

青年功能性偏侧肢体无力一例

潘小玲 周亚琼 王刚

【关键词】 转换障碍； 偏瘫； 病例报告

【Key words】 Conversion disorder; Hemiplegia; Case reports

Functional hemilimb weakness in a young man: one case report

PAN Xiao-ling¹, ZHOU Ya-qiong², WANG Gang³

¹Department of Neurology, Jinhua Municipal Central Hospital, Jinhua 321000, Zhejiang, China

²Department of Neurology, Pan'an Country People's Hospital, Jinhua 322300, Zhejiang, China

³Department of Neurology, Ruijin Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200025, China

Corresponding author: WANG Gang (Email: wg11424@rjh.com.cn)

This study was supported by Shanghai "Rising Stars Medical Talent" Outstanding Youth Medical Talents Program (No. 2019-72).

Conflicts of interest: none declared

患者 男性, 28 岁。主因左下肢麻木无力 2 年余、右下肢麻木无力 17 天、加重 1 天, 于 2022 年 8 月 26 日入院。患者 2 年前出现夜间醒来左下肢麻木、无力, 其余肢体活动如常, 发作过程中不伴头晕、头痛、胸闷、气短、意识障碍及大小便障碍, 外院头部和脊柱 MRI 平扫、脊髓血管 MRA 检查均未见明显异常, 腰椎穿刺脑脊液检查有核细胞计数、蛋白定量于正常参考值范围, 寡克隆区带、中枢神经系统脱髓鞘疾病相关抗体[水通道蛋白 4(AQP4)IgG、髓鞘碱性蛋白(MBP)IgG 和髓鞘少突胶质细胞糖蛋白(MOG)IgG]阴性, 拟诊“急性脊髓炎, 脱髓鞘可能”, 予甲泼尼龙 80 mg/d 静脉滴注, 连续治疗 5 天后症状改善, 可独立行走, 遂改为泼尼松 60 mg/d 口服, 服药 15 天后症状完全缓解, 自行停药, 未再发作。入院前 17 天夜间醒来突发右下肢麻木、无力, 无法行走, 右上肢及左侧肢体活动如常, 无头晕、头痛、胸闷、气短、意识障碍及大小便障碍, 外院头部和脊柱 MRI 平扫、脊髓血管 MRA 均未见明显异常; 实验室检查血常规、血液生化、风湿免疫系统相关抗体、甲状腺

功能、肿瘤标志物均于正常参考值范围, 腰椎穿刺脑脊液检查有核细胞计数正常, 寡克隆区带、中枢神经系统脱髓鞘疾病相关抗体呈阴性, 蛋白定量 450 mg/L (100 ~ 430 mg/L); 仍考虑“急性脊髓炎, 脱髓鞘可能”, 予甲泼尼龙 1000 mg/d 静脉滴注, 3 天后逐渐减量, 症状好转, 可以拄拐行走。入院前 2 天治疗药物改为泼尼松 60 mg/d 口服, 入院前 1 天午睡后右下肢麻木、无力症状加重且无法行走, 遂至我院就医, 门诊以“急性脊髓炎待查”收入院。患者自发病以来, 精神、睡眠、饮食可, 大小便正常, 体重无明显改变。既往史无特殊, 否认前驱感染史; 自幼性格较为内向, 目前从事外贸工作, 近 2 年来受新型冠状病毒感染疫情影响, 外贸行业萎缩而被动辞职返乡, 自觉难以找到恋爱对象, 心情欠佳; 家族中无类似疾病患者。

诊断与治疗经过 入院后体格检查: 神志清楚, 情绪平稳, 语言流利, 对答切题, 脑神经检查无异常; 颈部肌力正常, 右上肢肌力 4 级、右下肢 1 级, 拄拐可拖拽右下肢行走, 左侧肢体肌力 5 级, 四肢肌张力正常; 双侧指鼻试验、左侧跟-膝-胫试验稳准, 右侧跟-膝-胫试验无法配合; 右侧 T₆ 平面以下深浅感觉消失, 余部位感觉系统检查正常; 双侧腱反射正常, 双侧腹壁反射存在, 双侧病理征阴性, 脑膜刺激征阴性; 进一步行胡佛征(Hoover sign)、躯干-大腿测验(Trunk-Thigh Test)均呈阳性。神经心理学测验: Beck 焦虑量表(BAI)评分为零(≥ 8 分为焦

