维普资讯 http://www.cqvip.com

肺癌的神经系统表现

第一医院神经科 沈鼎烈 杨立川

提 要 本文报告822例肺癌有神经系统表现者105例（19.5%）。以神经系统表现为首发症状者64例（61%），依次为头痛、偏瘫、癫痫、截瘫、精神症状、腰背痛、眩晕、坐骨神经痛、面瘫等。105例中属转移性损害93例，转移部位包括大脑、脊髓、脑膜、小脑等。非转移性损害12例，其中有癌性脑病、肌病、皮肌炎等

关键词 肺癌；神经系转移；远隔影响

肺癌常可损害神经系统而引起许多神经精神表现，在Posner[1]的报道中发生率达17%。现将我院1976～1985年住院的822例肺癌有神经系统表现的105例作一分析，并结合文献加以讨论。

临床资料

本组病例来自我院肺科、神经科及胸外科，822例各种病理类型肺癌，均经临床、胸片、痰中检出癌细胞或活检证实。其中男性662例(80.5%)，女性160例（19.5%）；年龄19～88岁。有神经系统表现者105例（12.8%），男性79例（75.2%），女性26例（24.8%）；年龄分布和无神经系统表现者相似，无统计学差异。

起病 急性29例，亚急性45例，慢性发展31例。以神经系统表现为首发症状者64例（61%），最多见的首发症状依次为头痛16例，偏瘫14例、癫痫10例、截瘫5例、精神症状及腰背痛各4例，其它为眩晕、坐骨神经痛、无力、面瘫、视物模糊、饮水呛咳、面部麻木、复视、肢体疼痛及舌活动不灵。此64例入院时的诊断为：脑血管疾病15例，脑瘤或占位性病变12例，散发性脑炎及继发性癫痫各6例，结核性脑膜炎、脊髓压迫症、精神病及偏瘫待查各3例，皮肌炎及坐骨神经痛各2例，多发性硬化、神经根炎、鼻咽癌、急性脊髓炎、肌炎、运动神经元疾病、延髓空洞症、外展神经麻痹及颈静脉综合征各1例。

神经系统临床表现（见表1）

实验室发现 46例作了腰椎穿刺，压力升高18例，白细胞增多13例，蛋白质增高31例，糖减低4例，氯化物减低3例。33例作了脑电图，有弥散性异常26例（其中6例有局限性较明显），局灶性异常6例，正常1例。脑血管造影14例均有占位性病变表现，其中1例呈现双侧病变。CT异常11例，其中6例为多发病变。脊椎片显示破坏8例，头部平片见颅骨破坏1例。头颅超声波移位8例。脑扫描有异常浓集区5例。

讨 论

肺癌的神经系统损害以转移为最常见，本组共93例（88.6%，在总体中发病率为11.3%）。转移多发生在颅内，据文献统计，尸解的颅内转移率为31～38%[2]，本组颅内转移仅80例（9.7%），此因本组除1例尸解外，均属临床诊断，且近年才使用CT，故远低于病理发现。转移至脑部者其分布常与脑血供平行，故以大脑为最多见（65例），左右半球损害大致相等。脑部转移的其它部位包括小脑、丘脑下部、脑干及桥脑小脑角。

大脑转移根据分布及发病形式，可分为

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1　105例肺癌神经系统症状和体征

症状	头痛	偏瘫	呕吐	精神异常	意识障碍	癫痫		括约肌障碍	偏身麻木	截瘫	腰背痛	全身无力	视物模糊	眩晕	双下肢麻	肢体痛	尿崩症	吞咽困难	昏倒
						部分性	全身性												
例数	44	45	31	29	18	13	5	17	12	10	6	6	6	5	4	3	2	2	1

体征	颅神经障碍										运动性失语	眼同向偏斜	脑膜刺激征	共济失调	肌肉萎缩	贺纳氏征	上运动神经元偏瘫	双侧锥体束征	震颤
	Ⅰ*	Ⅱ	Ⅴ	Ⅶ	Ⅵ 中枢性	Ⅵ 周围性	Ⅷ	Ⅸ Ⅹ	Ⅻ 中枢性	Ⅻ 周围性									
例数	27	4	5	2	18	3	1	4	10	2	7	4	9	3	3	2	45	16	1

