

肿块本身不清楚,在临床检查中常难以发现。乳导管癌可为多中心性破坏生长,导管造影显现的是其对导管的破坏改变。导管内肿瘤不规则生长,造成狭窄或扩张,导管壁凹凸不平,形状为虫蚀样改变(图5)。若造影剂能通过肿瘤间隙时,可造成造影剂断断续续充盈——断线征。导管内有癌栓形成可使导管变窄,造影成像为鼠尾状。导管破坏亦会出现造影剂外漏现象。

3.4 鉴别诊断 乳导管病的病理改变和临床表现较为复杂,乳头溢液形状不同病种重叠明显。文献报道,仅乳导管扩张症术前误诊率即高达 67.4%,其中误诊为乳腺癌的占 16.5%^[8]。因误诊为乳腺癌而误行手术者并非罕见。乳导管扩张症常有局部炎症表现,造影导管异常扩大,光滑,无僵硬感,没有肿块造成的导管狭窄和充盈缺损,一般诊断不难。重点是导管良恶性肿瘤的鉴别诊断。除了结合临床特征及其他检查信息外,要仔细观察和分析造影表现。良性肿瘤主要为导管内乳头状瘤,突出的特点是不破坏导管壁,肿瘤造成的直接充盈缺损影边缘光滑,乳导管除扩张外无僵硬和不规则改变。而浸润性乳导管癌有明显的导管壁浸润破坏,表现为形态僵硬、不规则、不光滑、不完全阻塞的多发浸润,可有断线征;导管扩张不明显,无典型“杯口状”表现,局部见簇状砂粒状钙化可明确诊断。

文献报道乳导管造影对乳导管病变有较高的定位准确性,本组无定位失误,定位准确率 100%。由于导管内良性占位病变具有一定的恶变率,所以对有乳头溢液的病例,尤其是单孔血性溢液者,应行乳导管造影检查,做到早期发现病变。

参考文献:

- [1] 王仲富. 现代实用乳房疾病诊疗学[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2000:227—231.
- [2] 陈 憩,蒋 琴,葛菁芳,等. 乳腺导管造影术在乳腺导管疾病中的应用[J]. 实用放射学杂志,2001,17(3):172—174.
- [3] 郁 武,竺 平. 乳腺导管系统疾病 400 例造影分析[J]. 实用放射学杂志,1998,14(2):86—88.
- [4] Woods ER, Helvie MA, Reeda DM, et al. Solitary breast papilloma: comparison of mammographic, galactographic, and pathologic findings [J]. AJR, 1992, 159(3):487—491.
- [5] Cardena G, Eklund GW. Benign papillary neoplasms of the breast: mammographic findings [J]. Radiology, 1991, 181(3):751—755.
- [6] 蒋 宁,张建英,袁华兴. 溢液性乳腺病的导管造影术与病理诊断对照分析[J]. 浙江实用医学,2005,10(5):332—333.
- [7] 胡永升. 现代乳腺影像诊断学[M]. 北京:科学出版社,2001:82—87.
- [8] 黎国屏,王松鹤. 实用临床乳腺病学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:145—149.

收稿日期:2006—09—25 修回日期:2006—11—06

本文编辑:程春开

120 例小儿癫痫患者临床特点与脑电图及 CT 分析

邓星强,刘月影,沈桂芳,李 瑞,安 琪

(徐州市儿童医院神经内科,江苏 徐州 221006)

摘要:目的 探讨小儿癫痫患者临床特点与脑电图及 CT 异常之间的关系。方法 对 120 例经临床初诊为癫痫的患儿做脑电图和 CT 检查,对脑电图和 CT 异常的结果进行分析。结果 120 例小儿癫痫脑电图检查异常 95 例(79.2%),CT 检查异常 32 例(26.7%)。年龄越小异常率越高,脑电图和 CT 有同样的趋势。结论 脑电图异常改变对小儿癫痫的诊断、分型及治疗等具有重要的临床意义;而 CT 在寻找癫痫病因上发挥着不可替代的作用。

关键词:癫痫;脑电图;体层摄影术,X 线计算机

中图分类号:R742.1 **文献标识码:**B **文章编号:**1000—2065(2006)06—0581—02

癫痫是小儿神经系统疾病中常见的疑难杂症之一,是由于脑神经元群反复超同步过度放电引起阵发性、反复性、暂时性脑功能失调所致;其发作形式复杂多样,发作时间难以预测。临床主要靠患儿家长提供的病史及脑电图资料作为诊断依据。近年来随着环境和心理方面的作用,癫痫发病率有逐年增高的趋势。因此对儿童癫痫的预防、诊断和治疗尤

为重要。现将我院 2004—2006 年资料较完整的 120 例癫痫患儿资料分析报道如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 临床诊断为癫痫患儿 120 例。男 74 例,女 46 例。年龄:0~1 岁 34 例,~3 岁 38 例,~6 岁 26 例,~14 岁 22 例。