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2023.10.010

基金项目: 上海市“医苑新星”杰出青年医师计划项目(项目编号: 2019-72)

作者单位: 321000 浙江省金华市市中心医院神经内科(潘小玲); 322300 浙江省金华市磐安县人民医院脑科(周亚琼); 200025 上海交通大学医学院附属瑞金医院神经内科(王刚)

通讯作者: 王刚, Email: wg11424@rjh.com.cn

虑);汉密尔顿抑郁量表 24 项(HAMD-24)评分 2 分(>20 分为抑郁);90 项症状清单(SCL-90)总评分为 96 分,各因子分为躯体化 1.42 分、敌对 1.17 分、其余均 1 分(总评分 >160 分或阳性因子数 >43 项或任一因子分 >2 分为阳性)。实验室检查:白细胞计数 $13.95 \times 10^9/L$ [(4~10) $\times 10^9/L$]、中性粒细胞计数 $9.76 \times 10^9/L$ [(4~10) $\times 10^9/L$]、凝血酶原时间 9.10 秒(10~15 秒)、活化部分凝血活酶时间 21.10 秒(23~40 秒)、国际标准化比值 0.78(0.80~1.30)、纤维蛋白原 1.76 g/L(2.00~4.70 g/L)、丙氨酸转氨酶 113 U/L(9~50 U/L)、 γ -谷氨酰转氨酶 66 U/L(10~60 U/L)、肌酸激酶 19 U/L(25~200 U/L)、同型半胱氨酸 $15.40 \mu\text{mol/L}$ (3~15 $\mu\text{mol/L}$)、甲状腺功能、自身抗体谱、肿瘤标志物筛查均于正常值范围。影像学检查:头部 MRI 显示脑实质无明显异常;颈椎和胸椎 MRI 显示颈椎生理曲度变直,胸椎无明显异常。心电图和脑电图均未见异常。综合患者反复发作的醒后单侧下肢麻木无力症状,既往多次血清和脑脊液标志物、头部和脊柱 MRI 检查均无明显异常病史,入院后体格检查右侧上肢和下肢肌力减弱(呈右侧偏瘫),右下肢肌力 1 级但拄拐可轻松拖拽行走,右侧 T₆平面以下深浅感觉消失,而腱反射正常、病理征阴性,考虑为功能性肢体无力,进一步行胡佛征、躯干-大腿测验均呈阳性,诊断为功能性偏侧肢体无力。详细向患者进行诊断解释并肯定肌无力症状的真实性及可治性,以胞磷胆碱 0.25 g/d 静脉滴注、帕罗西汀 10 mg/d 口服对症治疗为主,同时辅助床旁康复治疗,包括指导患侧肢体主动运动、主动助力运动、被动运动及持续被动运动等,并反复强调康复训练疗效,治疗第 3 天症状改善,卧位可抬高右下肢,第 6 天可独立行走。治疗 7 天出院,遵医嘱继续服用帕罗西汀 20 mg/d,定期门诊随访;出院后 1 个月电话随访,四肢活动正常,已恢复工作。

讨 论

功能性肢体无力是功能性运动障碍(FMD)的最常见表型之一,亦称为转换性/分离性运动障碍或心因性瘫痪,系指在无神经系统器质性疾病的情况下出现以自主运动功能丧失为特点的肢体无力或瘫痪^[1],体格检查大多提示无腱反射异常或病理征阳性等器质性病变。流行病学调查,社区功能性运动障碍患病率约为 50/10 万^[2];运动障碍专科门诊中功能性运动障碍发病率为 5%~20%^[3-5],其中功

