

以上技术在具体的吞咽训练及饮食中,根据病人情况调整食物情况,逐渐过渡到浓流质及稀流质。当患者能咽下 200 ml 糊食且吞咽造影显示无误吸后可拔出胃管。治疗 2 周后,患者症状缓解,吞咽造影无异常。拔出胃管,继续治疗 2 周后,吞咽功能完全恢复正常,痊愈出院。

例 2 男,45 岁,因反复咳痰,发热 3 个月,再发加重 1 周入住我院呼吸内科。患者 1 年前因车祸后出现昏迷,确诊为(1)腹腔出血,肝破裂;(2)肺挫裂伤;(3)多发性肋骨骨折。入院后急给予腹腔探查,后因并发重型肺部感染,给予气管切开;病情平稳后,封闭气管切口后出院。1 个月后发现气管切开处出现有裂口,且反复低热咳嗽咳痰,饮食后加重,诊断为气管瘘;给予抗炎化痰治疗后,症状缓解,但频繁出现上症,要求我科会诊。我科行吞咽造影后发现患者口腔运送正常,吞咽启动可,梨状窝及会厌谷无残留,进食均有误吸,尤以流质食物为甚。考虑气管瘘引发吞咽障碍导致吸入性肺炎,建议转科行气管修补术,术后 2 周上症消失。

2 讨论

吞咽障碍多见于脑卒中患者,其中咽期障碍多见,表现为唾液不能吞下、自主咳嗽异常、一口量减小、吞咽启动延迟、喉结构上提幅度降低、咽下困难、喉部食物梗阻感、吞咽后声音改变、鼻反流等。以上 2 例患者均无脑部疾患,均以气管切开后出现吞咽问题。这与通常认为的气管切开不会影响吞咽功能的说法截然不同。笔者认为气道开放后出现吞咽问题与下面几方面相关。

2.1 气道压力改变 喉部的闭合始于声带,继而延伸至喉前庭。闭合的产生由下而上,可将漏入喉内的食物由喉前庭推至咽,预防误吸的发生。当气管切开后,喉和上呼吸道中的气道和气流的压力将从原来的负压状态转化成为常压,原

呼吸道阻力出现改变或消失,从而影响吞咽时声门下气压的形成及喉口的声带关闭,吞咽时真假声带无法完全闭锁,导致误吸,引发吞咽问题。

2.2 吞咽肌肉废用性萎缩 气管切开患者多靠鼻饲摄取营养,而患者吞咽运动缺失(正常人吞咽 600 次/d),直接导致软腭及吞咽相关肌群的废用及局部感觉缺失,老年患者更为明显。当与吞咽相关的 26 块小肌肉出现废用后,将影响咽肌收缩幅度下降、喉结构的上抬和前移,使喉口关闭异常、食管上括约肌打开受限、会厌反折异常等,从而出现吞咽障碍。

2.3 呼吸/吞咽循环的断裂—屏气功能下降 随着患者(尤其是老年患者)心肺功能衰退,肺部气体残余量增多,机体对氧的耐受降低,导致肺通气和肺换气频率加快,使屏气时间缩短。而在吞咽启动时,将产生屏气动作,从而阻断呼吸,关闭喉口,同时食道上括约肌开放,食物进入食道,送入胃中,完成吞咽。如屏气时间过短,呼吸道闭合时间过短,在吞咽过程中出现气道开放,食物易通过喉口,出现误吸等情况。

2.4 其他 如感觉功能缺失致有效的咳嗽反射减弱、嗅觉丧失、肌肉敏感性降低等均可影响吞咽功能,引发吞咽障碍。

综上所述,吞咽是一项复杂运动,吞咽的每一个环节均可影响吞咽有效性。在临床的工作中,需要我们认真评估及针对性训练,从而达到最佳疗效。

参考文献

- 1 窦祖林,主编. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:8.
- 2 Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia [J]. Gastroenterology, 1999, 116(2):455-478. [收稿日期 2011-09-13][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

