

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2022.04.029

❖ 短篇与个案 ❖

手口综合征 3 例报道

屠榕, 肖伟, 张鑫, 曾根慧, 朱羽, 余巨明

(川北医学院附属医院神经内科, 四川 南充 637000)

【中图分类号】R741

【文献标志码】B

手口综合征于 1914 年初次报道^[1], 临床表现为单侧、双侧或交叉性口角周围和手的感觉异常。多种病因可导致手口综合征, 包括卒中、恶性肿瘤、颅内动静脉畸形、癫痫发作、颅内搭桥手术并发症等。在临床工作中, 由于本病发病率低且病人临床表现轻, 常常忽略对其潜在病因的进一步探索。现对川北医学院附属医院 3 例手口综合征病例进行报道, 并分析讨论其潜在的病因。

1 病例资料

病例 1, 男性, 75 岁, 因“右侧面部、右手手背及大拇指麻木 2⁺h”入院。既往高血压 10⁺年, 服用“硝苯地平控释片”控制血压。入院查体: T: 37.1 °C, P: 79 次/min, R: 19 次/min, BP: 151/84 mmHg, 右侧面部、右手手背及大拇指浅感觉减退, 余神经查体未见明显异常。入院后辅助检查头颅磁共振: 左侧丘脑急性脑梗死 (图 1A)。颅内血管未见明显狭窄, 血糖、甲功、凝血未见明显异常。入院后诊断为急性脑梗死, 予以抗血小板聚集、改善循环、调脂固斑、营养神经及对症治疗, 患者病情稳定后出院。半年后电话随访患者仍感右侧面部、右手手背及大拇指麻木。

病例 2, 男性, 62 岁, 因“右侧口角、右侧远端肢体麻木 2⁺月”入院。入院前 2⁺月患者无明显诱因出现右侧口角、右侧远端肢体 (大拇指、食指、中指至前臂中段) 麻木, 伴阵发性头晕, 头晕与体位变化无关。既往史: “不完全性右束支传导阻滞”20⁺年, 5⁺年前肺癌手术、放化疗史。入院查体: T: 36.6 °C, P: 76 次/min, R: 20 次/min, BP: 114/98 mmHg, 神经查体未见明显阳性体征。完善头颅磁共振 (图 1B), 颅内血管未见明显狭窄, 血糖、甲功、凝血未见明显异常。入院后诊断为丘脑梗死, 予以抗血小板聚集、调脂固斑、改善循环及对症治疗, 患者好转出院。半年后电话随访患者口角、肢体麻木好转。

病例 3, 男性, 79 岁, 因“右侧面部麻木、右手掌麻木 12 h”入院, 伴有吐词不清, 1 月前出现头晕、行走不稳。既往高血压病史 30⁺年, 服用苯磺酸氨氯地平控制血压。查体: T: 36.5 °C, P: 73 次/min, R: 20 次/min, BP: 123/67 mmHg, 右侧面部、右手痛觉减退, 余神经查体未见明显阳性体征。完善磁共振提示左侧丘脑腔隙性梗死灶 (急性期) (图 1C), 颅内血管未见明显狭窄。入院后诊断为急性脑梗死, 予以抗血小板聚集、调脂固斑、改善循环及对症治疗, 患者病情稳定后出院。半年后电话随访患者仍感右侧面部、手掌麻木。

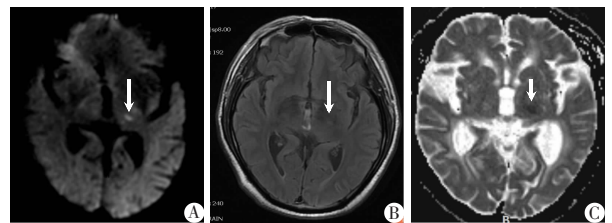


图 1 头颅 MRI

A. DWI 序列, 显示: 丘脑小片状高信号 (见箭头); B. Flair, 显示: 丘脑稍高信号 (见箭头); C. ADC 序列, 显示: 丘脑小片低信号 (见箭头)。

2 讨论

Setting^[1]于 1914 年报道了 3 例仅表现为单侧口、手感觉减退的病例, 定义为手口综合征, 之后陆续有关于仅累及感觉异常不伴或轻度运动障碍的病例报道。Chen^[2]根据感觉障碍部位将手口综合征分为 4 型: I 型 (71.1%) 为同侧口角周围和手感觉异常; II 型 (14.5%) 为双侧口角周围和手感觉异常; III 型 (7.9%) 为口角周围和手的感觉异常, 其中一项是双侧的, 另一项为单侧; IV 型 (6.5%) 为口角周围与手指交叉性感觉异常。其中 I 型最为常见。本报道中的 3 例病例均为 I 型, 且病因均为缺血性

卒中。缺血性卒中是目前已知的最常见的手口综合征的病因,次要病因包括出血性卒中、颅内恶性肿瘤、硬膜下血肿、脑炎、动脉瘤,此外,还可由一些罕见的原因引起,包括颅内动静脉畸形、癫痫发作、颅内搭桥手术并发症、大脑中动脉狭窄和药物^[3-6]。

