

# 急性双侧小脑中脚缺血性卒中一例

卞鑫 蒋海峰 郭庆妍

【关键词】 脑缺血； 脑桥； 病例报告

【Key words】 Brain ischemia; Pons; Case reports

## Acute bilateral middle cerebellar peduncles ischemic stroke: one case report

BIAN Xin, JIANG Hai-feng, GUO Qing-yan

Department of Neurology, Shanghai Kongjiang Hospital, Shanghai 200093, China

Corresponding author: BIAN Xin (Email: bx@medmail.com.cn)

患者 女性, 87 岁。因头晕伴站立不稳 3 d, 于 2014 年 3 月 31 日入院。患者入院前 3 d 突发头晕伴站立不稳、行走不能, 无头痛或视物旋转。外院急诊头部 CT 检查显示双侧基底节区、放射冠多发性腔隙, 呈增龄性改变, 临床诊断为腔隙性梗死。予以醒脑静注射液 20 ml/d 和丹红注射液 20 ml/d 静脉滴注, 连续治疗 3 d 后病情无明显改善, 遂以“头晕、行走不稳待查”收入我院神经内科。患者既往有明确高血压病史 10 年, 血压最高时可达 220/100 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 平时不规律服用降压药, 血压控制情况不详。2 型糖尿病病史 7 年余, 目前服用格列美脲 2 mg (1 次/d), 不规律监测血糖。无烟酒嗜好。患病期间完全卧床, 纳差, 精神萎靡, 闭目, 伴恶心、呕吐, 大小便正常。

入院后完善各项检查 体格检查: 神志清楚, 表情淡漠, 头晕伴恶心、欲吐。卧位时血压为 150/80 mm Hg。双耳听力明显减退, 言语呈吟诗样, 双侧瞳孔等大、等圆, 直径 2.50 mm, 对光反射存在, 双侧水平眼震可见; 双侧额纹、鼻唇沟存在, 洼田饮水试验 3 级, 伸舌居中。四肢肌力 5 级、肌张力偏低, 双侧指鼻试验欠稳, 双侧跟-膝-胫试验欠稳准; 痛温觉正常。闭目难立征阳性, 其余病理征未引出。实验室检查: 血常规、肝肾功能试验、凝血功能试验均正常。空腹血糖 7.90 mmol/L (3.89 ~ 6.10 mmol/L)、餐后 2 h 血糖 11.80 mmol/L (< 7.80 mmol/L)、糖化血

