

糖尿病舞蹈症6 例临床分析

郭志男 孙贤桢

(山东省青岛市平度市人民医院 平度 266700)

摘要:目的:探讨非酮症性高血糖伴舞蹈症的临床表现、发病机制、影像学改变及预后,防止误诊。方法:回顾性分析 6 例非酮症性高血糖合并舞蹈症患者的临床资料,并参考相关文献。结果:6 例均为血糖控制不佳的糖尿病患者,女性多见,发病时血糖 18.2~31.5 mmol/L,尿酮体多为阴性。舞蹈样症状累及患者的单侧或双侧肢体或面部。影像学表现:早期 CT 表现为尾状核、壳核和(或)苍白球的高密度影像,无水肿表现,磁共振 T1 像为病灶部位的片状高信号,T2 像则表现为低信号或等信号,无水肿征象。结论:非酮症性高血糖合并舞蹈症临床少见,特别是双侧舞蹈症,在控制血糖的基础上,应用氟哌啶醇、氯硝安定等治疗效果较好。

关键词:非酮症性高血糖;偏侧舞蹈症;发病机制;影像学表现

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.05.030

非酮症性高血糖多发生于有多年糖尿病病史而血糖未能控制良好的老年女性病人,多表现为单侧肢体及面部的舞蹈样症状,双侧舞蹈症比较少见。现将我院收治的 6 例非酮症性高血糖合并舞蹈症病例,结合参考文献对其发病机制、临床表现、影像学特点、治疗及预后进行分析总结。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 6 例患者中,年龄 47~75 岁,男 1 例,女 5 例,糖尿病病史 2~17 年,所有患者均符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准^[1],伴高血压 4 例,高血脂 5 例。所有患者均无舞蹈病家族史,均排除肝豆状核变性、脑梗死、类风湿疾病、甲亢、中毒及全身性疾病所致的舞蹈病。

1.2 临床表现 6 例患者中亚急性起病 1 例,急性起病 5 例。所有患者均在清醒时症状出现,睡眠时症状消失。其中偏侧舞蹈 5 例,双侧舞蹈 1 例。查体:患侧肢体肌张力降低,肌力正常,病理征(-),脑膜刺激征(-)。

1.3 实验室检查 血糖 18.2~31.5 mmol/L; 尿糖(-)~(+++),尿酮体(-)~(±),血常规、肝功能、肾功能、电解质、血清酶、甲状腺指标、类风湿检查均正常。

1.4 影像学检查 6 例患者均行 CT 检查,4 例示舞蹈症状对侧的基底节区高密度影,无水肿表现,2 例示双侧基底节区呈高密度影,无水肿表现。3 例做 MRI 检查,T1 像为病变部位高信号,T2 像表现为低信号或等信号,无水肿征象。5 例患者症状改善 1 个月后复查头 CT 示基底节区高密度影减弱或消失,1 例未复诊。

1.5 治疗与预后 6 例患者均给予胰岛素降血糖处理,6 例均同时给予氟哌啶醇或氯丙嗪等药物,1 例 3 d 后症状未缓解自行出院,余 5 例患者血糖控制后 5~10 d 内症状消失或缓解。

2 讨论

非酮症性糖尿病性舞蹈症文献报道较少,因不被认识常产生误诊,国内外相关文献等以“糖尿病偏侧舞蹈”症状进行报道,究其原因均为血糖未控制导致基底节区单侧或双侧病变,但此类疾病并不单一表现为偏侧舞蹈。1960 年,Bedwell^[2]首次报道非酮症性高血糖合并偏侧舞蹈症,该病多见于血糖控制不良的老年糖尿病患者。在 Seung 等^[3]荟萃分析中发现糖尿病性舞蹈症的起病年龄多为中老年女性患者,最高年龄 92 岁,国内有 7 岁病例报道,此类病变与患者年龄大小无关,与患者血糖密切相关。此类疾病多为急性起病,主要表现为锥体外系症状,如偏侧或者双侧舞蹈样不自主运动,偏侧或者双侧肌张力障碍等,可累及面部肌肉。患者清醒时症状出现,睡眠时消失,症状严重时影响工作、生活,甚至导致不能睡眠。症状可与影像学上不完全符合。糖尿病舞蹈症的病理生理机制仍不明确。Hsu 等^[4]行 PET 检查发现病变侧基底节区糖代谢较对侧显著降低。非酮症性高血糖患者细胞能量代谢以无氧代谢为主,三羧酸循环被抑制,脑细胞以 γ -氨基丁酸为能量来源, γ -氨基丁酸将被很快耗竭,导致基底节正常活动受到损害,表现出舞蹈样症状^[5]。我们认为糖尿病舞蹈症患者基底节区平时存在慢性缺血及代谢障碍,当高血糖时,局部脑血流进一步下降及糖代谢降低,导致发生临床症状。另外,雌激素可以使黑质纹状体系统多巴胺受体产生超敏现象,所以更年期妇女雌激素减少导致本病在老年女性多发^[6]。糖尿病舞蹈症的影像学具有其特征性表现,患肢对侧基底节区(主要是尾状核头和壳核)CT 平扫表现为高密度,病灶周围没有水肿。MRI 示 T1 呈高信号,T2 呈稍低信号或等信号改变,无水肿征象,经治疗后,大部分病例影像学改变是可逆的,这种影像学表现的形成机制现在仍存在争议,部分学

