

酒精戒断综合征误诊高血压脑病 1 例报告

姜宏伟

(浙江省余姚市人民医院 余姚 315400)

关键词:酒精戒断综合征;误诊;高血压脑病;病例报告

中图分类号:R 447

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01- 0066-01

酒精戒断在精神科、神经科以及内科的急诊中始终占据着重要地位。酒精戒断综合征的血压升高在临床中由于较少见,容易被误诊为高血压脑病、高血压危象等其他症状性高血压疾病。作者在临床上收治 1 例,其血压波动最高至 283/148mmHg,系由酒精戒断所致,一开始被误诊为高血压脑病。现报告如下:

1 临床资料

患者,男性,51 岁,因“发作性头晕,视物模糊伴出汗 12h”于 2004 年 10 月 13 日入院。患者当日凌晨无明显诱因下突感头晕,视物模糊伴步态不稳,逐渐加重并出现黑蒙,耳鸣,心悸,大汗,四肢震颤、抽搐,家人发现其面色苍白,神志尚清,但精神较兴奋,伴头痛、恶心、呕吐胃内容物,无胸闷、气促,无四肢活动障碍,无失语、大小便失禁。即来我院就诊,为进一步明确诊治收入本院。入院查体:T 37℃,P 93 次/min,R 20 次/min,Bp 196/120mmHg,神志清,急性病容,神情烦躁不安;皮肤巩膜未见明显黄染,双手震颤,未见肝掌、蜘蛛痣;浅表淋巴结未触及明显肿大,颈软对称,甲状腺无肿

大;心肺听诊无殊;腹平软,腹壁静脉无曲张,全腹无压痛、反跳痛,未触及包块,肝脾肋下未及;双下肢无浮肿;生理反射存在,病理反射未引出;三大常规、肾上腺 B 超、腹部 CT、甲状腺 5 项、头颅 CT、脑脊液常规压力均无明显异常;肝功提示 ALT 409U/L,AST 562U/L, γ -GT 511U/L,TBIL45.8 μ mol/L,DBIL 18.5 μ mol/L,HAA 阴性。被拟诊为“高血压脑病”一直予硝普钠维持降压,并予速尿针等对症治疗,降压效果并不理想,血压一直波动,最高达 283/148mmHg,精神亢奋,一直较烦躁,并曾有一度神志不清。追问病史,患者有嗜酒史 30 余年,饮酒量(折合纯酒精量)150g/d,近两日拟戒酒未饮(4 年前戒酒时有过类似症状性高血压发作,当时血压高达 220/130mmHg)。故诊断考虑酒精戒断综合征,于 10 月 15 日起停止硝普钠针,改予纳洛酮针,并予护肝降酶对症支持治疗,24h 后血压开始稳定,之后一直未见反复。1 周后肝功能好转出院。

2 讨论

引起症状性高血压的疾病较常见的包 (下转第 73 页)

1.3 病理改变 8 例均以肾小球损害为主,伴不同程度的小管间质及血管病变。光镜下可见肾小球系膜区基质局灶或弥漫性无细胞增宽,大量团块状、均质嗜伊红物质沉积在毛细血管基底膜,使基底膜部分增厚,系膜细胞增生不明显,其中 6 例可见不同程度肾小球硬化。部分入球小动脉及弓状动脉增厚,间质中有炎细胞浸润,灶性纤维化。8 例肾小球系膜区毛细血管壁刚果红染色呈砖红色,其中 2 例行 5%高锰酸钾氧化后刚果红染色阴性,诊断为继发性肾淀粉样变性。6 例电镜检查显示毛细血管壁及系膜区细纤维管状结构沉积,排列紊乱。免疫荧光检测结果显示 8 例中 IgG、IgA、IgM、C3 沉积阳性 3 例,全阴 1 例,余部分沉积。抗 AA 血清检测 4 例呈阴性。

1.4 治疗与转归 本组 8 例病人在肾穿刺后 3 例试用 MP 化疗方案(其中继发性者 1 例,原发性者 2 例),随访过程中死亡 4 例(肾穿刺后 5~12 月),死因为低血压及心力衰竭。有 1 例用 MP 治疗者,随访过程中尿检蛋白有所减少,其余病例蛋白尿无减少,病情有恶化趋势。

2 讨论

肾淀粉样变性病,临床早期表现均呈非特异性,蛋白尿是 RAm 的早期表现,30%~76%呈现肾病综合征^[1]。确诊有赖于肾活检,光镜下刚果红染色阳性和(或)电镜下见 8~10nm 不分枝的纤维丝样物质为诊断依据。RAm 一旦发生肾病综

合征则预后险恶,本组有 4 例病人在确诊后 5~12 月内死亡,提示本病预后差。RAm 高血压罕见,Uluhan A 等报道 30 例肾淀粉样变性者无 1 例发生高血压,均表现为低血压,并认为与低蛋白血症和血容量不足有关^[2]。本组 8 例病人亦无 1 例高血压,有 4 例表现为低血压,且对各种升压治疗反应不良。我们认为有下列情况者需高度怀疑本病,及早行肾活检、刚果红染色及电镜检查以明确诊断:(1) 年龄大于 50 岁,出现不明原因大量蛋白尿或肾病综合征,伴血压不高或低血压,有肝脾肿大、心脏疾病(心脏肥大,心律失常等)者;(2) 有明确类风湿性关节炎或慢性感染性疾病,出现蛋白尿或肾病综合征并同时合并肝脾肿大或心脏病患者。

RAm 的治疗目前仍无确切有效的方法,继发性者可针对基础疾病予相应治疗,原发性者肾损害常持续进展,很少缓解。就本组病例试用 MP 的化疗方案治疗,观察 1 年余,尿检蛋白无好转,病人生存延长,较不用 MP 病人生存时间延长,原因有待分析。

