DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.03.028

Foville氏综合征1例报告

屠永华 洪 军* （西南医院 神经科）

Foville氏综合征亦称脑桥内侧症候群，此综合征典型的临床表现少见[1][2]。我们曾收治1例经核磁共振（MRI）检查证实，现报告如下。

张××，男，56岁，干部。住院号34584。1986年6月17日工作中突感头晕伴一过性耳鸣，头重脚轻，行走时双下肢如踩棉花感。无头痛、恶心呕吐、视物旋转的症状，当时尚能步行回家。次日感四肢麻木，持续性头昏头晕，以椎-基底动脉供血不足收入院。

体检

血压12.0/8.00 kPa，脉搏64次/min，心肺听诊无异常。神经系统检查未见阳性体征。眼底视网膜动脉变细，反光增强，动静脉交叉处有压迫现象。

住院经过

6月19日出现复视，向左侧注视时明显，同时感右侧肢体无力，行走不稳。当时检查发现左眼外展受限，其余颅神经未见异常。右侧肢体肌力4级，肌张力增高，共济运动正常。右侧痛触觉减退，右侧腱反射活跃，病理征（－）。

辅助检查

血、尿常规正常，血沉18 mm/h，胆固醇4.1 mmol/L(159mg)、甘油三脂2.1mmol/L(194mg)、β-脂蛋白3.13g/L (313mg)。脑电图正常，脑血流图正常。颈椎片示颈5、6、7骨质增生，胸片示主动脉弓增宽。7月1日查脑脊液压力2.06kPa，常规、生化正常。头部CT正常。7月7日头部MRI检查所见：横断面扫描，桥脑腹侧偏左有一形态不规整的高信号区，边界不清，第四脑室未有受压移位。再行矢状面扫描桥脑段内部可见一高信号区，大小约6.0×8.0mm²，脑干无膨胀，脑室无扩大，幕上未见异常，MRI诊断桥脑内侧梗塞。

治疗经过

经用低分子右旋糖酐，复方丹参注射液，维脑路通等中西医结合治疗。患者仅有头昏，复视，检查左眼外展不完全。头晕，一过性耳鸣，头重脚轻，行走时两下肢如踩棉花感的症状消失。右侧肢体肌力，右侧痛触觉均恢复正常。8月21日复查MRI病变范围缩小到3.0～4.0mm²。

讨 论

Foville氏综合征临床特点是病灶侧外展神经麻痹，对侧肢体轻瘫或伴有轻度感觉障碍。本例主要症状和体征有突发眩晕，头重脚轻，行走时如踩棉花感，进行性复视。检查发现左外展神经麻痹，右侧肢体肌力弱，轻度痛触觉减退，其他神经系统未见异常。经MRI检查证实桥脑下腹面内侧区可见梗塞病灶，诊断Foville氏综合征可以肯定。

本综合征以血管病最为常见，主要是旁中央动脉梗塞的症状和体征。由于本例早期的症状是突发眩晕，耳鸣，头重脚轻。这是由于内听动脉供血障碍，有时可作为椎-基底动脉系统疾病的早期信号，这是因为内听动脉供应区侧支循环较差的缘故。但脑干缺血的核心部位在桥脑内下，所以病变同侧外展神经麻痹而出现复视，对侧肢体轻瘫，这是因为旁中央动脉梗塞后，此区外展神经脑内根丝和皮质脊髓同时受累有关。病变对侧肢体轻度感觉障碍，由于旁中央动脉供应范围较大，内侧血系、三叉血系和脊髓血系亦包括在内常与其他动脉往往重叠供应。若此区域动脉梗塞就有可能出现偏身感觉障碍，但症状轻微，常常容易恢复。

Foville氏综合征应与脑桥外侧综合征（Millard-Gubler syndrome）相鉴别。由于脑桥外侧综合征病变位于桥脑腹外侧部，即与延髓交界附近的病变引起外展神经与面神经核或其根丝的损害，同时损害了锥体束。故临床表现为病变侧外展神经和面神经同时麻痹伴对侧肢体瘫痪，两者鉴别不难。

参 考 文 献

1. 陈龙华，等。磁共振成象诊断脑梗塞的初步体会。中风与神经疾病杂志 1988；1：1

2. 程百学，等。脑干血管病10例报告。中风与神经疾病杂志 1988；34：1

3. Skriver EB,et al.Neurodiology 1981:22:61～65

*第一军医大学一院神经科

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net