

皮质下动脉硬化性脑病的螺旋 CT 分析

李会昌 欧阳秋珍

(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词:皮质下动脉硬化性脑病;螺旋 CT;脑白质

中图分类号:R 543.12

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0070-01

皮质下动脉硬化性脑病(SAE),又称进行性皮质下血管性脑病,属脑动脉硬化症的一种类型,在老年人中的发病率为 1%~5%。随着 CT、MRI 检查技术的应用,对本病的确诊率有明显提高,并有了新的认识。现收集 96 例由 CT 确诊的皮质下动脉硬化性脑病作一回顾性分析:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 96 例,男性 65 例,女性 31 例;年龄 55~86 岁,平均 69 岁。

1.2 临床表现 有高血压病史 71 例,占总数的 74.0%;5 例表现为老年性痴呆症,占 5.2%;58 例就诊时为轻度感觉障碍,即头晕、眼花、手足麻木、肢体乏力等症,32 例表现为偏瘫,4 例合并脑出血,2 例患有糖尿病。

1.3 检查方法 采用美国 GE 公司 Hispeed 螺旋 CT 机,重建距阵 512× 512,110kV,150 mAs,层厚 10mm、层距 10mm,时间 3s,以听眉线逐层出床扫描,以平扫为主。

2 CT 表现

2.1 脑白质低密度改变 表现为双侧侧脑室外上方及半卵圆中心区月晕状低密度区,对称或基本对称,边界模糊。本组中 92 例有此改变,占总数的 95.8%;18 例同时有梳角状低密度灶,占 18.8%;10 例病变环绕脑室弥漫于整个大脑半球的白质中,占 10.4%。

2.2 脑梗死 本组病例伴发脑梗死 70 例,其中 66 例表现为基底节区单个或多个大小不等的腔隙性梗死,4 例为大面积脑梗死。

2.3 脑萎缩 本组病例中 55 例有不同程度的脑萎缩改变,表现为脑室扩大,脑池、脑沟增宽,多数以脑室扩大为主。

2.4 合并脑出血 本组中有 4 例,均位于脑深部基底节区或丘脑处。

3 讨论

本病由 Binswanger 在 1894 年首次描述,常见于 60 岁以上有高血压史及其他动脉硬化征象者,其病理基础是由于高血压动脉粥样硬化,使血管壁增厚、管腔狭窄导致脑组织供血不足。由于脑室周围的白质是皮层长髓支和白质深穿支供血分界区,二者均为终末动脉,其间缺少血管吻合,导致脑室周围长期慢性缺血、缺氧引起神经纤维脱髓鞘和轴突丧失,甚至出现软化、坏死等病理改变。

本病多见于 60 岁以上的老年人。本组 96 例,平均年龄 69 岁,60 岁以上老年人占 96.9%,且年龄与发病率成正比关系。临床表现为高血压、卒中发作与慢性进行性痴呆症三大特征。本病典型的 CT 表现是在两侧侧脑室周围白质区及半卵圆中心可见不同程度对称或大致对称的低密度区,边界模糊,CT 值在 18~28 HU,增强后无改变;伴有或不伴有腔隙性梗死、脑萎缩和脑出血。

应注意鉴别诊断:(1)正常压力脑积水:二者表现极为相似,均有脑室系统扩大及脑室周围低密度灶。但正常压力脑积水脑沟正常或消失,低密度灶与正常白质分界清楚,常累及胼胝体膝部,而较少累及半卵圆中心。(2)多发性硬化症:病灶也多位于侧脑室周围白质内,因其病理为静脉周围的脱髓鞘和轴突丧失,因此,病变常累及胼胝体,且其病灶呈结节状和斑片状,多见于 20~40 岁女性。

(收稿日期:2007-01-21)

胃脘痛中医证候与 X 线表现对照研究

蔡和

(江西省铅山县中医院 铅山 334500)

