

3.3 本研究通过对 64 例高间接胆红素血症新生儿的生化指标进行分析,心肌酶学 LDH、CK、CK-MB、AST 在治疗前后的有显著性差异,由此看出高间接胆红素血症患儿的确存在一定的心肌损伤,经过治疗后,随着间接胆红素下降,心肌酶学活性也逐渐降低,说明高间接胆红素血症引起心肌损害为可逆性的。高间接胆红素血症患儿 ALT、ALP、GGT、TP 和 ALB 与健康对照组比较变化不太明显,表明患儿肝实质细胞并未受到明显破坏,而 ALB 水平偏低则说明肝合成功能受到一定影响。ALB 合成不足可导致 ALB 与游离胆红素结合减少,血液中游离胆红素浓度升高导致高间接胆红素血症,说明两者互为影响。我们认为 ALB 偏低主要与新生儿肝功能发育不成熟有关。新生儿肝功能未发育成熟,肝细胞对胆红素摄取、转化不足,ALP、GGT 可能会有所增高,但升高不明显。高间接胆红素血症患儿 BUN、CREA 在治疗前后变化不明显,表明对患儿肾功能未受到明显影响。

综上所述,重度高间接胆红素血症在早期新生

儿中发生率较高,且胆红素值越高,越易发生胆红素脑病,造成神经系统损伤及后遗症。应加强对重度接胆红素血症患儿心肌酶学的监控,并及时干预,避免胆红素脑病的发生。

参考文献

- 1 Ma X, Huang C, Lou S, et al. The clinical outcomes of late preterm infants: a multi-center survey of Zhejiang, China[J]. J Perinat Med, 2009, 37(6): 695 - 699.
- 2 黄德珉,童笑梅. 进一步提高新生儿感染性疾病的诊治水平[J]. 中华儿科杂志,2003,41(12):881 - 883.
- 3 程友琴,尹秋生,崔吉君. 对胆红素的再认识[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(5): 350 - 351.
- 4 罗凤珍. 实用新生儿学[M]. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2011:270 - 271.
- 5 中华医学会中华儿科杂志编辑委员会,中华医学会儿科学分会新生儿学组. 全国新生儿黄疸与感染学术研讨会纪要(附新生儿黄疸干预推荐方案)[J]. 中华儿科杂志,2001,39(3):184 - 187.
- 6 梁国平. 新生儿高胆红素血症 120 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2006,6(6):1121.
- 7 杨晓梅,高传化,陆 洋. 新生儿高胆红素血症与多脏器损害的关系探讨[J]. 中国小儿急救医学,2006,13(3):268 - 269.

[收稿日期 2015 - 06 - 19][本文编辑 蓝斯琪]

以癫痫持续状态为表现的 Marchiafava-Bignami 病一例报告并文献复习

· 病例报告 ·

温 强, 罗世坚, 龙健中, 吴锦英, 冯 兵, 李欣明, 陈再彦

作者单位: 537200 广西,桂平市人民医院神经内科(温 强,龙健中,吴锦英,冯 兵,李欣明,陈再彦); 519000 广东,中山大学附属第五医院神经内科(罗世坚)

作者简介: 温 强(1978 -),男,在职研究生学历,学士学位,主治医师,研究方向:癫痫、神经电生理疾病及脑血管病、中枢神经系统感染性疾病等的诊治。E-mail:1242425623@qq.com

[关键词] 癫痫持续状态; Marchiafava-Bignami 病; 维生素 B₁
 [中图分类号] R 741 [文章编号] 1674 - 3806(2016)04 - 0340 - 03
 doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2016.04.22

