

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)

急性有机磷中毒致呼吸肌麻痹 24 例诊治体会

王长宏 季仁民 闫珊珊

(山东省临邑县德平卫生院 临邑 251514)

关键词:急性有机磷中毒;呼吸麻痹;中间综合征;机械通气

中图分类号:R 139^{+.3}

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0044-02

急性有机磷中毒(AOPP)继发呼吸肌麻痹是 AOPP 症状缓解后发生的最严重并发症,其病死率居恢复期所有并发症之首。我院自 2000 年 1 月~2005 年 1 月共收治急性有机磷中毒 320 例,其中 24 例发生呼吸肌麻痹。为探讨其发生机制及防治措施,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 24 例占同期全部 AOPP 患者总数的 7.5%(24/320)。其中男性 11 例,女性 13 例;年龄 18~62 岁,平均 28.5 岁。有机磷农药中毒种类:敌敌畏 4 例,氧化乐果 6 例,乐果 2 例,久效磷 8 例,对硫磷 4 例,均属口服吸收中毒。口服量 20~150mL。从口服毒物直至出现呼吸肌麻痹时间:24~48h 13 例,49~72h 8 例,73~96h 2 例,97~120h 1 例。全血胆碱酯酶(BCHE)40%以下,属重度有机磷中毒。

1.2 病例选择标准 本组 24 例均符合 AOPP 中间综合征、呼吸肌麻痹的诊断标准^[1],均为 AOPP 24h 后急性期胆碱危象完全消失,达阿托品化,神志清醒状态出现肌无力(吞咽困难、四肢肌力下降、腱反射减弱或消失)并进行性加重,随之出现胸闷,窒息感,呼吸困难或呼吸频率加快,呼吸活动度减弱或胸腹式呼吸矛盾,短时间内发生呼吸衰竭,同时血清胆碱酯酶活力下降。本组 24 例占 320 例急性 AOPP 的 7.5%,双下肢不肿。辅助检查:血常规:WBC: $12.6 \times 10^9/L$, N: 92%;快速血糖: 12.18mmol/L; 水电解质: Na^+ : 125.1 mmol/L, Cl^- : 87.3 mmol/L; 血气分析: pH: 7.50, $PaCO_2$: 72mmHg, PaO_2 : 72mmHg, HCO_3^- : 21.2mmol/L; 生化全套: TB30mmol/L, DB 12.9mmol/L, ALB: 28g/L, TBA: 25.2mmol/L, AMY: 65U/L, TG: 2.74mmol/L, AST: 89U/L, CK: 3 728U/L, MB: 46U/L, LDH: 272U/L, ADA: 21U/L, CRP: 185.09mg/L, ESR: 101mm/h; 小便常规: pH: 5.0, Pro(+++), RBC(+++)。腹部 B 超无殊。心超: 双房增大,主、肺动脉瓣、二三尖瓣返流。EF: 60.02%。EKG 示: 快室率房颤, ST 改变。胸片示: 右肺感染性病变首先考虑,左肺上叶小片感染灶,心影增大。肺 CT: 右上肺炎伴右侧胸腔少量积液。初步诊断: (1)肺部感染,肺癌待排。(2)高血压病,高心病,快速率房颤,心功能 I 级。(3)2 型糖尿病。(4)电解质紊乱: 低钠、低氯血症。

简要治疗过程: 左氧氟沙星、头孢唑肟钠、安搏诺、达美康等抗炎化痰,降压降糖等对症支持治疗。半月后复查肺部 CT,右肺炎症较前明显吸收。1 月后病情稳定出院。最后诊断: (1)右肺感染。(2)高血压病,高心病,快速率房颤,心功能 I 级。(3)2 型糖尿病。(4)电解质紊乱: 低钠、低氯血症。

2 讨论

肺炎是一种常见病、多发病,可由多种病原微生物如:细

与国内王氏报道相符^[2]。

2 治疗方法

2.1 呼吸衰竭的处理 患者首先保持呼吸道通畅,头偏向一侧,迅速清除口腔黏液、呕吐物或其他异物,防止窒息。有机磷中毒的死因主要为呼吸衰竭,其原因是肺水肿、呼吸肌麻痹或呼吸中枢抑制所致,故维持呼吸肌功能极为重要。所以要立即行气管内插管或气管切开,合理使用呼吸机,采用正压吸氧,根据病人的氧饱和度和动脉血氧分压,随时调整呼吸机的参数和模式。

2.2 应用足量胆碱酯酶复能剂和适量抗胆碱药 本组病例采用解磷定 2.0g,入液静脉点滴,每 4 小时 1 次,连用 3 次后改为 1.0g,每 4 小时或 6 小时 1 次,连用 5~7d。同时应用适量阿托品维持阿托品化,阿托品具有兴奋呼吸中枢,对抗 AOPP 对呼吸中枢的抑制作用,同时减少呼吸道分泌物,减少呼吸阻力。

2.3 洗胃与导泻 AOPP 病人早期洗胃能迅速清除胃内容物,反复彻底的洗胃是提高治愈率的必要措施。洗胃后灌入泻药以清除进入肠道的毒物,阻止毒物经胃肠道黏膜吸收,防止再次中毒。

2.4 预防感染 具体措施包括: (1)注意病房通气,保持空气
菌、衣原体、支原体、立克次体、病毒、真菌、弓形虫、原虫、寄生虫等或理化因素导致。临床症状变化较大,可轻可重,取决于病原体和宿主的状态。但常以发热、咳嗽、咳痰、胸痛等为主要临床症状,病情严重的可出现呼吸困难,呼吸窘迫,发绀,甚至死于呼吸衰竭。早期肺部体征无明显异常,重症患者可有呼吸频率加快,发绀。肺实变时有典型的体征,如叩诊浊音、触觉语颤增强和支气管呼吸音等,也可闻及湿性罗音。并发胸腔积液时,患侧胸部叩诊浊音,触觉语颤减弱,呼吸音减弱^[3]。而以恶心、呕吐、腹痛、腹泻,甚至以急腹症为首要表现的并不多见,主要考虑与致病菌及感染部位有关。感染部位接近膈肌,则可能由于炎症等物理、化学刺激引起消化系统症状。本 2 例的遗憾之处在于未能从排泄物、分泌物、体液中找到病原菌。纤支镜能够提高病原菌的检出率。目前城市人口流动性大,抗菌药物滥用严重,病原菌变异速度增快,应当详细询问流行病学资料,并结合必要的胸部摄片检查,以免漏诊、误诊。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.30~31

(收稿日期: 2006-01-11)