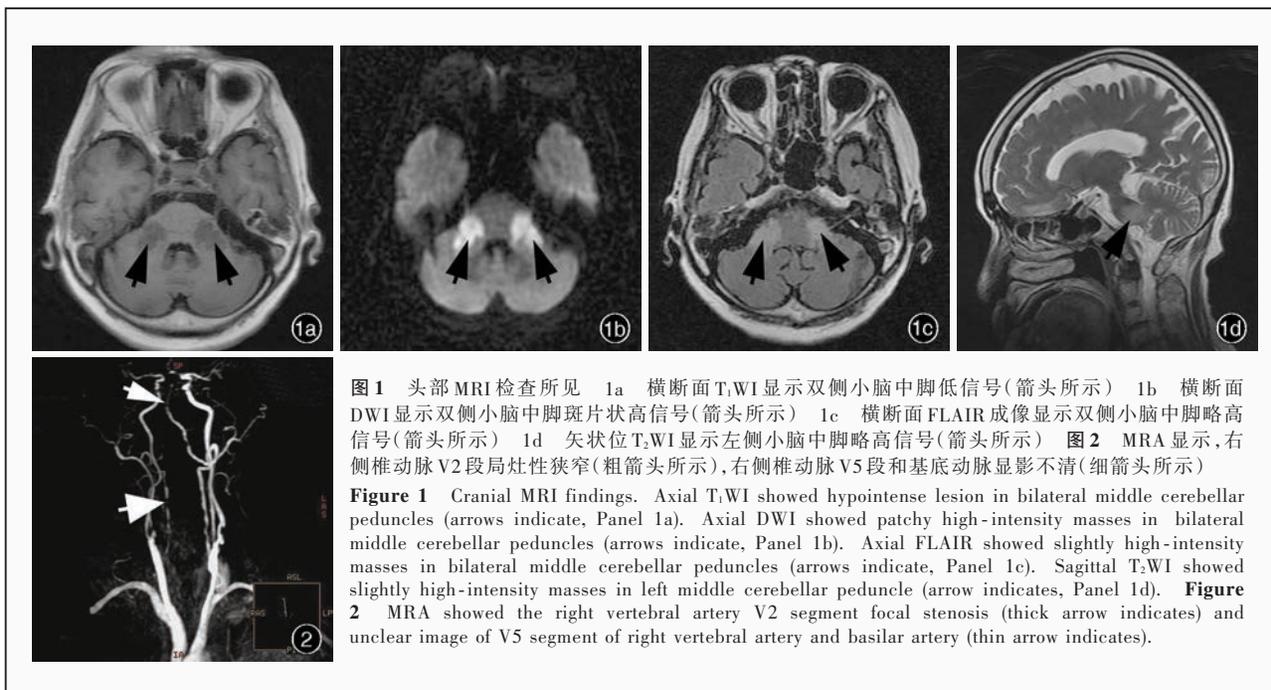
红蛋白 (HbA<sub>1c</sub>) 为 5.80% (4% ~ 6%); 甘油三酯为 1.14 mmol/L (0.60 ~ 1.80 mmol/L)、总胆固醇 (TC) 水平 4.38 mmol/L (2.50 ~ 5.50 mmol/L)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 2.49 mmol/L (1.60 ~ 3.60 mmol/L)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 1.12 mmol/L (1.00 ~ 2.30 mmol/L)、同型半胱氨酸 (Hcy) 10.90 μmol/L (2 ~ 10 μmol/L); 空腹胰岛素 13.80 mU/L (3 ~ 13 mU/L); 餐后 2 h 胰岛素、空腹和餐后 2 h 血清 C 肽水平均无明显异常。血清荧光梅毒螺旋体抗体吸收试验 (FTA-ABS)、抗可提取性核抗原 (ENA) 抗体阴性。尿常规红细胞 3/μl (0 ~ 15/μl)。辅助检查: 心电图呈窦性心律, 完全性右束支传导阻滞, t 波平坦。经颅多普勒超声 (TCD) 显示基底动脉血流速度减慢。颈动脉超声呈现双侧颈动脉粥样硬化性改变, 双侧颈总动脉分叉部可见强回声斑块形成。神经电生理学检测双侧上肢和左侧下肢运动神经传导速度 (MNCV)、感觉神经传导速度 (SNCV) 均正常, 双侧上肢正中神经 F 波传导正常。入院后 1 周头部 MRI 显示, 双侧小脑中脚呈 T<sub>1</sub>WI 低信号 (图 1a), DWI 呈斑片状高信号 (图 1b), FLAIR 成像呈略高信号 (图 1c), T<sub>2</sub>WI 略高信号 (图 1d)。MRA 显示右侧椎动脉 V<sub>2</sub> 段局限性狭窄、V<sub>5</sub> 段和基底动脉显影欠清晰 (图 2)。临床诊断: 后循环缺血性卒中 (双侧小脑中脚区); 2 型糖尿病; 高血压。

住院经过 监测血压、血糖变化。予阿司匹林 100 mg/d 和瑞舒伐他汀 10 mg/d 口服改善循环、调节血脂水平, 口服倍他司汀 12 mg/d、格列美脲 2 mg/d 缓解内耳和前庭供血, 氨氯地平 5 mg/d 降低血压, 静脉滴注血塞通 0.50 g/d 和七叶皂苷钠 20 mg/d 改善微

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2015.01.016

作者单位: 200093 上海市杨浦区控江医院神经内科

通讯作者: 卞鑫 (Email: bx@medmail.com.cn)



**图 1** 头部 MRI 检查所见 1a 横断面 T<sub>1</sub>WI 显示双侧小脑中脚低信号(箭头所示) 1b 横断面 DWI 显示双侧小脑中脚斑片状高信号(箭头所示) 1c 横断面 FLAIR 成像显示双侧小脑中脚略高信号(箭头所示) 1d 矢状位 T<sub>1</sub>WI 显示左侧小脑中脚略高信号(箭头所示) **图 2** MRA 显示, 右侧椎动脉 V2 段局灶性狭窄(粗箭头所示), 右侧椎动脉 V5 段和基底动脉显影不清(细箭头所示)

**Figure 1** Cranial MRI findings. Axial T<sub>1</sub>WI showed hypointense lesion in bilateral middle cerebellar peduncles (arrows indicate, Panel 1a). Axial DWI showed patchy high-intensity masses in bilateral middle cerebellar peduncles (arrows indicate, Panel 1b). Axial FLAIR showed slightly high-intensity masses in bilateral middle cerebellar peduncles (arrows indicate, Panel 1c). Sagittal T<sub>1</sub>WI showed slightly high-intensity masses in left middle cerebellar peduncle (arrow indicates, Panel 1d). **Figure 2** MRA showed the right vertebral artery V2 segment focal stenosis (thick arrow indicates) and unclear image of V5 segment of right vertebral artery and basilar artery (thin arrow indicates).

