

彩色超声对颈动脉粥样硬化与 CCCI 相关性的研究

刘晓晗

(山东省枣庄市第四医院 枣庄 277500)

关键词: 颈动脉粥样硬化; CCCI; 颈部超声

中图分类号: R 743.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0070-02

脑血管病是目前世界上发病率与死亡率最高的三大疾病之一,是首位致残因素,其中 70%以上是缺血性脑血管病,而动脉硬化是一独立的发病因素。近年来随着彩色多普勒超声的临床应用,颈动脉粥样硬化与缺血性脑血管病的关系越来越受到人们的重视。我们对 86 例慢性脑供血不足(CCCD)患者进行颈动脉彩色多普勒超声检查,现总结如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 86 例患者均符合 CCCI 的诊断标准^[1],患者年龄 50~78 岁,平均年龄 68 岁,其中男性 57 例,女性 29 例;高血压 59 例,糖尿病 36 例,血脂异常 70 例,冠心病 48 例。

1.2 超声检测方法 由技术熟练的技术人员采用美国 EG 公司生产 VOLUSON 730PRU 彩色多普勒超声仪,探头频率为 7~10MHz。超声检查时患者取仰卧位,颈部充分暴露放松,颈后部垫薄枕,头部稍偏向对侧,探头置于胸锁乳头肌前缘从锁骨上窝颈动脉起始部开始,经颈动脉分叉至颈内动脉入颅处显示不清为止,二维观察颈动脉管壁厚度,测量颈总动脉、颈内动脉内中膜厚度(IMT),记录斑块的数量、类型、部位和大小。

2 结果

2.1 观察指标 IMT $\geq$ 1.0 为增厚, $\geq$ 1.5mm 或有钙化为斑

2.2 讨论 按足厥阴绕阴器,患者虽属药物过敏所致阴囊肿胀,但口苦口渴,大便干结,阴囊肿胀溃破流黄水,仍属肝经湿热下注之证,用龙胆泻肝汤清泻肝经实火,清利肝经湿热,并加用燥湿止痒收水之苦参、白鲜皮、枯矾而达火泻湿清热之效。

3 肋间神经痛

3.1 病例资料 黄某,男,42 岁,2002 年 10 月 11 日就诊。患者右肋疼痛 3 年,肝功能、二对半正常,B 超提示肝形态正常。性情急躁易怒,口苦口干喜冷饮,右肋隐隐灼痛,舌红、苔薄黄,脉弦数。龙胆泻肝汤加減:龙胆草 6g、栀子 9g、泽泻 9g、当归 3g、生地 12g、柴胡 6g、生甘草 6g、车前子 6g、丹皮 15g、郁金 9g、川楝子 9g、枸杞子 9g、沙参 9g,7 剂。二诊:肋肋灼痛减轻,口干明显,舌红苔黄脉弦数,肝火已泻但火伤阴津明显。改一贯煎:沙参 9g、麦冬 12g、枸杞子 10g、当归 9g、生地 30g、川楝子 4.5g、郁金 9g。连服 14 剂,诸证消失。

3.2 讨论 足厥阴布胁肋,患者肝经郁热,故肋肋灼痛口苦,用龙胆泻肝汤泻肝经郁热之火,热去则用滋养肝阴的一贯煎,法正药对而效。

4 呃逆

4.1 病例资料 魏某,男,37 岁,2004 年 9 月 2 日就诊。朋友聚餐,饮酒过量,第 2 日呃逆频频,呃出酒味,目赤口苦,大便干结,舌红苔黄腻,脉弦滑数。龙胆泻肝汤加減:龙胆草 6g、栀子 9g、柴胡 6g、泽泻 9g、生地 20g、当归 6g、车前子 9g、大黃

块形成,并将斑块分为四种类型^[2]:扁平斑:是早期的脂质沉积在内膜,局部隆起或弥漫性增厚,超声表现为内膜不平整,呈均匀的低回声;软斑:为纤维组织增生及钙盐沉积,斑块内出血,血栓形成,表现为突出到管腔内的混合性回声或弱回声型,斑块表面光滑;硬斑:斑块钙化,回声强,后方有明显的声影或声衰减,但斑块表面较光滑;溃疡斑:斑块表面不光滑,形态不规则,有时呈壁龛样影像,溃疡边缘回声较低。

2.2 观测结果 检查发现 IMT 增厚 25 例,占 29.1%;斑块形成 53 例,占总人数的 61.6%,其中扁平斑 6 例,软斑 9 例,硬斑 36 例,溃疡斑 2 例。动脉硬化人数 78 例,发生率为 90.7%。

