

DOI: 10.55111/j.issn2709-1961.20240801037

· 编委有约 学术专栏 ·
中西医结合脑病护理专栏

1例急性脑梗死致偏侧舞蹈症的溶栓治疗和护理体会

肖周华, 姚卫灵, 王欣

(北京中医药大学深圳医院(龙岗), 广东 深圳, 518172)

摘要: 脑血管病致偏侧舞蹈症临床少见, 若诊治不当可能延误治疗, 加重病情。急性脑梗死并发偏侧舞蹈除静脉溶栓治疗外, 还应密切观察患者生命体征, 做好安全防护, 防止跌倒、疾病复发等不良事件。

关键词: 急性脑梗死; 偏侧舞蹈症; 静脉溶栓治疗; 康复训练

中图分类号: R 473.74 **文献标志码:** A **文章编号:** 2709-1961(2024)07-0063-04



第一作者: 肖周华

Thrombolytic therapy and nursing management of a patient with hemichorea-hemiballismus caused by acute cerebral infarction

XIAO Zhouhua, YAO Weiling, WANG Xin

(Shenzhen Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Shenzhen, Guangdong, 518172)

ABSTRACT: Hemichorea-hemiballismus caused by cerebrovascular disease has been reported in many literatures, but it is rare in clinic. It is necessary to enhance the vigilance of clinicians. Based on the intravenous thrombolytic therapy, a comprehensive nursing plan including vital signs monitoring, safe protection, and prevention of fall and disease recurrence should be carried out to improve the curative effect and prognosis of such patients.

KEY WORDS: acute cerebral infarction; hemichorea-hemiballismus; intravenous thrombolysis; rehabilitation training

偏侧舞蹈症根据舞蹈症(hemichorea)和偏身活动障碍(hemiballismus)两者之间的条件重合, 一般使用偏侧舞蹈症(HCHB)这一术语表达, 主要表现为局限于一侧上下肢及面部不自主、随机的、无规则、无目的的动作^[1-2]。

继发性舞蹈症多与药理学、代谢、自身免疫性疾病或副肿瘤综合征等相关^[3]。偏侧舞蹈症更多见于系统性红斑狼疮、结节性硬化症、脑血管病、高渗性非酮症性高血糖症、威尔逊氏病和甲状腺毒症等^[4], 其中脑血管病和高血糖症临床报道较

多^[5]。急性脑血管病较少表现为偏侧舞蹈症, 其发生率约占急性脑血管病的0.67%^[1], 而脑梗死出现偏侧舞蹈症的发生率则更低。

偏侧舞蹈症的病因病机多认为与基底节有关, 但其基底节以外的相关病例报告则提示其病因病机仍有一定的不确定性。脑梗死引起的偏侧舞蹈症不属于脑卒中的常见症状, 临床上诊断困难, 难以进入卒中绿色通道获得静脉溶栓治疗的时机^[6]。临床上即使诊断为脑梗死, 也可能因为美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分过低

收稿日期: 2024-05-23

基金项目: 深圳市龙岗区科技创新局项目(LGKCYLWS2020077);

深圳市“医疗卫生三名工程”项目资助(SZZYSM202105010)

第一作者简介: 肖周华, 硕士研究生, 主治医师。研究方向: 头痛、失眠、脑血管疾病方向,

通信作者: 王欣, E-mail: 54856992@qq.com

OPEN ACCESS

<http://www.zxyjhhl.hk>

而被认为是轻型卒中,但其症状对患者的影响并不比肢体麻木、乏力小,部分患者可能转变为难治性偏侧舞蹈症,严重影响患者的生活。

1 临床资料

患者男性,77岁,因“右侧肢体不自主运动1小时余。”于2020年7月30日10:21入住本院脑病科。现病史:患者约08:40休息时突发右侧肢体不自主运动,表现为持续性右侧无目的,不受控制的,无规则的舞蹈样动作,伴头部昏沉不适。既往史:“甲状腺功能减退症”病史1年。个人史、婚育史、家族史无特殊。体格检查:右侧肢体不自主运动。洼田饮水试验:1级。NIHSS评分:0分。辅助检查:急查颅脑CT、指尖血糖、血常规、CRP、术前四项、葡萄糖、肝肾功、电解质未见明显异常。凝血检查:凝血酶原活动度127%。溶栓后复查血常规、尿常规、大便常规、CRP、血浆脂蛋白磷脂酶、血同型半胱氨酸、心肌酶、肝肾功、抗心磷脂抗体、肿瘤八项、电解质、葡萄糖未见明显异常。凝血:D-二聚体1.12 ug/mL;血脂:低密度脂蛋白胆固醇3.92 mmol/L,总胆固醇5.39 mmol/L,甘油三酯2.38 mmol/L;甲功五项:促甲状腺素5.64 mIU/L。溶栓后颅脑DWI未见明显梗死灶;双下肢动静脉彩超、胸片、腹部彩超、泌尿系彩超未见明显异常。颅脑MRI平扫+MRA示:①脑内多发缺血、变性灶;②右侧大脑前动脉A1段、左侧大脑中动脉M1段局部狭窄。颈部血管+心脏彩超示:①动脉硬化,升主动脉稍宽、主动脉瓣轻度反流(考虑主动脉瓣退变);②左室舒张功能减低,左室整体收缩功能正常;③双侧颈动脉内中膜增厚伴斑块形成(多发)。甲状腺彩超示:甲状腺回声稍粗、血流信号稀疏。

