维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2005)02 - 0315 - 03

糖尿病炎性脱髓鞘性周围神经病——附 5 例报告

杨 琴,杨 军,李光勤

(重庆医科大学临床学院神经内科,重庆 400016)

【摘 要】目的:讨论糖尿病炎性脱髓鞘性周围神经病(DM - CIDP)的临床表现及诊断。方法:对 5 例 DM - CIDP 进行临床及辅助检查资料分析。结果:DM - CIDP 好发于 50 岁以上糖尿病患者,表现为慢性或复发性对称性远、近端肢体无力和/或感觉障碍,伴有腱反射消失。其临床表现及电生理特点不易与特发性慢性炎性脱髓鞘性多发性神经病(I - CIDP)鉴别,对 IVIgG、血浆置换及糖皮质激素治疗有效。结论:糖尿病炎性脱髓鞘周围神经病是糖尿病周围神经病中的一型。

【关键词】糖尿病;CIDP;IVIgG;血浆置换;糖皮质激素

【中国图书分类法分类号】R745 【文献标识码】B 【收稿日期】2004 - 07 - 08

Diabetic demyelinating neuropathy: a report of five cases

YANG Qin, et al

(*Department of Neurology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To report the clinical characteristics and diagnoses of diabetic demyelinating neuropathy. *Methods*: Five cases were systematically studied based on the clinical observations and data from aided examination. *Results*: All the five patients with diabetes mellitus were more than 50 years old. The clinical manifestations included predominantly motor symmetric weakness, proximal and distal, associated with areflexia and a relapsing or a chronic progressive course. The five cases were indistinguishable from idiopathic chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy(I - CIDP) in clinical picture and electrophysiology. They responded to glucocorticosteroid treatment, plasma exchange and intravenous immunoglobulin. *Conclusion*: Diabetic demyelinating polyneuropathy is one of several types of diabetic peripheral neuropathies.

【Key words】Diabetes mellitus; Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy; Intravenous immunoglobulin; Plasma exchange; Glucocorticosteroid

糖尿病炎性脱髓鞘性周围神经病是一种较少见的由糖尿病引起的对称性感觉运动性多发性周围神经病,病理上表现为节段性脱髓鞘。其临床表现及电生理特点很难与特发性慢性炎性脱髓鞘性多发性神经病(CIDP)鉴别,并且对 IVIgG、血浆置换及糖皮质激素治疗有效,国外学者称之为糖尿病性 CIDP(DM - CIDP)[1]。国内尚未见相关报道。诊治的 5 例报道如下,以期增强 DM - CIDP 的诊断意识,避免误诊、漏诊。

1 临床资料

5 例患者均来自于本院 1997 ~ 2004 年神经科住院病人。男 2 例,女 3 例,年龄 52 ~ 72 岁,均有糖尿病史。3 例表现为对称性四肢无力,2 例对称性下肢无力,近端重于远端,腱反射消失,2 例颅神经受累,3 例有对称性的麻木和/或疼痛,病程均超过 2 个月。脑脊液蛋白质均增高(0.92 ~ 2.36g/L),细胞数正常。肌电图均符合 CIDP 的电生理诊断标准。4 例对 IVIgG、血浆置换或糖皮质激素治疗有效,1 例未经任何治疗,死于呼吸麻痹。临床资料见表 1。

典型病例

病例 5,女,56 岁,有糖尿病 4 年。表现为双下肢无力 3 年,双上肢无力 1 年。一直在外院以"糖尿病周围神经病"给予 B 族维生素治疗,没有好转而转入我院。查体四肢近端肌力Ⅳ级、远端肌力Ⅱ级,四肢腱反射消失。脑脊液蛋白 2.14g/L,细胞数正常;肌电图双侧 H 反射、F 波不出波,右胫、腓神经,左、右正中、尺神经运动传导不出波。诊断 DM - CIDP,以强的松 80mg/d 治疗,约 2 月起效,后逐渐减量,至 10mg/d 维持 2 年,再次复发,加硫唑嘌呤缓解。

作者介绍:杨 琴(1970 -),女,主治医师,硕士,主要研究方向:脑血管疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 1 临床资料

