

神经系统的放射性损伤 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E7_A5_9E_E7_BB_8F_E7_B3_BB_E7_c22_307295.htm 名称神经系统的放射性损伤所属科室神经内科病因急性放射性脑病主要是辐射引起组织炎性反应导致血-脑屏障改变而产生脑水肿和颅内压增高。神经组织对于放射损害的反抗相对较强。脑或脊髓的放射性坏死多数是由于放射性血管病。血管壁增厚和血栓形成，继发缺血性或出血性坏死。早期延缓性放射性脊髓病为脱髓鞘性变和少支胶质细胞增生。晚期延缓性颅神经与周围神经放射病为神经纤维变性与神经丛缺血。临床表现急性放射性脑病多见于吸收大剂量照射，接近或超过40Gy（戈瑞），尤易在不伴用皮质激素者首次分量照射时产生。氮甲蝶呤可增强放射敏感性，不宜同时应用。照射后1~2天即有头痛、恶心和呕吐、嗜睡等颅内压增高症，可有惊厥发作、共济失调等，个别病人死于脑疝。早期延缓性放射性脑病或脊髓病发生在治疗后6~16周，持续数天至数周。脑病常见于白血病患者作全脑预防性照射后，嗜睡为其特征，常伴有头痛、恶心、呕吐，间有发热。脑电图示慢波但无局灶性改变。在成人常见于脑瘤病人进行全脑照射后，临床特点为昏睡和局灶体征恶化，数周后可自行缓解。脊髓病多见于颈部或上胸部照射后，出现Lhermitte's征（颈项被动前屈时，异常感自颈项沿脊柱向远端放射），可自行缓解。晚期延缓性放射性损伤出现于放疗后数月至数年，可累及神经系统任何部位。脑病有两种临床表现：一是原发性或转移性脑肿瘤患者全脑照射后和其他恶性癌肿（如燕麦细胞癌等）预防性全脑照

射后出现痴呆，无局灶体征，CT示脑萎缩；二是头面部肿瘤患者接受局部脑照射或恶性颅内肿瘤全脑照射后出现头痛、局限或全身性癫痫发作和偏瘫等局灶体征，脑CT显示低密度块影，在注射造影剂后有增强表现。脊髓病开始表现常为脊髓半切综合征（Brown-Sequard syndrome），大多发展为截瘫或四肢瘫，感觉丧失和括约肌功能障碍。晚期延缓性放射性损伤可累及任何颅神经或四周神经，最为常见是视神经病变的失明和肺或乳房癌照射后引起臂丛神经病变导致上肢瘫。诊断有超剂量放射史，一定潜伏期后发病、病变部位和症状与放射野照射部位一致。辅以CT与MRI检查，一般可作出诊断。此病必须与肿瘤复发或转移相鉴别。治疗在放射治疗中出现放射性神经损伤时应立即停止放疗。可应用还原型谷胱谷***治疗。用皮质激素治疗可望改善症状。也可用扩血管药如脑益嗪等。应注重防止放射性神经损伤为宜，一旦造成本病。治疗是困难的。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com