



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2024.05.017

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2024.05.017

· 病例报告 ·

可能的大脑淀粉样血管病相关短暂性局灶性神经系统症状发作一例

吴敏 康小翠 魏珍玉 钟萍

[关键词] 大脑淀粉样血管病; 短暂性局灶性神经系统症状发作; 短暂性脑缺血发作

[中图分类号] R742 [文献标识码] B

患者,女,85岁,因“发作性左侧肢体麻木不适1周”于2022年7月1日收入我院。患者入院前1周内反复出现左侧肢体麻木不适,每次发作均为阵发性,且呈放射性,从左手放射至左上肢,或自左足放射至左小腿,休息10 min后自行完全缓解。发病过程中意识清楚,无头痛、恶心、呕吐、视觉先兆、肢体抽搐、肢体乏力等。既往曾有美尼尔症病史。否认高血压病、糖尿病、心脏病等病史。否认抽烟饮酒史及家族遗传史。体格检查:心率70次/分,血压120/75 mmHg,双肺呼吸音粗,心脏听诊律不齐。神志清楚,对答切题,颅神经阴性,四肢肌张力腱反射正常,四肢肌力V级,双侧深浅感觉对称存在,双侧共济正常,双侧病理征阴性,脑膜刺激征阴性。辅助检查结果:肌酐:98 μmol/L,尿酸:381.0 μmol/L,血常规、大小便常规、血糖、电解质、血脂、肝功能、甲状腺功能、肿瘤标志物均未见明显异常。头颅MRI弥散加权像(DWI)序列:右侧顶叶多发微梗死灶(图1A)。头颅MRI* T2液体衰减反转恢复(FLAIR)序列可见两侧放射冠、额顶叶、双侧侧脑室周围白质病变(Fazekas 3级,图1B)。MRI血管成像(MRA)未见明显异常。心电图、脑电图

均正常。心电图:异位心律,心房颤动(AF),完全性右束支传导阻滞,T波改变(II、III、aVF、V3、V4、V5、V6)。动态心电图示:1. AF心律,其中心率≤40次/分共约1分8秒。R-R长间距共24次,时限2.0~2.6秒。2. 完全性右束支传导阻滞。3. T波改变。4. QRS碎裂波。初步诊断为可能的大脑淀粉样血管病(CAA)相关短暂性局灶性神经系统症状发作(TFNE)。入院后予阿司匹林抗血小板、他汀降脂及活血化瘀等治疗后仍有反复发作性左侧肢体麻木,症状与入院前相似。追问病史近期有记忆力减退,完善简易精神状态检查量表(MMSE)评分:18分(受教育程度:小学);蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分:21分。2022年7月5日复查头颅CT示右侧顶叶脑沟异常高信号(图2)。完善磁敏感加权成像(SWI)序列示顶叶脑沟内低信号(图3)。予停用抗血小板及活血药物,改为加巴喷丁后症状明显改善且未再发,2022年7月18日出院,随访1年未再发。

讨 论

CAA是指脑血管β-淀粉样蛋白病理性沉积^[1],主要影响皮质和软脑膜小动脉和微动脉的一种疾病^[2]。CAA的临床表现以脑出血、认知功能下降和TFNE为突出表现^[3]。14.5% CAA患者表现为TFNE,在无脑出血可能的CAA患者中,TFNE的发生率高达45%^[4-5]。CAA相关TFNE诊断为短暂性脑缺血发作(TIA)予抗血小板药物可致脑叶出血甚至死亡等严重后果,识别并深刻认识CAA相关TFNE具有重要临床意义。

基金项目:上海市卫生健康委员会科研课题(202040408、20204Y0022)