患者无溶栓禁忌,体质量75 Kg,给予阿替普酶总量40 mg,先给予4 mg静脉推注,余36 mg在60 min内静脉滴注(11:04开始,12:04结束)。溶栓治疗结束后继续给予营养神经,改善循环,抗聚,调脂治疗。溶栓2小时后患者偏侧舞蹈症基本缓解,24 h症状消失。第3天昏沉感消失,无其他明显不适。溶栓第4天出院,出院后2个月随访症状未复发。

2 护理

脑血管病致偏侧舞蹈症患者的护理主要包括:①病情观察。护理人员定期观察患者意识、瞳

孔变化,发现病情变化及时通知医生处理。脑血管病急性期应绝对卧床休息,保持稳定的情绪,预防复发。②呼吸管理。保持呼吸道通畅,预防误吸。③安全防护。日常生活用品放置在便于拿取的位置;若需下床行走,应设专人陪同,站稳后行走或采用辅助工具,避免大幅度动作。④康复训练。护理人员指导患者早期开展患侧肢体的被动运动和功能锻炼,制定个性化训练计划,逐步恢复患侧功能。⑤心理护理。患者病情稳定后给予情绪上的支持,帮助患者树立信心,缓解患者的负性情绪,提高治疗依从性。

3 讨论

3.1 诊断治疗分析

患者为老年男性,属于脑血管病高发人群,起病突然,症状持续性,治疗前颅脑CT未见明显异常,临床判断排除感染、中毒、高血糖性等代谢相关疾病,诊断考虑急性脑梗死。溶栓后颅脑DWI未见梗死灶,患者症状持续超过24 h,从发病至溶栓治疗间隔为2 h24 min,治疗后颅脑DWI未见明显异常,考虑为静脉溶栓效果。颅脑MRA提示右侧大脑前动脉A1段、左侧大脑中动脉M1段局部狭窄,进一步支持急性脑梗死的诊断。

研究^[7-9]表明在舞蹈病的病因中,西德纳姆舞蹈病约占50%,亨廷顿舞蹈病约20%,脑血管病占第三位,对于突发的、偏侧的舞蹈病,除非有其他疾病的证据否则应该考虑血管源性疾病。在运动障碍专题集运动障碍的急诊处理文章中关于急性舞蹈病的病因考虑缺血性卒中排在首位^[10]。由此可见,对于突发的偏侧舞蹈症患者,在初步排除感染、中毒、高血糖性等代谢相关疾病的情况下考虑血管源性疾病走卒中绿色通道,符合条件的患者果断静脉溶栓治疗是合理的。

3.2 急性脑血管病与偏侧舞蹈症

研究^[11]认为急性脑血管病发生偏侧舞蹈症与纹状体内神经递质失衡有关,其病理生理与基底节有直接或间接的关系,主要通路包括皮质-纹状体-苍白球-丘脑-皮质环,原则上病变波及环路的任一部分均可能诱发偏侧舞蹈症。直接通路损伤抑制丘脑,促进不自主运动;间接通路包括外苍白球和丘脑底核等。丘脑底核破坏可导致苍白球内侧部、黑质、网状部复合体的活动降低,从而产生不自主运动。临床上基底节病变选择性损伤尾状核、壳核、丘脑底核而不累及苍白球-黑质通

路,锥体束亦无明显损害时,则表现为偏侧舞蹈症。

余小云^[12]在其报道的脑血管病致偏侧舞蹈症的16例患者中其MRI图像显示病变部位在尾状核6例(37.5%),丘脑6例(37.5%),壳核1例(6.25%),3例短暂性脑缺血发作。姜季委等^[13]报道了1例额叶皮质微小梗死灶所致偏侧舞蹈症;国外也有许多额叶、枕叶、顶叶、岛叶等皮质梗死致偏侧舞蹈病例的报道^[14-16];以及小脑病变致偏侧舞蹈症的报道^[17]。