性别(号)	男(1)	女(2)	男(3)	女(4)	女(5)
年龄	54 岁	52 岁	72 岁	55 岁	56 岁
糖尿病史	5 年	2 年	12 年	7 月	4 年
病程	8 月	13 月	7 年	3 月	3 年
主要症状与体征	四肢麻木、无力 8 月，吞咽困难 3 月。四肢近端肌力Ⅲ级、远端Ⅳ级，腱反射消失，真性球麻痹，双肘、膝以下痛觉减退。	四肢疼通、麻木、无力 13 月。四肢近端肌力Ⅲ级、远端Ⅳ级，腱反射消失，双肘、膝以下痛觉减退。	四肢麻木、无力 7 年，吞咽困难 2 月。双侧周围性面瘫，真性球麻痹，四肢远端肌力Ⅱ级、近端肌力Ⅲ级，腱反射消失。双肘、膝以下痛觉减退。	双下肢无力 3 月。双下肢肌力Ⅳ级，四肢腱反射消失。	双下肢无力 3 年，双上肢无力 1 年。四肢近端肌力Ⅳ级、远端肌力Ⅱ级，四肢腱反射消失。
脑脊液蛋白质	0.92g/L	0.73g/L	1.07g/L	2.36g/L	2.14g/L
肌电图	双侧 H 反射、F 波不出波，右胫神经、腓神经、左正中神经运动、感觉传导不出波。	双侧 H 反射、F 波不出波，左胫神经、腓总神经、左正中神经运动、感觉传导不出波。	双侧 H 反射、F 波不出波，右胫神经、腓神经、左正中神经运动、感觉传导不出波。	双侧 H 反射不出波，右 F 波传导速度 27.69m/s，左 26.47m/s，右胫、腓神经运动传导不出波，左正中神经运动传导速度 18.5m/sIVIgG 治疗，有好转。	双侧 H 反射、F 波不出波；右径、腓神经，左、右正中、尺神经运动传导不出波。
治疗及预后	强的松 80mg/d 治疗 2 月起效，之后逐渐减量，共治疗 9 月，恢复正常。	血浆置换联合强的松 80mg/d 治疗 1 年，病情基本恢复。	未进行血浆置换、皮质激素或 IVIgG 治疗，死于呼吸麻痹。		强的松 80mg/d 治疗，起效后逐渐减量，至 10mg/d 维持 2 年，再次复发，加硫唑嘌呤缓解。

2 讨 论

糖尿病引起的周围神经疾病有多种临床表现形式，包括对称性感觉运动末梢性神经病，单发性或多发性神经病、植物神经功能障碍、腰椎根性周围神经病和肢体近端运动性神经病[2,3]。病理上除了轴索缺失、血管病变和炎性细胞浸润以外，尚有相当一部分表现为炎性节段性脱髓鞘[4,5]。近年在糖尿病周围神经病的电生理观察上也提示炎性脱髓鞘周围神经病确实是糖尿病周围神经病中的一型，并且并非少见[1]。

美国神经病学协会 1991 年提出的诊断炎性脱髓鞘周围神经病的电生理特征为：①当近端标准周围神经节段复合肌肉动作电位(CAMP)的波幅和时限较远端减低 50% 以上，而远端 CAMP 波幅 > 1mv，时限增加 < 30% 时，可诊断为局部传导阻滞；②如果患者未出现局部传导阻滞，要诊断脱髓鞘性周围神经病，需满足下列 3 个条件：至少有 2 条运动神经远端潜伏期时限延长，至少有 2 条运动神经出现神经传导速度减慢，至少有 2 条运动神经的 F 波延迟或消失[6,7]。迄今为止，多数关于 CIDP 的电生理和药物治疗研究仍沿用这一标准。根据上述标准，Shanna 等[1]提出自己的脱髓鞘性周围神经病的诊断标准①已证实原有糖尿病病史；②表现为慢性进行性或反复发作性运动、感觉或同时有感觉运动功能障碍的多发性周围神经病 2 个月，伴有肌腱反射减低或消失；③电生理检查符合炎性脱髓鞘周围神经病的电生理特征。我们诊治的 5 例患者均在神经症状出现前已有糖尿病。表现为慢性起病，缓慢

维普资讯 http://www.cqvip.com

进展,病程超过 2 月,对称性上肢和/下肌无力,四肢腱反射消失,脑脊液蛋白——细胞分离显著,肌电图符合 CIDP 的诊断标准。完全符合 Shanna 的诊断标准。

DM-CIDP 为非自限性可治疗的疾病,不经治疗常进行性加重,即使进行了治疗而没有注意到长期维持,复发率也相当高。因此,早期确诊,合理治疗,对 DM-CIDP 的预后尤其重要。DM-CIDP 的治疗多参照 CIDP 的治疗方法。糖皮质激素、血浆置换、免疫抑制剂如硫唑嘌呤或环磷酰胺治疗均有效[8,9]。有 3 例使用了强的松,1 例行 IVIgG,1 例加用硫唑嘌呤都有不同程度的缓解。

及时诊断 DM-CIDP 并给予 IVIgG 和/或血浆置换及糖皮质激素治疗,预后一般较好。但病程长,病情重者,可因呼吸麻痹死亡。有 1 病例就因病程长,病情重,确诊后拒绝使用上述疗法而死于呼吸麻痹。

参 考 文 献

[1] Sharma KR, Cross J, Farronay O, et al. Demyelinating neuropathy in diabetes mellitus[J]. Arch Neurol, 2002; 59: 758-765.