循环,连续治疗 15 d;同时辅助依达拉奉 60 mg/d 抗氧自由基,共治疗 8 d。在药物治疗基础上予以站立床、平衡功能训练和针灸治疗等康复措施。住院第 15 天时恶心、呕吐症状明显缓解,但头晕、听力差等症状无明显减轻,可扶靠站立,遂出院。6 周后随访时头晕消失,听力明显改善。体格检查仍呈吟诗样言语,听力轻度下降,指鼻试验、双侧跟-膝-胫试验欠稳准,直线行走不稳,闭目难立征阳性。

## 讨 论

小脑中脚亦称桥臂,因血管和侧支循环丰富,较少发生急性缺血性卒中,小脑中脚缺血性卒中发生率仅占全部急性脑卒中的 0.12%<sup>[1]</sup>。双侧小脑中脚缺血性卒中占比例则更低,国内文献报道的双侧小脑中脚缺血性卒中仅占小脑中脚缺血性卒中的 7%<sup>[2]</sup>。临床主要表现为前庭神经和小脑损害症状与体征,可伴三叉神经、面神经、展神经、前庭蜗神经受累表现。

该例患者为高龄老年女性,呈急性病程,有糖尿病、高血压等缺血性卒中危险因素,发病前无颅脑创伤、发热、头痛病史。临床表现为头晕和站立不稳,因当时患者神志淡漠,查体不合作,急诊头部 CT 检查排除脑出血和占位性病变,故拟诊为腔隙性梗死。入院后发现患者持续性头晕,查体有双耳听力减退,小脑性语言障碍和共济失调体征,单纯腔隙性梗死难以解释,头部 MRI 显示双侧小脑中脚急

性梗死灶,遂明确诊断为缺血性卒中。予以改善前庭供血、抗氧自由基、改善微循环并辅助康复治疗,后症状缓解。

双侧小脑中脚缺血性卒中的发病机制目前认为系椎-基底动脉狭窄、变异或发育不良,以及低灌注等综合因素所致<sup>[3]</sup>。该例患者 MRA 显示右侧椎动脉 V2 段局限性狭窄, V5 段和基底动脉显影欠清晰,颈动脉超声提示双侧颈动脉粥样硬化、颈总动脉分叉部强回声斑块形成。发病前无腹泻、发热和增加抗高血压药物剂量易导致低灌注等诱因,故倾向向前两种机制所致。MRA 虽具有无创性评价脑血管形态变化之功能,但也存在影像失真、不能全面反映小血管供血情况等缺点,该例患者如能进一步行脑血管造影则有助于了解闭塞血管及侧支循环代偿情况。该例患者出现的双侧听力下降伴小脑共济失调较为特殊,其机制可能与双侧小脑中脚缺血性卒中累及毗邻的蜗神经核、前庭蜗神经,或与小脑前下动脉分支内听动脉闭塞有关,仅双侧小脑中脚缺血性卒中临床罕见。头部 CT 诊断价值有限,如该例患者未见小脑中脚梗死灶,易引起误诊、漏诊,头部 DWI 具有明确诊断价值,当然也应排除一些可导致类似影像学改变的双侧小脑中脚病变,如橄榄脑桥小脑萎缩(OPCA)、脊髓小脑共济失调(SCA)、肾上腺脑白质营养不良(ALD)、酒精性肝病、肝豆状核变性(HLD)、低血糖昏迷等<sup>[4]</sup>,但该例患者临床和生化检查有助于鉴别诊断。治疗中遵

循急性缺血性卒中的治疗原则,提高对小脑中脚缺血性卒中的认识,可有助于急性期时间窗内行溶栓治疗,应注意防止过度降压、降颅内压而致脑组织低灌注的发生,加重病情,同时也应积极予康复治疗以改善预后。

### 参 考 文 献

[1] John S, Hegazy M, Cheng Ching E, Katzan I. Isolated bilateral middle cerebellar peduncle infarcts. J Stroke Cerebrovasc Dis,

2013, 22:E645-646.