手口综合征可累及不同部位,Chen 等^[2]回顾了 76 例手口综合征患者发现,病变部位累及皮层 12 例(15.8%),放射冠者 1 例(1.32%),丘脑 16 例(21.1%),桥脑 21 例(27.6%),延髓橄榄 4 例(5.26%),多部位 1 例(1.32%),未知部位 21 例(27.6%)。而本报道中 3 例病例均为丘脑受累,丘脑是大脑中一个重要的中继站,几乎所有投射到大脑皮层的传入冲动(嗅觉除外)都要经过丘脑,丘脑包含腹后外侧核、腹后内侧核、前外侧核、背内侧核、椎板内核、枕核、外侧膝状体核 7 个核团,其中丘脑腹后外侧核(VPL)为内侧丘系的中继站^[7],接受对侧偏身感觉传导,丘脑腹后内侧核(VPM)为三叉神经传入支的中继站,接受对侧面部感觉传导。手的感觉纤维止于 VPL 内侧,口周感觉纤维止于 VPM 外侧,从解剖上看,两者紧密相连不能严格区分,且两者的血液供应均来自大脑后动脉 P2 段的下外侧分支^[8]。因此,局限于此处的梗死就出现口周和手的感觉障碍。

手口综合征的病因多为脑血管疾病,为防止病情进展,应积极完善神经影像学检查。头颅 CT 对脑出血敏感度高,多为患者诊疗的首选检查。但头颅 CT 往往不能发现早期脑梗死异常,因此对于已经排除脑出血、怀疑脑梗死的患者,可行头颅 MRI 明确患者是否有脑梗死以及梗死部位、梗死面积。除了明确病变部位,评估患者的血管情况同样重要,可根据情况选择 MRA、CTA 或者 DSA 评估患者是否有大血管狭窄或闭塞、血管畸形、颅内动脉瘤等^[9-10],为患者的进一步治疗提供依据。

手口综合征的治疗主要是病因治疗,急性缺血性卒中患者在时间窗内可予以血管再通治疗,包括静脉溶栓和血管内治疗,其他处理包括抗血小板聚集、他汀、神经保护、扩容、并发症治疗,为避免复发,卒中后尽早启动抗血小板、他汀、控制血压血糖等二级预防^[9]。脑出血患者主要是卧床休息、血压管理、选择性药物止血治疗、神经保护等,对于有手术适应症患者应手术治疗,此外,还应避免吸烟、饮酒

等不良生活习惯,并控制体重,积极治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等以防止复发^[10]。而脑膜瘤、颅内动静脉畸形等以外科手术治疗为主^[11-12]。

本文报道的 3 例手口综合征均为缺血性脑血管病所致,且症状均较轻微,但文献报道手口综合征患者病程中病情可出现明显进展,其进展多与大面积脑梗死/大量脑出血、大血管闭塞、皮质受累等病因有关^[2]。而仅凭临床症状无法准确判断手口综合征的发生部位、病因,也无法预测是否出现病情进展,因此及早的神经影像学检查有助于早期诊断和及时治疗,否则会延迟治疗,导致不良预后及增加死亡风险。

参考文献

- [1] Sitting O. Kinische Beitrage Zur Lehre von der Lokalisation dersensiblen rindenzentren[G]. Prager Med Wochenschr,1914,45:548-550.
- [2] Chen HC. Cherio-Oral syndrome: a clinical analysis and review of literature[J]. Yonsei Med J,2009,50(6):777-783.
- [3] Lin HS, Li TH, Fu MH, et al. Cheiro-oral syndrome: A reappraisal of the etiology and outcome[J]. Neurology Asia,2012,17(1):21-29.
- [4] Jong SK. Restricted acral sensory syndrome following minor stroke[J]. Stroke,1994,25(12):2497-2502.
- [5] Chen WH, Lan MY, Chang YY, et al. Cortical cherio-oral syndrome: a revisit of clinical significance and pathogenesis[J]. Clin Neurol Neurosurg,2006,108(5):446-450.
- [6] Anamart C, Piyapittayan S. Cheiro-oral-pedal syndrome as the presenting symptom of brainstem cavernous malformation: a case report[J]. Oxf Med Case Reports,2020,9:74.
- [7] Satpute S, Bergquist J, Cole JW. Cherio-oral syndrome secondary to thalamic infarction: a case report and literature review[J]. Neurologist,2013,19(1):22-25.
- [8] Schmahmann JD. Vascular syndromes of the thalamus[J]. Stroke,2003,34(9):2264-2278.
- [9] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
- [10] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2019)[J].中华神经科杂志,2019,52(12):994-1005.
- [11] European Association for Neuro-Oncology. EANO guidelines for the diagnosis and treatment of meningiomas[J]. Lancet Oncol,2016,17(9):e383-e391.
- [12] Robert A, Solomon MD, Kemp J, et al. Arteriovenous Malformations of the Brain[J]. N Engl J Med,2017,376:1859-1866.

(收稿日期:2021-12-27

修回日期:2022-01-09)