

专家连线

视神经萎缩的诊治方法

□陈志毅

视神经萎缩是指任何疾病引起视网膜神经节细胞和其轴突发生病变,致使视神经全部变细的一种形态学改变,一般发生于视网膜至外侧膝状体之间的神经节细胞轴突变性。视神经萎缩是视神经病变的最终结果,表现为视神经纤维的变性和消失,传导功能障碍,出现视野变化,视力减退并丧失。一般分为原发性和继发性两类。眼底检查可见视盘颜色为淡黄或苍白色,境界模糊,生理凹陷消失,血管变细等。

病因

原发性视神经萎缩常因球后视神经炎、遗传性视神经病变、眶内肿瘤压迫、外伤、神经毒素等原因所致。这些病变发生在眼球后部。

继发性视神经萎缩常见有视盘炎、视盘水肿、脉络膜视网膜炎、视网膜色素变性、视网膜中央动脉阻塞、奎宁中毒、缺血性视盘病变、青光眼等。

颅内病变由颅内炎症,如结核性脑膜炎或视交叉蛛网膜炎,引起下行性视神经萎缩,如炎症蔓延至视盘则可表现为继发性视神经萎缩。颅内肿瘤所产生的颅内压升高,可以引起视盘水肿,然后形成继发性视神经萎缩。

临床表现

主要表现为视力减退和视盘呈灰白色或苍白。视盘周围神经纤维层病损时可出现裂隙状或楔形缺损,前者变成黑色,为视网膜色素层暴露;后者呈较红色,为脉络膜暴露。如果损害发生于视盘上下缘区,则更易识别,因该区神经纤维层特别增厚,如果病损远离视盘区,由于这些区域神经纤维层变薄,则不易发现。视盘周围伴有局灶性萎缩常提示神经纤维层有病变,是神经纤维层在该区变薄所致。

虽然常用眼底镜检查即可发现,但用无赤光镜检查眼球的视盘,然后形成继发性视神经萎缩,为9根~10根,如果视神经萎缩,

这些小血管数目将减少。同时尚可见视网膜动脉变细和狭窄、闭塞。

视神经萎缩分为原发性和继发性两种:前者视盘境界清晰,生理凹陷及筛板可见;后者境界模糊,生理凹陷及筛板不可见。

检查

视觉诱发电位检查(VEP)可发现P100波峰时延迟或(和)振幅明显下降。视觉诱发电位检查能客观评估视功能。

采用常用计算机自动视野计的中心视野定量阈值检查程序可见向心性缩小,有时可提示该病病因,如双侧侧偏盲应排除颅内交叉占位病变,巨大中心或旁中心暗点应排除遗传性视

神经病变。该检查能用于视功能评估,对该病系统诊断、病情监测和疗效判定具有重要意义。

头颅或眼部CT、MRI(核磁共振成像)检查,压迫性和浸润性视神经病变患者可见颅内或眶内的占位性病变压迫视神经;视神经脊髓炎、多发性硬化等患者可见中枢神经系统白质脱髓鞘病灶。该检查能在系统的病因诊断中排除或确诊压迫性和浸润性视神经病变、脱髓鞘病变。

利用基因检测技术通过血液、其他体液或细胞对线粒体DNA(脱氧核糖核酸)或核基因进行检测,可见遗传性视神经病变导致的患者存在相应基因位点的突变,该检查能在病因诊断中排除或确诊遗传性视神经病变。

诊断

根据病因、临床表现及实验室检查即可做出诊断。

治疗

患者如果出现视神经萎缩,要使之痊愈几乎是不可能的,但其残余的神经纤维恢复或维持其功能是完全可能的。因此应使患者充满信心及坚持治疗。

治疗常用药物有:神经营养药物,如维生素B及辅酶A等;血管扩张药及活血化淤药,如菸酸、地巴唑、维生素E、曲克芦丁、复方丹参等。近年来,通过高压氧、体外反搏穴注射山莨菪碱-2等,均已取得一定效果。