[2] 郭常辉,严钟德. 尼莫通治疗糖尿病周围神经病变的临床初步观察[J]. 重庆医科大学学报,1998;23(4):356-358.

[3] 佘 强,李德旺. 糖尿病伴自主神经病变患者左室舒张功能的多普勒超声心动图评价[J]. 重庆医科大学学报,1996;21(3):241-244.

[4] Johnson PC, Doll SC, Cromey DW. Pathogenesis of diabetic neuropathy[J]. Ann Neurol, 1986; 19: 450-457.

[5] Younger DS, Rosoklija G, Hays AP, et al. Diabetic peripheral neuropathy: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of sural nerve biopsies[J]. Muscle Nerve, 1996; 19: 722-727.

[6] Comblath DR, Asbury AK, Albers JW, et al. Report from an Ad Hoc Subcommittee of the American Academy of Neurology AIDS Task Force: research criteria for the diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) [J]. Neurology, 1991; 41: 617-618.

[7] Olney RK. Consensus criteria for the diagnosis of partial conduction block[J]. Muscle Nerve, 1999; 22(suppl 8): s225-s229.

[8] John T. Kissel, M. D. The treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy [J]. Seminars In Neurology, 2003; 23(2): 169-179.

[9] Sharma KR, Cross J, Ayyar DR, et al. Diabetic demyelinating polyneuropathy responsive to intravenous immunoglobulin therapy[J]. Arch Neurol, 2002; 59: 751-757.

(上接第 295 页)

[3] Ashraf S, Tian Y, Cowan D, et al. Release of proinflammatory cytokines during pediatric cardiopulmonary bypass: heparin-bonded versus nonbonded oxygenators[J]. Ann Thorac Surg, 1997; 64(6): 1790-1794.

[4] Steinberg JB, Kapelanski DP, Olson JD, et al. Cytokine and complement levels in patients undergoing cardiopulmonary bypass[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 1993; 106: 1008-1016.

[5] Mclntwe RC, Moore EE. Inhaled nitric oxide variably improves oxygenation and pulmonary hypertension in patients with acute respiratory distress syndrome[J]. J Trauma, 1995; 39: 41gu25.7.

[6] Gillinov AM, Redmond JM, Zehr KJ, et al. Inhibition of neutrophil adhesion during cardiopulmonary bypass[J]. Ann Thorac Sury, 1994; 57(1): 126-133.

[7] 王 强. 含抑肽酶低温灌注液减轻体外循环肺损伤[J]. 中华胸心血管外科杂志,1999;15(3):177-179.

[8] 向小勇,黄 春. 自体肺体外循环实验动物模型的建立[J]. 重庆医科大学学报,2004;29(6):806-807.

(上接第 311 页)

[6] 许庆文,梁立华,朱荷根. 乳腺癌的位置与血液供应及其术前介入化学药物治疗效果的关系[J]. 中华普通外科杂志,1999;14(1):41-43.

[7] 董信春. Ⅲ期乳腺癌动脉插管化疗与全身化疗近期疗效观察[J]. 中国肿瘤临床与康复,2001;8(3):83-84.

[8] Fiorentini G, Tsetis D, Bernardeschi P, et al. First-line intra-arterial chemothempy (IAC) with epirubicin and mitoxantrone in locally advanced breast cancer[J]. Anticancer Res, 2003; 23(5b): 4339-4345.

[9] Kitagawa K, yamakado K, Nakatsuka A, et al. Preoperative transcatheter arterial infusion chemotherapy for locally advanced breast cancer(stage Ⅲb) for down-staging and increase of resectability[J]. Eur J Radiol, 2002; 43(1): 31-36.

[10] Murakami M, Kuroda Y, Nishimura S, et al. Intraarterial infusion chemotherapy and radiotherapy with or without surgery for patients with locally advanced or recurrent breast cancer[J]. Am J Clin Oncol, 2001; 24(2): 185-191.