作者单位:200433 上海市杨浦区市东医院神经内科

通讯作者:钟萍,E-mail:zphgl@163.com

善病患临床症状,提高临床疗效,降低炎症和氧化应激反应。

参 考 文 献

- [1] 韩伟,潘艳静,李秀芳,等.干扰素γ、白介素-32及涎液化糖链抗原6水平检测在肺结核治疗转归中的评估作用[J].临床内科杂志,2023,40(2):92-95.
- [1] 张灿有,陈卉,张慧,等.2011~2020年全国65岁及以上老年人肺结核报告发病情况分析[J].中华疾病控制杂志,2022,26(11):1252-1258.
- [3] 马清艳,党萍,侯莉莉,等.肺结核耐药高危人群对异烟肼耐药的危险因素分析[J].中国医药,2022,17(11):1643-1646.
- [4] Choi SM, Lee PH, An MH, et al. N-acetylcysteine decreases lung inflammation and fibrosis by modulating ROS and Nrf2 in mice model exposed to particulate matter [J]. Immunopharmacol. Immunotoxicol, 2022, 44(6):832-837.
- [5] Panahi Y, Ghanei M, Rahimi M, et al. Evaluation of the efficacy and safety of N-acetylcysteine inhalation spray in controlling the symptoms of patients with COVID-19: An open-label randomized controlled clinical trial [J]. J Med Virol, 2023, 95(1):e28393.
- [6] 中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等.肺结核基层诊疗指南(2018年)[J].中华全科医师杂志,2019,18(8):709-717.
- [7] 陈倩倩,张洪森,杨永生,等.溴己新联合标准化疗方案治疗老年肺

结核临床疗效及对患者近期生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(18):4432-4435.

- [8] 方木通,杨倩婷,王仲元,等.病理组织中的病原学检查对结核病的诊断价值[J].中华传染病杂志,2021,39(2):92-96.
- [9] 奚莹唐,军乔瑞,君孙锋,等.249例老年肺结核患者耐药状况及产生耐多药的危险因素分析[J].中国防痨杂志,2021,43(6):636-641.
- [10] 陈红梅,余艳艳,方喆,等.中性粒细胞白细胞分化抗原64指数联合可溶性髓样细胞触发受体1对肺结核合并肺部细菌感染患者的诊断价值[J].中国医药,2021,16(10):1539-1542.
- [11] 戴勇,曾崎冈,段晨霞,等.小剂量糖皮质激素、N-乙酰半胱氨酸联合有氧抗阻康复疗法治疗特发性肺纤维化的临床疗效及对相关炎症介质表达的影响[J].实用医学杂志,2020,36(20):2856-2860.
- [12] 刘英彦,张民,崔剑,等.雾化吸入NAC溶液联合振动机械排痰治疗重型颅脑损伤后坠积性肺炎效果观察[J].山东医药,2020,60(11):62-64.
- [13] Npiktel E, Wnorowska U, Depciuch J, et al. N-acetyl-cysteine increases activity of peanut-shaped gold nanoparticles against biofilms formed by clinical strains of isolated from sputum of cystic fibrosis patients [J]. Infect Drug Resist, 2022, 15:851-871.

(收稿日期:2023-07-10)

(本文编辑:余晓曼)

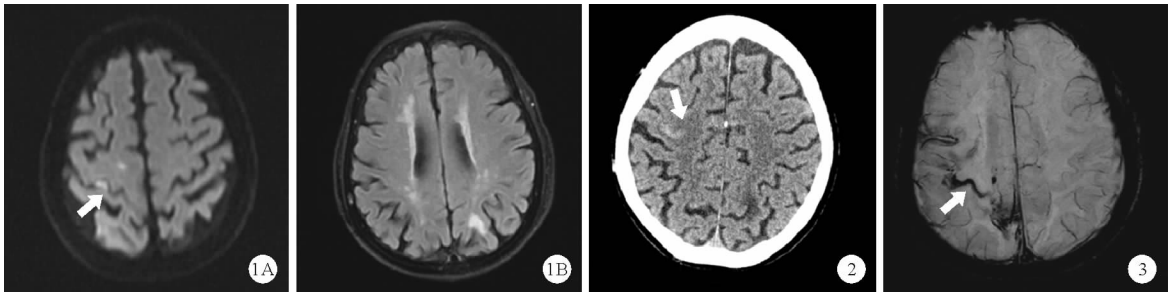


图1 2022年7月4日患者头颅MRI检查结果(A:DWI序列,梗死灶如箭头所示;B:FLAIR序列;横断面) 图2 2022年7月5日患者头颅CT复查结果(右侧顶叶脑沟异常高信号如箭头所示,横断面) 图3 2022年7月5日患者头颅MRI检查结果(SWI序列,顶叶脑沟内低信号如箭头所示,横断面)

