

浸润改变,呈小片或大片的增密模糊影,少数呈节段性、大叶性浸润,且出现典型的肺气肿,多为金黄色葡萄球菌,本组 2 例,均伴有肺气肿影;右肺上叶、双肺下叶、上叶后段实变或小叶浸润,叶间裂呈弧形下坠,呈现突出的弧形影,多为克雷伯杆菌肺炎,本组 5 例;中下肺野弥漫性斑点状、小片状或大片阴影状,病灶可融合,多见于肺念珠菌病,常表现为双侧浸润,本组 0 例;部分患者可累及肺门、纵隔淋巴结肿大,为真菌性肺炎,本组 0 例;全肺呈弥漫性浸润伴有不同程度的实变,多为混合感染,本组 0 例。CT 在不同病原菌所对应的感染比例相比,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

3 讨论

重症肝炎患者由于肝细胞广泛坏死,肝细胞严重受损,患者免疫力下降(尤其是住院患者),容易导致院内感染的发生,特别是肺部感染。临床研究证实,重症肝炎患者一旦肺部出现感染,若治疗不及时可能导致患者死亡,严重影响了患者的生存质量,故重症肝炎患者肺部感染早期的诊断和治疗是提高患者生存质量、降低死亡率的关键^[4]。目前对于肺部感染影像检查选择主要依靠 X 线胸片,但是其阳性诊断率较低,常常给患者带来漏误诊的可能。为了确诊患者感染的发生,一般采取痰液及血液检查并结合临床症状,但从本组研究来看,早期的肺部感染可能血象和体温均为正常,其特异性较差,往往在出现症状和体征的改变时,已是晚期,从而失去了最佳的治疗时间^[5]。

本组研究采用 CT 检查对经痰液及血液检查确

定是肺部感染的患者进行研究,结果发现胸部 CT 检查后见肺部感染者 26 例,诊断阳性率为 89.66%,显著优于常规的 X 线检查,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。本组肺部感染患者痰培养病原菌以铜绿假单胞菌、白色念珠菌、金黄色葡萄球菌和肺炎克雷伯杆菌等多见,观察所见不同病原菌所致的肺部感染其 CT 检查具有其一定的特征性表现。而多项研究证实^[6],经过胸部 CT 检查,结合各种病原菌感染的肺部 CT 特征性表现,可以提高该病的早期诊断准确率,从而给临床早期采用合适的抗菌药物提供了基础^[7]。

综上所述,重症肝炎患者合并肺部感染死亡率高,早期 CT 检查利用其密度分辨率高的优势,可以清楚地显示肺内感染病变表现形式,确定病变累及范围,为重度肝炎患者合并肺部感染的早期诊断提供依据;不同病原菌所致的肺部感染虽有一定的影像学特征,但并非特异性征象,密切结合其他临床资料才能做出明确诊断。

参考文献

[1]严宪才,缪英年,吴志光.糖尿病合并肺部感染 56 例临床分析[J].山东医药,2010,50(29):77
[2]李奕,卓安山,冯琳.支气管镜肺泡灌洗在重症脑梗死合并肺部感染患者中的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2010,3(1):14-15
[3]石三利,郭万亮,戴社教,等.胸部 X 线检查在重症肝炎合并肺部感染患者诊治中的价值[J].中国现代医药杂志,2006,8(7):40-41
[4]李健,邹文娟.慢性乙型肝炎合并肝癌的住院患者肺部感染的危险因素分析[J].实用癌症杂志,2013,28(4):402-404
[5]左美容,贺卫国.胸部 CT 检查 COPD 60 例临床分析[J].临床肺科杂志,2013,18(3):559
[6]王建国,姜新林,张金华.胸部 CT 检查在肺结核病临床诊断中的体会[J].中国实用医药,2013,8(9):55-56
[7]谢丽璇,刘士远,陈友三,等.肝移植术后感染的多层螺旋 CT 表现[J].中华放射学杂志,2009,43(1):8-11

(收稿日期:2014-05-09)

超声心动图与心电图对 58 例肺心病右室肥厚的诊断分析

欧亮¹ 刘炜瑜²

(1 四川省乐山市中医医院 乐山 614000;2 四川省仁寿县中医医院 仁寿 620500)

