者加强生命体征监测。

本文中患者曾有一过性排尿费力, 且存在右侧半身麻木, 之后查体出现持续性右侧乳头以下感觉障碍, 酷似脊髓病变, 但不能解释构音不清、吞咽费力及头晕症状, 结合患者头部磁共振提示左侧延髓外侧梗死, 且存在左侧椎动脉病变, 使诊断明朗。临床工作中, 对于此类异病同症的患者, 应详细查体, 并能纵观病史, 不能一叶障目。

参 考 文 献

[ 1 ] Ortiz de Mendivil A, Alcalá-Galiano A, Ochoa M, et al. Brainstem stroke: anatomy, clinical and radiological findings [ J ]. Semin Ultrasound CT MR, 2013, 34 ( 2 ): 131-141.

[ 2 ] Hong YH, Zhou LX, Yao M, et al. Lesion topography and its correlation with etiology in medullary infarction: analysis from a multi-center stroke study in China [ J ]. Front Neurol, 2018, 9: 813.

[ 3 ] Lee MJ, Park YG, Kim SJ, et al. Characteristics of stroke-mechanisms in patients with medullary infarction [ J ]. Eur J Neurol, 2012, 19 ( 11 ): 1433-1439.

[ 4 ] Luo C, Liang F, Ren H, et al. Collateral blood flow in different cerebrovascular hierarchy provides endogenous protec-

tion in cerebral ischemia [ J ]. Brain Pathol, 2017, 27 ( 6 ): 809-821.

[ 5 ] Nishihira T, Suzuki K, Takekawa H, et al. Lateral medullary infarction presenting with truncal lateropulsion and decreased pain and temperature sensation below T10 sensory level [ J ]. Rinsho Shinkeigaku, 2014, 54 ( 10 ): 819-823.

[ 6 ] Hongo H, Tanaka Y, Shimada Y, et al. Dermatomal Sensory Manifestations in Lateral Medullary Infarction [ J ]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23 ( 1 ): 182-183.

[ 7 ] Xia C, Wang Q, Chen HS. Pure sensory deficit at the T3 sensory level as an isolated manifestation of lateral medullary infarction [ J ]. Neurol India, 2013, 61 ( 3 ): 327-328.

[ 8 ] 曹树刚, 郭茜, 吴倩, 等. 伴迟发性感觉异常的延髓外侧梗死 3 例报道并文献复习 [ J ]. 卒中与神经疾病, 2016, 23 ( 3 ): 208-209.

[ 9 ] 项正兵, 张洪连, 曹文锋, 等. 仅表现同侧下肢无力和对侧胸 6 以下痛觉减退的延髓外侧梗死 [ J ]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2017, 44 ( 3 ): 296-298.

[ 10 ] Cho HJ, Kang TH, Chang JH, et al. Neuroanatomical correlation of urinary retention in lateral medullary infarction [ J ]. Ann Neurol, 2015, 77 ( 4 ): 726-733.

[ 11 ] 夏程, 霍旭宁, 陈会生. 延髓外侧梗死致尿潴留一例 [ J ]. 中华神经科杂志, 2017, 50 ( 2 ): 137-138.

[ 12 ] De Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural control of the lower urinary tract [ J ]. Compr Physiol, 2015, 5 ( 1 ): 327-396.

[ 13 ] Huynh TR, Decker B, Fries TJ, et al. Lateral medullary infarction with cardiovascular autonomic dysfunction: an unusual presentation with review of the literature [ J ]. Clin Auton Res, 2018, 28 ( 6 ): 569-576.