

胼胝体病变引发失用症 1 例临床分析

陈巍

[摘要] 目的 分析胼胝体损害的临床表现。方法 对 1 例胼胝体多发性腔隙性梗死患者的临床表现进行分析。结果与结论 该患者的主要临床表现为:左侧肢体观念运动性失用、运动开始困难征、左上肢拮抗性失用、左侧肢体画图不能,康复训练效果好。

[关键词] 胼胝体病变;失用症

Clinical feature of a case with corpus callosum infarct CHEN Wei. Center of Hemiplegia Rehabilitation, Beijing Charity Hospital, Beijing 100077, China

[Abstract] **Objective** To explore the clinical feature of the impairment of the corpus callosum. **Methods** The clinical feature of a case with corpus callosum infarct was retrospectively analysed. **Results and Conclusions** The major clinical feature including: left lateral limb ideomotor apraxia, initial motion difficulty, left upper limb diagnostic apraxia, left lateral limb drawing difficulty.

[Key words] corpus callosum; apraxia

中图分类号:R749.1 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2003)05-0318-02

1 病历摘要

患者男性,46岁,右利手。主因“左侧肢体活动不灵活 20 余天”收入我院。患者 20 天前无明显诱因出现左下肢无力,尚能行走,当时血压为 170/100 mmHg。头颅 CT 示:多发性脑梗死。给予活血化瘀、溶栓及营养脑细胞等药物治疗,具体用量不详。发病第 2 天,出现左下肢无力加重,左上肢抓东西不放,饮水呛咳,但无意识障碍、无恶心呕吐及肢体抽搐等症状。治疗 20 余天来我院。既往高血压病史 2—3 年。吸烟史 20 余年,平均 40 支/日。初中文化,无特殊爱好。神经系统检查:神清、语稍欠利,有停顿,但可正常交流。注意力不集中,近期记忆稍差,计算力正常,思维理解力正常。颅神经检查:左侧鼻唇沟稍浅,伸舌稍欠充分,右咽反射减弱,余颅神经未见异常。左右肌张力对称正常。双侧肌力均为 V 级。左侧肢体浅感觉稍减退,左侧肌腱反射稍活跃。指鼻试验和跟膝胫试验均正常。患者强握反射及摸索现象极明显。双侧病理征未引出。肢体功能检查:Brunnstrom 功能分级:左上肢为 6⁻级,左下肢为 5 级,以运动速度稍慢为主要表现。手指功能灵活性稍差,手的实用性判定为实用手 B。患者左侧上下肢体活动功能尚好,能独立翻身,但起坐困难,可行走,有轻度起步困难,需人辅助,步基宽,步态异常。饮食、二便正常。辅助检查:MRI 示:多发性腔隙性脑梗死。胼胝体的膝、体交界处有 0.5 mm 和体、压部交界处有 0.6—0.8 mm 长 T₁ 和长 T₂ 信号。

利用洛文斯顿作业疗法用认知评定成套测验 (LOTCA)^[1]、简易精神状态检查表 (MMSE)^[2]、老年认知成套量表^[3]、标准高级动作性检查^[4]、听写、临摹图形、Albert 画线检查^[5]、步行能力检查^[6]等方法详细检查,患者出现以下失用表现:①注意力不集中,近记忆力稍差;②左上肢观念运动性失用:在单手模仿动作或执行口头指令时,右手基本正常,但左手动作有错误、不灵活或不动,在同时作双手动作,如模仿开车、点烟和弹钢琴等动作时,左手动作迟缓或不动;画图时右手正常,左手不能准确临摹图形或画图;平面图形结构差;③步态异常:左侧肢体运动障碍较轻,左上肢表现为运动速度慢,手指运动笨拙。下肢始动性差,步态稍欠稳,步基稍宽,步态稍满跚。左下肢步行时有明显的起步困难。④左上肢拮抗性失用:左上肢有强握现象,越想放下手里的物品,左手抓得越紧;摸索反射强阳性,无论在作什么,左手经常不自主地捻辘左侧衣角,右手放东西时,左手有不自主地抓自己的衣角,或把左手放在衣袋里,或去抓右手中的物品等;双上肢不能交叉上举,轮替试验时,左手呈持续状态;⑤左手有轻度失写,右手书写正常;⑥空间忽略检查未见明显异常。抹消试验正常,Albert 画线正常,临摹整体图形正常。

康复训练:给予精细动作、协调性等训练。使患肢分离运动更加充分,提高患肢负重能力,纠正异常步态。康复治疗 1.5 月后,拮抗性失用基本消失,步行自如,强握及摸索现象消失,左手干扰右手情况消失,只是双手同时动作时,左手仍有轻度障碍。步态基本正常,出院时除了步基稍宽外,生活基本自理。

2 讨论

胼胝体是联系双侧大脑半球的重要神经纤维组

作者单位:100077 北京市,北京博爱医院偏瘫中心。作者简介:陈巍(1964-),女,辽宁开原市人,副主任医师,主要研究方向:认知功能障碍及神经康复。

织,胼胝体前 1/3 部分走行的是与运动及语言中枢相关的纤维,中 1/3 走行的纤维与立体觉的皮质中枢、运动觉、深部感觉及听觉、视觉相关。包括胼胝体压部在内的后 1/3 走行的纤维与视觉、听觉相关^[7]。Bykovs 等也通过动物实验证明,高级触觉信息经由胼胝体来完成^[7]。Ironsides 等认为,胼胝体具有联合观念的功能^[7]。胼胝体因损伤的部位不同会出现不同的临床表现:左手观念运动性失用、左手失写、左手触觉性命名障碍、知觉的半球间传递障碍、左手拮抗性失用、不能把右手中的物品放在左手中、器具的强迫使用、左手强制抓握、强制摸索、语言和运动离断、语言和时间空间离断、左右不能执行命令等^[7,8]。其中左手观念运动性失用是最常见的症状,一般不伴有认知功能障碍。

