

糖尿病偏侧舞蹈症二例

· 病例报告 ·

孙佳琳, 荣 静

作者单位: 264400 山东, 威海市文登区人民医院神经内科

作者简介: 孙佳琳(1975-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 脑血管病治疗。E-mail: sunjialin0606@sina.com

[关键词] 糖尿病偏侧舞蹈症; 锥体外系症状; 舞蹈样症状; 基底节; 氟哌啶醇

[中图分类号] R 587.1 [文章编号] 1674-3806(2016)09-0827-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.09.24

1 病例介绍

病例1: 患者, 男, 73岁, 于2015-03-14因左侧肢体不自主活动1d入院。1d前无明显诱因出现左侧肢体不自主活动, 划圈舞蹈样动作, 不能自制, 夜间入睡后减轻, 但仍有发作。右侧肢体活动正常。患者自述既往有10年糖尿病史, 间断口服二甲双胍。查体: 神志清, 高级智能正常, 颅神经阴性, 右侧上下肢肌力5级, 左侧上下肢不自主画圈舞蹈样动作, 共济动作不合作。右侧共济动作正常。双侧巴氏征阴性。入院后立即查随机血糖为21.4 mmol/L, 血生化示肝肾功能正常。糖化血红蛋白8.5%, 铜蓝蛋白正常, 门诊行头颅CT示右侧基底节略高密度影, 壳核, 尾状核, 苍白球明显, CT值48 u。入院后当日行MRI示T1像为尾状核, 壳核, 苍白球片状高信号, T2像示低信号, 病变侧脑室较对侧为大, 无水肿现象。患者入院后给予胰岛素类似物地特胰岛素应用, 并三餐时皮下注射门冬胰岛素, 调节血糖, 同时给予氟哌啶醇, 氯硝西洋注射, 左侧上下肢不自主动作逐渐减轻, 入院第6天, 不自主动作消失, 空腹血糖为7.2 mmol/L。出院后半年随访, 病情未再反复发作, 空腹血糖控制在6~7 mmol/L。

病例2: 患者, 女, 82岁, 于2015-08-06入院, 因右侧肢体不自主动作3d入院。3d前无明显诱因出现右侧肢体不自主动作, 画圈舞蹈样, 夜间入睡减轻。左侧正常。患者否认既往有糖尿病。有高血压病史10年, 痛风病史3年。查体: 血压170/80, 神志清, 高级智能正常, 右侧上下肢不自主动作, 左侧上下肢肌力5级, 肌张力正常, 双侧巴氏征阴性。入院后急查随机血糖24.8 mmol/L, 电解质肝肾功能正常, 糖化血红蛋白7.8 mmol/L, 血尿酸406 u mmol/L, CT示右侧尾状核, 壳核片状高密度影, 右侧与左侧相比病变明显。当日行MRI示双侧尾状核豆状核

多发半片, 斑片长T1、T2异常信号。入院后立即胰岛素皮下注射, 并予氟哌啶醇, 氯硝西洋肌肉注射, 应用第2天, 不自主动作明显缓解, 第7天, 不自主动作消失, 血糖控制在8 mmol/L, 出院后半年随访, 病情未再反复发作, 空腹血糖控制在7~8 mmol/L。入院当天CT影像学资料见图1, 2。

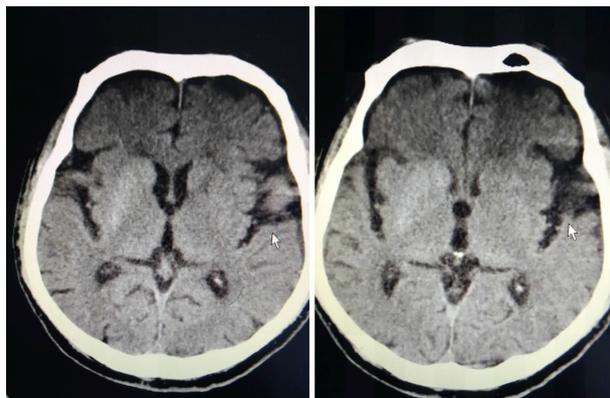


图1 轴位头颅CT示右侧尾状核片状高密度影

图2 轴位头颅CT示右侧尾状核片状高密度影, 周围无水肿

2 讨论

偏侧舞蹈症是局限于一侧肢体的不自主舞蹈样动作, 在神经内科比较常见, 可由多种疾病引起, 如急性脑血管病、肝豆状核变性、亨廷顿舞蹈病、风湿性舞蹈病, 其中糖尿病偏侧舞蹈症也是原因之一, 但发病率较低。本组患者均出现单侧肢体不自主舞蹈样动作, 均未累及面部, 特点为白天加重, 夜间睡眠时减轻, 应用氟哌啶醇及氯硝西洋肌肉注射, 同时胰岛素皮下注射, 调节血糖, 均于不到1周内症状消失, 2例患者入院时都行CT及MRI检查, 遗憾是均未进行复查。入院急症血糖均明显升高, 明确了诊断, 给予了及时的治疗。糖尿病偏侧舞蹈症患者多为中老年人, 女性较男性多见, 多有明确糖尿病史,

