

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

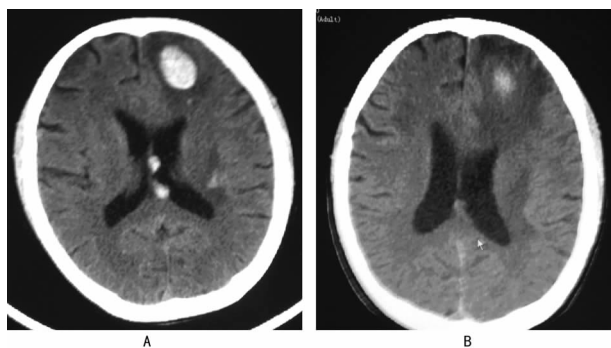
[文章编号] 1671-8348(2015)25-3598-02

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。



A:入院时;B:第 20 天。

图 1 患者 CT 检查图像

2 讨论

透明隔血肿可引起透明隔增厚,即使血肿很小也可能明显影响脑脊液循环,导致脑积水、急性颅内压增高。轻者可引起头昏头痛、恶心呕吐,重者可导致癫痫、昏迷、脑疝等严重后果,需要急诊行脑室外引流术。该部位血肿亦可破入侧脑室堵塞一侧室间孔,表现为同侧侧脑室积水,可借助神经内镜或通过立体定位行室间孔、透明隔开窗术,或 VP 分流术^[4]。破入脑室的血肿堵塞双侧室间孔,脑积水更明显,可在神经导管下行单导管置入双侧侧脑室^[5]。若累及胼胝体可出现精神症状,如精神分裂症、躁狂症^[6]。

该患者 CTA 及 DSA 均未发现明显异常,病程 3 周后血肿基本吸收,可基本明确该患者透明隔血肿为单纯外伤所致。根据该患者头部 CT 可发现轻度脑积水,动态复查头部 CT 及严密观察患者生命体征无特殊变化,保守治疗后透明隔血肿逐渐吸收。脑积水程度无明显加重,未做特殊处理。

参考文献

[1] Kim E. Rupturing anterior communicating artery aneurysm. *短篇与病例报道*. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.25.054

rysm during computed tomography angiography: Three-Dimensional visualization of bleeding into the septum pellucidum and the lateral ventricle[J]. *J Korean Neurosurg Soc*,2014,55(6):357-361.

[2] Lindboe C, Stolt-Nielsen A, Dale LG. Hemorrhage in a highly vascularized subependymoma of the septum pellucidum: case report[J]. *Neurosurgery*, 1992, 31(4): 741-745.

[3] 张京刚,胡粟,胡春洪. 19 例透明隔区肿瘤与肿瘤样病变的影像表现与分析[J]. *临床放射学杂志*, 2010, 29(9): 1171-1175.

[4] Chun HJ, Lee Y, Park HK, et al. Neuroendoscopic fenestration of the foramen of Monro without septostomy for unilateral hydrocephalus following neonatal intraventricular hemorrhage[J]. *Childs Nerv Syst*, 2011, 27(3): 473-478.

[5] Carvi Nievas MN. Neuronavigation-assisted single trans-septal catheter implantation and shunt in patients with posthemorrhagic hydrocephalus and accentuated lateral ventricles dilatation[J]. *Surg Neurol Int*, 2011, 2:34.

[6] Kasai K, Mccarley RW, Salisbury DF, et al. Cavum septi pellucidi in first-episode schizophrenia and first-episode affective psychosis: an MRI study[J]. *Schizophr Res*, 2004, 71(1): 65-76.

(收稿日期:2015-03-28 修回日期:2015-06-26)

单纯性甲基丙二酸血症误诊 1 例报道

任金敏

(河北医科大学第二医院儿科,石家庄 050000)

[中图分类号] R589

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)25-3599-02

1 临床资料

患儿,男性,6岁,以困倦少语,反应迟钝,智力倒退,肢体运动障碍3年,加重7d入院。患儿于3年前无明显诱因出现语言表达不清、少语、与人交流困难、反应迟钝、表情淡漠、走路不稳、易摔跤、智力倒退至当地医院就诊。经头颅CT、核磁共振、肌电图及各项常规血生化检查均显示结果正常。当地医院诊断为“儿童孤独症”。进行持续3年的感觉统合训练、语言训练等针对儿童孤独症方面的训练无好转。家长诉7d前无明显诱因患儿肢体运动障碍加重,不能直腰坐,不能站立、行走而来本院就诊。入院后体格检查:神清、反应迟钝、少语、交流障碍。双下肢肌张力增高,3级(改良 Ashworth 分级评定标准),右侧足内翻、尖足,左侧尖足,双下肢肌力,腹肌、竖脊肌肌力为Ⅲ级(Lovett 分级评定标准),双下肢肌力Ⅱ级,腹壁反射正常,

膝腱反射(+++),双侧巴氏征阳性。辅助检查:血、尿常规正常,血糖、生化、红细胞沉降率正常,脑脊液常规和生化正常。头颅CT、磁共振检查显示双侧大脑半球萎缩,肌电图正常。气相色谱/质谱检测尿液显示甲基丙二酸及甲基枸橼酸显著增高。诊断为“甲基丙二酸血症”。给予肌内注射大剂量维生素 B₁₂(1 mg/d)3~5 d,并低蛋白饮食。治疗2周后患儿可直腰坐,腹肌、竖脊肌肌力Ⅳ级,双下肢肌力Ⅲ级,下肢肌张力2级,语言较前流利,病情明显好转。出院后给予长期维生素 B₁₂维持治疗,辅以 L-肉碱(100~300 mg·kg⁻¹·d⁻¹)分3次口服,低蛋白饮食治疗,避免饥饿。随访半年,确诊为甲基丙二酸血症(维生素 B₁₂有效型)。

2 讨论

甲基丙二酸血症是一种遗传代谢性疾病,呈常染色体隐性