CAA 相关 TFNE 为短暂的、反复出现的、刻板的局灶性神经系统症状,其发作持续时间通常在 30 min 以内。局灶性缺血症状可表现为运动觉、躯体感觉、视觉或语言功能障碍^[5]。症状可呈放射性,此外,放射性症状通常但并不总是逐渐扩散到相邻的身体部位。TFNE 临床症候群分为两组:52% 表现为阳性症状(包括口周或手部短暂性感觉异常),48% 表现为阴性症状(局灶性无力和言语障碍),25% 同时存在阳性症状和阴性症状。TFNE 患者中 20% 以下会出现肢体抽搐发作或短暂性视觉障碍(如视力模糊/丧失,闪烁或闪光和锯齿形状),Neurology 杂志较全面地总结了CAA相关TFNE的临床特征及诊断要点^[6]。

TFNE 影像学特点包括 CAA 最常见脑叶出血(ICH)、皮质微出血(CMBs)、白质病变和皮质微梗死^[7]。皮质表面铁沉积(cSS)/凸面蛛网膜下腔出血(cSAH)对CAA尤其CAA相关TFNE诊断具有重要作用。cSAH或cSS引起的皮质播散抑制是TFNE发病机制之一^[8]。CAA波士顿诊断标准2.0版将cSS纳为诊断标准之一,特异性(81.2%)不变的情况下,敏感度从89.5%提升到了94.7%^[9]。

TFNE 鉴别诊断包括:(1)TIA:本例患者以肢体麻木为突出表现,与TIA样发作极其类似,且存在AF,与TIA患者相比,CAA相关TFNE患者迁移症状更加突出^[10],尤其是感觉障碍。(2)偏头痛:TFNE可模拟偏头痛先兆,如头痛突然发作,霹雳样,位于额叶,严重程度逐渐增强,伴随恶心呕吐或阳性视觉现象^[11]。(3)感觉性癫痫发作:脑电图上可有癫痫样放电,TFNE大多表现为正常脑电图^[12]。

本例患者影像学表现具有多发散在白质病变,皮质微梗死,cSS,蛛网膜下腔出血,且除外伤、先天性动脉瘤、高血压、颅内肿瘤等SAH常见病因;其顶叶近皮层微出血灶数量较少,但D-二聚体正常,无明显血流瘀滞证据,亦无静脉性血栓形成危险因素,最终诊断为可能的CAA相关TFNE。Meta分析表明CAA相关TFNE患者ICH和cSS是死亡的主要危险因素^[10,13]。Van Etten等^[14]对316例CAA患者随访5年发现ICH再发率高达8.9%。CAA患者未来发生任何ICH的风险,其中存在cSS是无cSS的2倍,而散性cSS则是无cSS的4倍^[13-14]。

CAA 病程呈进行性发展,尚无特异性治疗方案,以控制血压、抗癫痫等对症支持治疗为主。目前CAA合并AF的报道日益增加^[15]。AF可增加缺血性卒中的风险,CAA预示高出血性风险。对既往有ICH以及高出血风险和高卒中风险的AF患者行左心耳闭合术(LAAC)具有有效性和安全性^[16-17]。LAAC可在不增加缺血性卒中风险的情况下作为口服抗凝剂的替代方案^[18]。对于合并多种基础疾病患者,未来更需要心脑血管多学