(作者供职于新乡市人民医院)

过敏性紫癜合并中枢神经系统损害分析

□新秀红

经验分享

过敏性紫癜(HSP)是儿童最常见的全身性毛细血管变态反应性疾病,为了更好地了解HSP并发中枢神经系统(CNS)损害的临床特点及指导治疗,现将17例HSP合并CNS损害的患儿临床总结如下。

临床资料:笔者从收治的184例HSP患者中进行分析,其中合并CNS损害患儿17例,年龄最小2岁半,6岁~11岁为发病高峰,平均年龄为8.4,均符合《实用儿科学》诊断标准。病前有上呼吸道感染史6例,服用解热镇痛药及青霉素类药物各1例,食用海鲜食品如鱼、虾者各1例,原因不明者7例。

临床特点:17例患者均为混合型紫癜,病程中出现头痛、烦躁不安、呕吐、意识改变,个别患儿出现抽搐(2例),17例患者均进行了脑电图检查,结果显示为轻、中度弥散性异常,2例抽搐患者脑脊液检查结果显示正常。腹型+肾型+CNS损害8例,腹型+关节型+CNS损害4例,腹型+CNS损害2例,肾型+CNS损害2例,并节型+CNS损害1例。病程1周内出现CNS损害7例,2周内出现者6例,3周后出现者4例。

治疗:所有病例均给予口服维生素C、E、K、芦丁及抗组胺药,并给予止血敏针静脉用药,低分子右旋糖酐、复方丹参静脉滴注及双嘧达莫口服降低血液黏滞度,有抽搐的患者酌情应用脱水剂和止惊剂。

结果:两周内症状体征消失脑电图恢复正常的患者为14例,3周内恢复正常的患者为3例,17例患者均痊愈出院。

讨论:HSP是一种以小血管炎为主要病变的变态反应性疾病,与感染、药物及异性蛋白等有关。临床表现为皮肤紫癜,并可伴有肾脏、心脏、中枢神经系统及消化系统损害。国外报道HSP并CNS损害发生率为0.9%~6.9%,国内没有发病率统计。本组CNS损害发生率为9.2%,略高于国外资料。合并CNS损害以腹型最多(12/17),发病高峰在病程两周内多见(13/17),3周后少见。脑电图可反映CNS损害的严重程度。因此,对于HSP患者均应及早进行脑电图检查,可尽早发现CNS损害,以防误诊并减少并发症。

目前认为HSP发病机制主要是IgA(免疫球蛋白A)介导的免疫反应,HSP合并CNS损害的机制为抗原抗体复合物沉积在头部毛细血管后引起毛细血管通透性增加,血液浓缩,血流缓慢,使脑组织水肿出血,同时HSP患者存在明显的高黏滞综合征,这种高凝状态主要由血小板聚集功能增强所致,严重者可发生坏死性小动脉炎,皮肤黏膜及内脏出血。

HSP合并CNS损害的治疗呈良性经过,一般经过抗过敏、止血,应用低分子右旋糖酐、复方丹参等改善微循环,降低血液黏滞度等综合治疗,病情多在1周~2周恢复正常,全部病例均随HSP治愈,CNS症状也随之消失。

(作者供职于郑州儿童医院)

实用方

口腔溃疡食疗方

材料:乌梅50克,生地黄30克,绿豆500克,豆沙250克。做法:将乌梅用沸水浸泡3分钟左右,取出切成小丁或片。生地黄切细,与乌梅拌匀。绿豆用沸水烫后,放在淘箩里擦去外皮,并用清水漂去。将绿豆放在钵内,蒸3小时,待酥透后取出,除去水分,在筛上擦成绿豆沙。将特制的木框放在案板上,衬白纸一张,先放一半绿豆沙,铺均匀,撒上乌梅、生地黄,中间铺一层绿豆沙,再将其余的绿豆沙铺上,压结实,最后把白糖撒在表面。把糕切成小方块。即食即取。功效:滋阴清热,解毒敛疮。(该方由河南省中医院健康体检中心黄泽春提供)