研究^[18]表明偏侧舞蹈症一般由对侧丘脑底核及临近组织结构引起,但也有少数同侧病变引起,其病理生理学尚不清楚。同侧偏侧舞蹈症是一种罕见的发生于同侧脑损伤的偏侧舞蹈症。Narasinga等^[19]描述了1个术后同侧偏侧舞蹈症,并认为占优势的左半球通过胼胝体与右侧基底节连接是最可能的解释。Moersch等^[20]报告了2例在丘脑底核的孤立性缺血性病变引起的同侧偏侧舞蹈症;Borghain等^[21]描述了继发于孤立纹状体出血的同侧偏侧舞蹈症。因此,并不是所有并发偏侧舞蹈症的脑血管病患者都符合基底神经节和脑干神经核团的神经解剖定位,同侧病变引起的偏侧舞蹈症和小脑部位病灶都应考虑在范围内。皮质区病变引起的偏侧舞蹈症的病理生理目前也存在较多可能的假设:有认为皮质区病变对偏侧舞蹈症的发病机制有独立的贡献^[20];有认为任何发生在皮质到脑干运动系统的卒中,无论病因分型或病变大小均可出现卒中后不自主运动^[4];有认为因为大脑皮层提供兴奋性刺激基底神经节,皮质类固醇纤维(在顶叶皮质)的病变可能破坏基底神经节回路的平衡^[22];也有认为皮层损伤时可能与丘脑底区低灌注有关^[16,22]。笔者认为对于其解剖位置不能用目前发病机制完全解释的病例可能与神经功能有关。有研究^[23]通过对29例偏侧舞蹈症患者进行回顾性分析,并将每个病灶体积映射到一个参考大脑上通过相关技术检测这些病变是否属于同一功能网络,虽然其解剖位置不均一,但至少90%的病变在后外侧壳核有网状重叠。新技术的发展,病例的收集分析有利于进一步认识疾病病理生理。

3.3 溶栓标准分析和临床实践探讨

偏侧舞蹈症的病因复杂导致难以第一时间做出精确判断,延迟了治疗时机,增加了静脉溶栓的难度。在诸多脑血管病导致的偏侧舞蹈症的文献

报道中,治疗方案多为脑血管病的基础治疗加多巴胺受体阻滞剂(氟哌啶醇、奋乃静、氯丙嗪等)^[13];GABA受体增强剂氯硝西泮(硝基安定)等;抗精神病药,丙戊酸,托吡酯、加巴喷丁等药物治疗^[24];也有川芎嗪用于相关症状治疗有效的报道^[25]。药物治疗无效的,可能需要进行苍白球切除术、丘脑切除术或脑深部切除术^[17]或深部脑刺激治疗,如有研究^[26]报道的1例苍白球的脑电刺激治疗顽固性偏侧舞蹈症,但可能产生不良反应。偏侧舞蹈症对患者生活的影响并不低于肢体麻木乏力带来的影响,部分脑卒中引起的偏侧舞蹈症会转变为难治性偏侧舞蹈症。但此类患者不在NIHSS评分系统范围内,其评分结果为0分,根据美国及中国最新的急性缺血性脑卒中诊治指南可判定为轻型卒中,原则上不提倡积极静脉溶栓治疗,这在较大程度上影响此类患者的静脉溶栓治疗率,影响此类患者临床疗效。

急性脑梗死严重危害人们健康和生命安全,肢体瘫痪、感觉障碍等是脑血管病患者常见并发症,偏侧舞蹈症发生率较低。急性脑梗死并发偏侧舞蹈症除给予脑血管常规治疗外,还应密切观察患者生命体征,做好安全防护,防止跌倒、疾病复发等不良事件。本例患者经过积极的溶栓治疗,预后较好,考虑与微循环改善,神经功能恢复平稳有关。急性脑梗死并发偏侧舞蹈症发病机制尚有待进一步探讨。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] SHRESTHA P, ADHIKARI J, POUDEL D, et al. Cortical hemiballism: a case of hemiballismus associated with parietal lobe infarct[J]. *N Am J Med Sci*, 2015, 7(12): 572-574.
- [2] COSENTINO C, TORRES L, NUNEZ Y, et al. Hemichorea/hemiballism associated with hyperglycemia: report of 20 cases[J]. *Tremor Other Hyperkinet Mov*, 2016, 6: 402.
- [3] FEINSTEIN E, WALKER R. Treatment of secondary chorea: a review of the current literature[J]. *Tremor Other Hyperkinet Mov*, 2020, 10: 22.
- [4] PADMANABHAN S, ZAGAMI A S, POYNTEN A M. A case of hemichorea-hemiballismus due to

