

- [5] 钱赓,王峙峰,刘宏斌,等.急性心肌梗死并发左心室游离壁破裂 43 例的临床特点[J].中华心血管病杂志,2011,39(9):812-815.
- [6] 梁伟杰,张在勇,黄惠敏,等.急性心肌梗死并发心脏破裂 27 例临床分析[J].海南医学,2014,42(11):1575-1577.
- [7] 郑海生,王文亮.急性下后壁心肌梗死直接 PCI 术中突发

心脏破裂 1 例[J].医学前沿,2014,8(21):209-211.

- [8] 谢东阳,许嵘,谢东明.急性下壁心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入术后心脏破裂死亡 1 例[J].广东医学,2011,32(17):2267.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-06-10)

• 短篇与病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.25.052

非酮症性高血糖合并偏侧舞蹈症 1 例病例报道

韩然旗,张景义[△],蒲志杰,李丹玲,孟令宇,马辰星,周艳茹

(华北理工大学附属开滦总医院内分泌科,河北唐山 063000)

[中图分类号] R742.2;R587.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3597-02

非酮症高血糖性舞蹈病是一组以非酮症性高血糖、偏侧舞蹈症及头颅 MRI T1WI 对侧基底节区高信号为特点的综合征^[1]。由于对这一综合征认识较少,临床上常导致误诊。现将本院 2013 年 9 月收治的 1 例非酮症高血糖性舞蹈病患者的诊治过程进行总结、分析,报道如下。

1 临床病例

1.1 一般资料 患者,女性,74 岁。主因“多饮、多尿 20 年,左侧肢体不自主运动 1 周”入院。入院前 3 周无诱因出现言语不利、含糊不清、双下肢乏力,自觉舌根部疼痛不适,伴头晕,无头痛。1 周前突然出现左侧肢体舞蹈样动作,伴面部不自主动作,清醒时出现,睡眠时消失。既往“糖尿病”史 20 年,现应用“门冬胰岛素 30 注射液”(具体剂量不详),血糖在 10 mmol/L;高血压病史 20 余年,最高时为 180/110 mm Hg,未规律应用降压药物及监测血压;脑梗死病史 2 年。患者的 1 个哥哥及 2 个妹妹亦患糖尿病。否认其他家族性遗传性疾病。查体:体温 37.1℃,血压 160/80 mm Hg,神志清楚,言语不利,自动体位,查体合作。双眼球活动灵活,无眼震及复视,双侧瞳孔正大等圆,对光反射灵敏,双侧鼻唇沟对称,伸舌居中,颈软无抵抗,双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。心率 76 次/min,律齐,心音有力。腹平软,全腹无压痛,肝脾未触及,肠鸣音正常。左侧肢体不自主舞蹈样动作,面部不自主异常动作。双下肢无指凹性水肿,皮肤针刺觉减退,双足背动脉搏动减弱。四肢肌张力适中,双下肢肌力 IV⁺级,腱反射正常,双侧搏动病理征阴性。

1.2 临床诊治过程

1.2.1 2013 年 9 月 18 日住院医师查房 患者主因多饮、多尿 20 年,左侧肢体不自主运动 1 周入院。无头痛、恶心、呕吐,无视物成双、视野缺损,无饮水呛咳、吞咽困难、意识障碍及二便失禁等。颅脑 CT:双半卵圆中心区可见小斑片状低密度灶,边界欠清,CT 值约为 17 HU,脑池、脑沟未见明显扩张,中线结构居中,考虑双半卵圆中心区腔隙性脑梗死。血常规、肝肾功能、电解质、红细胞沉降率正常,类风湿因子和自身抗体阴性。血糖 12.37 mmol/L,肌钙蛋白 0 ng/mL,D-二聚体 2.23 μg/mL,活化部分凝血酶原时间 23 s,凝血酶原活动度 136%。尿糖(++++)、酮体(-)。心电图示窦性心动过缓。初步诊断:(1)左侧肢体颤动原因待查;(2)2 型糖尿病;(3)腔隙性脑梗死;(4)高血压病 3 级,极高危。患者糖尿病诊断明确,故先