科共同协作制定最佳治疗策略,综合考虑病人危险-效益比。

参 考 文 献

- [1] Vinters HV. Cerebral amyloid angiopathy. A critical review [J]. Stroke, 1987, 18(2): 311-324.
- [2] Yamada M, Tsukagoshi H, Otomo E, et al. Cerebral amyloid angiopathy in the aged [J]. J Neurol, 1987, 234(6): 371-376.
- [3] Reimer JMB, Deodatis JA, Nguyen TKM, et al. [Cerebral amyloid angiopathy: an easily missed diagnosis in patients with transient neurological deficits] [J]. Ned Tijdschr Geneesk, 2021, 16(5): D5337.
- [4] Charidimou A, Boulouis G, Fotiadis P, et al. Acute convexity subarachnoid haemorrhage and cortical superficial siderosis in probable cerebral amyloid angiopathy without lobar haemorrhage [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2018, 89(4): 397-403.
- [5] Charidimou A, Peeters A, Fox Z, et al. Spectrum of Transient Focal Neurological Episodes in Cerebral Amyloid Angiopathy [J]. Stroke, 2012, 43(9): 2324-2330.
- [6] Smith EE, Charidimou A, Ayata C, et al. Cerebral Amyloid Angiopathy-Related Transient Focal Neurologic Episodes [J]. Neurology, 2021, 97(5): 231-238.
- [7] Yamada M. Cerebral Amyloid Angiopathy: Emerging Concepts [J]. J Stroke, 2015, 17(1): 17-30.
- [8] Raposo N, Calviere L, Cazzola V, et al. Cortical superficial siderosis and acute convexity subarachnoid hemorrhage in cerebral amyloid angiopathy [J]. Eur J Neurol, 2018, 25(2): 253-259.
- [9] Charidimou A, Boulouis G, Froesch MP, et al. The Boston criteria version 2.0 for cerebral amyloid angiopathy: a multicentre, retrospective, MRI-neuropathology diagnostic accuracy study [J]. Lancet Neurol, 2022, 21(8): 714-725.
- [10] Stanton JED, Chandratheva A, Wilson D, et al. Clinical features distinguish cerebral amyloid angiopathy-associated convexity subarachnoid haemorrhage from suspected TIA [J]. J Neurol, 2020, 267(1): 133-137.
- [11] Chowdhury D, Singh AS, Khwaja GA. Superficial siderosis presenting as chronic migraine: Rare presentation of a rare disease [J]. Ann Indian Acad Neurol, 2017, 20(1): 73-74.
- [12] Viguier A, Girardie P, Raposo N, et al. Teaching Video NeuroImages: Cerebral amyloid angiopathy-related transient focal neurologic episodes [J]. Neurology, 2018, 91(21): e2033-e2034.
- [13] Sanchez-Caro JM, de Lorenzo Martínez de Ubago I, de Celis Ruiz E, et al. Transient Focal Neurological Events in Cerebral Amyloid Angiopathy and the Long-term Risk of Intracerebral Hemorrhage and Death: A Systematic Review and Meta-analysis [J]. JAMA Neurol, 2022, 79(1): 38-47.
- [14] van Etten ES, Auriel E, Haley KE, et al. Incidence of symptomatic hemorrhage in patients with lobar microbleeds [J]. Stroke, 2014, 45(8): 2280-2285.
- [15] Schrag M, Mac Grory B, Nackenoff A, et al. Left Atrial Appendage Closure for Patients with Cerebral Amyloid Angiopathy and Atrial Fibrillation: the LAA-CAA Cohort [J]. Transl Stroke Res, 2021, 12(2): 259-265.
- [16] Horstmann S, Zugck C, Krumdorf U, et al. Left atrial appendage occlusion in atrial fibrillation after intracranial hemorrhage [J]. Neurology, 2014, 82(2): 135-138.
- [17] Seeger J, Bothner C, Dahme T, et al. Efficacy and safety of percutaneous left atrial appendage closure to prevent thromboembolic events in atrial fibrillation patients with high stroke and bleeding risk [J]. Clin Res Cardiol, 2016, 105(3): 225-229.
- [18] Schrag M, Mac Grory B, Nackenoff A, et al. Left Atrial Appendage Closure for Patients with Cerebral Amyloid Angiopathy and Atrial Fibrillation: the LAA-CAA Cohort [J]. Transl Stroke Res, 2021, 12(2): 259-265.

(收稿日期:2023-07-17)

(本文编辑:高婷)