[2] ONUOHA G N, ALPAR E K. Calcitonin gene-related peptide and otherneuropeptides in the plasma of patients with soft tissue injury[J]. Life Sci, 1999, 65(13): 1351-1358.
[3] WEIDNER C, KLEDE M, RUKWIED R, *et al*. Acute effects of substance P and calcitonin gene-related peptide in human skin--a microdialysis study[J]. J Invest Dermatol, 2000, 115(6): 1015-1020.
[4] 向军俭, 陈华粹. 组胺的荧光测定法的研究[J]. 中国医学科学院学报, 1981, 3(3): 183-187.
[5] AZZOLINA A, BONGIOVANNI A, LAMPIASI N. Substance P induces TNF-alpha and IL-6 production through NF kappa B in peritoneal mast cells[J]. Biochim Biophys Acta, 2003, 1643(1-3): 75-83.
[6] HUTTUNEN M, HARVIMA I T, ACKERMANN L, *et al*. Neuropeptide- and capsaicin-induced histamine release in skin monitored with the microdialysis technique[J]. Acta Derm Venereol, 1996, 76(3): 205-209.
[7] HE S H. Key role of mast cells and their major secretory products in inflammatory bowel disease[J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(3): 309-318.
[8] EBERTZ J M, HIRSHMAN C A, KETTELKAMP N S, *et al*. Substance P-induced histamine release in human cutaneous mast cells[J]. J Invest Dermatol, 1987, 88(6): 682-685.
[9] PINCELLI C, FANTINI F, MASSIMI P, *et al*. Neuropeptides in skin from patients with atopic dermatitis: an immunohistochemical study[J]. Br J Dermatol, 1990, 122(6): 745-750.

(编辑 周 芳)

文章编号:1000-5404(2006)08-0843-01

个案与短篇

以肌肉颤搐为主要表现的腰椎间盘突出症1例

陈 婧, 陈康宁 (第三军医大学西南医院神经内科,重庆 400038)

1 临床资料

患者,女性,19岁,学生,因右下肢肌肉抖动入院。入院前9 d腰扭伤后觉腰酸痛,持续10余分钟缓解。次日出现右下肢肌肉持续性抖动,站立加重,坐、卧位减轻,睡眠时不消失。下肢用力时大腿后部向下发射性疼痛,持续1~2 s。体格检查:内科查体无异常,无四肢肌肉肥大或萎缩,无叩击性肌球和肌肉疼痛,右下肢可见大腿股内侧肌、小腿腓肠肌水波纹样或虫蠕样颤搐,触之有滚动感。无腰椎侧突,腰部前屈稍受限,腰3/4、腰4/5及腰5/骶1椎间隙右侧压痛,右侧直腿抬高试验阳性,加强试验阳性,"4"字试验阳性。辅助检查:肌酶谱、电解质、甲状腺功能正常,脑脊液检查正常,肌电图检查提示:右股内侧肌、腓肠肌可呈电静息,运动单位时限、电压在正常范围,多相电位少量;右股内侧肌持续用力可见肌肉颤搐电位(群放电位)。腰椎MRI提示:腰4/5及腰5/骶1椎间盘膨出;腰3/4椎间盘突出,右后方明显。硬膜囊受压,蛛网膜下隙变窄。右侧神经根受压。予卡马西平0.1 g,2~3次/d口服及卧床休息、营养神经等治疗,症状明显缓解出院。出院后坚持服药及卧床休息,随访至今无复发及加重。

2 讨论

腰椎间盘突出症是指腰椎间盘的纤维环破裂髓核组织突出压迫和刺激神经根所引起的一系列症状和体征。主要症状为下腰部或腰骶部疼痛、坐骨神经痛,还有下腹部或大腿前内侧痛、间歇性跛行、患肢麻木或发凉、无力或瘫痪、括约肌及性功能障碍等症状。体征为强迫体位和异常步态、腰椎形态的改变、活动度减少、病变棘间隙的患侧有明显压痛及放射痛、肌萎缩和肌力减弱、皮肤浅感觉减退及腱反射减弱或消失、直腿抬高试验及加强试验阳性等。诊断腰椎间盘突出症,必须将症状、体征和影像学资料结合一起全面综合分析。此例诊断明确,属于青少年型腰椎间盘突出症。青少年腰椎间盘突出症临床不常见,发病率各家报道不一,占全部腰椎间盘突出症的0.5%~3%,也有报道高达15%[1]。临床表现与成人腰椎间盘突出症有很大不同,主要特点:①自觉症状少而体征相对较重;②多有明确外伤史。本例患者发病前有腰部外伤史,有短暂腰痛、下肢放射性神经痛,但不显著且短暂。主要表现与常见的青少年腰椎间盘突出症表现明显不同,为右下肢股内侧肌及腓肠肌肌肉颤搐,查体为受累肌肉呈水波纹样、虫蠕状肌肉颤搐。肌电图可见肌肉颤搐电位。

肌肉颤搐为临床表现及肌电图检查均有独特性的神经肌肉病,在临床上比较罕见,是一种少见的非随意性肌肉自发性运动,各肌肉群的肌纤维交替地呈波动性、虫蠕状或水波样运动,可发生在面部、肢体或躯干,但以下肢的腓肠肌最常见且最明显,可局限性发作也可全身性累及,用手触之有波动感,在运动后可加重或诱发,休息或睡眠仍持续存在。以肌肉颤搐为主要表现的疾病有特发性肌肉颤搐、Isaacs综合征、Morvan综合征、发作性共济失调(EA)、家族性运动障碍和面肌颤搐(FDFM)、良性家族性新生儿惊厥/肌肉颤搐综合征等[2]。本例腰3/4椎间盘突出,腰痛及坐骨神经痛不典型,而以下肢肌肉颤搐为主要表现,临床罕见,少有文献报道。腰椎间盘突出引起继发性肌肉颤搐,受累神经根受到突出椎间盘的刺激压迫,产生化学性炎症和充血水肿,从而导致神经轴突电压门控K^+通道异常致肌肉颤搐放电是其可能机制。针对可能发病机制,治疗上我们采用腰椎间盘突出症综合治疗(卧硬板床休息、腰围固定、脱水、改善微循环、营养神经)及促进神经轴突K^+外流使K^+通道快速开放的药物(抗惊厥药物如卡马西平),患者症状明显缓解,证实了我们的分析。

关键词:肌肉颤搐;腰椎间盘突出症
中图法分类号:R681.53 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] REVUELTA R, DE-JUAMBELZ P P, FERNANDEZ B, *et al*. Lumbar disc herniation in a 27-month-old child. Case report[J]. J Neurosurg, 2000, 92(1 Suppl): 98-100.
[2] 郭军红, 蒲传强. 肌肉颤搐的发病机制及临床进展[J]. 中华神经科杂志, 2003, 36(3): 217-218.

(编辑 周 芳)

作者简介:陈 婧(1968-),女,重庆市人,主治医师,主要从事神经内科疾病方面的研究,现在重庆市沙坪坝区人民医院工作。电话:(023)65345832
收稿日期:2005-11-05;**修回日期**:2006-03-23