予以胰岛素联合口服降糖药治疗,监测血糖水平,调整降糖药物的剂量,严密观察病情变化。

1.2.2 2013 年 9 月 21 日主治医师查房 患者左侧肢体麻木不适,不自主的抖动,睡眠状态时无肢体颤抖。查甲状腺功能正常,颅脑 DWI 扫描可见双侧大脑半球对称,中线结构居中,脑实质内未见明显异常高信号灶。脑室系统未见明显异常。小脑、脑干形态未见明显异常,其内未见明显异常高信号(患者合作欠佳,图像存在明显运动伪影),提示未见明确急性期脑梗死。考虑脑梗死所致锥体外系反应,完善经颅多普勒超声检查,以进一步了解颅内病情。给予活血化瘀,改善脑细胞代谢治疗;患者左上、下肢麻木不适,肌内注射氟哌啶醇控制症状。患者血糖水平有所改善,空腹血糖 6.0 mmol/L,餐后 2 h 血糖 6.6~8.4 mmol/L。

1.2.3 2013 年 9 月 24 日主任医师查房 患者仍有左侧上、下肢不自主运动,面部亦有不能自控动作,构音不清,但较前明显减轻,睡眠情况亦较前改善。脑血流动力学检测示右侧锁骨下动脉血流速度快,狭窄不除外;双侧大脑中动脉和双侧大脑前动脉血流速度低;右侧颈内动脉颅外段和双侧颈总动脉血流速度低;椎-基底动脉血流速快。患者无颅内感染、脑肿瘤等征象,不符合遗传性舞蹈症、甲亢性舞蹈症、类风湿疾病引起的舞蹈症状,根据病史、临床表现及检查结果诊断为非酮症高血糖性舞蹈症。继续给予患者降糖治疗,血糖控制理想,空腹血糖波动于 5.0~7.0 mmol/L,餐后 2 h 血糖 6.0~8.0 mmol/L,患者自觉症状较前好转后出院。该患者随访至今,血糖控制稳定,症状无复发。

2 讨论

1960 年,Bedwe^[2]首次报道了糖尿病患者伴发偏侧舞蹈症。该病临床十分少见,多发生在血糖控制不良的老年糖尿病患者,以亚洲女性更为多见,它可能与女性绝经后雌性激素分泌减少,使黑质-纹状体系统多巴胺能受体产生超敏感现象有关^[3]。该病常急性起病,累及单侧或双侧肢体的不自主动作,表现为快速、不规则、不自主、失平衡的舞蹈样动作和挤眉、弄眼、撅嘴及伸舌等面部异常表现,这种不自主动作多发生于单侧,通常以上肢最严重^[3-4]。

影像学特征性表现:患肢对侧纹状体,主要是尾状核头及壳核,发病初期 CT 表现为高密度,MRI 上 T1WI 呈高信号^[5],

而 T2WI 信号表现各异,多呈低信号。但也有部分病例无任何影像学改变^[6]。目前影像学对此病的发生机制尚不明了,学者们针对影像学改变的性质提出了斑点状出血、可逆性钙盐或某种未知物质沉积、华勒变性、髓鞘破坏、局部缺血、胶质细胞增生等多种假说^[7-8]。

控制血糖为治疗非酮症高血糖性舞蹈病患者最主要手段,通常可以通过控制血糖使症状得到明显好转或消失^[1]。此外,临床上常使用多巴胺受体拮抗剂控制持续性及严重的舞蹈症,但由于多巴胺受体拮抗剂可能引起迟发性运动障碍,应注意使用剂量^[5]。

本病无特异性临床表现,需与其他代谢性病变、遗传性病变、药物不良反应及神经系统病变等引起的偏侧舞蹈症相鉴别。该患者甲状腺功能正常,类风湿因子和自身抗体阴性,无抗精神类药物及有毒物质接触史,颅脑 CT 及 DWI 未见急性脑血管病及颅内占位病变,因此,可以排除甲状腺机能亢进症、自身免疫性疾病、药物性、脑血管病以及颅内肿瘤所致的偏侧舞蹈症。

该患者糖尿病病程长,平时血糖控制不佳,空腹血糖最高为 12.9 mmol/L,餐后 2 h 最高为 15.5 mmol/L,尿糖(++++),酮体(-),给予降糖治疗后,血糖逐渐稳定,不自主运动也逐渐消失,完全符合非酮症高血糖性舞蹈病的诊断。

参考文献

- [1] Massaro F, Palumbo P, Falcini M, et al. Generalized chorea-ballism in acute non ketotic hyperglycemia; findings from diffusion-weighted magnetic resonance imaging[J]. *Parkinsonism Relat Disord*, 2012, 18(8): 998-999.
- [2] Bedwel SF. Some observations on hemiballismus[J]. *Neu-*

rology, 1960, 10(6): 619-622.