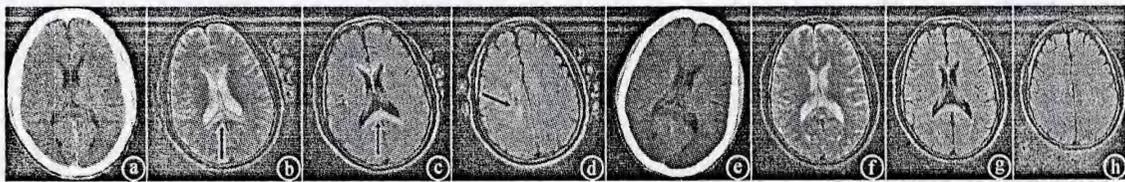
1 病例介绍

患者,男性,44 岁。因“发作性抽搐、不省人事 6 h 余”入院。患者于 2009-01-29 上午 8:00 许无明显诱因出现发作性四肢抽搐、不省人事,表现为双上肢屈曲痉挛、下肢强直、牙关紧闭、双眼上翻、意识丧失、呼之不应,无口吐白沫及二便失禁。抽搐持续 10 min 停止,但患者仍处意识模糊状态,言语不清。无发热,偶见咳嗽,痰少,无呼吸困难。上述症状反

复出现 10 余次,抽搐持续 10 ~ 20 min 不等,发作间期患者处于意识模糊状态,家属送患者到我院急诊,查脑 CT 示双侧胼胝体、半卵圆中心及左侧额颞叶稍低密度影(图 1①);胸部 CT 未见明显异常,肝脏右叶低密度,考虑肝囊肿。予吸氧、静注安定、静滴甘露醇等处理后拟“抽搐查因”收入院。起病后患者精神差,未进食,大便未解,小便无失禁。体重无改变。酗酒 20 余年,每日饮米酒 0.75 kg,常有晨饮

及醉酒现象,近日无乱语、行为异常等,未戒断。查体:肺可闻及痰鸣音。神经系统检查:中度昏迷,双眼向上凝视,两侧瞳孔等大等圆,直径3.0 mm,对光反射迟钝。额纹对称,牙关紧闭,口角无歪斜。双上肢屈曲痉挛,下肢强直。双侧 Babinski 征(+)、Chaddock 征(+)。脑膜刺激征检查不合作。辅助检查:血常规示白细胞 $13.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞比 82.6%。电解质正常。肌酸激酶 523.0 U/L。尿常规、肝肾功能、凝血因子、血糖、免疫五项、甲功均正常。脑脊液检查示脑压:160 mmH₂O,常规、生化正常,病毒抗体阴性。脑电图描记器(EEG)示低幅快波脑电图。

脑 MRI 示双侧胼胝体、半卵圆中心及左侧额颞叶信号异常,考虑为脑白质病变(中毒性),需结合临床表现诊断(图 1①~④)。予控制癫痫、脱水、补充维生素 B₁、改善脑循环、保护神经元、抗感染、营养支持等对症支持治疗后癫痫发作停止,9 d 后患者无不适主诉,无阳性体征,病情好转出院。出院嘱患者戒酒,随访半年,患者无再次肢体抽搐发作,查脑 CT 示原胼胝体低密度影范围明显减少,半卵圆中心及左侧额颞叶稍低密度影消失(图 1⑤)。脑 MRI 示原来双侧胼胝体异常信号较前明显减少,半卵圆中心及左侧额颞叶异常信号消失(图 1⑥~⑧)。



①患者 CT 检查结果,查脑 CT 示双侧胼胝体、半卵圆中心及左侧额颞叶稍低密度影;②~④患者 MRI 检查结果,脑 MRI 示双侧胼胝体、半卵圆中心及左侧额颞叶信号异常;⑤半年随访时 CT 检查结果,原胼胝体低密度影范围明显减少,半卵圆中心及左侧额颞叶稍低密度影消失;⑥~⑧半年随访时 MRI 检查结果,脑 MRI 示原来双侧胼胝体异常信号较前明显减少,半卵圆中心及左侧额颞叶异常信号消失