本版方需要在专业医师指导下使用

直肠黑变病与肛门镜检查

□赵站周

通常将发生在直肠部位的黑变病称为直肠黑变病。

2013年5月至2018年8月,笔者在临床上用肛门镜常规检查慢性便秘患者734例,年龄在18岁~95岁,病程为1年~52年,主要临床症状有便秘、腹胀、排便困难、排便不尽感等,均长期口服一种或多种中西导泻药,如大黄、番泻叶、决明子、火麻仁、三黄片、麻仁丸、芦荟胶囊、酚酞片等,服用时间为6个月~27年。

检查

肛门镜长度一般为7厘米,内径大小不一,常用于一次性肛门镜检查与便秘等相关的肛肠科疾病;直肠镜深、较大区域,应用二叶镜、三叶镜、加长型肛门镜、电子肛门镜检查。

检查前,清洁灌肠,嘱咐患者排空大小便。采用左侧卧位,充分暴露外阴肛门口,常规铺巾、消毒、指诊。右手持镜,拇指紧压镜芯,肛门镜均匀涂以润滑剂。首先在肛门口轻柔半分钟,

同时嘱咐患者呼气、放松,将肛门镜缓慢推入,镜头部越过肛门口直肠环,改向骶骨方向,将肛门镜全部推入后取出镜芯,借助专用灯,缓缓退出肛门镜,由深至浅,边退镜边观察,观察直肠黏膜颜色及病理变化,如黏膜色素沉着,黑变的程度、范围,黏膜溃疡与否,有无水肿、充血、出血点、糜烂、溃疡、息肉、异物等。若需要仔细观察可重复此过程,以达到理想的检查效果。直肠黏膜表面若附着有伪膜、黏液、灌肠液等,会影响诊疗、摄像效果,可先用长棉签轻轻擦去,以保持影像视野清晰。

结果

在734例慢性便秘患者中,应用肛门镜检查出直肠黑变病138例,检出率为18.8%。在肛门镜下可观察到直肠黏膜黑色素沉着的现象,黏膜光滑,色泽变暗,呈棕色或暗黑色,网状、条索状样及豹斑样弥漫分布,黑变病愈重,颜色愈暗。轻度黏膜黑色

素沉着的病变,图像放大后,斑、条、网状更清晰。

检查中发现直肠黑变病,常弥漫附着在松弛、脱垂的直肠内黏膜上,用棉签或碘伏(PVP络合碘)擦之不褪色。

讨论

结肠黑变病是指结肠固有层内的巨噬细胞内含脂褐素样物质的一种黏膜色素沉着性病变,是一种以非炎症性、良性、可逆性色素沉着为特征的病变。结肠黑变病的病因可能与长期服用泻药有关。蒽醌类泻药诱导肠黏膜屏障的破坏,促进肿瘤坏死因子α(TNF-α)释放,从而导致肠上皮细胞凋亡,被巨噬细胞吞噬,在结肠的固有层沉积形成棕色色素,从而发生结肠黑变病。

结肠黑变病和直肠黑变病的发病原因、生理改变、病理变化、发病过程基本相同,两者无特异性症状和体征,多有便秘或腹泻、腹胀、排便困难等。临床

观察到直肠黑变病常伴随直肠黏膜内脱垂,有排便不尽感,肛门坠胀、堵塞感等症状。

笔者采用肛门镜对直肠黑变病进行检查。通过查阅相关资料,对肛门镜检查直肠黑变病进一步探究。

电子结肠镜问世以来,临床上对便秘、结肠黑变病的检查多以结肠镜为主,但是由于结肠镜检查技术要求相对较高,检查前准备过程麻烦、费用高、痛苦大等原因,患者难以接受,因此结肠镜检查在基层医疗机构难以普及。常规的肛门直肠指诊、粪常规、钡灌肠检查很显然无法诊断直肠黑变病,使这些直肠黑变病多发病难以及时诊断。而肛门镜一直以来在肛肠科领域较广泛应用,配合影像技术,图像可储存、重放、治疗前后对比等,为医患双方直观、清晰、准确地了解直肠黑变病提供可靠依据,使检查和诊断集为一体。