[2] Zhao Y, Ma WP. Clinical features of acute middle cerebellar peduncles infraction. Lin Chuang Shen Jing Bing Xue Za Zhi, 2013, 26:213-215.[赵媛, 马文平. 急性桥臂梗死的临床特点. 临床神经病学杂志, 2013, 26:213-215.]

[3] Kataoka H, Izumi T, Kinoshita S, Kawahara M, Sugie K, Ueno S. Infarction limited to both middle cerebellar peduncles. J Neuroimaging, 2011, 21:E171-172.

[4] Gala F, Becker A, Pfeiffer M, Kollias S. Acute Wallerian degeneration of middle cerebellar peduncles due to basilar artery thrombosis. Indian J Radiol Imaging, 2013, 23:164-167.

(收稿日期:2014-11-12)

## · 临床医学图像 ·

### 毛细细胞黏液型星形细胞瘤

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2015.01.019

#### Pilomyxoid astrocytoma

YAN Xiao-ling

Department of Pathology, Tianjin Huanhu Hospital, Tianjin 300060, China (Email: ll934065@126.com)

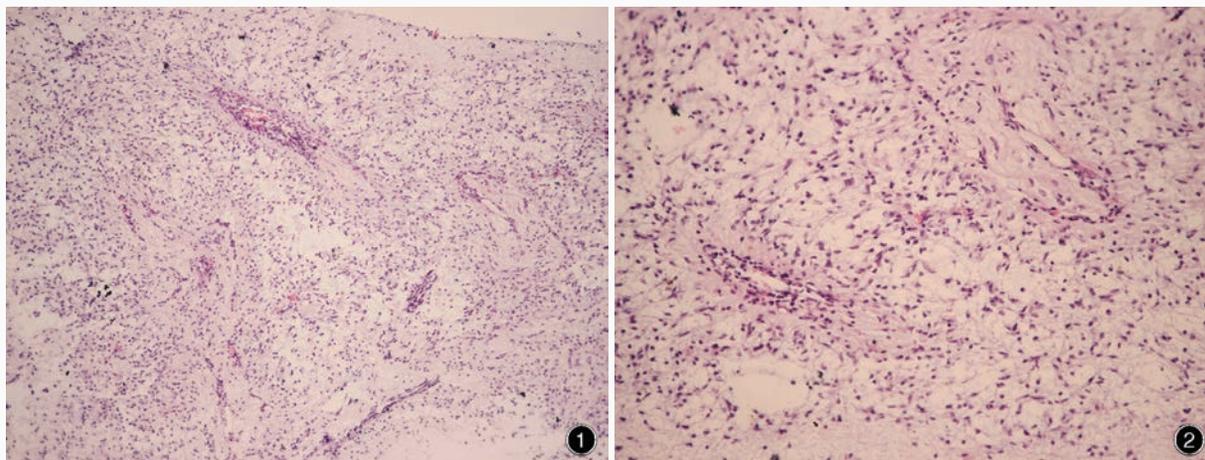


图1 光学显微镜观察显示,双极梭形肿瘤细胞位于黏液背景中 HE染色 低倍放大 图2 光学显微镜观察显示,肿瘤细胞以血管为中心形成假“菊形团”样结构 HE染色 低倍放大

Figure 1 Optical microscopy showed that bipolar fusiform tumor cells were in myxoid background. HE staining low power magnified Figure 2 Optical microscopy showed that the tumor cells were arranged in angiocentric pseudorosettes. HE staining low power magnified

毛细细胞黏液型星形细胞瘤临床少见,以3岁以下婴幼儿或青少年多见,好发部位为视交叉或下丘脑。组织形态学观察呈明显的弥漫黏液样改变,即以大量黏液为背景的肿瘤细胞围绕血管,并以其为中心呈放射状排列(图1),缺乏毛细细胞型星形细胞瘤中实性和微囊的双相性生长形式,肿瘤组织未见Rosenthal纤维和嗜酸性颗粒;其生物学行为较毛细细胞型星形细胞瘤更具局部侵袭性生长特点。肿瘤组织主要由单一、中等大小的双极梭形细胞组成,部分区域肿瘤细胞呈放射状围绕血管形成假“菊形团”样结构(图2)。免疫组织化学染色,肿瘤细胞弥漫表达胶质纤维酸性蛋白、S-100蛋白和波形蛋白。

(天津市环湖医院病理科阎晓玲供稿)