图 1 Marchiafava-Bignami 患者 CT 图像

2 讨论

2.1 病因机制及病理 该病由意大利 Carducci 医生于 1898 年最先报道,1903 年意大利病理学家 Marchiafava 和 Bignami 首先描述了 3 例因癫痫发作及昏迷死亡的嗜酒患者胼胝体的独特病变^[1,2],故名 Marchiafava-Bignami 病(MBD)。本病病因机制不明,多数学者认为与长期酗酒、严重营养不良有关,极少数报道见于非酗酒患者^[3]。营养代谢障碍引起的维生素 B₁ 的缺乏、酒精及其代谢产物的神经毒性作用以及脑部微血管的功能紊乱在 MBP 的发病中起到重要的作用^[4,5]。本例患者有长期酗酒史,可能是 MBP 发病的原因。MBP 的特征性病理改变是胼胝体中央部坏死、脱髓鞘及软化灶形成,也可累及前后联合、额叶皮质、白质、壳核、小脑中脚及视交叉等^[6]。病变急性期胼胝体及受累部位水肿、神经纤维脱髓鞘,随之发展为不可逆性坏死;亚急性期可并发出血;慢性期出现病变区域神经的萎缩^[7]。

2.2 临床表现 本病好发于 40~50 岁的男性,多有长期酗酒史,症状表现多样,无固定模式,大多数情况下可为急性、亚急性及慢性三种临床表现形式^[8]。急性表现为癫痫发作,意识障碍,肌强直,严重者迅速死亡;亚急性表现为精神紊乱,行为异常,记忆受损,步态障碍,构音障碍,偏瘫及以肢体失用、偏侧失读、触觉失写症、单侧失写为特征表现的双侧

大脑间失联综合征;慢性表现为进行性轻度认知障碍,持续数月到多年不等,最后发展为痴呆。本报告患者以癫痫持续状态为唯一的临床表现,文献报道较少见。

2.3 影像学特征 MBP 特征性 CT 表现:急性期胼胝体呈低密度改变,注射增强剂后可强化;慢性期胼胝体萎缩伴有额叶皮质萎缩,不再出现强化。该病 MRI 表现亦具有特征性:病灶呈双侧胼胝体对称性受损,急性期 T1WI 呈低信号,T2WI 呈高信号,FLAIR 及 DWI 呈高信号,相应病灶可有强化;亚急性期及慢性期 T1WI 呈低信号,T2WI 呈高信号,FLAIR 及 DWI 信号强度逐渐下降,一般无明显强化。国外少数报道在急性期及亚急性期 DWI 持续呈现高信号^[9],本例 CT 及 MRI 符合该病的特征性表现。

2.4 诊断、鉴别诊断及治疗 根据长期的酗酒史,出现神经系统受损的临床表现,结合对称性胼胝体病变的特征性影像学表现,MBP 的诊断并不难。主要与 Wernicke 脑病及胼胝体梗死鉴别。有报道 Wernicke 脑病可与本病同时发生^[3],Wernicke 脑病往往出现眼肌麻痹、严重的精神行为异常,并可在丘脑内侧、乳头体、中脑导水管周围发现影像学异常改变^[6]。本例患者以癫痫持续状态为唯一的临床表现,影像学有 MBP 的特征性改变,未发现 Wernicke 脑病相应的临床表现及影像学改变,应该诊断为

MBD。胼胝体梗死病灶多为不对称,不累及胼胝体全部^[6],结合 MBD 特征性的影像学改变不难鉴别。此外,仍要与多发性硬化、酒精戒断综合征相鉴别。本病的基础治疗是补充维生素 B₁ 及复合 B 族维生素,包括维生素 B₁₂ 及叶酸^[4];此外,戒酒、对症支持治疗也有助于控制病情。本例患者入院后予控制癫痫、脱水、补充维生素 B₁、改善脑循环、保护神经元、抗感染、营养支持等对症支持治疗 9 d,临床症状、体征完全消失。MBD 临床上不常见,症状多样,表现为急性期患者预后差,病死率高,早期诊断及治疗尤其重要。通过本例报告,对于临床以癫痫持续状态为表现、有长期嗜酒史的患者,要考虑该病可能,及早进行相关影像学检查,以明确诊断及及早治疗。

参考文献

1 许元胜. 脑血管病继发癫痫 98 例临床分析[J]. 中国临床新医学, 2011,4(6):542-544.
 2 徐其岭, 闫莉, 谭毅. 外伤性癫痫发病机制的研究进展[J]. 中国临床新医学, 2013,6(9):913-916.