右侧顶叶缘上回(40 区)的皮质或皮质下的病变及胼胝体病变时均可引起左上肢观念运动性失用^[9]。观念运动性失用(ideomotor apraxia)是指:虽然对运动行为的概念或观念都充分保留,却不能按模仿动作和命令动作的意识性企图进行行为的症状^[10]。Geschwind 认为,胼胝体病变引起的左上肢观念运动性失用属联合障碍,左手在按口头命令作模仿动作时,口头指令在 Heschl 区(即 Wernicke 区)作为听觉联合皮质阶段被解读,然后将信息传递至左半球的运动前区皮质(第 6 区),从第 6 区发出的信息通过胼胝体的介导传递给右半球运动区。导致失用的关键因素是胼胝体体部前端纤维的中断^[11]。与本病例相符合。

拮抗性失用(diagonistic apraxia)是非常罕见的症状,其定义为:在同时使用双手时,两手的作用相互独立和对立,即一只手作目的性运动时,另一只手加以阻止的运动模式^[7],是双手的对立性观念性运动的体现。拮抗性失用发病机制:因胼胝体离断,失去了优势半球对右半球的控制,而使右半球的运动调节机制造成一过性不稳定。责任病灶考虑在胼胝体的膝部和体部交界处附近^[12]。本例患者除胼胝体的两处病灶外,未见其他病灶,与此相符。拮抗性失用多为一过性^[13]。本例经过 2 个月的康复训练,上述症状基本消失。

胼胝体引起的步态异常表现为:步幅小,失平衡,无上肢摆动,体干转动小,步基宽,始动性差^[14]。本病例无锥体束征的症状,无运动麻痹、肌张力异常和不随意运动等障碍,亦无运动忽视,却表现上述类似额叶损害的步态症状。这是由于胼胝体体部前端通过的是联系双侧大脑额叶的辐射纤维,胼胝体前部梗死导致胼胝体到额叶皮质的传导通路受到损害,从而造成胼胝体前部失联系综合征,步态异常是其最常见的临床表现之一^[14]。

一侧性失用总是与左手失写紧密相连,损伤的部

位是胼胝体压部的前面, Liepmann 认为,它是因胼胝体损伤,使从左感觉运动区向右半球的运动执行区的传导障碍所致^[15]。实际上其他的损害伴胼胝体的损害较多见。但本例患者无失写,却有左手绘图困难。这是否与胼胝体体部后面联系纤维中断,而使左视觉成象不能传递有关,还有待进一步深入研究和探讨。

致谢:朱镛连教授和张通教授对本文提出了许多宝贵的意见和建议,在此表示感谢。

[参考文献]

- [1] 恽晓平,郭华珍,陈巍.洛文斯顿作业疗法用认知评定成套测验的应用研究[J].中国康复理论与实践,1999,5(3):110-113,120.
- [2] 缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[J].北京:华夏出版社,1996.42-71.
- [3] 洪伟,龚耀先.老年认知功能量表手册[Z].湖南医科大学,1988.
- [4] 板东充秋.失行的评价法.高级脑機能障害のリハビリテーション[J].J Clin Rehab,1995,(别册):154-161.
- [5] 石合纯夫.视空间認知障害の評価法.高级脑機能障害のリハビリテーション[J].J Clin Rehab,1995,(别册):135-141.
- [6] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范(上册)[M].北京:华夏出版社,1998.37-38.
- [7] 山鳥重.半球離症状群.神经心理学入門[M].第2刷.东京:医学書院,1991年.307-325.
- [8] 野飼千津子,能登谷晶子,内山尚之.脳外傷により callosal disconnection を呈した1例[J].失語症研究,2001,21(3):216-221.
- [9] 沈鼎烈,徐越,傅雅各,等.神经系统疾病诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1980.411.
- [10] 渡边俊三,寺田光德.失行症[M].东京:医学書院,1984.100-103.
- [11] Geschwind N. The apraxias [A]. In: Strauss EW, Grittith RM. Phenomenology of will and Action [C]. Pittsburgh: Durguesne University Press, 1967.
- [12] 鄭秀明,相馬芳明,内山真一郎,等.腦梁病変による觀念失行を伴わない拮抗失行[J].臨床神経学,1999,33(5):556-558.
- [13] 福井俊哉,遠藤邦彦,杉下守弘,等.失書を伴わない左手觀念運動失行,左手拮抗失行,左手間欠性運動開始困難症を伴った腦梁損傷の1例[J].臨床神経学,1987,8:1073-1080.
- [14] Giroud M, Dumas R. Clinical and topographical range of callosal infarction; a clinical and radiological correlation study [J]. J Neuro Neurosurg Psych, 1995, 59: 238-242.
- [15] 渡边俊三,寺田光德.失行症[M].东京:医学書院,1984.103-109.

(收稿日期:2003-02-10)