迟发型子痫并颅内出血 1 例报告

· 病例报告 ·

莫增奎

作者单位: 546200 广西,忻城县妇幼保健院

作者简介: 莫增奎(1971-),男,医学学士,主治医师,研究方向:全科医学。E-mail: MZL452231@163.com

[关键词] 迟发型子痫; 并发症; 颅内出血

[中图分类号] R 714 [文章编号] 1674-3806(2011)12-1184-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.12.33

1 病例介绍

患者女性,35 岁,因停经 33 周,胎动消失 8 h、失明 30 min 于 2011-02-14 入院。患者于当日 06:00 起床时自觉无胎动,10:00 无诱因出现头晕及轻微下腹胀痛,13:40 左右突然失明,头晕、头痛加重,14:10 由家人送入院。既往孕 3 产

1,无输血史,无高血压、肝肾病史。入院查体:T 36.8℃,P 88 次/min,R 26 次/min,BP 170/100 mmHg;神志不清,烦躁不安,频繁抽搐,呕吐咖啡样胃内容物,两侧瞳孔散大,对光反射消失;颈软,无抵抗,心肺听诊无异常,腹孕隆,子宫无明显板样硬,双下肢水肿(+);生理反射存在,病理反射未引

万方数据

出,肌张力增高;产检:宫高 32 cm,腹围 95 cm,LOA,未入盆,未闻及胎心音,宫缩 25 s/4 ~ 5 min;阴查:宫口未开,胎膜存,头先露,先露 S-4。辅助检查血常规:WBC $23.09 \times 10^9/L$,N 85.8%,L 6.7%,RBC $4.24 \times 10^{12}/L$,HGB 129 g/L,PLT $59 \times 10^9/L$;BG“B”型,RH 阳性;肝肾功能:AST 129 U/L,ALP 175 U/L,TBIL 29.8 $\mu\text{mol/L}$,BUN 8.1 mmol/L,Cr 135 $\mu\text{mol/L}$,UA 394 $\mu\text{mol/L}$;水电解质:K 4.5 mmol/L,Na 135 mmol/L,Ca 2.1 mmol/L;TCO₂ 18.5 mmol/L,GLU 7.0 mmol/L;凝血四项:APTT 79.4 Sec,PT 45 Sec,TT 45 Sec,FIB 0.23 g/L;尿常规呈浓茶色,RBC(+++),蛋白质(+++);床边 B 超提示:晚孕、头位、死胎,胎盘增厚(胎盘早剥?),脐带颈颈 1 周;心电图诊断:窦性心动过缓,心肌供血差;眼科医师会诊:两侧瞳孔散大,直径约 8 mm,眼底呈鲜红色片状出血,诊断妊娠高血压视网膜眼底 IV 级。入院后给予面罩吸氧,心电监护,静脉滴注硫酸镁、硝酸甘油解痉降压,地西泮镇静,甘露醇、呋塞米、白蛋白利尿脱水降颅压,纠酸、促醒等治疗,入院后 10 min 血压上升至 204/112 mmHg,15:30 进入深昏迷状态,各种反射消失,呼吸不规则,浅慢,予气管插管呼吸机辅助呼吸,16:00 生命征平稳,头颅 CT 检查示:两侧枕、顶叶急性多发性脑出血并破入脑室、蛛网膜下腔少量出血;脑水肿;两下肺感染并两侧胸腔少量积液。17:40 无自主呼吸,血压测不到,心率 30 次/min,给予肾上腺素、多巴酚丁胺、阿拉明、利多卡因、心脏除颤等一系列抢救后,18:40 患者仍处于深昏迷状态,各种反射消失,瞳孔散大至边缘,抢救无效死亡。诊断(1)妊娠期高血压疾病-子痫;(2)胎盘早剥;(3)弥漫性血管内凝血(DIC);(4)颅内出血;(5)HELLP 综合征;(6)G3P1,孕 33 周;(7)死胎。