能性肢体无力(18%)是仅次于混合型功能性运动障碍(23%)和功能性震颤(22%)的临床表型^[6]。功能性运动障碍发病年龄较为广泛,5~70 岁均可发病,高峰发病年龄约为 40 岁,青年和女性相对多见^[1,6]。其危险因素中易感因素包括女性、童年负面经历(身体虐待或性虐待)、人际交往困难、受教育程度低等^[1,7];常见诱发因素主要为生活应激事件。本文患者为青年男性,自小生活在山区,性格比较内向(易感因素),大学专科毕业后在城市从事外贸工作,因“疫情”影响于 2021 年失业,返乡后情绪压抑,自觉在家乡难以找到“心仪”之人,视为本次发病的诱发因素。功能性肢体无力发病形式复杂多样,近 50% 患者表现为夜间醒后突发肢体无力,亦有部分患者于清醒状态下发病,发作时间一般持续数秒至数分钟,亦可缓慢发病,持续数小时至数天^[8]。本文患者前后 2 次发病(包括第 2 次发病过程中症状波动)均发生于睡醒后,呈急性发作,其中一次为午间小憩后。肢体无力主要表现为单肢瘫、偏瘫、截瘫、三肢瘫、四肢瘫,尤以偏瘫最常见^[9-10],本文患者肢体无力即表现为单肢瘫或偏瘫。功能性肢体无力的诊断不依赖排除他性诊断,相关阳性体征对明确诊断至关重要^[11-12];业已取得临床共识的阳性体征包括运动不一致性(motor inconsistency)、撤退性无力(give-way weakness)、胡佛征、髌外展征(abductor sign)、拖拽式单瘫步态(dragging monoplegic gait)、Babinski 其他征中的躯干-大腿测验、脊髓损伤测验(Spinal Injuries Center Test)等^[1,13],本文患者右下肢肌力 1 级,但拄拐可轻松拖拽行走,考虑为运动不一致性。早在 1854 年, Todd 即对单瘫患者的歇斯底里样步态进行描述;至 2010 年,英国 Stone 等^[10]将这种步态描述为拖拽式单瘫步态,髌关节可内旋或外旋,亦可保持正常位置。本文患者表现为髌关节外旋的拖拽步态,同时存在右侧 T₆平面以下深浅感觉消失,难以用器质性神经系统疾病解释;进一步行胡佛征和躯干-大腿测验,均呈阳性,支持功能性下肢无力诊断。胡佛征是诊断功能性下肢无力的经典体征^[14],利用对侧协同运动原理检测下肢肌力,分为卧位和坐位两种检查方式,其阳性表现为:坐位检查时,患侧髌部伸展无力,当健侧做对抗阻力的屈曲运动时,患侧髌部伸展由无力转为有力;卧位检查时,嘱患者将患侧脚后跟向下压,未感受到压力,而当上抬健侧大腿时,患侧脚后跟可以感受到向下的压力。躯干-大腿测验是诊断功能性偏瘫

的经典体征,当患者双手交叉胸前仰卧位坐起时,未观察到腿部与肩部运动的不对称性,则为试验阳性^[1]。本文患者体格检查右上肢肌力 4 级、右下肢为 1 级,躯干-大腿测验双侧肩部、腿部无不对称性,亦呈阳性。综合上述阳性体征以及实验室和影像学检查阴性,临床诊断为功能性偏侧肢体无力。研究表明,基于阳性体征诊断功能性肢体无力的可靠性较高,即使经过长期随访,亦鲜有误诊病例^[15]。

功能性肢体无力急性发病特别是表现为单肢瘫或偏瘫的患者,需注意与急性脑卒中相鉴别,尤其是在静脉溶栓“时间窗”内的患者,鉴别诊断较为困难;而且,功能性肢体无力与脑卒中的诊断并不相斥,甚至可共病,因此,基于阳性体征诊断为功能性肢体无力的患者,并不能排除存在脑卒中的可能,尤其是存在脑卒中高危因素者应及时进行头部 MRI 检查。功能性肢体无力呈截瘫样表现者,尚需与急性脊髓炎、多发性硬化、视神经脊髓炎谱系疾病等相鉴别,脊柱 MRI、脑脊液相关抗体检测等辅助检查方法可协助鉴别诊断。本文患者经头部和脊柱 MRI 检查、腰椎穿刺脑脊液检查排除脑卒中以及脊髓炎、多发性硬化、视神经脊髓炎谱系疾病等。