3 Raina S, Mahesh DM, Mahajan J, et al. Marchiafava-Bignami Disease [J]. J Assoc Physicians, 2008,56(3):503-504.
 4 Haas L, Tjan D, Die JV, et al. Coma in an alcoholic: Marchiafava-Bignami disease [J]. J New Zealand Medical Association, 2006,119(1244):u2280.
 5 Kim MJ, Kim JK, Yoo BC, et al. Acute Marchiafava-Bignami Disease with Widespread Callosal and Cortical Lesions [J]. J Korean Med Sci, 2007,22(5):908-911.
 6 Gambini A, Falini A, Moiola L, et al. Marchiafava-Bignami disease: longitudinal MR imaging and MR spectroscopy study [J]. AJNR, 2003,24(2):249-253.
 7 Iwai T, Matsuo K, Morii-Kitani F, et al. Marchiafava-Bignami disease with hyperintensity on late diffusion-weighted imaging [J]. Acta Radiol Short Rep, 2014,3(7):1-4.
 8 Geibprasert S, Gallucci M, Krings T. Alcohol-induced changes in the brain as assessed by MRI and CT [J]. Eur Radiol, 2010,20(6):1492-1501.
 9 Yoshizaki T, Hashimoto T, Fujimoto K, et al. Evolution of callosal and cortical lesions on MRI in Marchiafava-Bignami disease [J]. Case Rep Neurol, 2010,2:19-23.

[收稿日期 2015-12-08][本文编辑 黄晓红]

原发性水痘肺炎二例分析

· 病例报告 ·

姜胜文

作者单位: 557300 贵州,黎平县德凤街道卫生院

作者简介: 姜胜文(1969-),男,大学本科,学士学位,副主任医师,研究方向:传染病管理和免疫接种。E-mail:lpjiangshengwen@163.com

[关键词] 原发性; 水痘肺炎; 预防接种

[中图分类号] R 511.5 [文章编号] 1674-3806(2016)04-0342-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.04.23

1 病例介绍

病例 1,患者男,45 岁。因“发热 4d 伴面部、四肢、胸腹背部泛发性水疱疹 1 d”于 2013-12-26 入院。患者 4 d 前无明显诱因出现发热,随后出现流涕、鼻塞等流行性感冒样症状,自行口服退热药(具体药名及剂量不祥)治疗症状稍有缓解,1 d 前面部开始出现绿豆大小散在水疱疹,皮疹逐渐增多并蔓延及胸腹背部和四肢,瘙痒,伴咳嗽,咯黄色脓性痰,量多;到社区卫生服务站拟诊为“感染化脓性皮炎并上呼吸道感染”,予以输液治疗(具体药名及剂量不祥),未有好转,转入我院诊治。查体:体温 38.6℃,急性病容,咽部充血,扁桃体 II 度肿大,双肺听诊呼

吸音粗,未闻及干湿啰音。心脏和腹部未查及异常。皮肤专科情况:头面部、躯干、四肢满布密集绿豆样大量水疱、脓疱疹,中央有脐凹,全身见散在抓痕。实验室检查血细胞分析白细胞总数 $8 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 50.6%,尿便常规正常,肝功能检查 ALT 轻度升高 61 U/L, TBH 和 DBH 轻度升高,胸部 DR 片示双中下肺呈网织状、斑片状致密阴影;心电图提示窦性心律,正常心电图。患者既往体健,未患过水痘,无水痘疫苗接种史,否认近期有水痘患者接触史。入院诊断:原发性水痘肺炎。临床处置:以 0.9% 氯化钠稀释阿昔洛韦 5~10 mg/kg 静脉滴注,1 次/8 h,连续 12 d;并常规应用抗生素预防继发感