* 包括视乳头水肿24例，视力丧失1例，视力减退2例

表2　105例肺癌神经系统表现的分布及类型

分布及类型	转移性神经系统损害														非转移性神经系统损害							
	总数	大脑					小脑	丘脑下部	脑干	脑桥小脑角	脑膜癌病	脊髓	脊神经	颅神经	总数	癌性脑病	肌病	皮肌炎	运动神经元疾病	神经—肌病	亚急性脊髓病	周期性麻痹
		颅内压增高型	卒中型	癫痫型	脑膜脑炎型	精神障碍型																
例数	93	27	15	10	7	6	3	2	1	1	6	10	3	2	12	3	3	2	1	1	1	1

颅内压增高型、卒中型、癫痫型、脑膜脑炎型及精神障碍型五种（见表2）。

颅内压增高型27例中25例均有视乳头水肿，并有20例伴一侧运动障碍，但显示双侧体征也不少见（6例）。癌肿转移多为多灶性，本组CT发现有占位性病变的11例中，6例显示多发性病灶。据文献报道[8]，脑转移性病变中，临床证实为多灶者仅22.5%，但临床为单发性病变中仍有72%在尸解中发现为多灶者，说明转移灶多发者达75%以上。

卒中型起病均较快，入院时临床均诊断为脑血管疾病，3例起病极快，以后未进行性发展，CSF正常，考虑可能为癌栓塞。

癫痫型均以惊厥为首发症状，6例为部分性，4例为全身性，抗癫痫药疗效不佳，其中8例随之出现脑部损害的其它体征，而2例始终以癫痫发作为主要表现。

脑膜脑炎型表现类似散发性脑炎或结核性脑膜炎，可见脑弥散性损害包括精神异常、瘫痪，以及脑膜刺激征，EEG多为弥漫性异常。

精神型以各种精神异常为入院主诉，表现为呆木、少言、生活懒散、不进食、行为异常，以及兴奋、胡言乱语、打人骂人、幻觉、人格改变等；病人均有记忆力、定向力及智能改变，脑电图均为弥漫性异常，显示器质性精神病。

本组中2例有典型尿崩症，其一为单纯性尿崩症，CT见脑部皮质下有多个小转移灶，估计丘脑下部也有波及，另一例除尿崩症外，还见右侧偏瘫、眼同向右偏斜，说明

维普资讯 http://www.cqvip.com

脑部有广泛病变，损害双侧大脑半球并丘脑下部。以尿崩症为肺癌脑转移的首发症状尚未见文献报道。

转移性脊髓损害10例，髓外转移至脊椎而产生神经根痛及横贯性脊髓压迫症状者8例，均有脊椎骨质破坏，且都在胸段脊椎；仅2例考虑为髓内转移，见典型的胸段横贯性损害表现，括约肌障碍出现早，CSF蛋白质增高，但无椎管阻塞，相应节段脊椎无破坏，局部也无压痛。文献上也认为髓内转移少见，且临床诊断很困难，多由尸解病理证实[4]。

脑膜癌病也称癌性脑膜炎，通常有三大症状：（1）以颅内压增高为主的症状，如剧烈头痛、呕吐、视乳头水肿、出血以及外展神经麻痹等，有时伴惊厥或精神异常；（2）脑膜刺激征；（3）颅神经和脊神经受累征，包括颅神经Ⅰ～Ⅻ及腰骶神经根损害的症状[5~7]。CSF可见有压力增高，细胞增多及糖减低。脑膜癌病临床诊断十分困难，国内报告的病例均为尸解发现者，有人认为凡临床有3个解剖区损害的表现及脑膜刺激征，结合CSF变化可考虑本病[1]，如CSF中找到癌细胞则诊断更可肯定[5~7]。本组6例均为临床诊断，其中3例入院时误诊为结核性脑膜炎，这些病人均有脑部症状、脑膜刺激征及颅脊神经损害表现（Ⅰ～Ⅻ对及腰骶神经根损害征），CSF也符合上述变化。此说明脑膜癌病并不少见（5.7%），惜乎无尸解材料证实。

3例脊神经转移中，2例表现为坐骨神经痛，1例为上肢痛，检查所见表明为腰骶丛及臂丛损害，与文献介绍一致[4]。颅神经转移2例均为单纯面神经周围性麻痹。

非转移性表现　癌肿的非转移性表现又称副肿瘤综合征，为癌肿对神经系统的远隔作用，认为可能是癌细胞代谢产物的毒性作用，影响代谢、内分泌功能及营养障碍所致，也有认为癌肿病人机体免疫功能低下，致继发病毒感染所致，并与自体免疫机制有关[1,4,8]。本组共发现12例（发病率1.5%），这些病人均经作CT、脑血管造影、X线平片及CSF等有关检查，未发现转移病灶。