3 讨论

慢性脑供血不足又称慢性脑循环不全,于 1991 年由日本第 16 次脑卒中学会正式提出,是临床的常见病、多发病,严重影响人们的日常生活,增加缺血性卒中的发生,最终可能导致持久性或进展性的认知和神经功能障碍。其临床表现以头晕为主,伴有头沉、头胀、认知能力下降、心理障碍等症状,时轻时重,波动性消长,无脑部局灶性神经体征,多数伴有高血压或糖尿病,眼底动脉呈动脉硬化性改变,在脑灌注动脉可听到血管杂音,TCD 检查示脑供血不足,CT 或 MRI 检查未见结构性异常改变。在诸多发病因素中动脉粥样硬化 6g(后下)、柿蒂 9g、旋复花 6g、代赭石 20g(另包先煎),2 剂呃止便通。

4.2 讨论 足厥阴挟胃属肝络胆上贯膈,患者素体肝火偏旺,加之酒酪之品致肝火犯胃,逆气上冲致呃逆频频,龙胆泻肝汤泻肝火,大黃通腑气,柿蒂、旋复花、代赭石降逆止呃,泻肝火平逆气而呃止。

5 巅顶头痛

5.1 病例资料 涂某,女,35 岁,2005 年 7 月就诊。巅顶头痛多年,脑电图检测无异常,每遇工作不遂、家中不和便发作,现头顶灼热疼痛,心烦易怒,失眠多梦,口苦尿赤,月经提前、色红,舌红苔薄黄,脉弦数。龙胆泻肝汤加減:龙胆草 6g、黄芩 9g、栀子 9g、柴胡 6g、生甘草 6g、生地 12g、当归 6g、藁本 10g、蔓荆子 9g、夜交藤 30g、合欢皮 20g、牛膝 10g,7 剂。二诊:头顶灼热疼痛缓解,仍心烦口干睡眠差,舌红苔薄黄,脉弦微数。龙胆草 6g、栀子 9g、柴胡 3g、生甘草 6g、生地 20g、当归 6g、藁本 10g、蔓荆子 10g、夜交藤 30g、合欢皮 20g、麦冬 15g、牛膝 10g。连服 10 剂疼痛消失,月经正常。

5.2 讨论 头之诸阳之会,足厥阴上循巅顶,患者肝郁化火,上犯厥阴巅顶而致头顶灼热疼痛,郁怒扰动心火故加夜交藤、合欢皮清心安神,藁本、蔓荆子为治巅顶疼之要药,牛膝引火下行,生甘草清肝泻火,诸药合用而达肝火清,不犯巅顶而痛止。

(收稿日期: 2007-05-16)

高渗性非酮症糖尿病昏迷 8 例误诊分析

应丽红

(浙江省永康市第一人民医院 永康 321300)

关键词:糖尿病昏迷;高渗性非酮症;误诊

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0071-01

高渗性非酮症糖尿病昏迷(HNKDC)是糖尿病急性代谢紊乱的一种临床类型,较糖尿病酮症酸中毒少见。多数病例缺乏糖尿病史,且临床表现复杂多变,容易导致误诊、误治,病死率较高,应引起临床重视。下面就 8 例误诊、误治的 HNKDC 病人作一回顾性分析。

1 临床资料

本组男 5 例,女 3 例;年龄 16~75 岁,平均 64 岁;明确 1 型糖尿病患者 1 例,2 型糖尿病患者 3 例,4 例否认有糖尿病史。误诊时间最短 8h,最长 48h,平均 26h。发病诱因中各种急性感染 3 例,脑血管意外 2 例,随意停用降糖药 1 例,无明显诱因 2 例。误诊情况:误诊为脑血管意外 3 例,颅内感染 2 例,肝性脑病 2 例,冠心病合并肺部感染 1 例。确诊方法:依据血糖 $>33.3\text{mmol/L}$ 、血钠 $>155\text{mmol/L}$ 者占多数,尿酮体(—+),血浆渗透浓度 $>330\text{mmol/L}$ 。

2 讨论

临床医生对 HNKDC 认识不足,是造成误诊误治的主要原因。本病多见于老年患者,脑血管功能差,极度高血糖,失水严重,血液浓缩,继发性醛固酮分泌增多,加重高血钠,使血浆渗透压增高,脑细胞脱水,从而导致本症突出的神经精神症状^[1]。34.4%HNKDC 患者以神经系统为首发症状,而且大部分病例(81.8%)无糖尿病史^[2]。本文以神经精神系统为首发症状者占 62.5%,明显高于参考资料,可能与本文例数少,统计学意义差有关。误诊原因在于临床医生只注意到神经精神症状和体征,而忽视病人伴有明显的脱水、尿量无明显减少等主要线索。

