

[文章编号] 1000-2200(2004)06-0541-02

# 小儿急性偏瘫综合征 12 例临床分析

刘和福

[摘要] 目的: 探讨小儿急性偏瘫综合征(AHS)的临床特点与治疗方法。方法: 对 12 例 AHS 临床资料进行分析, 均采用针对病因及抗凝和扩血管治疗。结果: 本组 AHS 婴幼儿发病 8 例, 临床症状以发热伴抽搐多见。采取综合治疗方法, 7 例病侧肌力恢复正常(V级), 5 例病侧肌力恢复至IV级。结论: 颅内感染是小儿 AHS 的最常见原因, 其次为脑血管畸形和脑损伤。早期抗凝和扩血管药物的使用是 AHS 治疗所需。

[关键词] 偏瘫; 儿童; 住院; 治疗学

[中国图书资料分类法分类号] R 682.22 [文献标识码] A

小儿急性偏瘫综合征(AHS)是由多种病因引起的一种较常见的小儿脑血管病变。现将我院 1999 年 2 月~2003 年 11 月收治的 AHS 12 例临床特点和治疗作一探讨。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 8 例, 女 4 例; 年龄 6 个月~12 岁, 其中 < 3 岁 8 例, 3~12 岁 4 例, 左侧偏瘫 7 例, 右侧偏瘫 5 例; 患侧肌力上下肢体、近远端肌力均不一致。2 例下肢肌力 0 级, 其中 1 例上肢亦为 0 级, 另 1 例上肢肌力 I 级; 有 1 例左侧上下肢肌力均为 IV 级; 余以 II~III 级为多, 共 9 例。

1.2 方法 本组病例均行 EEG、脑脊液检查和头部 CT 检查, 另有 4 例行 MRI 检查; 并给予抗感染、抗病毒和对症治疗, 如抗癫痫(卡马西平)、抗凝(复方丹参)、扩血管(低分子右旋糖酐、山莨菪碱或尼莫地平)治疗。

## 2 结果

2.1 检查结果 9 例患儿做了 EEG 检查, 主要表现为基本电活动变慢, 两侧电活动不对称, 或单侧痫样放电, 或一侧生理睡眠纺锤波减少。12 例均行头颅 CT 检查, 其中 7 例 CT 显示基底节低密度影, 余 5 例 CT 无阳性发现。4 例行 MRI 检查, 其中 2 例 MRI 显示基底节软化灶, 另 2 例正常。

2.2 病因诊断 上述病例分成三型, I 型: 发热伴抽搐 8 例(病毒性脑炎); II 型: 不发热伴抽搐 2 例(moyamoya 病 1 例, 癫痫 1 例); III 型: 不发热不抽搐

2 例(颅脑外伤 2 例)。

2.3 治疗结果 平均住院治疗 14 天, 最长 1 例住院 31 天。7 例病侧肌力恢复正常(V级), 5 例病侧肌力恢复至 IV 级。

## 3 讨论

3.1 儿童 AHS 临床特点及病因 儿童偏瘫指各种原因引起的一侧肢体瘫痪的综合征。小儿急性偏瘫的病理改变主要是脑动脉病变, 即脑动脉的血栓形成、栓塞和血管炎, 引起脑血管的闭塞性病变。其中以脑血栓最为多见<sup>[1]</sup>。AHS 以婴幼儿发病为主, 本组为 66.7%, 是因为此阶段为感染和外伤机会最多的年龄段。其病因多种多样, 有感染、惊厥持续状态、脑血管畸形、脑损伤或不明原因。国外有学者将 AHS 分为三型, I 型为发热伴全身惊厥持续状态(多为颅内感染), II 型为不伴发热惊厥持续状态(多为脑血管疾病和癫痫), III 型为不伴发热无惊厥偏瘫(多为脑血管疾病)<sup>[2]</sup>。这种分类对临床病因诊断有一定的帮助。本组病例颅内感染 8 例, 脑损伤 2 例, moyamoya 病和癫痫各 1 例。由此可见, 颅内感染在症状性儿童急性偏瘫的原发病之中占居首位, 其机制是各种感染引起脑血管炎可使动脉管腔狭窄、血栓形成、闭塞, 引起局部脑血流量减少, 脑组织血流灌注不足, 致使神经细胞变性、坏死。病毒或细菌可能直接侵犯脑血管而引起脑血管炎; 也可能在感染后发生免疫反应而引起免疫性脑血管炎或脑血管周围脱髓鞘病变。另外, 小儿脑外伤在 AHS 的病因中亦要给予足够的注意, 儿童受体罚(摇打颈部)或在锻炼运动时受到似乎很轻微的损伤, 即可使小儿的颈动脉形成血栓或断裂。当小儿口含钝性物体(如铅笔、棒棒糖)摔倒, 扁桃体隐窝内的颈动脉也会

