

缺血性脑血管病治疗的点滴体会

宋亚利

(河南省新乡市第三人民医院 新乡 453011)

关键词:缺血性脑血管病;中西医结合疗法;病例报告

中图分类号:R 743.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0042-02

缺血性脑血管病是当今侵袭中、老年人群的常见病、多发病,呈现愈来愈多的趋势。该病的反复性、致残性相当高,探讨它的预防和治疗势在必行。本人在临床工作中积累了点滴体会。现总结如下:

病例 1.李某,女,62 岁,农民。以“言语不清,右侧肢体瘫痪 1 小时余”入院,既往有 2 型糖尿病史。PE: T: 36.4℃;P: 75 次/min;R: 16 次/min;BP: 160/90mmHg。意识清楚,精神差,形体肥胖,言语不清,抬入病房,双瞳孔等大等圆,直径 3.0mm,对光反应灵敏,右侧鼻唇沟变浅,伸舌右偏。心肺(一),腹部膨隆、柔软,肝脾(一)。左侧肢体无功能障碍,右侧上肢肌力和右手握力均为零级,右下肢肌力Ⅱ级,右侧肌张力减弱,双巴氏征(一)。辅助检查:头颅 CT:左侧脑梗死,血 RT:未见异常, Fig: 5.3g/L,空腹血糖 18.2mmol/L(随机)。入

于 16 排螺旋 CT 双期扫描层厚最小为 0.75mm Slice,更利于肝肿瘤的早期诊断,甚至对伴肝硬化的小肝癌的诊断提供了更加有效依据。而肝血管瘤是开始呈周边斑点状强化或外围增强,逐渐向心性扩展强化,4~8min 仍显示增强效果^{〔6〕}。肝转移瘤多表现为平扫低密度,增强扫描无明显强化,即使有强化周边部也显厚薄不均,而且在双期 CT 像上均呈低密度,明确提示乏血管性,部分周边部增强也仅持续 2~3min。肝脓肿显示边壁环状增强或显示双重轮廓,脓肿无增强。综上所述,16 排螺旋 CT 双期扫描对肝脏的定位及鉴别诊断具重要价值^{〔7〕}。

普通增强 CT 主要充分显示病灶,16 排螺旋 CT 双期扫描则强调病变的动态增强变化。因此使用 16 排螺旋 CT 行肝脏双期扫描,不仅提高了肝肿瘤的检出率,而且利于肝脏微小病变的早期发现,为患者的生存争取了宝贵的时间^{〔8〕}。

3.2 16 排螺旋 CT 三维肾盂造影诊断肾占位 最大密度投影可代替部分静脉肾盂分泌造影,清楚显示肾盂肾盏及上段输尿管的解剖形态及其与病变关系。容积再现成像,是利用所获得的容积数据产生三维立体图像,根据观察内容的不同,利用剪切功能对图像进行取舍,调节 CT 阈值,可获得不同密度组织的立体图像,并且可以任意旋转,从不同角度及方向观察病变。CT 仿真内镜可用来观察腔内病变,优点在于是非侵袭性检查,不需要介入体内任何器械,患者无任何痛苦,能从病变两端以任意角度和方向观察腔内解剖,尤其在目前尚没有真实肾盂内镜的情况下,为临床提供了一种全新的选择。其局限性在于无法显示黏膜的真实颜色和腔内扁平病变,且不能活检。

16 排螺旋 CT 的出现,其密度分辨率、空间分辨率及时间分辨率均大幅度提高,可以克服输尿管蠕动的影

响,治疗立即给予溶栓,家属拒绝后改为抗栓治疗,降纤用 N.S100mL+ 东菱克栓酶针 10U, iv/gtt, <1h(健侧肢体用药),同时调整血压,控制血糖,中药活血化瘀,应用促进脑细胞代谢药。患者 3d 内,右侧肢体肌力、右手握力逐渐恢复正常,言语清楚,疗效满意。又巩固治疗 10d 后,痊愈出院。本例患者应用降纤的抗栓法,东菱克栓酶针应用一次使 Fig 降至 1.5~2g/L。

病例 2.张某,男,50 岁,农民。以“反复性发作左侧肢体功能障碍 10d”入院,既往体健。PE: 生命体征正常,一般情况可,心肺腹(一),四肢无功能障碍,病理征未引出。辅助检查:头颅 CT:未见异常,血 RT:未见异常,血凝四项:正常范围。入院诊断:颈动脉系统一过性脑缺血发作。治疗用 N.S 300mL+ 普通肝素钠针 100mg, iv/gtt, qd, 5~7 滴/min (可控影良好,可在肾脏 CT 检查时同时显示肾实质、病灶及尿路情况,并可同时根据皮质期、实质期、肾盂分泌期肾实质强化程度及肾盂内造影剂浓度观察肾脏排泄与分泌功能。多种后处理技术可以对肾实质病变及病变与肾盂肾盏关系进行任意角度观察,即便病变未影响肾盂肾盏,轴位图像及多平面重组也可满足临床对诊断的需要。但螺旋 CT 肾盂造影也存在着肾功能不良及肾盂积水时显影不佳的问题。

