

现急性脑出血的情况,严重威胁患者的生命健康^[9,10]。

3.2 莫沙必利属于新一代全消化道胃肠动力药,主要作用机制是该药物能够作用于人体肠壁5-羟色胺受体,对于胃肠道胆碱能神经具有兴奋的作用,可以促进乙酰胆碱的释放,进而促进胃肠蠕动,最终促进患者排便。胆石通胶囊主要是含有水线草、溪黄草、蒲公英、绵茵陈、鹅胆干膏、柴胡、大黄、广金钱草等中草药,主要成分大黄、绵茵陈、鹅胆干膏具有泻下的效果,且具有利胆泻下通便的效果,增加了大便中水分的含量,进而缓解了便秘的症状。两者联合使用对改善老年人功能性便秘效果明显。本研究中,两组患者经治疗后均取得良好的效果,不良反应较少,但观察组患者的疗效明显优于对照组,且不良反应也少于对照组。在实际工作中,我们要切记根据患者的个体情况采取适当的治疗方式,若患者不愿接受该疗法或存在严重的心脏疾病、精神心理疾病等,则不宜使用此法治疗。

综上所述,莫沙必利联合胆石通治疗老年人功能性便秘疗效肯定,患者治疗依从性较高,值得在临床推广。

参考文献

- 1 唐俊.莫沙必利联合聚乙二醇和双歧杆菌治疗老年功能性便秘临床观察[J].临床医药实践,2010,19(7):551-552.
- 2 王晓光,石振东,王国江,等.益生菌联合益生元治疗老年慢性功能性便秘临床分析[J].中国临床新医学,2014,7(12):1150-1152.
- 3 张莉芳,赵小平.益生菌对功能性便秘的防治进展[J].世界华人消化杂志,2012,20(12):1036.
- 4 徐卫红,周贤斌.双歧杆菌三联活菌胶囊联合莫沙必利治疗功能性便秘36例[J].中国药业,2012,21(15):106.
- 5 杨琦.双歧三联活菌胶囊联合莫沙必利治疗功能性便秘的临床分析[J].临床医学,2012,32(9):59.
- 6 谭彬.莫沙必利联合黛力新治疗老年人功能性消化不良的疗效观察[J].中外医学研究,2011,9(20):110-111.
- 7 杨坚勇.莫沙必利联合黛力新治疗功能性消化不良的临床疗效分析[J].中国医学创新,2011,20(20):40-41.
- 8 陈志军,黄子成,林金贵,等.莫沙必利与多潘立酮治疗餐后不适综合征临床疗效比较[J].中国临床新医学,2013,6(10):968-970,971.
- 9 刘永霞.复方阿嗝米特联合枸橼酸莫沙比利治疗慢性功能性便秘[J].吉林医学,2010,31(32):5749-5751.
- 10 李绮瀚,李绮薇.四联疗法治疗中重度直肠前突合并直肠黏膜内套叠的疗效观察[J].中国临床新医学,2010,3(12):1197-1199.

[收稿日期 2015-07-17][本文编辑 韦所芬]

麻痹性痴呆3例的临床特征分析

· 病例报告 ·

钟德芳, 韦仕荣, 高玉娟, 蒙仁玖

作者单位: 547000 广西,河池市人民医院神经科

作者简介: 钟德芳(1981-),女,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:痴呆、神经变性疾病诊治。E-mail:15078553679@163.com

[关键词] 麻痹性痴呆; 临床特征

[中图分类号] R 741 [文章编号] 1674-3806(2016)02-0159-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.21

1 病例介绍

病例1 男,35岁,未婚。因头痛、精神异常约6个月,于2013-02-28入院。病程中伴记忆力下降、精神亢奋、偏执,时有躁狂表现。入院前曾在精神科住院治疗,诊断为“精神分裂症”,治疗后症状仍有加重。在外院行脑脊液检查提示脑脊液淡红色(考虑合并穿刺损伤),蛋白2490 mg/L,血清梅毒螺旋体特异抗体凝集法(TPPA)阳性,考虑脑器质性精神病转入我院,入院时查体:神智清醒,记忆力、计算力下降,四肢减反射活跃,病理征阴性。入院后查血