也有既往无糖尿病史,以偏侧舞蹈症发病而查出糖尿病者,本组第2例患者即属此情况。糖尿病偏侧舞蹈症主要表现为累及单侧或双侧不自主动作,为无目的、不规则、快速的舞蹈样动作或挤眉弄眼等面部异常表情,多在血糖控制不佳的情况发生,急性起病,症状多持续存在,入眠后减轻或消失,血糖控制同时应用氯硝西泮、氟哌啶醇等药物对症治疗,多经1周左右不自主动作消失。糖尿病偏侧舞蹈症最早是 Bedwell^[1]于1960年报道,发病小于十万分之一,80%分布于亚洲。偏侧舞蹈症病例生理基础不明,可能与糖尿病脑血管病变所致的急性血脑屏障功能障碍及高血糖后的代谢紊乱有关^[2]。病灶位于对侧椎体外系,包括尾状核、苍白球、壳核、黑质、网状部等,这些灰质核团构成功能不同的复杂环路,对运动起调节作用,当该结构被破坏,使对运动起抑制作用的苍白球内侧部、黑质网状部复合体的活动降低,增强丘脑及丘脑皮质投射的活动,使皮质产生的运动冲动无法中断与停止,导致偏侧舞蹈症的发生。从神经影像上来看,该病发生与尾状核及豆状核损害有关,波谱分析发现病灶部位的N-乙酰天冬氨酸(NAA)/肌酸(CR)低于对侧,这种变化预示了神经元的丢失及损害,神经胶质的增生和潜在的慢性局灶性脑血管病^[3]。从影像资料看,发病早期CT表现为病灶侧尾状核、壳核片状高密度影^[4]。本文2

例患者CT影像均有此表现。曾有研究发现1个月后CT影像高密度影逐渐减低,本文2例患者很遗憾均未进行影像学复查。

总之,对偏侧舞蹈症样不自主运动入院患者,不论患者既往有无糖尿病病史,均应常规急查随机血糖,提高对本病认识的敏感性。如果CT显示对侧基底节斑片状高密度影,CT值50左右,局部无水肿占位效应,结合血糖升高(此2例患者血糖为21.4 mmol/L和24.8 mmol/L,笔者查阅相关文献报道,均在10 mmol/L以上),就可以诊断本病。但尚需注意与脑出血相鉴别。后者多有高血压病史,CT值多在60~90。如磁共振示基底节T1高信号,T2低信号,可进一步证实该诊断。治疗方面给予调节血糖达标,结合氟哌啶醇、氯硝西泮对症治疗,预后较好。

参考文献

- 1 Bedwell SF. Some observations on hemiballismus [J]. Neurology, 1960,10:619-622.
- 2 肖伏龙,王继平. 糖尿病非酮症高血糖性舞蹈症研究进展[J]. 临床神经病学杂志,2013,26(2):152-154.
- 3 刘永宏,周东,何俐,等. 糖尿病偏侧舞蹈症3例临床分析[J]. 中国实用内科杂志,2007,27(13):1057-1060.
- 4 Lai PH, Tien RD, Chang MH, et al. Chore-ballismus with nonketotic hyperglycemia in primary. diabetes mellitus[J]. ASNR Am J Neuro-radiol, 1996,17(6):1057-1064.

[收稿日期 2016-04-19][本文编辑 杨光和]

护理研讨

多重护理干预模式在婴儿浅静脉穿刺中的临床效果观察

罗飞云, 傅桂芬, 陈娟带, 文丽娜, 李灵

基金项目: 广西卫计委科研课题(编号:Z2012333, Z2013388)

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院门诊输液室

作者简介: 罗飞云(1975-),女,大学本科,学士学位,副主任护师,研究方向:静脉治疗。E-mail:1304453665@qq.com

通讯作者: 傅桂芬(1964-),女,研究生学历,主任护师,研究方向:临床护理与护理管理。E-mail:1174803394@qq.com

【摘要】 目的 探讨多重护理干预模式在婴儿浅静脉穿刺中的干预效果。**方法** 将240例门诊输液婴儿随机分为观察1组(家属面对面抱婴儿+分腿式平卧位穿刺法)、观察2组(家属面对面抱婴儿+婴儿用奶瓶吮吸5%葡萄糖液+分腿式平卧位穿刺法)、对照组(传统平卧位穿刺法),每组80例。比较三组儿童疼痛行为量表(FLACC)评分、一次穿刺成功率、操作时间、家属满意度。**结果** 三组婴儿的总体FLACC评分、操作时间、家属满意度两两比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),观察2组的FLACC评分、操作时间少于观察1组与对照组($P < 0.05$),观察2组的家属满意度高于观察1组与对照组($P < 0.05$);三组婴儿的总体一次穿刺成