总之,16 排螺旋 CT 具有高分辨率和快速扫描功能,配以强大的后处理软件,极大地拓宽了 CT 在临床和科研中的应用范围,随着新技术、新软件的不断开发研制,其应用前景非常广阔。

参考文献

[1]Rydberg J, Buck walter KA, Caldemyer KS, et al. Multidirection CT: scanning techniques and clinical applications [J]. Radiographies, 2000, 20: 1 787~1 806
[2]Dillon EH, Van Leeuwen, Fernauadez MA, et al. CT angiography: appoication to the evaluation of carotid artery stenosis [J]. Radiology, 1993, 189: 211~219
[3]田力, 谢敬霞, 宋明. CTA 诊断颅内血管性病变的临床价值 [J]. 临床放射杂志, 1998, 32(4): 127
[4]李果珍. 临床 CT 诊断学 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 328
[5]Riordan EO, Craven CM, Wilson D, et al. Dual phase hepatic CT Influence of scanning direction on liver attenuation [J]. AJR, 2000, 174: 1 417~1 421
[6]颜红兵, 王朝晖. 对肝脏 CT 对比剂的认识与最佳使用 [J]. 国外医学·临床放射学分册, 1995, 18(4): 226
[7]周康荣. 螺旋 CT [M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1998. 97~115
[8]黄远亮, 王卫中, 吴秀蓉, 等. 多排螺旋 CT 对巨大型肝癌诊断 [J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(1): 74

(收稿日期: 2006-03-03)

首发消化道症状的肺部感染 2 例临床分析

李玉花¹ 章丙芬²

(1 浙江省立同德医院 杭州 310012; 2 浙江省庆元县中医院 庆元 323800)

关键词:肺部感染;消化道症状;临床分析

中图分类号:R 563.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0043-02

肺炎是一种古老的疾病,其发病以发热、咳嗽、咳痰等肺系症状较为常见。对大多数病人来说,初诊并不难以诊断。然而随着抗生素的广泛使用,细菌、病毒等各种病原微生物感染的肺炎以不典型的症状首发时有发生,甚至散在流行。对不是以首发呼吸道症状来就诊的无明显体征病人,并不一定会做胸片、肺 CT 等初步的筛查,从而使得疾病有误诊的可能。本院 2005 年 10 月来先后收治 2 例以消化系症状为首发的肺部感染病例。现报告如下:

1 病例介绍

1.1 病例 1 章某,男,52 岁,工人,病例号:28571。因“发热、恶心、腹胀 5d,伴呕吐 1 次”于 2005 年 10 月 13 日入院。患者 5d 前无明显诱因下出现发热、恶心、腹胀,伴呕吐,无鼻塞流涕、咽痛咽痒、咳嗽咳痰,无潮热盗汗,无返酸、嗝气、腹痛,大便未解,但肛门有排气,无眩晕、耳鸣。曾至当地卫生院就诊,挂液体(具体用药不详)3d,症状无改善,转来我院。门诊拟“呕吐待查,急性胃炎,肠梗阻待排”收入院。既往体健。查体: T :38.3℃,HR:86 次/min, R:18 次/min, BP:130/80mmHg, 皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大。心肺无殊,腹稍膨隆,无压痛、反跳痛。肝脾肋下未及。肠鸣音亢进。移浊(-),双下肢不肿,NS(-)。辅检:血常规:WBC:8.6× 10⁹/L, N:78.4%, Hb:146g/L, PLT:151× 10⁹/L; 水电解质:K⁺:3.13mmol/L, Na⁺:133.5mmol/L; 生化全套:TP:56.5g/L, ALB:32g/L, ALT:71U/L, AST:101U/L, CK:862U/L; 血气分析:pH:7.49, 制 APTT:55~75s), 连用 7d, 辅以中药活血化瘀, 应用促进脑细胞代谢药物。入院 1 周后未再发作,痊愈出院。

