

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,以明确诊断并及早治疗。

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

染,酌情使用短效类固醇皮质激素;发热时给予对乙酰氨基酚退热(避免使用水杨酸类及阿司匹林),皮肤瘙痒涂抹炉甘石洗剂加用抗组胺药物;联合麻疹减毒活疫苗 0.3~1 ml 一次性注射,加速水痘疱疹干痂,防止新的疱疹出现^[1]。并同时口服清热解毒类中成药和外用阿昔洛韦膏剂。治疗 5 d 后体温恢复正常,10 d 患者全身水疱开始干瘪结痂,未出现新皮疹,15 d 全部皮疹干瘪结痂。复查血、尿、便常规和胸片无异常,肺炎痊愈,解除隔离出院。

病例 2,患者男,19 岁,高三学生。因“发热 5 d 伴全身散在皮疹、咳嗽、气促 2 d”于 2015-01-06 入院。患者 5 d 前无诱因出现发热、鼻塞、头痛等感冒样症状,自服“板蓝根和氨咖那敏胶囊(剂量不详)”未有明显好转;第 3 天自头面部开始出现散在性丘疹、疱疹和痂疹并存,然后延及躯干四肢,瘙痒,伴咳嗽、咯痰,痰中夹带血丝,气促,胸痛等,到学校卫生服务室诊断为“丘疹性荨麻疹并支气管炎”治疗(具体用药及剂量不详),未有缓解,出现气促、胸闷加重转入我院诊治。入院查体:体温 39.8℃,脉搏 102 次/min,呼吸 28 次/min,血压 106/70 mmHg,头面部及全身有广泛密集脓疱疹,外生殖器也有散在疱疹,绿豆大小,周围见红晕,中央有脐凹,少部分已破溃结痂。口唇和肢体远端无发绀,心音未查及异常,呼吸音粗,双下肺可闻及干湿啰音和少许痰鸣音,腹部及肝胆脾等未扪及异常。实验室检查:白细胞总数 $15 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 76.5%,尿便常规正常,肝功能检查 ALT 52 U/L,心电图示窦性心律,T波及 ST 段轻度下移;胸部 DR 片示间质性肺炎样改变,有弥漫性结节浸润阴影。该学生既往体健,无水痘疫苗接种史,未患过水痘,无其他传染病病史,近期无水痘患者接触史。入院诊断:原发性水痘肺炎。临床处理方法同病例 1。治疗 7 d 后体温恢复正常,12 d 患者全身水疱开始干瘪结痂,未出现新皮疹,18 d 全部皮疹干瘪结痂,胸腹背部皮肤仅遗留浅表褐色色素沉着。复查血、尿、便常规和胸片均无异常,肺炎痊愈出院。

2 讨论

2.1 水痘在全球范围内流行,可引起地方性流行(有时会出现大流行);而大约有 75% 的城市居民在 15 岁前曾感染过水痘病毒,至成年期至少有 90% 会感染该病毒^[2];本病传染性较强,在家庭中二代病例发病率高达 85%~90%^[3],人是唯一传染源^[4],主要通过直接接触水疱疱液和空气飞沫传播,也可通过污染的用具传播;但水痘病人在有临床症状且

疱疹存在的情况下才有传染性,疱疹干瘪提示传染性已停止,疱疹结痂后没有传染性^[2]。原发性水痘肺炎多见于成人患者、免疫缺陷者和新生儿,发病率约 4%,但近年发病率有增高的趋势。该病好发于冬春季节,男性发病稍高于女性,成人发生水痘后易并发肺炎可能与幼年时未曾患过水痘,或虽然有免疫史,随着年龄增长,时间久远,体内抗体水平下降消失后未再次接种疫苗,接触水痘传染期病人或者带状疱疹患者时体内无特异性抗体或抗体水平过低,不能有效中和对抗水痘-带状疱疹病毒被感染有关外,还与精神紧张、劳累、生活起居不规则、抵抗力下降等相关^[5],而且年龄越大,病程倾向越长^[6]。本组两例无明显接触史,也无水痘减毒活疫苗(VarV)接种史,所以对水痘-带状疱疹病毒(VZV)反应性较强,易发生肺炎;为防止原发性水痘肺炎病人并发呼吸窘迫综合征(ARDS)而死亡。必须做到早发现、早诊断、避免误诊、及时有效处理。

2.2 无环鸟嘌呤是阿昔洛韦的主要成分,具有广谱抗病毒作用,属于抑制病毒复制类药物,而且容易被疱疹病毒吸收,然后磷酸化成为三磷酸盐,一方面干扰病毒 DNA 多聚酶,抑制病毒的复制,另一方面在 DNA 多聚酶作用下,与增长的 DNA 链结合,导致 DNA 链延伸中断,达到高效抗病毒的作用。此类药物对于免疫缺陷的宿主至关重要。阿昔洛韦不仅抗病毒有效而且价格低廉,目前属于临床治疗水痘性肺炎的一线药物。近年主张从出疹前 3 d(最好是第 1 天)就开始使用,而且可以应用于有严重前驱症状的接触者(一般是家庭中的第 2 例患病者)^[2]。在水痘潜伏期使用类固醇皮质激素是有害的,容易发展为播散性水痘,加重病情,应属禁用。但在出疹后合并有肺炎、脑炎、肝炎等严重并发症时,可酌情使用^[7],可减轻全身炎症反应和肺部炎症渗出,促进肺部病变吸收,对病情转归起到积极的作用^[8]。

