

毒,尤以乙型肝炎病毒为主,其自然生存率仅约 25%^[1]。

急性肝衰竭病理学特点:动物及临床实验均证实,肝脏慢性炎症时,有大量炎症介质释放,血清中 TNF- α 、TNF- β 、IL-1、IL-6、IL-8 等均有明显升高,可介导肝细胞的炎症反应和坏死^[3]。

刘波等^[4]通过动物实验发现,早期应用糖皮质激素可显著降低急性肝衰竭大鼠血清 TBIL、ALT、AST 和 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平,明显改善肝细胞坏死,为早期应用激素治疗急性肝衰竭提供论证医学依据。有报道发现,21 例糖皮质激素治疗的非感染性亚急性肝衰竭,其病死率治疗组为 25.0%,对照组为 77.8%,充分说明早期使用激素对提高肝衰竭患者生存率具有积极意义^[5]。

糖皮质激素在肝衰竭中应用目前仍存在较多争议,明确适应证为自身免疫性肝炎及乙醇中毒,有报道称甲型肝炎、戊型肝炎亦可取得满意效果,而乙型肝炎可能导致慢性演变^[6]。但就该患者的救治情况,充分说明在急性肝衰竭早期,病情发展迅速且无严重感染、出血,无肝硬化基础患者能够有效提高其救治成功率。

从该例患者的救治过程作者的体会是:(1)凡遇原因不明的意识障碍均应警惕急性肝衰竭、肝性脑病,早期诊断至关重要;(2)合理选择病例,及时给予激素阻断肝细胞变性坏死是抢救

成功的关键;(3)根据肝功能恢复情况制定个体化方案;密切监测,避免激素严重毒副反应出现是抢救成功的保证。

参考文献

- [1] 于乐成,王宇明,何长伦. 急性肝衰竭最新认识[J]. 肝脏, 2008,13(5):404-410.
- [2] 中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病学会重型肝病与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南[J]. 国际流行病学杂志,2006,33(4):217-221.
- [3] 余保平,王伟岸. 消化系统疾病免疫学[M]. 北京:科学技术出版社,2007:72-75.
- [4] 刘波,陈从新,郭顺明. 糖皮质激素联合生长激素对大鼠急性肝衰竭的保护作用及其机制初步探讨[J]. 肝脏, 2005,10(3):186-188.
- [5] 吴广利,王伟,刘同刚. 糖皮质激素治疗非感染性亚急性肝衰竭的临床观察[J]. 肝脏,2010,15(1):68-69.
- [6] 宣世英,王少华,孙樱. 肝脏病合理用药[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:66-68.

(收稿日期:2015-02-25 修回日期:2015-03-23)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.16.056

静脉溶栓治疗次大面积肺栓塞合并反常栓塞 1 例报道

任航旗,宋 熔,张红红

(解放军第五医院 ICU,银川 750021)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)16-2302-02

次大面积肺栓塞(pulmonary embolism, PE)为急性 PE 不伴全身性低血压(收缩压大于或等于 90 mm Hg),但有右心室功能障碍或心肌损伤证据,右心室功能障碍见下述情况之一:(1)右心室扩张(心脏超声及胸部 CT 示右心室与左心室直径比值大于 0.9)或心脏超声时存在右心收缩功能障碍;脑钠肽(BNP) >90 pg/mL,NT-BNP >500 pg/mL 或心电图改变(新发完全性或不全性右束支传导阻滞,前间壁 ST 段压低或抬高,T 波倒置),有的甚至合并心肌坏死肌钙蛋白 I >0.4 ng/mL 或肌钙蛋白 T >0.4 ng/mL^[1]。反常性栓塞(paradoxical embolism, PDE)是指静脉系统或右心的血栓脱落后,通过未闭的卵圆孔或其他动静脉交通到达左心或动脉系统所造成的栓塞^[2]。本院近年成功救治次大面积 PE 合并 PDE 1 例,报道如下。

1 临床资料

患者,女,45 岁。因咳嗽、咳痰 15 d,加重伴呼吸困难 10 d 于 2013 年 12 月 14 日入院。患者诉 15 d 前受凉后出现咳嗽、咳白色粘痰,易咳出,量中,自服“甘草片”,症状无缓解。10 d 前,无明显诱因上述症状加重,伴呼吸困难,无胸痛、咯血、发热。至当地医院住院治疗 3 d(治疗方案不详)后,症状无明显改善。2013 年 12 月 14 日就诊于武警医院,行肺动脉造影