为一独立的因素。

动脉粥样硬化是一种慢性进行的多发性动脉内膜疾病,受累动脉弹性减弱,脆性增加,易于破裂,其管腔逐渐变窄甚至完全闭塞,也可扩张而形成动脉瘤。发展过程可分为四期:无症状期、缺血期、坏死期、纤维化期。基本病损就是粥样硬化,即内膜表面隆起的斑块。首先是内中膜厚度的增厚,使内膜变粗糙,逐渐形成斑块,斑块入血管腔可使管腔变窄。随着斑块的发展,管腔越来越小造成其所支配的区域供血不足,进一步的发展管腔压力增大,斑块可发生破裂,暴露的脂质和胶原可激活血小板启动凝血系统形成血栓^[3-4]。

颈内动脉是颅内供血的主要来源,占 70%~80%,亦为动脉硬化好发部位,容易引起颈内动脉起始段的狭窄,是缺血性脑血管病的重要危险因素^[5]。颈动脉 IMT 增厚是颈动脉早期粥样硬化的标准^[6],颈动脉位置表浅,超声干扰性小,能够直接检测,检查方便、快速、经济、无创伤,检出阳性率高,易为患者所接受。86 例 CCCI 患者颈动脉粥样硬化检出率达 90.7%,其中 IMT 增厚是动脉粥样硬化的早期标志。颈动脉内中膜厚度及斑块检测可作为检测 CCCI 发生的一项有意义

询问病史不详也易造成误诊。本症起病时常先有多尿、多饮,但多食不明显,或反而食欲减退,以致常被忽视^[1]。本组无明确糖尿病史者 4 例中,经仔细询问有 3 例在发病前或发病中已有多尿、多饮史,只因没有多食,而是食欲减退,将这一重要病史忽视,进而放松了对 HNKDC 的警惕。

本组 1 例老年人以“冠心病、肺部感染”收入院,既往无明确糖尿病史,经输入葡萄糖液和糖皮质激素后,出现神志障碍,经查血糖、血钠、尿酮后确诊为 HNKDC。糖尿病是冠心病的易患因素,有些病人因出现冠心病等并发症而发现糖尿病。因此,对既往无明确糖尿病史的冠心病患者,应常规化验空腹血糖和餐后 2h 血糖,在未排除糖尿病之前,应尽量避免应用葡萄糖和糖皮质激素,以防诱发 HNKDC 的发生。

综上所述,为减少误诊,临床医生必须提高对本病的认识,保持警惕,要详问病史,仔细查体,并结合各种化验资料进行全面深入地综合分析。笔者认为,凡遇下列情况要警惕 HNKDC 的可能性:(1)意识障碍伴有灶性或刺激性神经系统体征和中度、重度脱水而酸中毒不严重者。(2)进行性意识障碍而原因不明者,尤其伴有多尿、多饮者。(3)疑有脑血管意外、脑炎,但临床征象难以用一种疾病全面解释或相应治疗无效者。(4)在未排除 HNKDC 前,尽量避免给病人输注葡萄糖液及糖皮质激素,以避免误治。

参考文献

[1]叶任高.内科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2001.824
[2]汪大望.以神经系统症状为首发表现和糖尿病高渗性昏迷 11 例临床分析[J].实用内科杂志,1990,10(1): 539

(收稿日期: 2007-06-20)

的指标,及时准确的检测不仅对已发生 CCCI 的患者提供诊断指标,且有助于临床采取正确的预防和治疗措施,以减少缺血性脑血管病的发生,同时能将无症状期动脉硬化患者检出和对其进行监测。脑血管病症是至今危及人类生命的三大疾病之一,而慢性脑供血不足则是缺血性脑血管病的前奏,动脉粥样硬化是其独立的发病因素,早期进行颈动脉彩色多普勒超声检查可作为早期诊断的较灵敏的指标之一。

参考文献

[1]胡纪源.慢性脑供血不足的诊断与治疗[J].安徽医药,2002,23(3): 7~8
[2]初洪刚,张祖德,周青,等.舒降之对颈动脉粥样硬化影响的超声评价[J].中国超声医学杂志,2003,19(2): 89~90
[3]李建军.动脉粥样硬化斑块破裂的研究进展[J].医师进修杂志,2005,28(7): 1
[4]杨小端,温建中,李萍,等.老年颈动脉硬化与血脂及载脂量的对比研究[J].中国超声医学杂志,2002,18(2): 120~121
[5]叶有强,黄雪玲,王深明,等.双功能彩色多普勒对颈内动脉狭窄的诊断[J].中国超声医学杂志,2002,18(6): 444~446
[6]刘芳,杨婉宜,李建荣,等.国人颈动脉内膜一中膜厚度与心血管疾病的相关性研究[J].中国超声医学杂志,2003,19(1): 30~32

(收稿日期: 2007-06-20)