进行肛门镜检查,需要在检查前做好解释,不应在患者无心

理准备的情况下贸然进行。除肛裂、女性月经期不宜检查外,慢性便秘患者都应进行肛门镜检查。

该方法主要体现在以下方面:重视了肛门镜在肛肠科诊断中的作用;其具有安全性好、费用低廉、简单易行、容易接受等特点,适合各级医疗机构临床应用。肛门镜检查直肠黑变病,清晰、直观、准确是其主要优点。总之,便秘患者既往采用结肠镜检查出来的结肠黑变病和直肠黑变病仅是冰山一角,随着人们对肛门镜检查的重视,将使大量的直肠黑变病患者被确诊。使人们对肛门镜检查技术有更多的认识,提高肛门镜在直肠黑变病的检出率,做到早发现、早治疗,可有效减少慢性便秘、结肠黑变病和直肠黑变病带来的远期危害,将对慢性便秘、结肠黑变病和直肠黑变病的诊断和治疗起到积极作用。

(作者供职于偃师市前杜楼村卫生所)

脊髓血管畸形的介入治疗

□李腾飞 韩新英

今年刚满20岁的静静(化名)青春阳光,是学校里的文体骨干。然而在3个月前,静静在练习舞蹈时突然腰痛,右腿发劲。当时,家人觉得孩子可能是因跳舞扭伤,也没在意。但没想到静静的症状越来越重,几天后竟然走路不稳、大小便不能控制。静静的父亲赶忙把她送到医院,检查结果显示为脊髓血管瘤,当地医生说,要赶快到大医院进行手术治疗。幸运的是,静静到郑州大学第一附属医院就诊,被诊断为胸段脊髓血管瘤畸形。该院的介入专家成功为静静做了血管瘤介入栓塞治疗,静静的肢体活动与大小便均恢复正常。幸运的静静可以重新穿上舞鞋,继续圆她的舞蹈梦。

什么是脊髓血管瘤畸形

脊髓血管瘤畸形与脑血管畸形一样,是一类先天性血管发育异常疾病,是从娘胎里带来的疾病。根据在椎管内与脊髓的部位不同分为椎管内血管瘤畸形、髓周血管瘤畸形、硬脊膜血管瘤畸形、硬脊膜外血管瘤畸形等,血管瘤畸形又细分为动静脉畸形和动静脉瘘两个亚型。正常组织与器官的血管构型是:供养动脉—毛细血管—引流静脉;动静脉畸形是:供养动脉—畸形血管团—引

流静脉;动静脉瘘是:供养动脉—畸形血管团;血管瘤畸形是:供养动脉—引流静脉;动静脉畸形是:供养动脉—畸形血管团—引流静脉;动静脉瘘是:供养动脉—畸形血管团—引流静脉。由于畸形血管通过的血流量多,血管壁薄,引流静脉压力高,畸形血管团和引流静脉逐渐扩张直接压迫脊髓,损伤脊髓的功能与结构,引起下肢感觉与运动功能障碍,大小便失禁等一系列症状,压迫脊髓时间久者可造成终身残疾,这是青壮年严重致残的主要原因之一。多数患者缓慢起病,症状进行性加重,各种药物治疗无效。

脊髓血管瘤畸形的诊断

脊髓血管瘤畸形的常见症状是局部脊背疼痛,病变部位不同可引起胸腰段背部或臀部的疼痛。畸形血管团随年龄增长逐渐扩张形成占位性病变,压迫脊髓组织,引起进展性的急性脊髓病,或分离性感觉障碍与节段性运动无力。髓内动静脉畸形的患者常发生髓内和蛛网膜下腔出血,出现急性神经功能障碍,如肢体运动障碍、大小便失禁等。

