DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.12.059

加)治疗抗癫痫的。我们对56例癫痫患者,选用托吡酯单一用药,观察其对癫痫的控制作用,结果发现托吡酯能有效的控制癫痫的发作,其有效率(治疗有二个月)可以与传统的抗癫痫药物相比。对小发作的有效率达80%,对强直-阵挛发作的控制的有效率为90%。这与有的学者的研究一致[4]。国内托吡酯治疗癫痫的总体有效率观察约为83%,我们的观察约高,此外我们的观察发现托吡酯对强直-阵挛发作的完全控制率较高(在两个月以内)。其可能的原因为:① 本组患者均为第一次接受治疗的患者;②我们的首次给药的剂量较其他的观察剂量大(其他的观察首次给药的剂量为25 mg/d),提示托吡酯可以单药治疗癫痫强直-阵挛发作及小发作,其疗效不逊色于传统的抗癫痫药物,这就为神经科医务工作者在治疗癫痫时提供了又一选择。

由于癫痫是一种慢性疾病,患者需要长期的服用药物,尤其原发性癫痫儿童为多,所以抗癫痫药物对患者智能的影响,是广大患者及家长关心的问题,为此我们比较了托吡酯与传统一线抗癫痫药物对患者智能的影响,结果发现传统一线抗癫痫药物治疗两个月以后明显的减低了患者的MMSE值,不仅低于治疗前水平,同时还低于同期的托吡酯治疗组的水平。这提示,托吡酯在保护患者的饿智能上可能更有优势。

我们的观察结果提示托吡酯不失为一个好的抗癫痫药物。

关键词:托吡酯;癫痫
中图法分类号:R742.104.53 文献标识码:B

参考文献:

[1] Petroff O A C, Hydor F, Mattson R H, *et al*. Topiramate increases brain GABA, homocamosine and prolidinone in patients with epilepsy[J]. Neruology, 1999, 52(3): 473.
[2] Privitera M D. Topiramate: a new antiepileptic drug[J]. Am Phamacother, 1997, 31(10): 1 164—1 167.
[3] Glauser T A, Miles M V, Tang P, *et al*. Topiramate phama-cokinetices in infants[J]. Epilepsia, 1999, 46(6): 788—791.
[4] Korean Topiramate Study Group. Topiramate in intractable partial epilepsies: Double-blind plcebo controlled randomized parallel group trial[J]. Epilepsia, 1999, 40(12): 1 767—1 774.

(编辑 汪勤俭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2002)12-1494-02

尾状核出血与CT的诊断

Clinical features and CT findings of caudate hemorrhage

屠永华,王玉锦,郭彦琼 (第三军医大学附属西南医院神经内科,重庆 400038)

脑出血是中老年人常见病、多发病,致残率及死亡率高,是国内外研究脑血管病的预防、诊断、治疗的重点之一。壳核、丘脑、脑叶、脑干、小脑出血的临床和CT特征已有很多文献报道,但尾状核出血与CT的关系报道较少。本院自1986年有CT以来,经CT检查发现尾状核出血共20例。现探讨其临床特征与CT的关系。

1 资料与方法

1986年10月至2001年12月住院患者,均行头CT扫描,发病后1天10例,2d 4例,3 d 3例,4 d 2例,5 d 1例。根据部位将尾状核出血分为以下4型:①尾状核头部局限型,简称头部局限型,血肿局限于尾状核头部,血肿量为1.6~2 ml者1例。②尾状核体部局限型,简称体部局限型,血肿队以尾状核体部。血肿量1.4~2 ml者4例。③进展型:血肿主要局限于尾状核头部为中心,扩展至内囊、额叶、丘脑或壳核。血肿量6~14 ml者5例。④脑室穿破型:将尾状核出血中血肿大量破入脑室,该型出血量较大10~20 ml 10例。

2 结果和分析

2.1 尾状核出血类型

20例患者(男12例,女8例)中年龄36~89岁,平均62.5岁。头部局限型8例,左侧3侧,右侧5例。体部局限型4例,左右侧各2例,进展型5例,左侧3例,右侧2例。脑室穿破型3例,左侧1例,右侧2例。