关键词:胃脘痛;中医证候;X 线征象

中图分类号:R 256.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0070-02

1 资料与方法

本组男 58 例,女 30 例;年龄 12~75 岁,18~59 岁占 84.1%。搜集胃脘痛类似西医急、慢性胃炎,胃、十二指肠球部溃疡,胃癌,胃神经官能症等病例;参照国内分型标准及有关文献分脾胃不和、肝胃不和、脾胃虚寒、胃阴不足 4 证,各证均可兼寒、热、湿、瘀。

凡属胃脘痛需作 X 线消化道钡餐检查者,于检查前先用中医内科医师确定临床证候,随后进行常规的 X 线消化道钡

餐检查,详细记录各项 X 线征象,并对照分析中医临床证型与 X 线诊断。进行卡方统计学处理。

2 结果

2.1 辨证分型 按临床辨证有脾胃不和 23 例,肝胃不和 34 例,脾胃不和兼血瘀 5 例,肝胃不和兼血瘀 5 例,脾胃不和兼湿阻 3 例,肝胃不和兼湿阻 8 例,由于其它证候病例不足 3 例,略去不计。78 例可归纳为脾胃不和及肝胃不和二大主证,属脾胃不和证 31 例(无兼 23 例,兼瘀 5 例,兼湿 3 例),占

中医药治疗跟痛症 48 例临床体会

胡宏普

(河南省偃师市中医院 偃师 471900)

关键词:跟痛症;中医药疗法;中药内服;玉女煎;中药熏洗;苏木合剂

中图分类号:R 274.32

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0071-02

跟痛症多发生于 40~60 岁的中老年人,是一种常见、多发病,临床疗效欠佳。笔者自 2001 年以来采用中医辨证,玉女煎加减内服配合苏木合剂熏洗治疗该病 48 例疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 48 例中,男 27 例,女 21 例;年龄最大者 67 岁,最小者 37 岁,平均 54 岁;其中单足跟痛者 17 例,双足跟痛者 31 例;X 光片显示跟骨骨质增生者 15 例。

1.2 诊断标准 足跟部疼痛,站立或行走时诱发或加重,局部压痛明显,包括现代医学的慢性软组织损伤、跟骨骨刺等;局部骨折、扭挫伤、有菌性炎症等不在本文讨论范围之内。

2 治疗方法

2.1 内服方药 玉女煎:生地易熟地 24g,牛膝 12g,生石膏 24g,知母 10g,麦冬 10g。加減:夹湿热内扰者,加黄柏 10g、生

39.7%;属肝胃不和证 47 例(无兼 34 例,兼瘀 5 例,兼湿 8 例),占 60.2%。

2.2 X 线诊断 在 78 例中,慢性胃炎 62 例(并胃下垂 31 例、胃窦炎 14 例、胃黏膜脱垂 3 例、十二指肠球炎 4 例),占 79.5%;胃溃疡 10 例,占 12.8%;十二指肠球部溃疡 17 例,占 21.8%;胃癌 5 例,占 6.4%。

2.3 中医证候与 X 线征象关系 见表 1。

表 1 证候与 X 线征象情况 例								
	脾胃不和				肝胃不和			
	无兼	兼瘀	兼湿	合计	无兼	兼瘀	兼湿	合计
潴留液	5	1	2	8	10	3	7	20
张力 高	3	1	0	4	2	0	0	2
慢张力 低	2	1	1	4	9	4	5	18
性蠕动 强	14	3	2	19	4	2	1	7
胃蠕动 弱	2	1	1	4	25	2	3	30
炎 幽门痉挛	2	0	1	3	4	0	1	5
胃下垂	5	2	2	9	15	4	4	23
黏膜增粗	22	2	1	25	32	2	3	37
十二指肠球部溃疡	8	4	1	13	2	1	1	4
胃溃疡	4	4	0	8	1	1	0	2
胃癌	0	3	0	3	0	2	0	2

