DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.01.051

个案与短篇

肺隐球菌病合并隐球菌性脑膜炎一例

1 case of pulmonary cryptococcosis complicated with crypotococcus meningitis

肖贞良* 孙耕耘 (第三军医大学附属新桥医院呼吸内科研究所) 重庆, 400037

患者男性, 49岁。因咳嗽1月,右胸痛20 d,发热1周于1996年3月28日入院。咯少量黄痰。曾在院外行胸部X光片等检查,诊断为"右肺中叶大叶性肺炎"。先锋霉素V等治疗2周病情无好转。既往无慢性支气管炎、肺结核等病史。吸烟30年,平均20支/d,吸烟指数600年支。有鸽粪接触史。查体: 体温37~39℃。消瘦貌。右胸压痛,右下肺语颤减弱,叩诊呈浊音,肺泡呼吸音明显减低。神经系统查体未见异常。入院诊断: 右肺中叶阻塞性肺炎(原因待查)。入院后胸部正侧位X光片及CT检查显示右肺中叶大片致密影,密度均匀,边界清晰。纤支镜检查发现中叶支气管粘膜充血、水肿。青霉素、妥布霉素治疗一周无效。多次痰查抗酸杆菌阴性,"三联"抗痨2周无效。经纤支镜刷检及多次痰细胞学检查未见癌细胞。痰普通细菌培养阴性。入院后第3周出现头痛、视物模糊。经纤支镜刷检及痰、脑脊液培养均发现新型隐球菌。修正诊断: ①右肺中叶隐球菌性肺炎。②隐球菌性脑膜炎。用氟康唑、两性霉素B和大蒜素胶囊治疗3月,病情好转; 中叶病灶明显吸收,痰、脑脊液培养和涂片均未查到隐球菌。辅助检查: 白细胞(6.0~7.3)×10^9/L,中性80%~87%。血糖正常。血沉64 mm/h。免疫球蛋白: IgG 22.6 g/L IgA 5.83 g/L IgM 2.34 g/L。肝、肾功能正常。脑脊液常规: 白细胞15×10^6/L蛋白0.2 g/L潘氏反应阴性 糖2.6 mmol/L氯化的121 mmol/L。血清蛋白电泳: 白蛋白58.4,α_1球蛋白5.6,α_2球蛋白10.0,β球蛋白12.0,γ球蛋白24.0。

讨论

①患者为中年男性,吸烟指数600年支,中叶广泛炎症表现,易误诊为中央型肺癌伴中叶阻塞性炎症。②深部隐球菌感染以隐球菌性脑膜炎多见,多发生于结核、恶性肿瘤等免疫功能低下的患者。该患者全身免疫功能正常。发生中叶隐球菌性肺炎,可能与中叶特殊的解剖结构有关。中叶支气管细长,分泌物不易排出; 一旦发生隐球菌感染,易在同叶肺内播散。③患者入院后第3周出现神经系统症状,表明感染原发灶在肺部。隐球菌性脑膜炎可能由肺部原发灶血行播散所致。④隐球菌病散见于世界各地,由新型隐球菌引起。该菌存在于鸟粪、鼠粪、土壤、空气中。患者因邻居养鸽而有长期鸽粪接触史,这可能是其病因。⑤隐球菌性脑膜炎对氟康唑和两性霉素B疗效较好。酮康唑、依曲康唑不易透过血脑屏障。深部隐球菌感染,疗程一般在3月以上。

关键词 隐球菌病; 肺炎; 脑膜炎
中图法分类号 R519.4

参考文献

1 崔祥 ,王鸣岐,萨藤三.实用肺脏病学.上海: 上海科学技术出版社, 1991: 291~292
2 戴自英,刘裕昆,汪 复.实用抗菌药物学.上海: 上海科学技术出版社, 1991: 246~254

(收稿: 1997-04-14; 修回: 1998-01-07)
(编辑 冷怀明)

经鼻持续正压通气治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的临床疗效观察

Clinical observation of nasal-continous positive airway pressure for treating obstructive sleep apnea syndrome

孟祥贵** 杨 桦 邓安春 孙立匀 (第三军医大学附属新桥医院耳鼻咽喉科) 重庆, 400037

我院自1996年10月以来应用CPAP治疗中重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(Obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)患者8例,获得满意疗效,现报告如下。

1 对象与方法

对象: 8例病人均为男性,年龄42~60岁,平均52.5岁。身高

* 肖贞良,男, 33岁,住院医师,硕士
** 孟祥贵,男, 44岁,副主任医师,副教授

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

155~ 180 cm,平均169.4 cm,体重74~ 90 kg,平均76.75 kg。

本组病例均经美国伟康公司生产的 RHK-5500型心、脑、肺睡眠监护仪全夜睡眠监测。OSAS诊断标准为睡眠期阻塞性呼吸暂停发作时间 10 s以上,患者 7 h睡眠呼吸暂停 30次以上或呼吸暂停指数> 5,呼吸紊乱指数> 20。8例病人均符合上述诊断标准。