2.2 病史

20例患者中即往有高血压病史18例,有脑卒中史12例,其中10例脑梗塞,2例为脑出血,有糖尿病8例,有冠心病、高脂血症各14例。

2.3 全脑血管造影检查

本组有4例进行DSA检查,脑血管造影发现有动脉硬化者3例,大脑中动脉区域动脉闭塞1例。

2.4 尾状核出血的病因

以高血压病18例,糖尿病高脂血病为主要病因。

2.5 尾状核出血的首发症状

头部局限型和体部局限型以头痛或头痛、恶心、呕吐为首发症状者为76%,脑室穿破型全部以意识障碍为首发症状。20%的进展型以意识障碍为首发症状,但两种局限型无1例以意识障碍为首发症状。尾状核出血支运动障碍为首发症状者少见,只见于20%体部局限型和18%进展型。体部局限型中有1例以精神症状为首发症状,表现为智能和主动性减退。头部局限型1例,以症状性癫痫为首发症状,左上肢抽搐随后致全身大发作,时间短暂,伴有头痛、恶心、呕吐。

2.6 尾状核出血的临床症状体征

(1)4例患者因首发症状为意识障碍而未有头痛,2例因有智能障碍不能诉头痛外,其余全部均有头痛的症状,其程度均

作者简介:屠永华(1949—),男,安徽省霍丘县人,主任医师,教授,主要从事神经病学方面的研究,发表论文50余篇。电话:(023)68754746
收稿日期:2002-10-11;修回日期:2002-11-05

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

为中、重度。

(2)脑室穿破型患者均在发病 10~30 min 内进入嗜睡— 浅昏迷状态, 1 例 2 d 死亡, 1 例 3 天死亡, 2 例 7 d 死亡, 1 例成植物人状态。

(3)20 例患者中 7 例有精神症状。其中体部局限型 3 例, 进展型 2 例, 头部局限型 1 例, 主要表现为定向力障碍、计算力、记忆力和主动性减退及言行异常等。

(4)20 例患者中全部经 CT 检查发现血肿破入脑室的有 15 例(75%), 头部局限型 7 例, 进展型 4 例, 体部局限型 3 例, 除脑室穿破型血肿占据全部脑室外, 体部局限型最少。

(5)20 例中 8 例出现脑积水, 脑室穿破型 3 例, 进展型 2 例, 头部局限型 2 例, 体部局限型 1 例。脑积水出现率和程度与血肿破入脑室量有关。

2.7　预后

4 型中脑室穿破型预后最差, 死亡 4 例, 1 例植物人, 1 例轻瘫后遗症。但以头部局限型预后最好, 4 例完全恢复。进展型预后相对较差, 5 例中有 4 例恢复, 1 例有轻度偏瘫后遗症。

3　讨论

3.1　尾状核出血发病率

关于尾状核发病率, Weisberg[1] 报道中只占颅内出血的 0.1%, Stein[2] 统计占颅内出血的 7%, 郭水永[3] 统计 89 例脑出血, 尾状核出血有 4 例(占 4.5%)。总的来说, 尾状核出血较豆状核、丘脑、脑叶、脑干、小脑出血发病率明显低, 但临床上并不少见。没有引起临床医师注意的是, 由于出血量大, 破入脑室, 从影像学上观察均归为基底节出血, 继发脑室出血或继发蛛网膜下腔出血。

3.2　尾状核出血的病因

最常见的病因是高血压动脉硬化所致。本组 20 例中 18 例有高血压病史, 与国外 Weisberg[1] 报道的 8 例中 4 例由高血压病引起, 因此, 同其他部位脑出血一样。其次也有报道不常见的病因, 如动静脉畸形、颅内动脉瘤等。

3.3　关于血肿破入脑室

尾状核位于侧脑室旁, 头部突入侧脑室前角形成其腹外侧壁、体部邻近侧脑室体。由于解剖学上的特点, 尾状核出血极易破入脑室。本组 20 例中 15 例破入脑室(75%), 比国内熊新英[4] 报道的略低。但发生率远高于小脑出血(36.4% ~ 64.3%), 桥脑出血 48.8% ~ 50%, 壳核出血 32.8% ~ 45.4% 和丘脑出血 71.8%, 是脑实质出血破入脑室率最高的。从 CT 上可以看出破入量分为两种: 一种为脑室穿破型的血肿占据全部脑室, 另一种为其他 3 型占据一部脑室, 其中进展型破入量普遍多于头部局限型, 体部局限型最少。进展和头部局限型血肿主要经尾状核头部从前角破入, 尾状核头部形成前角的腹外侧壁与脑室的接触面积更大。

