

## 糖尿病躯干神经病 1 例报道

吴思, 张晗, 张晓天, 郑东明

中国医科大学附属盛京医院神经内科, 辽宁省沈阳市 110000

DOI: 10.16636/j.cnki.jinn.2018.05.013

糖尿病躯干神经病是糖尿病周围神经病的一种特殊类型,其特点是急性发作的呈节段性分布的胸腹部疼痛,临床较为少见,容易误诊误治,现将我科收治的 1 例糖尿病躯干神经病报道如下,并结合文献对其临床表现、诊断及治疗进行讨论,以期能指导今后的临床工作。

### 1 病例资料

患者,男,66 岁,以“前胸后背部疼痛 8 个月”为主诉入院。患者 8 个月前开始出现左侧髋部疼痛,后疼痛范围蔓延至双侧胸腹及后背部,向上达腋下水平,向下达腹股沟水平。疼痛为持续性,呈烧灼、针刺感,皮肤受到外界触碰如衣物接触时疼痛加重,以至于患者经常赤裸上身。疼痛程度较为剧烈,影响睡眠。曾就诊我院疼痛科,给予营养神经、口服药物止痛、椎旁神经阻滞及 CT 引导下周围神经毁损术(T5~T9)等治疗,疼痛未见明显缓解。既往糖尿病病史 1 年,皮下注射胰岛素治疗。否认疱疹病史。否认长期饮酒史。

入院查体:胸 4 至胸 10 水平痛觉减退,四肢腱反射均不能引出,余查体未见异常。入院化验空腹血糖 7.79 mmol/L,餐后 2 小时血糖 11.18 mmol/L,糖化血红蛋白 7.0%,其余常规生化、抗核抗体系列等风湿指标及全身肿瘤标志物检查未见异常。头 MRI 平扫、颈椎和胸椎 MRI 增强、全腹增强 CT 及全身骨静态显像均未见异常。肌电图提示四肢周围神经损害,感觉和运动神经均受累,以感觉纤维损害为主。感觉定量分析肌电图显示胸部 T4 皮区至腹部 T10 皮区轻度至中度感觉减退。综上,诊断考虑为糖尿病躯干神经病。予患者加巴喷丁(开始时,300 mg/次,每日 3 次,口服,后逐渐增量至 900 mg/次,每日 3 次,口服)、盐酸氢考酮

(325 mg/次,每间隔 8 h 一次,口服)、盐酸曲马多(100 mg/次,每日 1 次,口服)和文拉法辛(225 mg/次,每日 1 次,口服)止痛治疗,严格控制患者血糖水平,同时予营养神经和改善循环治疗。用药 2 周后患者疼痛症状略有好转,出院后继续口服药物治疗。

### 2 讨论

糖尿病躯干神经病主要表现为急性发作的呈节段性分布的胸腹部疼痛<sup>[1]</sup>。由于缺乏准确的定位可有不同的名称,如糖尿病胸腹神经根病、糖尿病肋间神经痛和糖尿病假内脏综合征等。该病多累及中下部胸段(胸 8 至胸 12 节段),可呈单侧或双侧分布。急慢性起病者均有,以急性起病者较常见。可单独发生,亦可伴随其他的糖尿病并发症,如对称性多神经病和糖尿病脑病<sup>[2]</sup>等。该病易与胸腹腔脏器病变引起的牵涉痛及脊髓疾病相混淆,需注意鉴别<sup>[3]</sup>。疾病的定位仍有争议,可能累及脊髓的背根神经节、脊神经根、混合型脊神经、胸部肋间神经后肢和腹神经。呈皮肤节段性分布的多提示累及脊髓背根神经节或脊神经<sup>[4]</sup>。皮肤活检可用来评估神经纤维损伤严重程度<sup>[3]</sup>。

糖尿病躯干神经病的治疗主要是在严格控制血糖和营养周围神经的基础之上,给与止痛治疗。不同临床指南所推荐的 1 线及 2 线用药有所不同,但多数指南均推荐三环类药物、色氨酸再摄取抑制剂(如文拉法辛)及  $\gamma$  氨基丁酸类似物(如加巴喷丁及瑞普巴林)作为一线用药,阿片类(曲马多及羟考酮)及局部用药(如辣椒素)作为二线用药<sup>[5-9]</sup>。在临床应用中,联合用药可能效果更好。非药物止痛方法包括经皮电神经刺激术及经皮电神经和频率调整的电磁神经刺激术,可以在药物治

收稿日期:2018-03-22;修回日期:2018-08-15

作者简介:吴思(1990-),女,硕士研究生。

通信作者:郑东明,男,主任医师,博士,研究生导师,主要从事认知障碍的研究。E-mail:zhengdm@sj-hospital.org。

疗的基础之上配合进行<sup>[5]</sup>。该病预后良好,疼痛症状通常在治疗后3~12个月有所缓解<sup>[10]</sup>。本例患者跟踪半年,疼痛症状控制良好。

综上,糖尿病躯干神经病临床上比较少见,临床医生应该对此加强认识。在进行充分检查排除其他疾病的基础之上,应给与积极的止痛治疗。

参 考 文 献

[1] Ellenberg M. Diabetic truncal mononeuropathy--a new clinical syndrome [J]. *Diabetes Care*, 1978, 1(1): 10-13.

[2] 杜宇,付剑亮. 糖尿病脑病危险因素及发病机制研究进展[J]. *国际神经病学神经外科志*, 2016, 43(4): 358-362.

[3] Lauria G, McArthur JC, Hauer PE, et al. Neuropathological alterations in diabetic truncal neuropathy: evaluation by skin biopsy [J]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1998, 65(5): 762-766.

[4] Stewart JD. Diabetic truncal neuropathy: topography of the sensory deficit [J]. *Ann Neurol*, 1989, 25(3): 233-238.

[5] Spallone V. Management of painful diabetic neuropathy:

guideline guidance or jungle [J]. *Curr Diab Rep*, 2012, 12(4): 403-413.

[6] Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update [J]. *Mayo Clin Proc*, 2010, 85(3 Suppl): S3-S14.

[7] Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision [J]. *Eur J Neurol*, 2010, 17(9): 1113-e88.

[8] Tesfaye S, Boulton AJ, Dyck PJ, et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments [J]. *Diabetes Care*, 2010, 33(10): 2285-2293.

[9] Hartemann A, Attal N, Bouhassira D, et al. Painful diabetic neuropathy: diagnosis and management [J]. *Diabetes Metab*, 2011, 37(5): 377-388.

[10] Kim SH, Baek CO, Lee KA, et al. Neuropathic truncal pain in patients with type 2 diabetes mellitus relieved by topical cream and nerve block [J]. *Korean J Intern Med*, 2014, 29(1): 120-122.