

糖尿病性双侧舞蹈样不自主运动 1 例

洪 辉,周 颖*

(南华大学附属长沙医院长沙市第一医院神经内科,湖南 长沙 410005)

关键词: 舞蹈症; 糖尿病; 不自主运动

中图分类号:R742.2 文献标识码:A

引起舞蹈症最常见的病因是急性脑血管疾病如脑梗死或脑出血,也可由其他疾病如代谢性疾病、神经退行性疾病以及免疫和感染性疾病引起。舞蹈症可为非酮症高血糖的首发症状,大部分患者单侧发病,双侧发病罕见。现将本院收治的 1 例糖尿病性双侧舞蹈样不自主运动患者的病例报道如下。

1 病例报告

患者,男,51 岁,因“反复发作性肢体不自主运动 9 个月”于 2017 年 3 月 22 日入住本院。患者于 2016 年 6 月初无明显诱因出现发作性左侧肢体舞蹈样不自主运动,随之出现右侧上肢舞蹈样不自主运动,同时伴有面部肌肉不自主抽动,运动幅度由慢到快,大约持续 2 h 后可自行缓解,缓解后无特殊不适。上述症状在紧张、情绪变化时更明显,清醒时出现,睡眠时消失。遂就诊于当地医院,当时诊断并不明确,予以口服硝基安定(0.25 mg, QN)对症治疗后,患者自诉症状控制,期间患者规律服用上

述药物未再发作。至 2017 年 3 月患者自行停用硝基安定后第 2 天下午,上述症状再次发作,为求进一步诊疗,患者遂入本院就诊。否认糖尿病、冠心病、高血压等病史,无长期吸烟喝酒史。体格检查:生命体征平稳,一般内科检查未见异常。神经系统检查:意识清楚,双侧面肌及下颌部肌肉不自主抽动,双上肢舞蹈样不自主运动,四肢肌力正常,双下肢肌张力正常,双上肢肌张力下降。感觉系统未见异常,双上肢共济运动不能配合,双侧腱反射(+),病理征未引出。入院查随机血糖 15.8 mmol/L,空腹血糖 10.8 mmol/L,糖化血红蛋白 8.6%;尿糖(+++),尿酮阴性;血常规、肝肾功能、甲状腺功能正常。心电图、心脏彩超、颈动脉彩超、动态脑电图、头部核磁均未见明显异常(图 1)。入院后立即予以二甲双胍缓释片、格列齐特缓释片降血糖,并口服硝基安定(0.25 mg QN)对症治疗,患者空腹血糖控制于 6~7 mmol/L,餐后血糖控制于 7~8 mmol/L 后,症状逐渐缓解、控制。患者症状完全控制后,嘱患者停用硝基安定,症状未再发作。1 个月、3 个月后随访均未再发作。

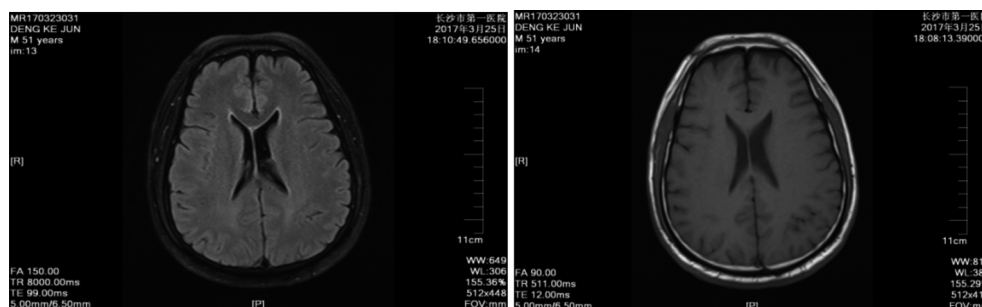


图 1 患者头部 MRI 影像

2 讨 论

收稿日期:2018-01-10;修回日期:2018-03-25

* 通讯作者, E-mail:876455318@qq.com.

本文患者临床主要表现为双上肢舞蹈样不自

主运动,未明确病因,首先以口服硝基安定来控制症状,停用硝基安定后症状反复。在本院首次明确糖尿病诊断,并完善头部核磁、动态脑电图、心电图等相关检查,排除其他疾病。给予积极控制血糖后症状能逐渐控制,从而诊断为非酮症高血糖性舞蹈症。鉴别诊断:(1)急性脑血管疾病:是引起舞蹈症最常见的病因,但有偏侧肢体无力、病理征阳性等神经系统症状及体征,核磁上有相应病灶影像学表现。(2)肝豆状核变性:多在青少年时起病,也可表现有舞蹈样不自主动作,但起病缓慢,进行性加重,有肝损害、锥体外系症状与角膜色素环等主要表现。

非酮症高血糖性舞蹈症的相关研究首次报道于1960年,一般具有较典型的三联征:非酮症高血糖、舞蹈症、纹状体MRI T1高信号^[1],但也有相关研究报道患者头部核磁可正常^[2]。目前该病发病机制尚不明确,可能与脑血管功能不全,血液高粘度,以及继发于代谢变化的 γ -氨基丁酸和乙酰胆碱的消耗有关^[3]。高血糖时,三羧酸循环被抑制,脑细胞以 γ -氨基丁酸为能量来源,通过无氧酵解获得能量,导致患者的 γ -氨基丁酸减少,丘脑及纹状体正常活动受到抑制,从而产生舞蹈症^[4]。本文患者与以往报道的病例不完全一致,本文患者不自主样运动表现为双侧,并非偏侧,且头部核磁无明显异

常,而以往报道头部核磁多表现为对侧壳核及尾状体T1高信号。因此,对于以舞蹈样不自主运动为主要临床表现的患者,应进行血糖筛查,即使患者无糖尿病典型症状。非酮症高血糖性舞蹈症多见于糖尿病控制欠佳的患者,也可为糖尿病的首发症状。此病严重时可危及生命,应尽早认识这种突发的舞蹈症状,从病因上治疗该病,积极控制患者血糖。医务工作者在临床工作中应加强对本病的认识,有助于避免不必要的治疗及检查费用,同时也有利于糖尿病的早期诊断和治疗。

参考文献:

- [1] AL-QULITI KW, ASSAEDI ES. Hemichorea with unilateral MRI striatal hyperintensity in a Saudi patient with diabetes [J]. *Neurosciences (Riyadh)*, 2016, 21(1): 56-9.
- [2] KOCASOY ORHAN E, ATMACA MM, ATMACA M, et al. Chorea-Ballismus Associated with Hyperglycemia [J]. *Noro Psikiyatr Ars*, 2013, 50(4): 375-8.
- [3] ABDELGHANY M, MASSOUD S. Nonketotic Hyperglycemic Chorea [J]. *Case Rep Neurol Med*, 2014, 2014: 128077.
- [4] LIN WAH GOH, DINESH CHINCHURE, TZE CHWAN LIM. Clinics in diagnostic imaging (180) [J]. *Singapore Med J*, 2016, 57(3): 161-5.

(本文编辑:蒋湘莲)