各种类型的脊髓动静脉畸形主要依靠影像学诊断,首选脊柱MRI(核磁共振成像),以MR

效应,可以矢状、冠状、横断三维断层图像全面认识脊髓血管瘤畸形的部位、畸形血管团的范围,供养动脉起源和引流静脉回路,并可用于治疗后随访。在T2加权像上常可显示脊髓内异常信号,提示脊髓受压变性。MRA(磁共振血管造影)可直接显示扩张迂曲供养动脉,畸形血管团和扩张的引流静脉影像。也可选择CT增强与CTA(CT血管造影),增强可以显示迂曲如蚯蚓状的供养动脉;引流静脉以成团的畸形血管团;CTA可以整体性显示血管瘤畸形,以替代创伤性的数字减影血管造影。

脊髓血管瘤畸形的介入治疗

“治疗脊髓血管瘤畸形这个病有多难?就像在豆腐块里抓泥鳅!”我国著名神经外科与神经介入治疗专家、首都医科大学宣武医院凌锋教授形象地说:“脊髓血管瘤畸形在脊髓里就像泥鳅穿豆腐(脊髓结构如同豆腐一样松软),治疗就要把泥鳅一个一个弄出来。但要记住,泥鳅会咬人,血管会出血,强行把它们揪出来,豆腐就得散了(脊髓就坏了)。只能让泥鳅死在豆腐里,死泥鳅不咬人了,慢慢把泥鳅不再压迫脊髓了。这就是介入治疗,即把脊髓血管瘤畸形焊死,

保证不压迫脊髓、不出血即可。”

治疗脊髓血管瘤畸形的介入血管内介入术、外科病灶切除术、外科供血动脉结扎术和椎板切除扩大椎管减压术。各种外科手术创伤大,极易损伤质地如豆腐般的脊髓,且分离其中损伤脊髓容易造成偏瘫,还有血管破裂出血等危险,已较少使用。

近年来,随着介入血管内介入器械与技术的提高和广泛应用,越来越多的脊髓血管瘤畸形通过血管内介入得到治愈。脊髓血管瘤畸形的血管内介入治疗原理是利用畸形血管的血流特点,用栓塞材料堵塞畸形血管,阻断异常血流而不影响脊髓的正常血管。栓塞后脊髓动静脉间的异常血流消失,畸形血管团与引流静脉萎缩消除了对脊髓的机械压迫,消除了出血机会,畸形血管瘤继发性血栓形成,血栓纤维化而畸形血管闭塞,最终完全消

失。对于只有1支~3支供血动脉的局限性动静脉畸形,可采用血管栓塞使之完全闭塞;对于巨大的动静脉畸形栓塞可减少动静脉分流和缩小病灶,使原来不能手术切除的病变获得切除机会。

介入栓塞治疗脊髓血管瘤畸形,是在局麻下经股动脉穿刺引入导管,导管与导丝配合插管至畸形血管的供养动脉,交换引入微导管,微导管进入动静脉畸形的供养动脉内,在数字减影血管造影的监测下经微导管缓慢注入特殊的栓塞组织胶,直至畸形血管团被组织胶完全充填,在造影检查血管瘤畸形消失后,即可拔除导管结束栓塞治疗。患者恢复2天~3天即可出院。

脊髓血管瘤畸形早诊断、早栓塞是提高患者预后和降低残疾的关键。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

新乡医学院第三附属医院 副院长谭军: 帕金森病问答 扫码看视频

谭军,主任医师,医学博士,副教授,新乡医学院第三附属医院副院长;任中国微循环学会神经变性专业委员会委员,河南省医学会神经病学专业委员会委员,河南省医师协会神经病学专业委员会委员,河南省卒中学会常务委员,中国微循环学会常务委员,中国微循环学会常务委员,长期从事神经内科临床、科研、教学工作,对神经内科的常见病、多发病以及疑难病均有较深入的研究。

本版未署名图片为资料图片

稿约 为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。 稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。 联系人:朱忱飞 电话:13783596707 投稿邮箱:5615865@qq.com 邮政编码:450000 地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。