- nonketotic hyperglycemia[J]. *Diabetes Care*, 2013, 36(4): e55-6.
- [5] COTRONEO M, CIACCIARELLI A, COSENZA D, et al. Hemiballism: Unusual clinical manifestation in three patients with frontoparietal infarct [J]. *Clin Neurol Neurosurg*, 2020, 188: 105612.
- [6] DISSEROL C, ALENCAR B, PARMERA J, et al. Teaching Video NeuroImages: Acute hemichorea-hemiballism reverted after IV thrombolysis [J]. *Neurology*, 2020, 94(1): e121-e122.
- [7] MENDES M F, DE ANDRADE L A, FERRAZ H B. Chorea: clinical analysis of 119 cases [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 1996, 54(3): 419-427.
- [8] SETHI K D, NICHOLS F T, YAGHMAI F. Generalized chorea due to basal Ganglia lacunar infarcts [J]. *Mov Disord*, 1987, 2(1): 61-66.
- [9] HERNANDEZ FUSTES O J, PUPPI MUNHOZ R, ARTEAGA RODRIGUEZ C, et al. Chorea as the first manifestation of cerebral infarction [J]. *Cureus*, 2020, 12(3): e7384.
- [10] COSSU G, COLOSIMO C. Hyperkinetic movement disorder emergencies [J]. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2017, 17(1): 6.
- [11] PINSKER J E, SHALILEH K, ROOKS V J, et al. Hemichorea-hemiballism secondary to non-ketotic hyperglycemia [J]. *J Clin Med Res*, 2015, 7(9): 729-730.
- [12] 余小云. 急性脑血管病致偏侧舞蹈症 16 例临床分析 [J]. *脑与神经疾病杂志*, 2017, 25(4): 231-234.
SHE X Y. The clinical analysis of 16 hemichorea patients caused by acute cerebrovascular disease [J]. *J Brain Nerv Dis*, 2017, 25(4): 231-234. (in Chinese)
- [13] 姜季委, 王继蕊, 李娇, 等. 额叶皮质微小梗死灶所致偏侧舞蹈症一例 [J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51(4): 299-301.
JIANG J W, WANG J R, LI J, et al. A case of hemichorea caused by micro infarction in frontal cortex [J]. *Chin J Neurol*, 2018, 51(4): 299-301. (in Chinese)
- [14] HWANG K J, HONG I K, AHN T B, et al. Cortical hemichorea-hemiballism [J]. *J Neurol*, 2013, 260(12): 2986-2992.
- [15] KWON D Y. Movement disorders following cerebrovascular lesions: etiology, treatment options and prognosis [J]. *J Mov Disord*, 2016, 9(2): 63-70.
- [16] GANAPA S V, RAMANI M D, EBUNLOMO O O, et al. Treatment of persistent hemiballism with deep brain stimulation of the globus pallidus internus: case report and literature review [J]. *World Neurosurg*, 2019, 132: 368-370.
- [17] POSTUMA R B, LANG A E. Hemiballism: revisiting a classic disorder [J]. *Lancet Neurol*, 2003, 2(11): 661-668.
- [18] QI X, YAN Y Y, GAO Y, et al. Hemichorea associated with non-ketotic hyperglycaemia: a case report [J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2012, 95(1): e1-3.
- [19] KANNEPALLI N R, YADAV R, VAZHAYIL V, et al. Ipsilateral hemichorea-hemiballism in a case of postoperative stroke [J]. *Tremor Other Hyperkinet Mov*, 2016, 6: 359.
- [20] MOERSCH, FREDERICK P. HEMIBALLISMUS [J]. *Arch Neurol Psychiatry*, 1939, 41(2): 365.
- [21] BORGHAIN R, SINGH A K, THADANI R, et al. Hemiballismus due to an ipsilateral striatal haemorrhage: an unusual localization [J]. *J Neurol Sci*, 1995, 130(1): 22-24.
- [22] PATEL A R, PATEL A R, DESAI S. Acute hemiballismus as the presenting feature of parietal lobe infarction [J]. *Cureus*, 2019, 11(5): e4675.
- [23] LAGANIERE S, BOES A D, FOX M D. Network localization of hemichorea-hemiballismus [J]. *Neurology*, 2016, 86(23): 2187-2195.
- [24] ONDER H. Hemichorea-hemiballismus in the setting of posterolateral putaminal lesion and treatment with topiramate [J]. *J Neurol Sci*, 2017, 375: 388-389.
- [25] SITBURANA O, ONDO W G. Tetrabenazine for hyperglycemic-induced hemichorea-hemiballismus [J]. *Mov Disord*, 2006, 21(11): 2023-2025.
- [26] MULDER A E P, LEENTJENS A F G, SCHRUIERS K, et al. Choreatic side effects of deep brain stimulation of the anteromedial subthalamic nucleus for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder [J]. *World Neurosurg*, 2017, 104: 1048. e9-1041048. e13.