

## 误诊为一氧化碳中毒的双侧丘脑梗死 1 例

陈瑶,吴勤俭,肖昆,周艳

新化县人民医院 10 病室神经内科,湖南省娄底市新化县 417600

### 1 临床资料

患者,男,67岁,因被发现意识障碍,呼之不应,大小便失禁 6 h 于当日 12 时入院。患者与两个孙子同在有煤炉的房子内休息,但孙子无不适。入院时体查:BP200/100 mmHg,意识模糊,记忆力减退,反映迟钝,吐词欠清晰,双侧瞳孔等大等圆 3 mm,对光反射灵敏,双侧眼球垂直运动障碍,口唇正常,心肺无异常,四肢肌力、肌张力正常,病理征未引出。既往有高血压病史和反复头晕病史。

### 2 诊疗经过

入院后,行头颅 CT:未见异常。心电图:左室肥厚。血常规及血脂、心肌酶未见异常。予以改善脑部微循环治疗。

入院后第二天患者出现痴呆、淡漠。头颅 MRI 示双侧丘脑长 T<sub>1</sub> 长 T<sub>2</sub> 信号,不对称,见图 1。因患者有明确的煤气接触史,急性起病,同时出现双侧丘脑病变,遂考虑“急性一氧化碳中毒”。予以高压氧治疗,但患者病情未见好转。住院期间行高压氧、抗血小板聚集、抗脑动脉硬化及改善微循环等治疗 17 d 后,反应迟钝稍好转,但记忆力仍减退,生活不能自理。复查头颅 MRI 示双侧丘脑病变稍有缩小,见图 2。

复查头颅 MRI 的第 2 天,患者家属要求出院,出院后未再行高压氧治疗,主要口服肠溶阿司匹林、辛伐他汀、赖诺普利、脑复康片等药物,追踪该患者 8 个月,病情明显好转,生活能自理,恢复了劳动力,但留有眼球垂直运动障碍的后遗症,最后诊断为“双侧丘脑梗死”。

### 3 讨论

双侧丘脑梗死可以分为动脉性、静脉性梗死两种:①动脉性双侧丘脑梗死:丘脑穿通动脉主要供应丘脑旁中央部分,一般情况下,穿通动脉从大脑后动脉 P1 段或基底动脉顶端各发出 1 支,但有一种变异

2 支穿通动脉共同形成一根血管,称为 Percherond 动脉<sup>[1]</sup>,该血管闭塞时会引起双侧丘脑梗死,位置相对位于中线旁<sup>[2]</sup>,治疗上主要抑制血小板聚集,抗脑动脉硬化等,患病后 1 年内睡眠及认知及注意力等均能显著改善,但仍然无法恢复正常<sup>[3]</sup>。②静脉性双侧丘脑梗死:见于双侧大脑静脉深静脉血栓形成,由于静脉压力过高,导致的静脉破裂,出血<sup>[4]</sup>,在 CT 上高低混杂密度,MRI 随出血的时间不同有不同的信号<sup>[5]</sup>,治疗主要为抗凝、防止脑水肿等,如果治疗及时,预后好。双侧丘脑梗死主要临床表现为意识障碍、记忆力减退、垂直注视麻痹等。该病例主要影像学特点主要为双侧丘脑病变,但同时出现双侧丘脑梗死的情况非常少见(不足 22%)<sup>[6]</sup>。

急性中、重度一氧化碳中毒的 MRI 表现是双侧苍白球长 T<sub>1</sub> 长 T<sub>2</sub> 异常信号,皮质白质分界不清,侧脑室旁白质内片状长 T<sub>1</sub> 长 T<sub>2</sub> 异常信号,并可能长期存在,提示白质广泛性缺血性脱髓鞘性改变等<sup>[7]</sup>。当脑发生缺氧时大脑为保护重要器官(脑干及丘脑等),血流将进行再次分布,而大脑皮层及白质更易缺氧,当双侧丘脑出现病灶时,会存在双侧大脑皮层下白质区广泛脑水肿及皮质白质分界不清,但该患者大脑皮层脑回脑沟及白质均正常,因此,影像学不支持“一氧化碳中毒”。该病人确实有煤气接触史,并且患者以意识障碍为突出表现,这是容易误诊的原因,但与该患者处同一环境的小孩无不适,说明当时通风效果良好,一氧化碳中毒的可能性小。两次头颅 MRI,双侧丘脑病灶无信号改变,并该病灶位于中线旁,明确了 Percheron 动脉梗死引起的这种影像学特点<sup>[8]</sup>。

该病人既往有高血压病及反复头晕等病史,急性起病,以意识改变及垂直的眼球运动障碍等主要临床表现,有典型的 MRI 改变,因此,“双侧丘脑梗死”的诊断明确。因双侧丘脑穿通动脉非常细小,行

