

讨 论

喘息性支气管炎多由病毒感染所致。其病理改变为支气管粘膜水肿，分泌物增加，小支气管和毛细支气管平滑肌痉挛，使管腔变小。致使换气不畅而出现喘促，一般病程为5—7天左右，严重者可持续10天以上不等。本病的发病原因除解剖学的特点及感染外，可能与机体的体液免疫球蛋白的比例不正常有关。据临床很多资料表明，这类病人血清中的免疫球蛋白IgE含量增高，当抗原与结合在呼吸道粘膜表面上的IgE反应时，激活细胞内酶，使细胞释放出组织胺及慢反应物质等生物活性介质，从而引起呼吸道平滑肌收缩，血管通透性增强。

转移因子 (TF)是细胞免疫的增强剂，能使细胞免疫功能增强，同时推测可能改变机体的体液免疫球蛋白的不正常状况，使Ige的过度产生受到抑制，血清中免疫球蛋白的比例恢复正常，从而达到治疗的目地，目前临床综合治疗实际上对本病并无特异作用，仅使发作症状减轻而未能根本改变该病的病程，目前用抗生素治疗较普遍，明知对病毒无效，但不用又不放心，为此笔者根据喘支的临床症状，病理特点的免疫学理论，参考其他学者的治疗经验，结合祖国医学理论及自身的一点临床经验，初步探索似定平喘汤收治一些患者。方中的胆南星是清热化痰，解除痉挛的主药，配合苏子、莱菔子、前胡等加强止咳平喘的功效，据喘气反复发作的特

点，中医认为本病多属“虚喘”，主要由于肺肾气虚加之外邪所致而成哮喘，所以用五味子、马兜铃来滋肾补肺，连翘、黄芩清热消炎，吉更清肺化痰，诸药合用，可以起到抗炎，解痉，祛痰镇咳作用，疗效颇为满意。

笔者运用中西医结合的方法，其根本目的是力求减少发作次数，使机体逐步恢复正常状态，小儿的哮喘病大多可随着年龄的增长而逐渐好转最终痊愈，《内经》云：女子七岁、肾盛，齿更发长，男子八岁，肾气实，发长齿更，所以学龄前是根治哮喘的关键时期。反之反复发作则难以治愈，应用转移因子的目地就是该药能增强机体的免疫能力，从而也就增强自身的抗病能力，而减少复发的次数，辅以中药治疗相互结合，力求达到治愈的目地。

参考文献

- (1) 朱宗涵，等，呼吸道含胞病毒感染临床和体液免疫反应的观察。中华儿科杂志 1984； 4：22
- (2) 材全麟。转移因子防治小儿喘息性支气管炎的疗效观察，中华儿科杂志 1981 3：19
- (3) 严淑芳。等，转移因子在肺部疾病中的应用。国外医学儿科分册。1980； 3。
- (4) 张梓芬。喘支汤治疗小儿喘息样支气管炎疗效分析。中医 1989； 9。
- (5) 诸福棠等主编，实用儿科学下册第4版人民卫生出版社。

责任编辑 赵 越

103-105

R743.1

55例Binswanger病临床分析

吉林省人民医院老年病科

王立明 于庆武 杨卓蕊

近年来由于CT、核磁共振技术的应用，使得慢性皮层下动脉硬化性脑病（简称Binswanger病）这一过去罕见的疾病越来越被人们所认识，本文就我院应用头颅核磁以

来，明确诊断的55例Binswanger病作一临床分析，并进行初步探讨。

临床资料

年龄与性别：55例患者中最小55岁

(24)

大84岁，平均年龄64岁，男性50例，女性5例。对照组50例，均为本院同期55岁以上住院患者，其中男性48例，女性2例，平均年龄62岁。

临床表现：55例患者按长谷川痴呆量表测量都有不同程度的痴呆，普遍有常识、记忆、计算、理解、判断方面的障碍，地点定向和人物定向障碍，少数病人有幻视、幻听，情绪不稳，意志活动减退等精神症状，30例可以检查出神经系统阳性体征，表现为肢体活动障碍和感觉迟钝，4例合并有帕金森氏病，手形呈搓药丸动作。对照组均无上述临床表现。

合并的临床诊断

临床诊断	Binswanger病组 n ₁ = 55		非Binswanger病组 n ₂ = 50		p值
	例数	%	例数	%	
动脉硬化	40	72	25	50	p ≤ 0.01
高血压	25	45	9	18	p ≤ 0.01
冠心病	22	41	13	23	p ≤ 0.05
颈椎病椎动脉供血不足	21	33	8	13	p ≤ 0.01
糖尿病	18	33	7	14	p ≤ 0.05
肺气肿	14	25	16	31	p > 0.05

讨 论

Binswanger病又称慢性皮层下脑病，1894年被Binswanger所描述，100年来由于检查技术的限制，此病在病理、成因及诊断诸方面一直存在着争论，只是近年由于头颅CT和核磁共振技术在临床上广泛使用，国内外学者的看法才比较趋于一致。绝大多数文献认为动脉硬化是本病的病因^{1,2}。当动脉硬化加重使管腔狭窄时，造成大脑深部髓质灌注不良而缺血，导致了髓鞘及轴突的缺失，CT和核磁共振表现为脑白质低密度改变，多累及侧室旁深部白质，病灶边缘不清楚，脑室扩大及脑沟增宽等脑萎缩征

象，好伴发基底节及丘脑的腔隙性梗塞。55例Binswanger病病人中，40例经超声脑血流及眼底镜检查证实有动脉硬化存在，为全部病例的72%，与对照组比较有高度显著性，从而在临床上证明了此病与动脉硬化密切相关。Binswanger病与高血压的关系不清楚³。但我院55例病人中高血压者25例，为全部病例的45%，对照组9例占18%，两者差别有高度显著性，说明高血压可能是病因之一。