参考文献

[1]刘玉春.肾淀粉样变性病 14 例分析[J].中华内科杂志,1990,29(10):593
[2]Uluhan A.Low blood pressure and amyloidosis[J].Nephron,1995,69(1):118

(收稿日期: 2005-07-21)

塑料袋装液体配制药液后排气方法的探讨

沈优军 王稀勤
(浙江省慈溪市人民医院 慈溪 315300)

关键词: 塑料袋装液体; 配制药液; 输液; 排气方法; 护理

中图分类号: R 472

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0073-01

近年来, 由于塑料袋装液体具有运输方便, 毁形容易、彻底, 便于一次性应用等种种优越性, 临床上用得越来越多。我们医院自 2004 年 6 月份开始使用, 在实际操作中, 发现塑料袋装液体一次性注射器注入药液毕, 用常规回抽空气的方法, 效果不佳, 造成密闭式输液排气或更换液体时, 输液器排气管口滴液现象严重(本院用的输液器为排气管与主管连在一起), 不但造成护理人员身体及环境污染, 而且造成药液的浪费, 甚至引起医患纠纷。为此, 我们对塑料袋装液体加药后的排气方法进行了探讨, 采用新方法后收到了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2004 年 10~12 月, 从门诊输液室一次性静脉滴注 2 袋塑料袋装液体的病人中抽取 100 人, 随机分为 2 组, 每组 50 人, 100 袋塑料袋装液体。

1.2 配制方法 常规方法: 塑料袋装液体平放于配制台上, 袋颈部垫上小木枕, 抬高 1.5cm, 一次性注射器注入药液后, 回抽气体, 左手手指固定袋颈, 使袋颈部与台面垂直。实验方法: 塑料袋装液体平放于配制台上, 袋颈部垫上小木枕, 抬高 1.5cm, 一次性注射器注入药液后, 针头留在原位, 脱离针筒, 左手将袋颈垂直于台面, 同时挤压液袋, 使液面压至袋颈部, 驱除袋内空气, 右手拔除针头。

1.3 评定标准 输液排气或更换液体时, 排气管口无液体下滴为配制时排气方法成功, 否则为失败。

2 结果

见表 1。

表 1 塑料袋装液体配制后 2 种排气方法效果比较 例次

方法	人次	输液袋数	排气管口未滴液体数	排气管口滴液体数
常规方法	50	100	85	15
实验方法	50	100	99	1

注: χ^2 值=13.83, $P<0.005$ 。

(上接第 66 页)括肾脏疾病、内分泌疾病、血管病变、颅脑病变。酒精戒断可以引起严重高血压, 而且往往有明显精神神经症状容易被误诊为高血压脑病、高血压危象。所以对我们临床工作者来说在接诊时要详细询问其病史, 对饮酒史较长的病人, 要注意出现的戒断症状, 如血压升高应该考虑本病引起的可能性, 单纯应用降压药物效果欠理想, 而纳洛酮对本病可能有更好的疗效。动物实验证明^[1]: 酒精依赖戒断后可导致垂体-肾上腺功能紊乱, 皮质醇水平明显升高, 加强了去甲肾上腺素对心血管的收缩作用从而导致血压升高, 而纳洛

3 讨论

3.1 静脉输液利用大气压和液体静水压高于人体静脉压的原理^[1]。塑料袋装液体加药液后, 置入输液器时, 排气管口滴液是因为袋内压力高于大气压。而更换袋装液体时, 排气管口滴液是因为袋内压高于外界空气压力和人体静脉压。经过一定时间后, 袋内外压力达到平衡, 排气管口滴液停止。

3.2 塑料袋装液体不同于一般的玻璃瓶装液体, 因为塑料质软, 具有容受性扩张的特性, 用塑料袋装液体作为溶媒, 对其内添加药物, 不同的剂量会在袋内产生不同的压力。由于塑料袋的容受扩张性, 使配制药液时产生的气体不容易排除而滞留在袋内。

3.3 用一次性注射器配制药液, 由于一次性注射器没有玻璃注射器光滑, 针栓与针筒之间磨擦力比玻璃注射器大, 自然回抽气不够^[2], 造成塑料袋内压力过大。

3.4 实验方法采用手挤压袋内液体, 使液面升至袋颈部, 排出袋内气体。利用塑料袋装液体可塑性及气体与液体的比重不同, 气体在上层, 在袋颈向上时, 采用外力协助排气, 使袋内气体顺利地针头接口排出, 方法类似于热水袋排气法。实验方法有一点值得注意, 针筒与针头脱离后, 针头接口处暴露于空气中, 因此排气过程尽量要短, 要绝对避免针头接口处的污染。

本组结果表明, 改进后的方法明显减少了排气管口滴液现象, 确保了药物剂量的准确输入, 避免了对护理人员身体及环境的污染, 提高了工作效益, 避免由此引起的医患纠纷, 此方法值得推广。

参考文献

[1] 殷磊. 护理学基础[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003.369
[2] 张炜. 密闭式静脉输液换瓶方法初探 [J]. 河北职工医学院学报, 2002,19 (2): 46

(收稿日期: 2005-06-17)

酮可以通过降低皮质醇水平, 稳定机体内环境等缓解酒精戒断症状, 从而缓解高血压。本病例显示纳洛酮对酒精戒断所产生的高血压效果明显, 然究竟效果如何尚有待临床进一步验证。

参考文献

[1] 李菁, 袁孝如. 酒精依赖大鼠戒断行为与血浆 ACTH、皮质醇含量变化的观察[J]. 中国药物依赖性杂志, 2001, 10 (3): 172~175

(收稿日期: 2005-08-05)