2 讨论

2.1 妊娠期高血压疾病是妊娠期特有的疾病,本病以妊娠 20 周后高血压、蛋白尿、水肿为特征,并伴有全身多脏器的损害。子痫是妊娠期高血压疾病的最严重阶段,我国患病率为 0.2%,全世界每年因子痫死亡的妇女约 5 万人^[1]。目前对早发型子痫、迟发型子痫的界定,国外一般把妊娠 34 周作为分界线,近年来的研究发现 32 孕周前发病者与晚发者在病因、发病机制和预测等方面均存在明显不同,因而倾向于将早发型子痫界定在 32 孕周前发病者。有关早发型和迟发型子痫的发病机制,二阶段疾病模型假说最具代表,即第 1 阶段为胎盘形成过程子宫螺旋动脉重塑障碍,导致胎盘血流灌

注减少;第 2 阶段为临床终末器官受损害阶段,主要过程包括绒毛内间隙释放的活性物质进入母体循环,增强了母体血管内系统性的炎性反应,致使广泛的内皮功能紊乱,激活白细胞、补体及凝血反应,造成有效血容量减少,血管反应性增强,进而表现出子痫前期、子痫的各种临床征象^[2]。该病例主要的病程进展为重度子痫前期胎盘局部缺血缺氧,底蜕膜螺旋小动脉痉挛或急性粥样变,胎盘血管内皮损伤、破裂导致胎盘早剥;剥离坏死组织进入母体循环,激活外源性凝血途径,大量血小板及纤维蛋白原等凝血因子被消耗,导致 DIC;应激性高血压与 DIC 并存导致颅内出血;血管内皮细胞损伤引起血小板聚集、消耗,与自身免疫机制的共同作用导致血小板减少、溶血及肝酶升高(即 HELLP 综合征)。该孕妇是外出务工人员,在回家过年期间发生的疾病,入院时病情危重,发展迅猛,无法行剖宫取胎术。根据平均动脉压(MAP)测定,当 MAP ≥ 85 mmHg 时,表示有发生子痫前期的倾向;当 MAP ≥ 140 mmHg 时,易发生脑血管意外,导致孕妇昏迷或死亡^[3]。该孕妇 MAP 为 142 mmHg,子痫并发颅内出血,病情凶险,入院后虽经一系列及时抢救,仍无法挽回生命。

2.2 建立健全三级妇幼保健网,开展围妊娠期及围生期保健工作是孕产妇保健的重要内容,通过产前检查能够及早发现异常情况,并给予及时处理,预防和减少孕产期并发症的发生。定期产前检查对妊娠结局有决定意义,该孕妇从 2010-12-28 在务工的城市做了最后一次产前检查,至入院抢救已间隔了 7 周末产检,说明孕妇保健意识不强,未行正规的产前检查,故加强孕期保健宣教、使孕妇掌握孕期卫生的基础知识,自觉进行母婴监护,开展妊娠期高血压疾病的预防、早期诊断和治疗,是降低疾病发生率及围产儿死亡率的关键。

参考文献

- 曹泽毅主编.中华妇产科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2004:398.
- 肖兵,熊庆.早发型子痫前期的病因研究进展[J].实用妇产科杂志,2010,26(11):803-804.
- 乐杰主编.妇产科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:96.

[收稿日期 2011-08-18][本文编辑 刘京虹 韦颖]

《中国临床新医学》杂志编辑部启事

为了加强与市、县医疗单位的交流与合作,提高广大业务技术人员医学论文的写作水平,《中国临床新医学》杂志编辑部的有关专家将分期分批赴各市、县医疗卫生单位进行《医学论文写作》、《医学文献检索》和《医学统计学基本应用》等有关方面的学术讲课。各医疗卫生单位如有这方面的需求,敬请与编辑部联系。联系电话:0771-2186013。

· 本刊编辑部 ·