RPR(+),TPPA(+),腰椎穿刺测颅内压190 mmH₂O,细胞数 5×10^6 /L、葡萄糖2.59 mmol/L、氯化物141.7 mmol/L、微量蛋白316 mg/L、脑脊液TPPA(+),简易精神智能状态量表(MMSE)评分20分,头颅磁共振检查提示颅内未见明显异常。脑电图检查提示轻度异常,以慢 α 波为主。入院后给予青霉素治疗2周后出院,头痛、精神异常等症状明显好转。

病例2 男,63岁,已婚。因记忆力下降、反应迟钝1年,加重1周于2013-08-29入院。主要表现为记忆力下降、反应迟钝,病程中伴性格改变,懒惰、

易怒。入院时查体:BP 172/83 mmHg,记忆力、计算力下降,淡漠,对答较少,其余查体未见异常。入院后辅助检查:血同型半胱氨酸 22.02 $\mu\text{mol/L}$ 、空腹血糖 9.99 mmol/L,血清 TPPA(+)、RPR(-),腰椎穿刺测颅内压 215 mmH₂O。脑脊液:微量蛋白 530 mg/L,葡萄糖 7.17 mmol/L,TPPA(+),RPR(+),脑脊液细胞数正常。同期测血糖 14.5 mmol/L。头颅磁共振检查:脑萎缩,MRA 未见异常;脑电图检查提示轻度异常,以广泛低波幅慢波为主。MMSE 评分 18 分。给予青霉素驱梅治疗 2 周后复查腰椎脑脊液,颅内压 170 mmH₂O,脑脊液:微量蛋白 641.6 mg/L,葡萄糖及氯化物正常。患者症状稳定,3 个月后随访病情稳定,无进行性加重。

病例 3 男,33 岁,已婚。因记忆力下降半年,加重伴行为异常 3 d 于 2015-03-15 入院,病程中以近记忆力下降为主,伴计算力下降、情感淡漠、反应迟钝、行为幼稚,夜间睡眠差。既往 2010-05 因右视力下降住院治疗,诊断右眼视网膜梅毒,予青霉素治疗,同期检查发现其妻子亦患有梅毒,也行青霉素治疗。之后复查其妻子 RPR 滴度有所下降,但患者的 RPR 检查未见明显下降。此次入院时查体:记忆力、计算力下降,定向力正常,反应迟钝,对答部分不正确,其余查体未见异常。辅助检查:血清 RPR(+),TPPA(+),腰椎穿刺测颅内压 135 mmH₂O,脑脊液:微量蛋白 813.7 mg/L、细胞数 $10 \times 10^6/\text{L}$ 、TPPA(+),RPR(+),头颅磁共振 MRI + MRA 未见异常。脑电图检查提示中度异常脑电图,有较多中低波幅 θ 及低波幅 β 为主,MMSE 评分 18 分。完善相关检查后给予青霉素驱梅治疗 2 周,患者行为异常好转,但记忆力、计算力下降未恢复。

2 讨论

2.1 我院收治的 3 例患者均为男性,例 3 既往有明确的梅毒病史,例 1、2 均不能提供既往是否有冶游史及可疑梅毒病史。临床表现:(1)慢性起病,病程长,例 1 表现为头痛、精神行为异常、记忆力下降,曾误诊为精神分裂症;例 2、3 均表现为记忆力、计算力下降,伴情感淡漠、性格改变及反应迟钝。(2)3 例患者的脑脊液常规、生化、脑压均无特异性表现,但均有脑脊液梅毒抗体阳性。(3)例 2 头颅磁共振检查提示脑萎缩,其余两例影像学检查未见异常。(4)脑电图检查均表现为以慢波为主。(5)3 例患者使用青霉素治疗后均有不同程度的好转。