1.2 癫痫类型 按 1989 年国际抗癫痫联盟提出的临床分类法^[1]:强直一阵挛性发作 41 例,肌阵挛性发作 5 例,失神发作 4 例,单纯部分性发作 26 例,复杂部分性发作 15 例,部分性发作伴全身泛化 23 例,婴儿痉挛症 6 例。既往史:无明确病因可寻的 94 例,脑炎史 6 例,脑外伤史 1 例,高热惊厥史 7 例,脑瘫和脑发育不良史 10 例,癫痫家族史 2 例。病程 7 天~5 年。

1.3 检查方法

1.3.1 脑电图检查 为提高检出率,我们对所有患儿采用剥夺睡眠脑电图。检查当天凌晨剥夺睡眠时间 4~5 h,年龄越小剥夺睡眠时间越短。使用日本光电 9200 数字脑电图仪,按国际 10~20 系统放置头皮电极,作单、双极导联描记,记录从清醒到至少 1 个睡眠周期的脑电图,记录时间 30~60 min。脑电图结果诊断参照谭郁玲主编《脑电图与脑电地形图图谱》^[2]。

1.3.2 头颅 CT 检查 采用日本岛津 5000TX 电子计算机断层扫描仪(CT)作头颅扫描。检查时全部患者均仰卧于扫描台上,扫描范围以听眦线作基线,从基线扫描至颅顶,层厚 10 mm,层间距 10 mm。全部病例均于发作间期做头颅 CT 检查。

2 结果

2.1 脑电图表现 正常者 25 例(20.8%),异常者 95 例(79.2%),脑电图表现为:少数尖(棘)波和尖(棘)慢波 28 例,较多阵发性高幅尖(棘)活动和尖(棘、多棘)慢活动 42 例,高度失律 6 例,少数散在性 θ 波或 δ 波 8 例,阵发性高波幅 θ 活动和(或) δ 活动 11 例。每一例异常脑电图都可见上述 1 种或多种异常波。

2.2 CT 结果 本组 120 例中,CT 未发现异常者 88 例(73.3%),异常 32 例(26.7%)。CT 图像异常中,白质低密度灶 7 例(21.9%),钙化灶 3 例(9.4%),颅内出血 1 例(3.1%),脑发育不全 18 例(56.3%),脑积水 2 例(6.3%),颅内肿瘤 1 例(3.1%)。

3 讨论

癫痫是大脑神经元突然发作性过度放电,脑电图可以检测到痫样放电,如尖波、棘波以及尖(棘)慢和非特异性背景波,如局限性或弥漫性、同步性、阵发性慢波,是诊断癫痫的特异手段,对癫痫诊断、分型和对病灶进行定位、定侧及抗癫痫治疗疗效观察

颇有价值。而头颅 CT 在寻找癫痫病因上发挥着重要的作用。

本组资料表明,在所有患儿中小于 3 岁者发病 72 例占 60.0%,异常率最高,提示婴幼儿时期为小儿癫痫的高发时期,与文献报道相符^[3]。其原因与小儿抽搐阈值低,酶含量如碳酸酐酶、乙酰胆碱酯酶含量过高,血脑屏障不完善,神经放电容易泛化等有关。在本组癫痫各临床类型中,脑电图异常率最高为失神发作、婴儿痉挛症,脑电图异常率为 100%,其次为强直一阵挛性发作及复杂部分性发作。提示不同类型的癫痫由于其病变的性质、部位及发病年龄以及发作频率的不同,脑电图异常率也不同。但脑电图正常也不能轻易否定癫痫,因脑电图变化常与发作频率、间隔时间以及治疗情况等有关。

癫痫按发病原因可分为原发性和继发性,常见引起癫痫的病因有颅脑肿瘤、脑血管疾病、脑发育异常、颅内囊肿、脑外伤、颅内感染等。随着 CT 检查的普遍应用,为癫痫的病因诊断提供了有力的证据。国内学者报道癫痫患者的 CT 异常检出率为 38.1%^[4]。本组 CT 异常检出率为 27%,与文献比较检出率略低。原因可能为本组以 14 岁以下癫痫患儿为观察对象。有报道称在癫痫患儿中以特发性癫痫多见,CT 异常与先天性疾病及围生期损伤、遗传等因素有关,以脑发育不良是小儿癫痫的最重要的病因,与本组报道相符;而在中老年癫痫患者中以继发性癫痫为主,其病因以脑血管病最多,其次是脑外伤等,这可能与随年龄增长,脑血管病、脑外伤等疾病的发病率增加有关。本组资料显示,CT 图像有明确病灶者,脑电图亦有局灶性慢波、尖波或棘慢综合波等局限性改变,但对病因诊断缺乏特异性。

总之,癫痫主要依靠病史、脑电图进行诊断,并行 CT 检查尽可能明确病因。

参考文献:

- [1] 吴希如,林庆.小儿神经系统疾病基础与临床[M].北京:人民卫生出版社,2000:403-404.
- [2] 谭郁玲.脑电图与脑电地形图图谱[M].北京:北京出版社,2002:2.
- [3] 王纪文,李保敏,孙若鹏,等.儿童癫痫视频脑电图监测及诊断价值探讨[J].中国实用儿科杂志,2003,18(4):221-222.
- [4] 黄斌.1263 例癫痫患者的 CT 与脑电图分析[J].广东医学院学报,2005,23(6):670-671.

收稿日期:2006-08-07 修回日期:2006-09-15

本文编辑:宋成洁