关键词:肺心病右室肥厚;超声心动图;心电图

中图分类号:R541.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.034

我们对 2011 年 5 月~2013 年 11 月临床确诊的 58 例肺源性心脏病患者进行了超声心动图及心电图的对照检查,观察并比较了两项检查对诊断肺心病右室肥厚的准确性、敏感性。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例资料 58 例病例均来自 2011 年 5 月~2013 年 11 月期间住院治疗的,经临床确诊符合肺心病诊断标准。其中男性 38 例,女性 20 例;年龄 49~80 岁,平均年龄 61 岁;病程 7~28 年,平均 15 年。
1.2 仪器与方法 超声心动图采用飞利浦 HD-11XE 彩色超声诊断仪,探头频率 3.5 MHz,常

规做心前区、剑突下等各切面检查,阳性标准:(1)剑突下四腔心切面:右室前壁厚度>5mm,并且活动幅度>6 mm;(2)胸骨旁右室流出道切面:右室流出道>30 mm;(3)心底大血管短轴切面:肺动脉主干内径大于 28 mm,或者肺动脉主干内径大于主动脉内径,右肺动脉内径大于 18 mm;(4)右室舒张末期内径>20 mm,左心室与右心室内径比<2^[1]。心电图检查采用 CONTEC8000 型心电图机,常规做 12 导联心电图,阳性标准:(1)QRS 电轴右偏>+110°。(2)肢导联:I、aVL 导联波形相似,多呈 rS 或 QS 型;S 波明显增深,aVR 导联 R 波振(下转第 89 页)

表 1 复方仙草素对肝癌血道肺转移瘤的影响 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	肺结节		肺转移瘤	
		结节数(个)	抑制率(%)	生长指数($\times 10^{-3}$)	抑制率(%)
模型对照组	20	12.45± 6.13		9.212± 2.124	
高浓度组	20	8.11± 3.78*	34.86	6.310± 1.803*	31.50
低浓度组	20	8.86± 4.11	28.84	7.689± 2.045	16.53

注:与模型对照组比较,*P<0.05。

2.2 转移瘤组织形态学及病理学观察 模型对照组肺组织可见广泛的转移病灶,结节大小不一,分布于肺组织血管及支气管周围;癌组织呈浸润性生长,细胞核深染,核浆比例失调,大部分肺叶被瘤组织取代。高浓度组肺组织转移结节显著少于模型对照组,以小转移灶为主,边界清楚,少数侵袭血管壁和围绕血管生长,可见较多部分癌细胞变性坏死。低浓度组癌细胞浸润结缔组织,有少量围绕气管和血管生长,癌细胞坏死面积局限于肺组织边缘。实验研究表明,高浓度组对小鼠肝癌血道肺转移瘤具有良好的抑制作用,肺结节抑制率与转移瘤生长指数抑制率均高于低浓度组,具有明显的量效依赖性。

3 讨论

复方仙草素含有多种药理活性,具有非常广阔的应用前景。本实验结果表明,高浓度组肝癌血道肺转移结节显著少于模型对照组,可见较多部分的

癌细胞变性坏死,明显优于低浓度组,呈现出较强的量效关系。提示临床用药在一定的情况下应该达到足够的剂量(浓度)甚至更大的剂量(浓度),才能具有良好的抗肿瘤转移作用。现代药理研究表明,仙鹤草对恶性肿瘤具有显著的抗扩散作用,其水提液能明显抑制小鼠 S₁₈₀ 肉瘤、U₁₄ 宫颈癌、B₁₆ 黑色素瘤、H₂₂ 肝癌实体瘤,同时还具有改善血液高黏状态的作用^[1]。人参皂甙能提高生物体内网状细胞的吞噬功效,增强 IL-2 和自然杀伤细胞的活性^[2],诱导肿瘤细胞的凋亡,抑制血管内皮生长因子的表达^[3],从而控制肿瘤新生血管的形成和转移。本实验进一步证实,高浓度的复方仙草素对肝癌血道肺转移瘤具有较强的抑制作用。