2.2 神经梅毒根据临床症状可分为无症状型、神经梅毒性脑膜炎、脑血管型梅毒、麻痹性痴呆、脊髓痨;

但各型之间常有重叠。各型神经梅毒的病理均以脑脊膜受累为基础,麻痹性痴呆的主要病理为软脑膜的慢性炎症,并有螺旋体直接侵袭脑实质,主要受损部位为颞叶、额叶、顶叶。麻痹性痴呆(GPI)患者主要表现为进行性加重的认知障碍和精神症状,查体可见阿-罗瞳孔、视神经萎缩、震颤及腱反射亢进等。一项临床荟萃分析提示^[1],疾病早期常表现为非特异性人格改变、类似神经衰弱症状,病程中认知智能障碍最突出的是记忆力下降(60.7%),精神病性症状中发生率最高的是情感障碍(49.5%);精神症状与精神疾病无明显差异,常常被误诊为精神疾病,占精神科住院患者的 15%~30%^[2]。随着疾病的发展出现眼部症状、构音不清、癫痫发作等躯体症状。我院收治的 3 例患者均有明显的记忆力下降,例 1 精神症状明显,曾误诊为精神分裂症,例 2 和例 3 也有明显的反应迟钝、情感淡漠等。3 例患者的表现与荟萃分析结果相符。需注意有部分患者可同时存在多种类型的神经梅毒表现,有临床分析病例中提示有 1 例患者同时存在麻痹性痴呆、脊髓痨、脑膜血管神经梅毒等临床表现^[3]。

2.3 在各类实验室检查中,血清、脑脊液的梅毒螺旋体 TPPA 与 RPR 实验对诊断有很大帮助,但脑脊液常规、生化及血生化检查方面无特异性。GPI 的脑电图检查以慢波为主,研究^[4]显示,GPI 患者额、颞、顶、枕区慢波频带(δ - θ 频带)相对功率比升高,而快波频带(α - γ 频带)相对功率比降低,双额、双枕、右额、右颞及左顶区 α/θ 值降低。基于患者的病理基础,头颅 MRI 及 CT 检查常表现为脑萎缩,并以颞叶、额叶、顶叶明显,与其他神经系统变性疾病如阿尔茨海默病有类似之处;也有文献报道 GPI 患者 MRI 检查可见有合并两侧小脑半球萎缩^[5]。

2.4 因 GPI 临床表现多样化,可与其他类型神经梅毒同时存在,各项辅助检查的特异性不高,部分病史、既往史的采集不一定完全,故临床诊断主要依据痴呆和精神异常等临床表现、实验室检查、脑电图及磁共振等综合分析,其中血清及脑脊液的梅毒螺旋体抗体和 RPR 实验必不可少。2014 年梅毒等疾病的诊疗指南也提出脑脊液梅毒血清学实验阳性为神经梅毒诊断重要依据^[6]。目前治疗仍以青霉素治疗为主,坚持早期、足量、足疗程的原则,根据症状辅以抗精神病药物或抗抑郁药物治疗。在青霉素驱梅的基础上联合盐酸多奈哌齐治疗,能更有效改善智能,减轻痴呆程度^[7]。

参考文献

- 1 胡满基,陈圣祺,伍毅,等.对国内394例麻痹性痴呆病例荟萃分析[J].四川精神卫生,2012,25(1):14-17.
- 2 夏海平,任乃勇,钱进军,等.神经梅毒38例临床分析及文献复习[J].中国临床新医学,2014,7(8):703-707.
- 3 温瑶,郭阳,徐锦锦,等.45例神经梅毒的临床分析[J].中风与神经疾病杂志,2015,32(2):179-180.
- 4 黄宇明,姜美娟,许东梅,等.梅毒晚期麻痹性痴呆患者的脑电图特征分析[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2014,8(6):789-792.
- 5 吴正成,夏德雨,姚生,等.神经梅毒的临床、影像及病理特点分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2014,21(2):81-84.
- 6 中国疾病预防控制中心性病控制中心,中华医学会皮肤性病学会性病学组,中国医师协会皮肤科医师分会性病亚专业委员会.梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南(2014)[J].中华皮肤科杂志,2014,47(5):365-372.
- 7 陈涛,李德帅,龚家明.盐酸多奈哌齐联合青霉素治疗麻痹性痴呆15例疗效分析[J].中风与神经疾病杂志,2011,28(8):748.