2例皮肌炎均因面部皮肤有红斑，全身无力及疼痛而入皮肤科，肌电图显示肌病电位，经进一步检查发现肺部原发病灶而确诊，此2例年龄各为57及44岁，Posner[1]认为40岁以上的皮肌炎病人，特别是男性75%有潜在的癌肿，尤多肺癌，应作进一步检查，本文也证实了这点。

本组有1例66岁男性肺鳞癌病人，在病后一月多次发生“周期性麻痹”表现，而过去从无类似病史。肺癌引起重症肌无力综合征屡有报道[1,9,10]，但尚未见周期性麻痹的报告。后者均发生在20～40岁的青壮年，本例年事已高，初次发生周期性麻痹机会甚少，因此究为合并症或系巧合，则有待更多病例来证实。

本组转移性损害在总体病例中占11.3%，而非转移性表现者仅占1.5%，均低于文献报道[1]，这可能因为本文病例90%来自肺科和胸外科，缺乏神经专科医师的细致观察，且入胸外科者均为一般情况较好而适于手术的病人，因此发生率较低。加之文献所报道的非转移性表现，尚包括放疗及化疗的副作用，而这些是癌肿治疗中的神经系统毒性使用[11]，不应归于癌肿的神经系统表现，我们未对这些治疗作系统的随访观察，也是低发病率的一个因素。

从本组资料发现，肺癌产生神经系统损害表现大多数作为肺癌的首发症状，因此常被误诊为神经系统其它疾病，其中最常误诊为脑血管病、原发性脑瘤、散发性脑炎、癫痫、结核性脑膜炎、脊髓压迫症等，而原发病变症状一直未出现，因此，在临床上有上述情况而年龄偏高时，应该考虑肺癌转移，宜作进一步检查而弄清病因。

参考文献

[1] Posner, JB. Med Clin North Amer,

维普资讯 http://www.cqvip.com

旅行精神病

第一医院精神科 周惠幸

提 要 本文报告10例旅行精神病，包括9例国内旅行和1例国外旅行时产生的精神障碍。表现为明显的被害、关系妄想和恐惧、紧张情绪、逃避、冲动行为以及轻度意识障碍。病程短、预后佳。发病可能与性格缺陷、旅途中心理紧张、极度疲劳和睡眠剥夺以及言语隔阂和时差等因素有关

关键词 旅行；精神病；幻觉；妄想

Nilsson(1966)[1]将在国外旅行时引起的精神障碍，称为旅行精神病。其临床表现主要为被害、中毒、关系和性被害等妄想，以及幻觉和意识障碍。有的学者将在国内旅行时出现的精神障碍也包括在内。现将笔者所见的10例报道如下：

1979, 63:783
[2] 张天锡摘. 国外医学神经病学分册 1985, 12:55
[3] 赵德明摘. 同上, 1986, 12:230
[4] 唐盛孟. 同上, 1986, 12:283
[5] 肖镇祥. 中国神经精神疾病杂志 1981, 7:164
[6] 罗德儒, 等. 中风与神经疾病杂志 1984, 1:189
[7] 张 昱, 等. 同上, 1984, 1:190
[8] 黄友岐. 国外医学神经病学分册 1974, 1:109
[9] Clamon GH, et al. Arch Intern Med 1984, 144:999
[10] Ingram DA, et al. J Neurol Neurosurg Psych, 1984, 47:806
[11] Goldberg ID, et al. JAMA 1982, 247:1457

NEUROLOGIC MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH PULMONARY CARCINOMA

Shen Dinglie & Yang Lichuan

(Neurological Department, The First Hospital)

The authors report 105 cases of neurologic manifestation in 822 patients with pulmonary carcinoma, with an incidence of neurological complication of 19.5%. The neurologic manifestations were the first symptom in 64 cases (61%), which showed orderly as headache, hemiplegia, seizure, paraplegia, mental symptoms, backache, vertigo, sciatica, facial palsy, etc. In these 105 cases there were 93 suffered metastasis, which involved cerebrum, spinal cord, meninges, cerebellum etc. Twelve patients were nonmetastatic, among whom, carcinomatous encephalopathy, myopathy, dermtomyositis etc were observed

KEY WORDS pulmonary carcinoma; nervous system metastasis; remote effect