2.3.1 空腹胃内潴留液 脾胃不和 8 例,占 25.8%,肝胃不和 20 例,占 42.6%。二者有显著差异, $P<0.05$ 。

2.3.2 胃张力 呈低张者,脾胃不和 4 例,占 12.9%;肝胃不和 18 例,占 38.3%。二者有非常显著差异, $P<0.01$ 。但在二大主证中各兼证之间均无明显差异, $P>0.05$ 。呈高张者在各证中病例均较少。

2.3.3 胃蠕动波 呈强蠕动波者,脾胃不和 19 例,占 61.3%;肝胃不和 7 例,占 14.9%。二者之间有显著差异, $P<0.05$ 。二大主证的无兼证者各 14、4 例,也有显著差异, $P<0.05$ 。呈弱蠕动波者,脾胃不和 4 例,占 12.9%;肝胃不和 30 例,占

苡仁 15g、连翘 15g;血瘀证明显者,去生石膏,加当归 15g、赤芍 15g、丹参 20g;伴腰痛重者,加桑寄生 15g、川续断 15g;伴骨质增生者,加乳香 6g、没药 6g、当归 15g、赤芍 15g。上药日 1 剂,水煎服。

2.2 熏洗方 苏木合剂(协定方):苏木 10g,当归 10g,红花 10g,川羌 10g,秦艽 10g,威灵仙 30g,木瓜 30g,艾叶 30g,白芷 10g,乌药 10g。上药加水 3 000mL,煎沸 20min 后加入醋半斤、白酒一两开始熏洗,日 2 次,一剂药可用 4 次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈:足跟疼痛完全消失,活动自如,局部无压痛和叩击痛;显效:疼痛明显减轻,不影响行走活动或长时间行走后有不快感;有效:疼痛较前有所改善,但影响行走活动;无效:治疗前后诸症无任何改变。

3.2 治疗结果 本组 48 例,平均随访 1 年,按上述标准评

63.8%。二者间有非常显著差异, $P<0.01$ 。二大主证的无兼证者各有 2、25 例,也有非常显著差异, $P<0.001$ 。

2.3.4 胃幽门痉挛 脾胃不和 3 例,占 9.7%;肝胃不和 5 例,占 10.6%。二者无显著差异, $P>0.05$ 。

2.3.5 胃下垂 脾胃不和 9 例,占 29.0%;肝胃不和 23 例,占 48.9%。二者有显著差异, $P<0.05$ 。二大主证中无兼证者各 5、15 例,二者有差异, $P<0.05$ 。

2.3.6 黏膜增粗 脾胃不和 25 例,占 80.6%;肝胃不和 37 例,占 78.7%。无显著差异。

2.3.7 溃疡病 脾胃不和(十二指肠球部溃疡 13 例,胃溃疡 8 例)21 例,占 67.7%;肝胃不和(十二指肠球部溃疡 4 例,胃溃疡 2 例)6 例,占 12.8%。二者之间有非常显著差异, $P<0.01$ 。

2.3.8 胃癌 脾胃不和 3 例,肝胃不和 2 例,这 5 例均列于兼血瘀证中。

3 讨论

胃脘痛又称胃痛,以胃脘部经常发生疼痛为主症。其病位在胃,但胃与脾互为表里,脾主升,胃主降,而肝为刚脏,性喜条达而主疏泄,故胃痛与肝、脾有密切关系。在辨证方面常与诸脏腑难以分割, 本组观察欲通过 X 线钡餐找出该病与病变、功能之间的影像关系。从本组病例表中数据可以发现:(1)脾胃不和呈胃蠕动增强、排空加速等一系列亢进的征象,肝胃不和却表现为胃蠕动减弱、排空迟缓等一系列衰退的征象,显示二者有明显不同,能支持临床上对本病分二大主证的分类,并可为辨证时一项重要客观依据。(2)胃下垂在肝胃不和比例较大,此项亦可作为辨证参考依据。

(收稿日期: 2006-12-12)