[收稿日期 2015-07-22][本文编辑 蓝斯琪]

妊娠合并巨大胎盘绒毛膜血管瘤一例

· 病例报告 ·

马乐池, 于伟明

作者单位: 261100 山东,潍坊市寒亭区人民医院普外科(马乐池); 261100 山东,潍坊市寒亭区人民医院海龙分院妇产科(于伟明)
作者简介: 马乐池(1980-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:腹部肿瘤的诊治。E-mail:13791618302@163.com

[关键词] 胎盘; 血管瘤; 妊娠并发症,肿瘤

[中图分类号] R 714 [文章编号] 1674-3806(2016)02-0161-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.02.22

1 病例介绍

孕妇,32岁,孕2产1,因“停经39⁺2周,见红4h”于2015-09-03入院。患者4年前足月顺产一女婴,入院前未做常规孕期检查。查体:体温37℃,脉搏68次/min,呼吸20次/min,血压120/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。神志清,精神可,自主体位,查体合作。双肺呼吸运动度相等,语颤正常,扣清音,未闻及干湿性啰音。心前区无隆起,无异常搏动,心浊音界正常,心律齐,规整,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹膨隆,无压痛反跳痛,肝脾肋下未触及,浅表淋巴结未触及肿大。产科检查:腹部膨隆,宫高34 cm,腹围103 cm,胎方位ROA,胎心率144次/min。宫口容指松,宫颈未完全消失,胎膜未破。B超:宫内见一胎儿,双顶径9.2 cm,头围32.9 cm,腹围34.9 cm,股骨7 cm,胎儿心率145次/min,羊水5 cm,胎盘成熟度Ⅲ级,胎盘左侧缘实质内探及一边界清晰的椭圆形低回声团块,大小约11.2 cm×6.6 cm×7.2 cm,向羊膜腔突出,团块内部回声欠均匀,可见较粗大的血流信号。超声提示晚期妊娠,单活胎,胎盘实质性占位,考虑胎盘绒毛膜血管瘤。心电图未见异常。辅助检查:白细胞 $9.1 \times 10^9/L$,红

细胞 $4.09 \times 10^{12}/L$,血红蛋白81 g/L,血小板 $101 \times 10^9/L$ 。入院第2天,于硬膜外麻醉下行子宫下段剖宫产术,术中娩1男活婴,1 min阿氏评分10分,体重3 200 g。术中见胎盘胎膜娩出完整,脐带附着于胎盘边缘处,胎盘左侧缘有一12 cm×7 cm×7 cm实性包块,多条血管樊伏其上,该包块包膜完整,表面光滑,质软,色泽微紫色,剖面呈紫红色,鱼肉样。考虑胎盘绒毛膜血管瘤可能性较大。术后病理:胎盘绒毛膜血管瘤。术后给予抗生素预防感染、补液治疗。6 d后痊愈出院。

2 讨论

2.1 胎盘绒毛膜血管瘤(placental chorioangioma, CA)属于原发性胎盘肿瘤^[1],临床少见,文献统计其发生率为0.7%~1.6%^[2]。常单发,偶可多发,体积较小,在胎盘的大体标本检查上难以发现。较大肿瘤(直径≥4 cm)的发生率为1:(9 000~50 000)^[3]。直径≥5 cm者为巨大的胎盘绒毛膜血管瘤,较少见。

2.2 胎盘绒毛膜血管瘤是良性肿瘤,但其能改变胎盘的血流方向,使胎盘与母体之间血气交换有效面积减少,影响胎儿正常的血液供应,从而导致胎儿生长发育受限、宫内窘迫,甚至死亡。胎盘绒毛膜血管