3.4　意识障碍

尾状核出血的意识障碍除与血肿占位效应有关外, 还与脑室的破入量有密切关系。脑室穿破型由于血液大量迅速破入脑室, 脑室内血肿急速形成导致脑脊液流出通路受阻, 加之血肿本身也致脑室扩大, 导致颅内压升高致脑疝形成, 脑干的结构和功能受损。此外, 脑室内的血肿还致脑室壁的微循环障碍。因此, 此型患者临床全部以意识障碍为首发症状者脑室内血肿破入量也较多, 而二种局限型因破入量较少, 无 1 例以意识障碍为首发症状。

3.5　精神症状

本研究报道 20 例中 7 例出现精神症状, 国外报道体部局限型精神症状出现率最高达 75%[5], 同时报道刺激尾状核可出现精神症状。尾状核有来自肢体、视觉、听觉等皮质感觉区纤维的传入, 尾状核与胼胝体纤维间联系的破坏, 可引起注意力障碍, 在传递两半球已获得的鉴别能力、感觉、记忆方面起重要作用。因此, 当尾状核出血特别体部出血波及胼胝体时, 则会出现精神症状。

3.6　运动、感觉和眼部体征

尾状核出血以运动障碍为首发症状者少见, 即使出现也为轻偏瘫, 头部局限型无 1 例以运动障碍为首发症状者。但在病程中, 60%的进展型出现轻~中度偏瘫, 头部局限型和体部局限型也各有约 30%出现轻偏瘫, 这与水肿波及内囊后肢有关。尾状核出血无 1 例以偏身感觉障碍为首发症状者, 病程中偏身感觉障碍也少见。无 1 例出现偏盲。20 例中有 3 例出现双眼凝视, 其中 2 例为脑室穿破型, 头部局限型 1 例。出现此体征推测与出血量累及内囊前肢上方前辐射中的上凝视中枢的下行纤维有关。霍纳氏征 2 例, 与血肿及脑水肿压迫下丘脑有关。

3.7　四种类型的临床特点

本研究关于尾状核出血的 CT 分型与临床表现及预后之间有较密切的关系。4 型中以头部局限型最多, 脑室穿破型最少。头部局限型血肿极易从前角破入脑室, 患者以头痛、恶心、呕吐伴颈强直为主要表现, 如不行头颅 CT 检查, 极易误诊为蛛网膜下腔出血。体部局限型血肿邻近侧脑室体部和胼胝体体部, 血肿破入脑室量少, 临床以头痛和精神症状为主, 呕吐、颈强直少见。进展型血肿超过尾状核头部, 血肿破入脑室的量也较多, 所以, 该型则在头痛、呕吐、颈强直的基础上, 出现意识障碍和轻中度偏瘫, 并较易出现眼部体片。脑室穿破型由于血肿大量急速破入脑室, 临床以突发意识障碍为首发症状, 与原发性脑室出血相似。两种局限型预后良好, 无死亡病例, 但多有轻度后遗症, 脑室穿破型预后极差, 死亡率较高。

关键词: 尾状核; 出血; CT
中图法分类号: R743.34.04　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Weisberg L A, Caudate hemorrhage[J]. Arch Neurol, 1984, 41(8): 971—974.
[2] Stein R W, Kase C S, Hier D B, *et al*. Caudate hemorrhage[J]. Neurology, 1984, 34(12): 1 549—1 554.
[3] Butler A B, Partion R A, Netsky M G. Primary intraventricular hemorrhage: a mild and remediable form[J]. Neurology. 1972, 22(7): 675—679.
[4] 熊新英. 尾状核出血[J]. 中国免疫学和神经病学杂志, 1999, 5(4): 214.
[5] Becker D N, Townsend J J, Kramer R A, *et al*. Occult cerebrovascular malformations: a series of 18 histologically verified cases with negative anagiography[J]. Brain, 1979, 70(4): 530—534.
[6] Tacome D E. Hornburg A M, Ursino M, *et al*. Analysis of clinical caudate hemorrhage and CT[J]. Neurology, 2000, 52(8): 758—761.
[7] Ferring M, Berre J, Vincent J L. Acute intracerebral hemorrhage[J]. Stroke, 2001, 31(10): 1 788—1 792

（编辑　汪勤俭）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net