参考文献

[1]黄自丽,黄修燕,郑起.中药抗肿瘤作用及其作用机制研究进展[J].医学综述,2010,16(3):386-389
[2]Klangsinsirikul P,Russell NH.Peripheral blood stem cell harvests from G-CSF-stimulated donors contain a skewed Th2 CD4 phenotype and a predominance of type 2 dendritic cells [J].Exp Hematol,2002,30(5):495-501
[3]Suzuki S,Kuwajima T,Yoneyama Y,et al.Maternal peripheral T-helper 1-type and T-helper 2-type immunity in nonpreclampsic twin pregnancies[J].Gynecol Obstet Invest,2002,53(3):140-143

(收稿日期: 2014-04-21)

(上接第 52 页) 幅增大>0.5 mV, 呈 qR、QR 或 R 型;胸导联: V₁、V₂、V₃ 或 V₃R、V₄R 导联 R 波振幅增大,通常>1.0 mV,呈 Rs、R、Qr、qRs 或 rsR' ; V₄~V₆ 导联呈显著顺钟转向,S 波显著增深,呈 rS、RS 或 QS 型。(3)右心室壁激动时间延长,>30 ms。(4)继发 ST-T 改变: II、III、aVF 导联 QRS 高电压者,ST 段下降,T 波双向或倒置; V₁~V₃ 导联 ST 段下降,T 波正负双向或倒置^[2]。

1.3 结果 58 例肺心病患者中,超声心动图诊断右室肥厚 52 例,占 89.6%;右室流出道增宽 38 例,占 65.5%;肺动脉增宽 53 例,占 91.4%。心电图诊断右室肥厚 28 例,占 48.3%。

2 讨论

慢性肺源性心脏病简称肺心病,是指由肺组织、胸廓或肺动脉系统等病变引起的肺动脉高压,伴或不伴有右心衰竭的一类疾病。肺心病在我国是常见病、多发病,平均患病率为 0.48%,病死率在 15%左右^[3]。本次 58 例肺心病患者行心电图与超声心动图对比检查,观察中发现超声心动图对于右室肥厚、右室流出道增宽、肺动脉增宽的检出阳性率明显高于心电图检查。其原因可能是:(1)心电图对于右室肥厚的诊断主要依赖于心脏转位和右心室除极电势大小的变化,但是诸多因素可以影响电势改变;在正常情况下,右心室壁与左心室壁的厚度比约 1:3,如果仅有轻度的右心室肥厚,左心室的除极电势依然

占优势,心电综合向量变化不明显,只有在右心室肥厚到一定程度时才会显著地影响心电综合向量方向及右心室电势大小,所以心电图对诊断早期右室肥厚不够敏感。(2)超声心动图可较直观地显示测量心腔大小、大血管的内径大小及室壁的厚度,因此不论是轻度、中度或重度右室肥厚,它均可以较敏感测量出,而且不受心脏转位、预激综合征、束支传导阻滞、胸腔内脏器肿瘤等各种因素的影响。特别在肺动脉高压引起右室流出道增宽时,对早期肺心病右室肥厚的诊断十分有利,是心电图无法与超声心动图比拟的。但是,肺心病患者往往有较重的肺气肿,给我们的检查带来了一定的困难,所以我们应该采取多种体位(尽量左侧卧位)、多个切面、适当加压探查相结合,精确测量得到较可靠数据、结果。因此希望有设备的医院能把超声心动图作为肺心病的常规检查项目,它不仅对右室肥厚、右室流出道增宽及肺动脉增宽有早期诊断的效果,而且能与其他心脏疾病相鉴别。

综上,超声心动图对肺心病右室肥厚的诊断提供了较为可靠的依据,比心电图的诊断更准确、更敏感,值得临床推广和应用。

参考文献

[1]郭万学.超声医学[M].第 6 版.北京:人民军医出版社,2011.617
[2]陈新.黄宛临床心电图学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2009.36
[3]陈灏珠,林果为.实用内科学[M].第 13 版.北京:人民卫生出版社,2009.1 597-1 598

(收稿日期: 2014-04-28)