病例 3.王某,女,60 岁,农民。以“左侧肢体无力 1 月加重 1d”入院。PE:生命体征正常,神清,精神差,搀扶入院。双瞳孔等大等圆,直径 3.0mm,对光反应灵敏,右额纹及鼻唇沟变浅,伸舌无力、左偏,心肺腹(-),右侧肢体无功能障碍,左侧上肢肌力 III 级,左手握力零级,左下肢肌力 IV 级,左侧肌张力减弱,左巴氏征(+). 辅助检查:头颅 CT:右颞、顶叶脑梗死,血小板:270× 10⁹/L,血凝四项:正常范围。入院诊断:脑梗死(进展性)。治疗给予抗栓、抗血小板聚集,用 N.S250mL+ 奥扎格雷钠针 40mg, iv/gtt, Bid, 低分子肝素钙针 5000U, SC, Bid(用 7d),同时中药活血化瘀,应用促进脑细胞代谢药,配以电针。入院 15d 后痊愈出院。

病例 4.李某,女,68 岁,市民。以“左侧肢体无力 2d”入院。PE:BP:100/70mmHg,消瘦,一般情况可,心肺腹(-),四肢无功能障碍,双巴氏征(-)。辅助检查:头颅 CT:腔隙性脑梗死, RBC:6.0× 10¹² /L, HGB:18.2g/L,血凝四项:正常范围。入院诊断:腔隙性脑梗死,治疗给予抗栓,低分子右旋糖酐液 500mL+ 血塞通针 0.5g, iv/gtt, qd, 加用促进脑细胞代谢药。1

PaCO₂:29mmHg, PaO₂:74mmHg, HCO₃⁻:21.9mmol/L。肿瘤全套、甲功全套、肝炎全套、小便常规、大便常规、粪便培养、肥达氏反应(-), PPD(-), 血、洁尿、痰培养均为阴性。B 超:慢性弥漫性肝病,胆囊多发息肉,脾大,右肾囊肿。胃镜:慢性浅表性胃炎伴糜烂,返流性食管炎 B 级, HP(+). 腹部平片:肠梗阻。胸片:两肺纹理增多。初步诊断:慢性浅表性胃炎,返流性食管炎, HP 感染,肠梗阻。

简要诊治过程:入院后患者继续高热,体温波动在 37.8~40.2℃(10 月 13 日~10 月 16 日),先后予左氧氟沙星针、头孢哌酮/舒巴坦、沐舒坦等治疗,14 日肺部 CT 提示:左肺下叶炎症。抗炎化痰 1 周后,症状改善,病情好转,病人自动出院。最后诊断:左下肺炎,慢性浅表性胃炎,返流性食管炎,胆囊多发息肉,右肾囊肿。

1.2 病例 2 章某,女,76 岁,退休,病案号:25091。因“畏寒,发热,纳差 3d”于 2005 年 11 月 23 日收入院。3d 前喜宴时进食湖蟹后出现畏寒、发热,最高时体温 39.7℃。继之感上腹似硬物顶牢,偶觉背部不适,纳差,恶心未吐,无鼻塞、咽痛,无咳嗽、咳痰,无胸闷、心悸,无腹泻,无尿频、尿急、尿痛。自服抗病毒口服液、银黄颗粒、阿昔洛韦等,无效,来我院就诊。既往糖尿病史 2 年,房颤、高血压病史 1 年。查体:T:37.1℃,HR:96 次/min, R:20 次/min, BP:156/90mmHg。神志清,精神较差,皮肤巩膜无黄染,浅表淋巴结未及肿大。双肺可及湿罗音,右侧甚。心界左下扩大,律不齐,肝区叩痛(+), 周后痊愈出院。

体会:中、老年人群随着年龄增长,血管弹性逐渐减弱,变得狭窄,当其血液内的红细胞的聚集性和变形性、红细胞大小和形态以及血浆中的纤维蛋白原、甘油三酯等含量发生改变时,就会引起血黏度变化,以致发病。在治疗上应根据个体差异的原则,针对性应用各种抗栓手段,具体问题具体对待,不能千篇一律,这样才能收到事半功倍的效果。临床上一旦确诊,除溶栓外,应按照实验室血 RT 和血凝四项的化验结果,简单判断血栓的类型(红细胞型、血小板型还是纤维蛋白原型),采取不同的抗栓手段^[1]。缺血性脑血管病甘露醇应谨慎使用(一般不用,防止血液更黏稠),调整血压,不宜降得过低(以平素血压为宜),防止低灌注,加重脑缺血。适当应用 H₂ 受体拮抗剂,防止应激性胃溃疡的胃黏膜损伤,同时加用扩张脑血管药物。除进展性脑梗死暂不锻炼外,生命体征正常的缺血性脑血管病都应尽早进行功能锻炼,才能早日康复。

参考文献

[1]王鸿利.实验诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2001,98~99

(收稿日期:2006-04-17)