[收稿日期] 2004-01-04

[作者单位] 安徽省怀宁县人民医院 儿科, 246100

[作者简介] 刘和福(1962-), 男, 安徽怀宁县人, 副主任医师。

损伤,常在外伤后数小时,有时甚至是数天出现症状,临床常表现有偏瘫、偏侧感觉缺失和偏盲,优势半球受累时还可出现失语,但抽搐不常见<sup>[3]</sup>。

3.2 儿童 AHS 辅助检查 EEG 作为脑电信号仅为功能性检查,一侧异常改变与临床定位一致,易发现异常,有助于诊断,但这不是确切的定位指标。头部 CT 对脑梗死局限性水肿和炎症均可出现低密度灶,但对血管本身任何病变的诊断均无能为力。MRI 在脑出血脑梗死的不同时期可出现不同的异常信号,脑脊液常规检查简单、方便、准确,为 AHS 患儿必不可少的检查。

[文章编号] 1000-2200(2004)06-0542-02

## 眼肌麻痹 48 例病因及临床分析

刘太珍<sup>1</sup>, 彭声援<sup>2</sup>

[摘要] 目的:探讨眼肌麻痹的病因及临床特点。方法:对 48 例眼肌麻痹患者的临床资料及头颅 CT、MRI、脑脊液、血糖等检查结果进行回顾性分析。结果:48 例中,糖尿病 15 例(31.25%),血管性疾病 9 例(18.75%);痛性眼肌麻痹、颅内肿瘤各 7 例(14.58%);前两者临床多表现为动眼神经不全性麻痹,其次为外展神经麻痹;后两者多为动眼神经、滑车神经、外展神经等多颅神经麻痹。其它少见的病因为重症肌无力、颅内炎症等。结论:眼肌麻痹病因复杂,掌握各种病因所致眼肌麻痹的临床特点,及时完善有关辅助检查,避免误诊。

[关键词] 眼肌麻痹;病因;临床特点

[中国图书资料分类法分类号] R 777.45 [文献标识码] A

眼肌麻痹是神经科及眼科就诊患者的常见症,病因复杂,临床易致误诊。现就我院 1998 年 10 月~2003 年 10 月诊治的 48 例以眼肌麻痹为主要症状就诊者的临床及病因作一分析。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组中男 29 例,女 19 例;年龄 8~83 岁。糖尿病史 3 例,高血压病史 4 例,鼻窦炎 1 例,中耳炎 1 例,白塞病 1 例。急性或亚急性起病 42 例,慢性起病 6 例。首次就诊确诊病因者 21 例,一般就诊 2~3 次确诊,5 例误诊达 2~6 个月。

1.2 临床表现 单条眼外肌麻痹 8 例,主要为上睑提肌、外直肌、内直肌麻痹。多条眼外肌麻痹 40 例,上睑提肌加内直肌 8 例,上睑提肌加外直肌 5 例,上睑提肌加上、下、内直肌及下斜肌 14 例,外直肌加上

3.3 儿童 AHS 治疗 对 AHS 病例,除明确病因、对因治疗外,应尽快使用抗凝及扩血管药物,恢复血供,以改善预后。除常规应用复方丹参、低分子右旋糖酐外,我们对 5 例 AHS 患儿谨慎使用低分子肝素钠抗凝治疗,剂量为 100 u/kg,皮下注射,疗程为 3~5 天,取得较好的治疗效果。

### [参考文献]

- [1] 诸福棠主编.实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2000:1858.
- [2] 周水珍,廖广红,孙道开.小儿急性偏瘫综合征 16 例诊断与治疗探讨[J].中国实用儿科杂志,2001,16(2):90~91.
- [3] Fenichel GM 主编,廖建湘主译.儿科神经系统疾病鉴别诊断与治疗[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2000:249~250.

·临床医学·

斜肌 7 例,其它组合 6 例。伴眼内肌麻痹 12 例。单眼受累 31 例,双眼受累 17 例(同时、交替或先后出现)。伴头痛或眼眶痛 19 例,伴呕吐 8 例,伴眩晕、呕吐 3 例,伴面部麻木 11 例,伴进食水呛咳 5 例,伴声音嘶哑 4 例,伴面瘫 1 例,伴偏侧肢体麻木 2 例,伴偏侧肢体轻瘫 7 例。

1.3 实验室检查 血常规检查 38 例:贫血 2 例,血白细胞升高 12 例。血沉检查 27 例:增快 13 例。血 IgG 测定 14 例:升高 4 例。空腹血糖测定 40 例:增高 9 例;同时做糖耐量试验 18 例,降低 6 例。血脂测定 32 例:升高 11 例。脑脊液检查 23 例:细胞数增高 10 例,蛋白增高 12 例,IgG 升高 6 例。新斯的明试验 6 例:阳性 3 例。鼻咽部活检 4 例:3 例示鼻咽部鳞癌,1 例炎症。

1.4 影像学检查 X 线胸片 14 例,1 例肺癌。颅底 X 线平片 5 例,示颅底骨质破坏 1 例。头颅 CT 42 例:基底节区腔隙性梗死 8 例,脑干梗死 4 例,脑干出血 1 例,颅底骨质破坏 2 例。蝶骨嵴脑膜瘤 1 例。鼻咽部及鞍区 CT 9 例:咽隐窝变浅或消失 4

[收稿日期] 2003-12-05

[作者单位] 江苏省徐州市第六人民医院 1. 神经内科, 2. 眼科, 221006

[作者简介] 刘太珍(1961-),女,江苏徐州人,副主任医师。