功能性肢体无力是一种持续性、病残性疾病,一项长达 14 年的纵向研究显示,功能性肢体无力病死率高于预期,如不及时治疗,1/3 以上患者可出现持续性甚至更为严重的症状^[15],同时,也有研究结果显示,经过积极治疗可显著改善生活质量^[16-17]。功能性肢体无力的治疗应采用多学科诊疗模式(MDT),包括诊断解释、康复治疗和心理治疗等联合手段。诊断解释本身即具有治疗价值^[18-19],并可提高康复治疗和心理治疗效果,有效的诊断解释包括肯定症状是真实存在的、给出中性诊断标签(以“功能性”替代“心因性”)、与患者共同讨论症状是如何出现的;强调临床检查无异常表明无神经系统结构损害,症状可逆;临床医师可提供长期有效的治疗管理,由此获得患者信任并建立战胜疾病的信心。共病焦虑和抑郁等情感障碍者,可予药物治疗如选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRI)等。本文患者于青年期发病,病程较短,尽管 BAI、HAM-D-24 和 SCL-90 评分均提示不存在焦虑、抑郁等心理异常,但临床观察存在一定的焦虑症状,且存在在工作生活应激事件,加用帕罗西汀抗焦虑治疗,通过诊断解释、药物治疗和康复治疗等综合治疗后,疗效显著且持久。

功能性肢体无力尚未被临床医师充分认识,往往诊断不及时甚至误诊,阳性体征有助于诊断,而非单纯依靠排除性诊断^[20];及时诊断与合理治疗可显著改善患者生活质量。但是,由于功能性肢体无力患者的临床预后与病程、疾病信念与预期、既往生活经历、共病的精神疾病、社会支持等因素密切相关,故长期随访和临床观察必不可少。

利益冲突 无

参 考 文 献

- [1] Stone J, Aybek S. Functional limb weakness and paralysis[J]. *Handb Clin Neurol*, 2016, 139:213-228.
- [2] Gilmour GS, Lidstone SC. Moving beyond movement: diagnosing functional movement disorder[J]. *Semin Neurol*, 2023, 43:106-122.
- [3] Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter: a prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000, 68: 207-210.
- [4] Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Coleman R, Cull R, Murray G, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Sharpe M. Who is referred to neurology clinics: the diagnoses made in 3781 new patients[J]. *Clin Neurol Neurosurg*, 2010, 112:747-751.
- [5] Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Murray G, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Macmahon AD, Sharpe M. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up[J]. *Brain*, 2009, 132(Pt 10):2878-2888.
- [6] Lidstone SC, Costa-Parke M, Robinson EJ, Ercoli T, Stone J; FMD GAP Study Group. Functional movement disorder gender, age and phenotype study: a systematic review and individual patient Meta-analysis of 4905 cases[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2022, 93:609-616.
- [7] Galli S, Béreau M, Magnin E, Moulin T, Aybek S. Functional movement disorders[J]. *Rev Neurol (Paris)*, 2020, 176:244-251.
- [8] Stone J, Warlow C, Sharpe M. Functional weakness: clues to mechanism from the nature of onset[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2012, 83:67-69.
- [9] Gargalas S, Weeks R, Khan-Bourne N, Shotbolt P, Simblett S, Ashraf L, Doyle C, Bancroft V, David AS. Incidence and outcome of functional stroke mimics admitted to a hyperacute stroke unit[J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2017, 88:2-6.
- [10] Stone J, Warlow C, Sharpe M. The symptom of functional weakness: a controlled study of 107 patients[J]. *Brain*, 2010, 133(Pt 5):1537-1551.
- [11] Stone J, Hoeritzauer I, Tesolin L, Carson A. Functional movement disorders of the face: a historical review and case series[J]. *J Neurol Sci*, 2018, 395:35-40.
- [12] Thenganatt MA, Jankovic J. Psychogenic (functional) movement disorders[J]. *Continuum (Minneapolis)*, 2019, 25:1121-1140.
- [13] Yin D, Wang G. Diagnosis and treatment of functional limb weakness[J]. *Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi*, 2023, 23:924-928. [尹豆, 王刚. 功能性肢体无力诊断与治疗[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2023, 23:924-928.]
- [14] Okun MS, Koehler PJ. Babinski's clinical differentiation of organic paralysis from hysterical paralysis: effect on US

- neurology[J]. Arch Neurol, 2004, 61:778-783.
- [15] Gelauff JM, Carson A, Ludwig L, Tijssen MAJ, Stone J. The prognosis of functional limb weakness: a 14-year case-control study[J]. Brain, 2019, 142:2137-2148.
- [16] LaFaver K. Treatment of functional movement disorders [J]. Neurol Clin, 2020, 38:469-480.
- [17] Kola S, LaFaver K. Updates in functional movement disorders: from pathophysiology to treatment advances [J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2022, 22:305-311.
- [18] Wang JT, Lin GZ, Wang G. Attention should be emphasized to the diagnosis and treatment of functional neurological disorder [J]. Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi, 2023, 23:53-57.[王金涛, 林国珍, 王刚. 应重视功能性神经系统疾病诊断与治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2023, 23:53-57.]
- [19] Stone J, Carson A, Hallett M. Explanation as treatment for functional neurologic disorders [J]. Handb Clin Neurol, 2016, 139:543-553.
- [20] Wang JT, Wang G. Classification and diagnostic criteria of functional neurological disorder [J]. Zhongguo Xian Dai Shen Jing Ji Bing Za Zhi, 2023, 23:138-142.[王金涛, 王刚. 功能性神经系统疾病分类与诊断标准[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2023, 23:138-142.]