依达拉奉联合醒脑静治疗脑出血疗效观察

李剑宏

(湖北脑血管病医院 仙桃 433000)

关键词:依达拉奉;醒脑静;脑出血;疗效观察

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.05.031

我院从 2009 年 8 月~2011 年 10 月应用依达拉奉联合醒脑静治疗脑出血 100 例,疗效明显。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 200 例住院病人均符合全国第九次脑血管病学术会议诊断标准,经头颅 CT 检查证实,排除对象:(1)脑疝及深昏迷者;(2)严重心、肝、肾、肺功能不全患者。出血部位为基底节出血 84 例,脑干出血 30 例,脑叶出血 50 例,小脑出血 30 例;出血量 3~35 mL,平均(15± 7) mL。随机分为治疗组和对照组。治疗组 100 例,男 65 例、女 35 例,年龄 49~79 岁,平均 65 岁。对照组 100 例,男 72 例、女 28 例,年龄 54~80 岁,平均 67 岁。两组年龄、性别及并发症、既往史无明显差异。

1.2 方法 两组病人均给予脱水、稳定血压、营养脑细胞、控制血糖、预防并发症治疗。治疗组同时加用生理盐水 100 mL+依达拉奉 30 mg,2 次/d 静滴;生理盐水 150 mL+醒脑静 20 mL,2 次/d 静滴,连用 14 d,用药期间定期监测肝、肾功能及电解质。

1.3 疗效评定标准 根据全国第四届脑血管病学术会议通过的神经功能缺损评分标准进行评分^[1],治疗后按缺损分值减少判断疗效。基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级;显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%,肢体肌力提高 1 级;无效:功能缺损评分减少 <18%;恶化:功能缺损评分增加或死亡。

1.4 统计学处理 所有数据以均数± 标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数指标采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组 100 例中,基本痊愈 42 例,显著进步 30 例,进步 18 例,无效 8 例,死亡 2 例,总有效率达 90%。对照组 100 例中基本痊愈 20 例,显著进步 26 例,进步 16 例,无效 32 例,恶化 6 例,总有效率达 62%。两组疗效有显著差异(*P* < 0.05),治疗组疗效优于对照组。

2.2 两组治疗前后神经功能缺损评分比较 治疗

者认为壳核组织的水分、黏度变化,髓鞘的崩解产物,血液中某些物质以及钙或其他矿物质的沉积,胶质细胞增生等都可能是影像学改变的原因^[7]。Chu 等认为星形胶质细胞质内蛋白水化层使 T1 弛豫时间缩短,呈高信号改变,DWI 的异常信号则可能由高黏和低灌注引起的缺血导致^[8]。非酮症性糖尿病舞蹈症的治疗首先要积极控制血糖,同时联合多巴胺受体拮抗剂治疗效果更好,常用药物为氟哌啶醇、氯丙嗪、奋乃静等,有时也可合并氯硝安定、安定等镇静剂。总之,糖尿病舞蹈症多见于血糖控制差的老年糖尿病女性患者,典型的“三联征”为非酮症性高血糖、偏侧或双侧舞蹈症、对侧纹状体 MRI 呈 T1 高信号^[9],经治疗后大多可治愈,为可逆性疾病,但本病容易与脑血管病、颅内感染、脑肿瘤、肝豆状核变性、遗传性舞蹈症、甲亢性舞蹈症、类风湿疾病引起的舞蹈症状等疾病鉴别,临床医师需加强对此病的认识,减少误诊。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.

787-814
[2]Bedwell SF.Some observations on hemiballismus [J].Neurology, 1960,10(6):619-622
[3]Seung HO,Kyung YL.Chorea associated with non-ketotic hyperglycemia and hyperintensitybasal ganglia lesion on T1-weighted brain MRI study:a meta-analysis of 53 cases including four present cases[J].J Neurol Sci, 2002,200(1):57-62
[4]Hsu JL,Wang HC,Tsu WC.Hyperglycemia-induced unilateral basal ganglion lesions with and without hemichorea.A PET study [J].J Neural,2004,251:1 486-1 490
[5]Lin JJ,Chang MK.Hemiballism-hemichorea and non-ketotic hyperglycemia[J].J Neurol Neurosurg Psychiatry,1994,57(6):748-750
[6]Oerlemans WG,Moll LC.Non-ketotic hyperglycemia in a young woman,Presenting as hemiballism-hemichorea[J].Acta Neurol Scand, 1999,100:411-414
[7]Yahikozawa H,Hanyu N,Yamamoto K,et al.Hemiballism with striatal hyperintensity on T1-weighted MRI in diabetic patients:a unique syndrome[J].J Neurol Sci,1994,124(2):208-214
[8]Chu K,Kang DW,Kim DE,et al.Difusion-weighted and gradient echomagnetic resonance findings of hemichorea-hemiballismus associated with diabetic hyperglycemia: a hyperviscosity syndrome [J].Arch Neural,2002,59(3):448
[9]陈为安,曲方,张磊.非酮症性高血糖合并偏侧舞蹈症 3 例报告[J].山东医药,2007,47(31):108

(收稿日期: 2012-02-24)