

病例讨论 ·

颅脑外伤术后并肺部感染病案

程 先 宽 整理

(首都医科大学康复医学院中国康复研究中心,北京市丰台区角门北路10号,100068)

[关键词] 颅脑外伤术后;肺部感染;中西医结合治疗;验案

1 病例摘要

袁某某,男,25岁,主因“左侧肢体活动不利,伴发热3周余”于2007年9月10日收入院。患者于2007年8月20日下午15时遭遇车祸,自侧窗摔出,左侧躯体着地,当时昏迷,由附近卫生院急送至河北省武安市某医院诊治,头颅CT示:左额、颞、顶骨及左眶骨骨折,左额、颞、顶硬膜下、外血肿,脑挫裂伤;胸部X线片提示:左锁骨骨折。遂以“重型颅脑损伤”收入神经外科急诊,给予吸氧、脱水降颅压、输血等急救治疗,患者病情无减轻,仍昏迷,遂于下午17时左右行开颅血肿清除去骨瓣减压术,手术顺利。术后患者有发热,给予抗炎、脱水、止血及营养神经治疗,给予头孢噻肟钠、甘露醇、七叶皂苷钠、依达拉奉等药物治疗,并留置导尿管,鼻饲饮食,病情逐渐好转。9月2号患者意识恢复清醒,能认识亲人,言语含混,左侧肢体活动不利,记忆力、理解力、计算力减退,仍有发热,体温波动在 $37.5\sim 39^{\circ}\text{C}$,发热多自午后15时起至凌晨体温渐正常。为进一步诊治于9月10日至我院诊治,入院时症见:神志清,精神可,情绪易激动、烦躁,言语低沉不清,左侧肢体活动不利,午后发热,饮食欠佳、睡眠欠安,大便每日1次,有干结,小便频数。患者既往体健,否认高血压、冠心病、糖尿病病史,否认肝炎、结核等传染病病史,否认食物及药物过敏史。入院时查体:体温 36.5°C ,脉搏80次/分,呼吸20次/分,血压110/70mmHg,发育正常,形体偏瘦,神志清,精神一般,情绪易激动、烦躁,言语应答尚切题。全身皮肤黏膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大。头颅大小无畸形,左颞、顶部可见一弧形长约20cm手术疤痕,愈合良好。双侧额纹对称,双眼睑无水肿,左眼结膜下充血,双侧瞳孔等大等圆,直径约3.5mm,对光反射灵敏,双眼眼动充分,未见眼震及复视。右侧鼻唇沟变浅,右侧口角下垂,口唇无紫绀,张口伸舌稍左偏,咽腔无充血,扁桃腺无肿大,咽反射(+)。颈软无抵抗,气管居中,甲状腺未触及肿大,颈静脉无怒张。

胸廓两侧对称,叩诊双肺清音,听诊双肺呼吸音清,未闻及干、湿啰音;叩诊心界不大,听诊心率80次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部凹陷,无压痛及反跳痛,肝脾肋缘下未触及。脊柱四肢无畸形,双下肢无水肿,双肾区无叩击痛。左上肢肌力0级,肌张力减低;左下肢肌力Ⅲ级,肌张力正常。左肱二头肌腱反射(+),左肱三头肌腱反射(+),左膝腱反射(+++),左跟腱反射(+++),左巴彬斯基征(+)。右侧肢体肌力V级,肌张力正常;右肱二头肌腱反射(+++),右肱三头肌腱反射(+++),右膝腱反射(+++),右跟腱反射(+++),右巴彬斯基征(+)。左手废用,步行能力2级,右侧指鼻试验、跟膝胫试验完成可。躯体两侧针刺觉对称。舌质淡、苔薄白,右脉细数,左脉沉弱。根据患者症状、病史、体征及辅助检查入院诊断:颅内血肿清除术后;脑外伤恢复期;左眶骨陈旧骨折;左锁骨陈旧骨折。入院后血常规提示:白细胞 $10.5\times 10^9/\text{L}$,淋巴细胞0.18,中性粒细胞0.77,红细胞 $3.87\times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白117g/L。生化:谷氨酰氨基转移酶182U/L,门冬氨酸氨基转移酶60U/L,碱性磷酸酶160U/L,谷氨酰基转移酶129U/L,超敏C反应蛋白 3.96mg/L 。头颅CT示:脑挫裂伤,左颞枕去骨瓣减压术后,左眶骨骨折。胸部X线示:右中下肺野肺部感染;左锁骨陈旧骨折。心电图正常,腹部超声检查正常。患者自车祸外伤以来,持续应用抗炎治疗两周余,并配合中药清热解毒及中药针剂醒脑静注射液静脉滴注治疗,仍有间断发热,为决定下一步治疗,于2007年9月20日进行病例讨论。

2 病历讨论

住院医师李某:患者青年男性,有明确车祸颅脑损伤、手术史,昏迷13天后意识恢复清醒,左侧肢体偏瘫,发热。该患者当时左侧躯体着地,考虑存在打击伤,但患者经左侧去骨瓣减压及颅内血肿清除术后,仍有左侧肢体偏瘫,考虑脑组织撞击在颅骨内板上,发生于打击对侧的脑组织,即对冲伤。考虑患者目前病灶在右脑,可进一步复查头颅情况,明确病灶。患者昏迷、卧床时间长,排痰及呼吸不畅,容易继发肺部感染,结合患