(收稿日期:2023-08-02)

(本文编辑:彭一帆)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《中国现代神经疾病杂志》编辑部关于稿件作者署名、关键词选取、基金项目著录和摘要撰写的要求

《中国现代神经疾病杂志》编辑部对来稿中的作者署名、关键词选取、基金项目著录和摘要撰写的具体要求如下:

1. 作者署名 作者应是参与文稿专题研究工作的主要人员,应对全文内容负责,并能根据编辑部的修改意见进行核修,是论文的法定主权人和责任者。作者署名的次序应按参加者对论文的贡献大小排序。排序应在投稿时确定,在编排过程中不应再作更改。对仅参与提供资金或收集资料者不能列为作者;仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。集体署名的文章,必须明确该文的主要负责人(执笔者)。作者中若有外籍作者,应征得本人同意,并有证明信。对协助工作或提供资料、材料者,可放在文后致谢,但亦应事先征得被感谢人的同意。作者单位名称(应写全称)及邮政编码脚注于文章首页左下方,同时应注明通讯作者姓名及其Email地址。

2. 关键词选取 论著类稿件均应标引3~5个关键词。关键词请尽量选取美国国立医学图书馆编辑的最新版 *Index Medicus* 中医学主题词表 (*MeSH*) 内所列的词。若最新版 *MeSH* 中尚无相应的词,可根据树状结构表选取最直接的上位主题词,必要时可采用习用的自由词排列于最后。关键词中的缩写词应按 *MeSH* 还原为全称。

3. 基金项目著录 论文所涉及的课题如为国家或部、省级等基金项目或属攻关项目,应脚注于文题页左下方,并在圆括号内注明其项目编号,如:“基金项目:×××(项目编号:×××)”。基金项目名称应按照国家有关部门规定的正式名称书写,多项基金项目应以“;”隔开逐条列出。并附基金项目证明复印件。由厂商赞助的课题应在资金来源处注明。

4. 摘要撰写 论著类稿件须附中、英文摘要。摘要的内容必须包括研究背景(Background)或目的(Objective)、方法(Methods)、结果(Results)及结论(Conclusions)共四部分。一般采用第三人称撰写,不用“本文”、“作者”等主语,不列图、表,不引用文献,不加评论和解释。摘要应客观、如实地反映文章原文,不得添加原文中所没有的内容。中文摘要以不超过800字为宜,英文摘要应与中文摘要相对应。英文摘要中应提供正式对外交流的英文单位名称。其他各类稿件均应附简要的中英文摘要,摘要内容要客观全面地反映文章的中心内容,中英文摘要内容要一致。

《中国现代神经疾病杂志》编辑部关于稿件统计分析方法的要求

《中国现代神经疾病杂志》编辑部对来稿中的统计分析方法一律要求明确研究设计方法,以及详细描述资料性质和结果,具体要求如下:

1. 研究设计方法 要求交代研究设计的名称和主要方法。如调查设计应写明是前瞻性、回顾性还是横断面调查研究;实验设计应写明具体设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计或正交叉设计等;临床试验设计应写明属于第几期临床试验,采用何种盲法措施等。应围绕“重复、随机、对照、均衡”四项基本原则进行概要说明,尤其要说明如何控制重要的非试验因素的干扰和影响。

2. 资料及结果的表达与描述 采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示近似服从正态分布的计量资料,采用中位数和四分位数间距 [$M(P_{25}, P_{75})$] 表示呈偏态分布的计量资料;采用相对数构成比(%)或率(%)表示计数资料,用相对数构成比时分母不能小于20。应写明所用统计分析方法的具体名称、统计量具体值,应尽可能给出确切的 *P* 值;当涉及总体参数时,在给出显著性检验结果的同时,给出95%CI。