Binswanger病与心脏病：有人观察到冠心病患者发生脑梗塞的比率较无冠心病患者明显增高⁴，老年人心脏功能下降，左室射血分数减少，随增龄老年人心脏瓣膜肥厚、钙化，这种瓣膜功能不全，导致了血流动力学改变⁵，而心律失常，心房纤颤加重了以上的变化，使得对大脑的血液供应减少，血流缓慢增加了血栓形成的机会。我们资料显示老年人心脏病变如冠心病也是Binswanger病发病原因之一。

Binswanger病与颈椎病：椎动脉供血不足，颈椎病是一种老年退行性改变，流行病学研究认为为此病在老年人口中发病率较高⁶。我们统计结果55例Binswanger病患者中，患颈椎病者21例，占39%，与对照组比较有明显差别。目前公认TIA是中风的一个信号，1/3的病人迟早会发生脑梗塞。55例Binswanger病病人一半以上患有多发性腔隙性脑梗塞，大多有眩晕、旋转等椎A供血不足的临床症状。而这种腔隙性梗塞正是反复多次小中风的结果⁷。因此颈椎病骨质增生，使椎管狭窄，压迫脊髓血管神经，造成肌肉痉挛和软组织粘连，阻碍血液循环和淋巴回流，可能与Binswanger病有着密切的关系。

Binswanger病与糖尿病：糖尿病可促使动脉粥样硬化的发生和发展⁸。由于糖尿病患者胰岛素的不足，使糖、脂肪代谢紊乱，促使胆固醇增高，血脂的增高促进了动

胃扭转 诊断 讨论

脉粥样硬化的进程。我们资料显示 Binswanger 病人合并糖尿病者较对照组明显增多，两者比较有明显差别，所以定期体检及早发现糖尿病并加以控制，对防治 Binswanger 病是极为有意义的。

Binswanger 病与肺气肿：肺气肿病人当肺功能不全时可引起血流和通气比例失调，气体交换障碍，长期缺氧使红细胞增多，血液粘度增加，但我们统计结果肺气肿与 Binswanger 病无关。这方面还需进一步的研究。

总结：从我们的资料及国内外学者的论述看，动脉硬化是 Binswanger 病的根本致病因素，任何引起或加速动脉硬化的病变和导致血液流动力学改变，减少大脑血供的病变都与 Binswanger 病密切相关，预防和及早治疗这些疾病对于防止 Binswanger 病

的发生有重要意义。

参考文献

- (1) Caplan L R et al. Clinical features of SubCortical arteriosclerotic encephalopathy. Neurology 1978; 28: 1206
- (2) Hershey LA et al. Magnetic Resonance Imaging in Vascular Dementia. Wcarel. 1987; 37: 29.
- (3) 代建平, 尚高伟 “皮层下动脉硬化性脑病的 CT 诊断”, 全国放射医学会议汇编 1982. 6.
- (4) 韩仲岩, 缺血性中风危险因素的选择, 中国神经精神病杂志 1987. 7(8): 20
- (5) 王玉芳, 齐桂兰, 老年退行性心脏瓣膜病 31 例报告, 老年学杂志, 1988, 8: (6)
- (6) 刘桂荣, 王新志, 老年医学, 人民卫生出版社, 1981 年版
- (7) 夏康博, 老年学与老年病, 知识出版社 1982. 11.
- (8) 赵楚生, 老年人糖尿病临床对比分析, 中华老年医学杂志 1987. 1 期

责任编辑 张丽梅

105-107

胃扭转的临床分析 (附六例报告)

R656.6
R816.5

长春市中心医院

崔广威 王全运

胃扭转在临床很少见，约占胃肠道 X 线检查 0.4%⁽¹⁾。其临床表现多种多样，以无症状到急腹症、高位肠梗阻、胃出血等。一般均需 X 线检查方能确诊。现报告六例胃扭转，以便此病能引起临床医生的注意，在胃肠疾病鉴别诊断时，应考虑此病发生的可能。

临床资料

例 1. 患者女，58 岁，冠心病，心衰 I°，自诉呼吸困难，浮肿。仅在仔细询问病史时才说出在少量进食后有胀饱感。二十年前以高处摔下，严重挫伤了头部和背部。伤后三年 X 线检查“胃有异常”。本次住院行钡餐 X 线检查发现左侧膈肌运动受限，食道延长，但尚通畅，钡剂向下进入“贮水池”内，即是胃贲门部分，而胃窦部位于左

膈顶之下，呈现横型胃扭转 X 线征像。24 小时后胃内还滞留大量钡剂，结肠位置正常。

例 2. 患者男，28 岁。在工地抬重物后突然发生剧烈腹痛，呕吐。呕吐后腹痛不减。查腹部胀气，上腹部有按痛，无腹膜刺激征。腹 X 线透视可见明显气胀，无液平面。对症治疗好转。第二天上消化道钡餐透视发现胃贲门部在下，胃窦部在上，可以看到粘膜皱襞交叉，呈现横型胃扭转。过 3 小时再次 X 线检查，胃的位置正常。

例 3. 患者女，60 岁，1983 年 9 月入院。自诉饭后 30 分钟发生上腹痛，胃灼热，嗝气，呕吐，吐后症状可减轻。1983 年 2 月 X 线检查发现一个固定的膈肌食道裂孔疝，而胃未见异常。1983 年 5 月，在一次不当饮食后，又出现上述症状，并排一次黑便。当时胃镜检查贲门收缩不全，胃明显变形，胃体