者治疗情况,即一直应用脱水降颅压、抗炎、营养神经药物治疗,给予甘露醇、七叶皂苷钠、头孢噻肟钠治疗,患者病情平稳,发热由原来的持续发热,变为间断、有规律的低热,一般为午后15点后开始发热,至凌晨体温逐渐恢复正常,体温最高38.5℃左右。因此,结合患者病史、症状、体征、头颅CT及胸部X线等辅助检查诊断为颅内血肿清除术后,肺部感染。下一步治疗继续抗炎、配合中药清热解毒,及营养脑细胞药物治疗。

主治医师程某:患者发热由持续发热,转变为间断发热,即每日午后至凌晨发热,继续应用乳酸左氧氟沙星、头孢噻肟钠等抗炎治疗,无明显缓解,病情变得比较缠绵,患者在短时间内经历车祸、外伤、手术,加之反复发热,耗伤气血,饮食欠佳,其身体虚损可知。而对于午后发热以阴虚论治者较多,而清末名医郑寿全则认为“午后、夜间正阴盛之时,并非阴虚之候。即有发热,多属阴盛格阳于外,阳气不得潜藏,阳浮于外,故见身热。”结合该患者目前发热表现为午后至夜间发热、凌晨体温渐正常,结合患者病史、发热情况,及患者形体偏瘦,唇色淡,舌质淡、苔薄白,脉细数,考虑气阴两虚,治疗应益气养阴,方选四君子汤合沙参麦冬汤治疗。

副主任医师孙某:患者入院后一直给予抗炎、营养脑细胞治疗,患者由持续发热情况转变为间断发热,午后发热,凌晨体温渐正常,说明患者发热情况还是向愈的。但近1周来应用抗炎治疗,配合中药治疗醒脑静清热开窍治疗,患者间断低热无明显缓解,考虑清热开窍在急性期患者昏迷阶段,持续发热时治疗有效,加之该患者伤后持续发热,热则耗气,病情无缓解,考虑目前

患者证情已转变,结合患者情绪烦躁、气短懒言及舌脉症表现,考虑患者车祸外伤,气血耗伤,治疗应加强中药补益气血。

主任医师王某:患者车祸外伤,骤伤气血,正如李东垣曰:“经曰:损其气,气衰则火旺,火旺则乘其脾土,脾主四肢,故因热无气以动,懒于言语,动作喘乏,表热自汗,心烦不安。”结合患者目前症状、舌、脉等表现,该患者发热以午后发热为主,自汗,时欲小便,考虑气虚为主,气虚失固、失摄则自汗、小便频数,《素问·至真要大论》“损者益气”、“劳者温之”,及《脾胃论》“惟当以辛甘温之剂,补其中而升其阳,甘寒以泻其火”之旨。治疗以补中益气汤,加之患者肺热仍有,配以麻杏石甘汤清肺热。同时该患者胸部X线提示右肺中下野肺内感染,仍应继续抗炎治疗,可进一步进行细菌培养药敏试验,选择敏感抗生素治疗。同时继续营养神经药物治疗。

3 后记

该患者在常规抗炎治疗基础上,静脉滴注头孢哌酮钠、舒巴坦钠,加用中药汤剂补中益气汤合麻杏石甘汤治疗,处方:生石膏30g,炙麻黄6g,杏仁10g,生甘草6g,炙黄芪10g,白术10g,陈皮10g,升麻3g,柴胡10g,当归10g,黄芩10g,生姜6片,水煎服,早晚分服。一周后,发热控制,体温正常,复查血常规正常,胸部X线片正常。后考虑患者肺热虽清,但气虚仍未复原,继续以四君子汤加减调理,提高机体正气。

(收稿日期:2008-09-24;修回日期:2009-01-16)

[编辑:洪涛]

舌针疗法研修班招生通知

孙介光教授于20世纪80年代初开始致力于舌针疗法的研究,发现舌上针灸穴位40余个,通过现代先进的PET、功能磁共振、诱发电位等技术对一些穴位进行定位研究,绘制出孙氏舌针穴位图。通过舌针治疗脑神经、心血管及内分泌等各种病症的患者数万人次,尤其在治疗小儿脑性瘫痪、智力发展迟缓、自闭症、小脑萎缩、老年痴呆、假性球麻痹、脑创伤、帕金森症、中风昏迷、车祸后遗症及眼病、声带损伤等难治病症上取得了突破性的成效。鉴于舌针对于脑病的特殊疗效,引起了西方医学界的高度重视。研究论文曾分别发表在《欧洲儿科神经学期刊》、英国的《神经学、神经外科及精神病学期刊》、加拿大的《儿童神经学期刊》以及美国的《自闭症及艾斯伯格综合症文摘》等医学期刊,有的还被美国国家医图图书馆收入馆藏。

舌针疗法操作较为专业,需由老师亲自指导方可掌握。为使舌针疗法得到推广、更好的造福人类,《中国针灸》杂志社决定举办舌针疗法研修班,特请舌针发明者孙介光教授授课,重点讲授舌针治疗难治性中风、顽固性面瘫、小脑萎缩、老年痴呆症、帕金森症等成人脑病,并特别讲授解决中风肌张力强、手足挛缩、足内外翻及脑病昏迷患者的复苏等,可应多数学员要求增减有关课程,并现场演示,达到学以致用。

办班时间为2009年6月16日~21日,6月16日报到。学费2100元。办班地点:中国中医科学院。参加学习时请带1寸证件照片,食宿自理。本班为中医药继续教育项目,参加学习经考核合格者可获得1类继续教育学分15分及结业证书。欲参加学习者请提前10天报名,详情请致电010-84046331。联系人:成平。E-mail:zhenjiugf@yahoo.com.cn。

网址:www.cjacupuncture.com。有关舌针更多资料,可浏览网址:www.tongueacupuncture.com