收稿日期:2011-08-22;修回日期:2011-11-24

作者简介:陈瑶(1981-),女,主治医师,主要从事脑血管病的研究。E-mail:happy-chenyao@sohu.com。

通讯作者:周艳(1975-),女,主治医师,科副主任,主要从事脑血管病的研究。E-mail:gsywf@163.com。

MRA 及 DSA 不能显影,所以,主要是通过起病形式、临床表现及头颅 MRI 来明确诊断。

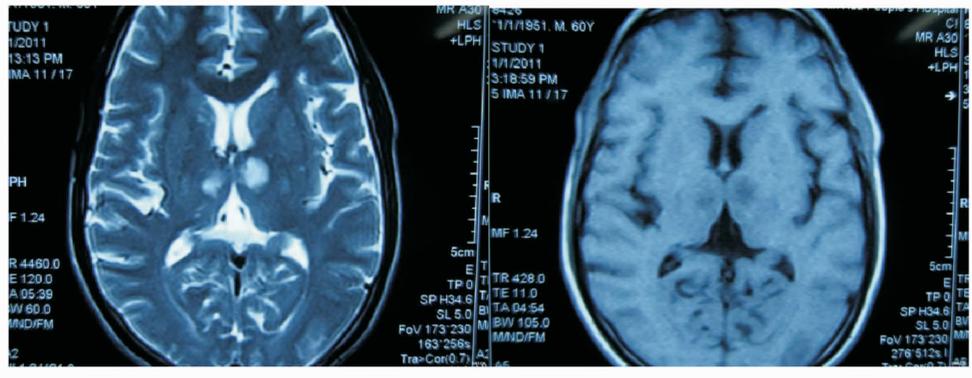


图 1 发病第 2 天的头颅 MRI 所示。

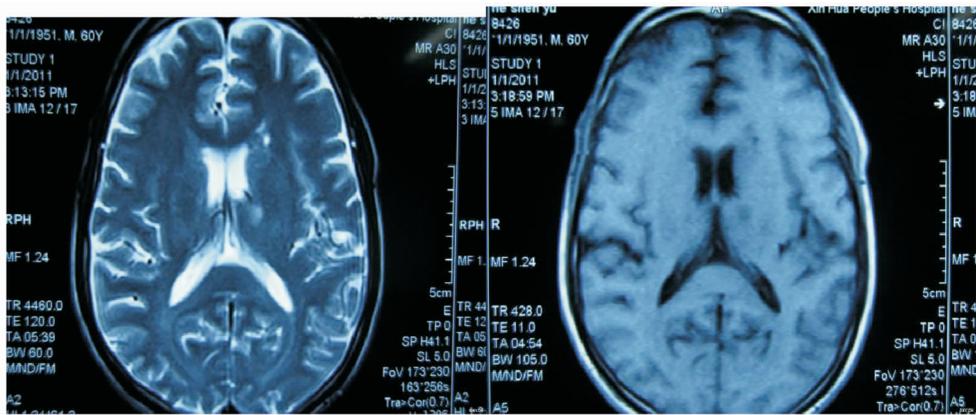


图 2 发病第 17 天的头颅 MRI 所示。

#### 参 考 文 献

- [1] 王本孝,王俊珺,施燕红,等. 双侧中线旁丘脑梗死综合征 1 例报道. 卒中与神经疾病, 2011, 18(1): 52-53.
- [2] Percheron G. The anatomy of the arterial supply of the human thalamus and its use for the interpretation of thalamic vascular pathology. Z Neurol, 1973, 205(1): 1-13.
- [3] Engelborghs S, Marien P, Pickut BA, et al. Loss of psychomotor self-activation after paramedian thalamic infarction. Stroke, 2000, 31(7): 1762-1765.
- [4] Schaller B, Graf R. Cerebral venous infarction: the pathophysiological concept. Cerebmvase Dis, 2004, 18(3): 179-188.
- [5] 邴晶,王勇,王雪,等. 静脉血栓继发脑梗死的 MRI 影像学诊断. 中国临床医学影像学杂志, 2006, 17(4): 181-184.
- [6] Lasjaunias P, Beretein A, Brugge KGT, et al. Surgical Neuroangiography 2 ed ed. Berlin: Springer-Verlag, 2000, 1: 526-526.
- [7] Hantson P, Duprez T. The Volume of Morphological Neuroimaging after Acute Exposure to Toxic Substances. Toxicol Rev, 2006, 25(2): 87-98.
- [8] 王振华,钟池,赵斌. 双侧丘脑梗死三例报道. 中华脑血管病杂志:电子版, 2010, 4(5): 388-393.