- [3] Oh SH, Lee KY, Im JH, et al. Chorea associated with nonketotic hyperglycemia and hyperintensity basal ganglia lesion on T1-weighted brain MRI study; a meta-analysis of 53 cases including four present cases[J]. *J Neurol Sci*, 2002, 200(1/2): 57-62.
- [4] Lee SH, Shin JA, Kim JH, et al. Chorea-ballism associated with nonketotic hyperglycaemia or diabetic ketoacidosis: characteristics of 25 patients in Korea[J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2011, 93(2): e80-e83.
- [5] Jagota P, Bhidayasiri R, Lang AE. Movement disorders in patients with diabetes mellitus[J]. *J Neurol Sci*, 2012, 314(1/2): 5-11.
- [6] Branca D, Gervasio O, Le Piane E, et al. Chorea induced by non-ketotic hyperglycaemia; a case report[J]. *Neurol Sci*, 2005, 26(4): 275-277.
- [7] Tung CS, Guo YC, Lai CL, et al. Irreversible striatal neuroimaging abnormalities secondary to prolonged, uncontrolled diabetes mellitus in the setting of progressive focal neurological symptoms[J]. *Neurol Sci*, 2010, 31(1): 57-60.
- [8] Zaitout Z. CT and MRI findings in the basal ganglia in non-ketotic hyperglycaemia associated hemichorea and hemi-ballismus (HC-HB) [J]. *Neuroradiology*, 2012, 54(10): 1119-1120.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-06-10)

• 短篇与病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.25.053

单纯外伤所致透明隔出血 1 例病例报道

葛元鸿^{1,2}, 徐学君^{2△}

(1. 遵义医学院研究生院, 贵州遵义 563000; 2. 成都市第二人民医院神经外科, 成都 610017)

[中图分类号] R651.156

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3598-02

透明隔是位于双侧脑室正中的双层膜结构,双层膜间可有一狭窄的间隙,即第五脑室,其血供来源于大脑前动脉的分支。此腔出血少见,其原因可为前交通动脉瘤、透明隔的海绵状血管瘤、透明隔区肿瘤卒中破入^[1-3]。然而,单纯外伤引起的透明隔出血实属少见,国内外文献尚未报道。成都市第二人民医院 2014 年 5 月收治了 1 例透明隔出血患者,经临床及影像学证实,系单纯外伤所致。现报道如下。

1 临床资料

患者,男性,39 岁,因“高坠伤 1+ 天”入院。入院前 1+ 天患者从 2.5 m 高的树上跌落,左额部及脸颊着地,当即呼之不应,持续约几分钟后清醒,无法回忆受伤经过,感头昏头胀,无明显头痛。当地医院 CT 及 MRI 提示:双侧额叶、左侧基底节、透明隔血肿。为进一步治疗转入成都市第二人民医院就诊。入院查体:生命体征平稳,神清,左额部及左面颊皮肤擦伤,颈部

有阻力,四肢肌力及肌张力正常,病理征阴性。入院时复查头部 CT(图 1A)示:左侧基底节、双侧额叶及透明隔区多发血肿。静脉滴注巴曲亭(1 U, 每日 2 次)、酚磺乙胺(2.00 g, 每日 1 次)、对氨基苯甲酸(0.20 g, 每日 1 次)3 d 止血,静滴思洛星(0.60 g, 每日 1 次)、胞二磷胆碱(0.75 g, 每日 1 次)20 d 营养神经,静脉滴注丙戊酸钠(0.40 g, 每日 2 次, 5 d)预防癫痫,于丙戊酸钠注射剂停药前 2 天调整为口服片剂(0.20 g, 每日 2 次, 18 d)。根据患者头部 CT 血管造影(CT)所示颅内出血部位不符合单纯外伤所致,怀疑合并动脉瘤、肿瘤等病变。入院后第 7 天患者病情稳定,行头部 CTA 示:双侧后交通动脉未成像,余未见确切异常。第 13 天行数字减影血管造影(DSA)检查仍未见与颅内出血相关的明显异常病变。第 20 天再次行头部 CT(图 1B)示颅内散在血肿较前明显吸收。患者病情好转,并签字要求自动出院。