(CTPA)提示左、右肺动脉主干及双下肺叶动脉分支肺动脉血栓形成。遂来本院求诊,予肺栓塞收住本院重症医学科。既往史、个人史、家族史无特殊。

体检:T 36.4 $^{\circ}$ C, P 108 次/min, R 25 次/min, BP 120/80 mm Hg, SpO₂ 86%, BMI 20.2。神清,精神差,口唇紫绀。体表淋巴结未触及肿大。巩膜无黄染。肝颈静脉回流征阴性。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心界不大,心率 108 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。四肢活动正常,肌力 5 级。腹部及神经系统检查无明显异常。

辅助检查,血常规:WBC 3.29×10^9 /L, Hb 115 g/L, PLT 189×10^9 /L。血气分析(吸氧 3 L/min):pH 7.49, PaCO₂ 25 mm Hg, PaO₂ 69.2 mm Hg。免疫球蛋白+补体组合结果阴性:AT 94.1%, CEA 0.341 ng/mL, CA125 189 U/mL, CA199 43.72 U/mL, CA153 8.42 U/mL。HCY 11.2 μ mol/L。ANA+ENA 阴性;ACA 阳性;凝血全套+D-二聚体:FDP 440.4 μ g/mL, D-二聚体 137.47 mg/L(参考值 0~0.5 mg/L)。BNP 260 pg/mL。血凝常规、生化常规均未见明显异常。心脏超声示右心室与左心室比例为 1,主肺动脉内径增宽,三尖瓣轻中度反流,肺动脉轻度高压。子宫及附件彩超及双下肢血管未见异常。心电图(ECG)示窦性心动过速,完全性右束支传导

阻滞。诊断为急性 PE(次大面积),急性肺源性心脏病。

诊治经过:患者入院后完善相关检查,绝对卧床,ECG 监护,吸氧和禁止揉捏双下肢。溶栓、抗凝、抗血小板聚集等治疗。告知溶栓及抗凝风险并签署知情同意书给予阿替普酶 50 mg(2 h 内持续泵入)溶栓治疗。于当日 8:30 开始溶栓,于 9:20 患者突然出现意识模糊,呼之不应,双侧瞳孔不等大,左侧 1.0 mm,右侧 2.5 mm,对光反射灵敏,右侧肢体肌力 0 级,右巴氏征阳性。实时心电图监测示 HR 90 次/min, R 27 次/min, BP 85/55 mm Hg, SpO₂ 89%。立即给予升压,甘露醇 250 mL 静脉滴注,呋塞米 20 mg 静脉推注,急查头颅 CT 示左侧基底节区可疑低密度灶,不排除梗死。加强呼吸、血压管理,阿司匹林抗聚,并行脑保护,兼顾肺栓塞,权衡利弊,给予丁苯酞氯化钠营养脑神经,依达拉奉清除氧自由基及抗氧化剂,阻断缺血级联反应,低分子肝素钙抗凝治疗。患者仍烦躁,神志模糊,呼之不应。查体双侧瞳孔直径 3.0 mm,对光反射灵敏。心电图监测示 HR 66 次/min, R 25 次/min, BP 123/73 mm Hg, SpO₂ 95%(FiO₂ 29%)。12 月 15 日复查头颅 CT 示左侧大脑半球梗死并点状出血。心脏彩超示卵圆孔开放,并可见右向左分流。16 d 后复查 CTPA 示左右肺动脉主干及双下肺叶动脉分支肺动脉血栓明显缩小。复查血气分析基本正常。4 周后患者神清,可讲话。无咳嗽、咳痰、呼吸困难。双侧瞳孔等大等圆,直径 3.0 mm,对光反射灵敏,右侧肢体肌力 4 级,右巴氏征阴性。复查头颅 CT 脑组织低密度区面积减少。院外口服华法林继续治疗。

2 讨论

患者 PE 和左侧基底节区梗死,又存在卵圆孔未闭。由此可推测 PE,肺动脉压升高,卵圆孔出现右向左分流,脱落的栓子由未闭的卵圆孔进入体循环,栓塞了左侧基底节区。PDE