2.3 麻疹减毒活疫苗是诱导 I 型干扰素的诱导剂,能诱生体内产生内源性干扰素,一方面作用于病毒感染细胞,产生抗病毒蛋白,这种抗病毒蛋白能直接干扰病毒的复制;另一方面可增强吞噬细胞的功能,达到抗病毒的目的。而且麻疹病毒作为抗原进入人体,引起 CD4 细胞增殖为特征的清除病毒免疫反应模式的启动;作为免疫调节剂,能激活 T 淋巴细胞、NK 细胞和吞噬细胞系统,在病毒感染时能提高机体的细胞免疫功能^[9],加速清除体内水痘-带状疱疹病毒(VZV),具有减轻炎症、促进炎症吸收和水疱干瘪的效果,从而达到缩短病程提高疗效的作用,

早期应用效果显著。

2.4 水痘发病后无特效疗法,预防水痘积极有效的措施是接种疫苗。国外相关研究证实成人和儿童接种水痘疫苗6周后的抗体水平至少可以保护10年使之免于发病,所以世界上许多国家都将水痘疫苗纳入有资助的推荐接种疫苗之列^[3]。周立波等^[10]通过对章丘市水痘流行病学分析,提出水痘疫苗接种1剂次保护率为84.62%,但随着时间的推移保护率出现衰退现象,建议接种水痘疫苗后3~5年内接种第2剂次水痘疫苗,以提高人群特别是大龄人群的免疫水平,有效防止相关疾病的发生和流行。

参考文献

- 1 陈灏珠.实用内科学(上册)[M].第10版.北京:人民卫生出版社出版,1999:305-307.
- 2 John Murtagh 著,梁万年主译.全科医学[M].第4版.北京:人民军医出版社出版,2013:787-789.
- 3 揭汝流,杜玉忠,孙小康,等.清远市2008-2012年水痘流行特征分析[J].实用预防医学,2014,21(3):305-307.
- 4 张发香,张迟,郑莉,等.湖北省水痘流行病学分析[J].公共卫生与预防医学,2008,19(2):46-47.
- 5 季梅,王红芳,付英华.成人水痘77例临床分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2012,28(10):704.
- 6 梅册芳,朱韶宣.带状疱疹600例的临床分析[J].中国临床新医学,2011,4(9):834-835.
- 7 左鹏,徐永健,熊盛道,等.成人肾移植术后并发水痘性肺炎1例[J].内科急危重症杂志,2008,14(2):105-106.
- 8 李朝霞,刘复周.放化疗治疗成人小细胞肺癌引起水痘性肺炎1例[J].临床肿瘤学杂志,2012,17(9):863-864.
- 9 谷杰,唐杰,周仲强,等.麻疹疫苗在水痘-带状疱疹治疗中的作用及其可能机制[J].中国生物制品学杂志,2013,26(7):1047-1048.
- 10 周立波,曹传昭,高建同.2010-2013年章丘市水痘流行病学分析[J].预防医学论坛,2015,21(4):301-303.

[收稿日期 2015-12-21][本文编辑 刘京虹]

护理研讨

雷珠单抗对增殖性糖尿病视网膜膜病变患者行玻璃体切割术的影响及护理

曾乃仁

作者单位:530021 南宁,广西壮族自治区人民医院眼科

作者简介:曾乃仁(1987-),女,大学本科,学士学位,护师,研究方向:眼科临床护理。E-mail:zengnairen@163.com

[摘要] 目的 观察玻璃体腔内注射雷珠单抗对增殖性糖尿病视网膜膜病变(PDR)行玻璃体切割手术治疗效果的影响,探讨有效的护理方法。方法 PDR患者70例(70眼),随机分为实验组35例(35眼)和对照组35例(35眼)。实验组玻璃体腔内注射雷珠单抗0.5 mg,行玻璃体切割术;对照组直接行玻璃体切割术。两组患者均做好术前、术后护理及术后随访。结果 实验组平均手术时间、术中出血及医源性裂孔、填充硅油发生率均低于对照组($P < 0.05$);两组术后视力均得到提高,实验组脱盲率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。玻璃体腔注射后未发生相关并发症。结论 PDR患者在玻璃体切割术前注射雷珠单抗可减少手术中的出血量,提高术野的清晰度,缩短手术时间,减少医源性裂孔及填充硅油的发生,避免术后并发症。系统而有效的护理对完成整个治疗及获得更好的术后视力具有重要的意义。

[关键词] 雷珠单抗; 增殖性糖尿病视网膜膜病变; 玻璃体切割术; 护理

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2016)04-0344-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2016.04.24

增殖性糖尿病视网膜膜病变(proliferative diabetic retinopathy, PDR)是糖尿病性微血管病变最严重并发症之一,是糖尿病患者视力最大的威胁,是目前中老年患者致盲最常见的原因^[1]。玻璃体切割术是

目前临床上治疗该症的主要手段之一,而术前玻璃体腔注射雷珠单抗可迅速消退视网膜新生血管、明显减轻血管渗漏,其效果已得到多数学者的认可^[2]。我们将玻璃体切割术前玻璃体腔内注射雷珠单抗应