方法:采用"无创性"硅胶垫鼻面罩,联接美国伟康公司生产的 Sleep easy plus型 CPAP主机。治疗时初始压力设置为 0.637~ 0.686 kPa(6.5~ 7.0 cm H_2O)。当患者进入睡眠期后,随着睡眠深度的增加,可逐步上调压力。8例患者 CPAP平均值为 0.796~ 0.072 kPa(8.125± 0.718 cm H_2O)。在进行 CPAP治疗的同时进行多导睡眠监测,以比较治疗效果。

数据处理:结果以 $\bar{x}\pm s$表示,治疗前后的数据配对 t检验。

2 结果

患者经 CPAP治疗后白天嗜睡、头痛、注意力不集中等表现均获改善。睡眠期打鼾、呼吸暂停均明显改善或消失。经多导睡眠监测的各种参数有明显改善,睡眠质量显著提高,见附表。

附表 CPAP治疗前后多导睡眠图有关参数的比较($\bar{x}\pm s$)

	治疗前	治疗后
呼吸暂停时间	88.25± 15.94	23.13± 8.13**
最长暂停时间(s)	68.13± 9.06	41.00± 6.46**
呼吸紊乱次数	255.25± 34.19	170.50± 46.73*
呼吸紊乱指数	34.63± 4.99	23.13± 6.51*
最低血氧饱和度	69.25± 2.59	76.25± 4.87*
最大心率变化	29.13± 3.49	21.25± 4.02*
每小时体动次数	124.88± 36.7	93.38± 26.22*

*: $P<0.05$,**: $P<0.01$与治疗前比较

3 讨论

CPAP治疗是 80年代初发展起来的压力支持通气,治疗的基本原理是在患者自主呼吸状态下,对气道施以正压,使上气道管内压超过咽部的跨壁压,使上气道扩张,阻止气道陷闭的发生,使气道阻力下降,以缓解或解除鼾声和 OSAS[1]。从 8例的治疗中我们体会到,最佳 CPAP压力值的设定,是影响疗效的关键,压力过低达不到治疗效果,尚会潜伏着因上气道部分阻塞致 CO_2潴留的危害;压力过高患者不能耐受,同时呼吸肌为维持通气而运动加剧,呼吸功消耗过大,致呼吸肌疲软,设定最佳 CPAP值有多种方法,但关键在于根据睡眠生理变化和疗效动态地调节[2]。理想(最佳)的 CPAP值应达到患者能够耐受、舒适;可明显减轻或消除患者睡眠时各种体动及各期睡眠时相呼吸暂停;低通气减轻或消失;动脉血氧饱和度上升到 90%左右。这也是评价 CPAP治疗效果的标准。

CPAP治疗 OSAS最大的优点是无创、安全和解除并存多个阻塞平面,难以通过一般手术治疗的患者。因 CPAP只能调节至一衡定的压力范围,更不能分别调节呼气、吸气压力与患者不同步,且因部分病人的鼻面罩不合适等,使约有 25%的患者在接受 CPAP治疗过程中不能耐受。应强调在患者进行 CPAP治疗的同时,应积极配合其他治疗措施,否则难以脱机。

关键词 睡眠呼吸暂停综合征;持续气道正压通气;呼吸机

中图法分类号 R563.8

参考文献

1 白春学.阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的诊断和治疗.临床,1995;2(3):187

2 曾运祥,钟南山.经鼻持续气道正压通气治疗阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的压力水平研究.中华结核和呼吸杂志,1996;19(5):269

(收稿:1997-07-04;修回:1998-01-05)

(编辑 汪勤俭)

睑板固定重睑术

Duble eyelid operation by tarsus fixation

李刚玉* (第三军医大学附属新桥医院整形美容科)重庆,400037

肖朝林 (总后勤部第八职工医院)贵阳,550002

作者采用睑板固定方法对 182例受术者进行重睑美容手术。随访 1~ 2年,仅 2例重睑弧度欠佳外,其余外观自然流畅,效果满意,现将其方法介绍如下。

1 临床资料

本组 182例,受术中男 6例,女 176例,年龄最小 16岁,最大 59岁,随访 1~ 2年效果满意。

手术方法:受术者一半视前方,用美兰画切口线,中央线 9~ 10 mm,内侧线 3.5~ 4 mm,外侧线 5~ 6 mm,比起经往的重睑线略宽,常规消毒铺巾后,用 1%利多卡因 1 ml加入 1:2000肾上腺素 1滴,一侧 2 ml浸润麻醉,按画线切开皮肤,皮肤松弛者要酌情切除一条皮肤,切开后分离到睑缘,暴露眼轮匝肌并剪

* 李刚玉,女,40岁,主管技师

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net