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.16.057

的形成应具备 4 个条件:(1)无左心系统或大动脉栓子来源;(2)合并 DVT 和/或 PE;(3)有心内、外异常交通或体、肺动静脉瘘;(4)有持续性(如肺动脉高压)或短暂性(如 Valsalva 动作或咳嗽)右心压力增高。检索国内文献,PE 合并 PDE 的特点是发病年龄跨度大,最易发生 PDE 的是脑栓塞,在 PE 发生后 1 h 至 6 个月发生。治疗以抗凝、溶栓为主,并注意对栓塞器官的处理^[3]。PE 合并 PDE 发病急,病情重,剧烈咳嗽、用力排大便等为常见诱因,在 PE 症状气促,呼吸困难等的基础上出现头痛,肢体无力,抽搐及意识的改变等症状。以抗凝,降颅内压为主,必要时行手术治疗。PE 合并 PDE 最易导致脑栓塞。卵圆孔未闭与 PDE 关系密切。PDE 的治疗仍以抗凝、溶栓为主,并注意对栓塞器官的处理。卵圆孔检查最敏感的方法是经食管超声心动图和超声学造影检查。临床医师要增强诊断意识,规范诊治流程。加强筛查,减少漏诊确保及时治疗,降低病死率。

参考文献

- [1] 黄琳,吴延庆.《2011 年 AHA 大面积肺栓塞与次大面积肺栓塞、髂股静脉血栓及慢性血栓栓塞性肺动脉高压的治疗指南》解读[J]. 江西医药,2012,47(5):390-392.
- [2] 吴美华,李华泰.卵圆孔未闭的研究进展[J]. 心血管病学进展,2007,28(1):122-124.
- [3] 蒋德雄,王廷杰,王红军,等.肺栓塞合并矛盾性栓塞国内文献分析:附 1 例报告[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(6):588-591.

(收稿日期:2014-09-28 修回日期:2014-12-16)

1 例社区获得性肺炎使用去甲万古霉素的病例分析

胡月琴^{1,2},王燕燕^{2Δ}

(1. 三峡大学第一临床医学院药剂科,湖北宜昌 443003;2. 湖北省宜昌市中心人民医院药剂科 443003)

[中图分类号] R969.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)16-2303-02

去甲万古霉素是一种无定形糖肽类抗菌药物,有抑制细菌细胞壁的糖肽聚合酶的作用,阻碍细菌细胞壁的合成,对于革兰阳性细菌特别是多重耐药的革兰阳性菌(主要是金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌)有很高的抗菌活性。

1 临床资料

患者,男,26 岁,身高 180 cm,体质量 65 kg,职业:厨师。因“咳嗽伴间断发热 1 周”入院。患者 1 周前无明显诱因出现咳嗽,多为刺激性干咳,痰少,伴间断发热,体温最高达 39.6 °C,发热时感胸闷,无胸痛,无鼻流涕、盗汗、恶心呕吐、腹痛腹泻、尿频尿急尿痛等不适,2012 年 12 月 5 日于本院就诊,查血常规:白细胞 16.9×10⁹/L,中性粒细胞百分比 84.6%,行抗感染(头孢西丁静脉滴注 0.5 g/d)治疗 3 d 后,症状无明显改善,

2012 年 12 月 7 日复查胸片疑为右上肺、左下肺炎症。为求进一步诊治,以“肺部感染”收治呼吸内科。患者既往体质一般,无特殊病史。入院查体,体温 39 °C;脉搏 80 次/min;呼吸 18 次/min;血压 110/70 mm Hg;双肺叩诊呈清音,双肺呼吸音粗,双肺未闻及干、湿性啰音。入院诊断:双侧肺炎。入院后查肺部 CT 示:两肺感染性病变。血常规示:白细胞计数 12.9×10⁹/L↑;中性粒细胞百分率 72.6%↑;给予阿莫西林氟氯西林钠抗感染治疗。2012 年 12 月 9 日患者体温 39.5 °C,双肺呼吸音粗,可闻及明显干、湿性啰音。痰培养+药敏:正常菌群。一般细菌涂片:找到革兰阳性球菌和革兰阴性杆菌,未找到抗酸杆菌及真菌,加用莫西沙星注射液继续抗感染治疗。2012 年 12 月 12 日患者仍有发热,体温 39.2 °C,肺部 CT 示: