

节状或息肉状,境界清楚,无包膜,部分肿瘤境界不清楚,呈浸润性生长,瘤体表面、切面灰白色,质实、质韧或较硬,可见漩涡状纤维,也可呈胶冻状,肿瘤大者易发生出血、囊性变。镜下观,肿瘤组织主要由施万细胞和纤维母细胞组成,肿瘤细胞排列呈束状或波浪状,间质常见黏液变性。肿瘤细胞呈梭形,纤细,细胞核两端尖,有时肿瘤细胞间可见多少不等的胶原纤维。免疫表型:肿瘤细胞表达 Vim、S-100、NSE 等标记物,SMA、MSA、Desmin、Bcl-2、CD34 等阴性。

2.3 鉴别诊断 支气管神经纤维瘤少见,在临床和病理学上主要应与以下肿瘤相鉴别:(1)神经鞘瘤:神经鞘瘤和神经纤维瘤均起源于神经鞘细胞,两者细胞构成和组织学形态不同,前者以施万细胞为主,后者以施万细胞和神经母细胞为主要成分^[4]。神经鞘瘤包膜完整,镜下由细胞丰富的 Antoni A 区和细胞排列稀疏的 Antoni B 区构成,密集区肿瘤细胞排列呈栅栏状、漩涡状或编织状,细胞核呈梭形、卵圆形。稀疏区肿瘤细胞呈星状或梭形,疏松排列,间质水肿或黏液变性。肿瘤组织内常见厚壁血管和淋巴细胞浸润^[5]。(2)错构瘤:错构瘤并非真性肿瘤,早期生长缓慢,患者症状不明显,随着病变体积增大,患者可出现咳嗽、咯血、呼吸困难等症状。CT 上大部分呈结节状软组织密度影,部分病灶内可见钙化或脂肪成分,具有诊断意义^[6]。组织学上表现为由分化成熟的软骨、脂肪、平滑肌、纤毛上皮、腺体、纤维结缔组织等成分构成的瘤样增生。(3)平滑肌瘤:支气管平滑肌瘤来源于支气管软骨环之间的平滑肌细胞。临床表现主要为咳嗽、咳痰、喘息等症状。支气管平滑肌瘤大体上常表现为息肉状肿物,境界清楚,表面光滑,生长缓慢,质硬,切面呈灰白或灰红色^[7]。平滑肌瘤肿瘤细胞呈束状、漩涡状排列,细胞核椭圆形,两端圆钝,无核分裂象。肿瘤细胞表达 SMA、Desmin 等肌源性标记,不表达 S-100、NSE 等标记物可与之鉴别。

2.4 治疗与预后 内镜下摘除和手术切除是神经纤维瘤的主要治疗方法。彻底切除肿瘤是获得局部治愈的关键。由于神经纤维瘤多沿神经干生长,手术后相应神经功能会受到不同程

度的影响,手术应尽量减小对神经功能的影响。体积较小的神经纤维瘤可随访观察。当肿瘤发生在特殊部位压迫周围组织或影响器官功能时,应积极采取手术治疗。放、化疗对神经纤维瘤疗效不明显,且可增加神经纤维瘤恶变的概率。神经纤维瘤虽为良性肿瘤,多数生长缓慢,预后良好,但部分肿瘤呈浸润性生长,手术无法彻底切除,容易复发^[8]。因此,术后密切随访也是必要的。

参考文献

- [1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2000:575.
- [2] Guler AK, Gunaldi O, Alis H, et al. Cervical segment nervus vagus neurofibroma with associated neurofibromatosis type 1: a case report[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2009, 52(5/6):245-249.
- [3] 杨雪梅,陈伶俐,李凤朝.原发性气管主支气管肿瘤及瘤样病变 31 例分析[J].南通大学学报(医学版),2012,32(4):266-269.
- [4] 张宇虹,褚海波,王敏,等.孤立性颈迷走神经纤维瘤一例[J/CD].中华临床医师杂志(电子版),2012,6(7):1968-1969.
- [5] 肖海,王蓉.食管及支气管旁多发性神经纤维瘤 1 例[J].广东医学,2013,34(15):2436.
- [6] 杨立云,刘文建.支气管内型肺错构瘤 1 例并文献复习[J].临床肺科杂志,2013,18(12):2323-2324.
- [7] 刘庚华,肖海.支气管原发性平滑肌瘤 1 例临床观察[J].赣南医学院学报,2012,32(6):916-918.
- [8] 刁向宇,刘文胜,张彬,等.46 例头颈部神经纤维瘤的临床分析[J].中华肿瘤杂志,2015,37(7):526-529.

(收稿日期:2017-01-11 修回日期:2017-02-12)

· 短篇及病例报道 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.14.051

2 例自制药酒中毒患者救治经验总结*

陈加飞¹,杨华芳^{1△},熊拥军¹,廖祖松¹,谢 炜²

(1.重庆市巴南区人民医院药剂科 401320;2.重庆市人民医院中山院区普外科 400013)

[中图分类号] R96

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2013-03

中药药酒在我国已传承数千年,《素问》记载:“上古圣人作汤液醪醴”。“醪醴”是甘浊的酒,亦泛指酒类,古人用以防病治病。中药药酒的临床应用一直是中医药研究的热点,在防治疾病、强身健体、延年益寿等方面发挥着独特的作用^[1]。然而,由于普通民众缺乏相关的中医药知识,经常滥用一些“秘方”自制药酒,临床药酒中毒病例屡屡发生。因药酒成分多变复杂,临

床表现多样,常常容易误诊。中药师对中药性状及疗效作用等方面有比较清晰明确的认识,可运用中药相关知识鉴别出药酒的主要成分,会同临床医生制订精准的给药治疗方案,对患者进行细致的用药教育等。因此,中药师在促进此类患者病情的转归过程中具有不可替代的作用^[2]。现将本院两例中药师介入治疗的病例总结如下。

* 基金项目:重庆市医学科研计划项目(2013-2-116)。 作者简介:陈加飞(1982-),主管药师,硕士,主要从事药理学方面研究。

△ 通信作者,E-mail:349794643@qq.com。

1 临床资料

例 1,患者,男性,50 岁,已婚,于 2016 年 7 月 4 日晚 19:30 左右服自制“药酒”约 100 mL。其中,中药成分为“耙老儿”(谐音),约 3 h 后患者开始出现头昏、心悸不适,伴站立不稳、颜面潮红,遂就诊于当地镇中心卫生院,在就诊过程中患者开始出现神志恍惚、不能言语,接诊医生建议患者洗胃,但患者家属不同意,当地医院考虑该药酒成分为“乌头碱”可能性大,遂予以阿托品 0.5 mg 静脉推注,通知并急诊转至本院,急诊以“药物中毒?”于 2016 年 7 月 5 日上午 1:30 左右收入本院。患者既往身体健康,无家族病史。瞳孔等大等圆,直径约 4 mm,对光反射迟钝。查体:体温 37℃,心率 126 次/分钟,呼吸 21 次/分钟,血压 130/80 mm Hg。

例 2,患者,女性,79 岁,已婚,于 2016 年 7 月 4 日下午 19:30 饮用自制“药酒”约 100 mL,其药物成分为“耙老儿”(谐音),约 2 h 后家属发现患者倒在地上,双眼睁大,四肢有挥动,但呼之无应答。家属立即送其至当地镇中心卫生院,接诊医生诉当时查看该患者心率约 130 次/分钟,予以呋塞米 20 mg 静推及生理盐水静滴维持,建议患者洗胃,但患者家属不同意,当地医院考虑该药酒成分为“乌头碱”可能性大,遂予以阿托品 0.5 mg 静推,通知并急诊转至本院,急诊以“神志恍惚待查:药物中毒?急性脑血管意外?”于 2016 年 7 月 5 日上午 1:35 收入本院。查体:体温 37.5℃,心率 105 次/分钟,呼吸 28 次/分钟,血压 147/95 mm Hg。

2 讨论

两例患者为母子关系,均以乌头碱中毒转诊入本院,入院后病情进行性加重,由于中毒药酒的主要成分不明确,接诊医生邀请中药师进行会诊。中药师在与患者家属沟通时获悉,“耙老儿”药酒为家人在深山采摘的野生中药材果实,通用名尚不明确,药材大概 500 g,用 2 000 mL 60°的米酒炮制 49 d 后使用,是当地村民常用来治疗慢性阻塞性肺部疾病、支气管炎、风湿疼痛、腰肌劳损、跌打损伤等的“秘方”。药酒里面尚存完整的“耙老儿”果实,果实近圆球形,直径约 3 cm,外被疏短刺,淡褐色,先端不规则 4 瓣裂。经过本科多名资深中药师通过外观辨认,一致推断“耙老儿”为曼陀罗果实,外形特征与查阅的曼陀罗果实的图文资料吻合。最终明确“耙老儿”实为毒性中药曼陀罗果实。

两例患者入院后及时给予葡萄糖氯化钠注射液、氯化钾注射液补液以稳定心内膜,预给予呋塞米注射液利尿,加速毒物排泄,同时给予利多卡因注射液纠正室性心律失常,予以阿托品注射液拮抗强烈兴奋的迷走神经兴奋^[3]。明确药酒成分为曼陀罗后,中药师立即与医师沟通,因曼陀罗中主要成分为阿托品类生物碱,故建议立即停止使用阿托品,否则将加重患者的症状。同时应立即、反复使用曼陀罗中毒的解毒药硫酸新斯的明注射液。新斯的明是拟胆碱药中的抗胆碱酯酶药,能可逆性地抑制胆碱酯酶的活性,抑制乙酰胆碱的水解,从而加强乙酰胆碱的作用,呈现出胆碱能神经兴奋的效应,对抗阿托品的 M 受体阻断作用^[4]。此外,可加用维生素 C 注射液。维生素 C 是一个具有强氧化作用的药物,参与体内氧化还原反应,促进药物代谢。临床医师同意了中药师的建议。考虑到两名患者均有不同程度的谵语幻觉、抽搐等症状,临床医生提出予以注

射用苯巴比妥钠镇静。由于巴比妥类药物有呼吸抑制作用,药师建议选择苯二氮卓类药物地西洋注射液。医师赞同药师的观点,按药师建议用药。2 h 后,两患者瞳孔开始逐渐缩小;3 h 后谵语幻觉、抽搐等症状均有不同程度的好转;第 3 天两例患者生命体征恢复正常,语言流利、步态平稳,患者出院,1 周后电话回访两例患者均无异常。

曼陀罗为茄科一年生草本植物,全株有毒,以果实特别是种子毒性最强,其次为叶、花、根茎。其有效成分和有毒成分系洋金花总生物碱,包括莨菪碱、东莨菪碱和阿托品等,在体内竞争性拮抗乙酰胆碱对 M 受体的激动作用,临床主要表现为瞳孔散大、口干、抽搐、心率加快、谵语幻觉等,严重者会进一步发生昏迷及呼吸衰竭而死亡^[5-7]。该区农村生长有大量野生的曼陀罗,民间采摘曼陀罗果实,炮制成曼陀罗“药酒”,是一剂用于慢性病的“良方”,广泛用于治疗慢性阻塞性肺部疾病、风湿性关节炎等。

临床研究发现,曼陀罗的中毒量和致死量都极低,正常成人的中毒量仅为 5~10 mg,最小致死量为 80~130 mg^[8-10]。民间对该药的认识不足,常盲目服用曼陀罗“药酒”。由于剂量不确定,容易导致群体药物中毒事件的发生。这两例患者即是一个潜在的群体药物中毒事件,救治的原则主要是稳定生命体征,加速毒物排泄,阻止毒物继续作用于人体及使用针对性的解毒剂。由于患者入院时“药酒”的成分不明确,推测为乌头碱中毒,错误地使用阿托品进行解救。所幸中药师及时参与到治疗过程及方案制订,患者得到及时抢救,最终恢复健康。因此,在类似病例中,鉴别“药酒”的主要成分至关重要。中药师应积极主动参与救治过程,运用自身的专业特长,通过观察中药的性状特征、患者的临床表现等,最终明确“药酒”主要成分,配合临床医生制订精准的给药方案,并对医生的用药方案提出优化建议,促进病情转归。同时,中药师也应对患者及家属进行用药安全教育,对普通民众宣教正确使用中草药“药酒”,以防止群体药物中毒事件的发生,为医生、患者服务,最终提高患者用药的安全性和有效性。

参考文献

- [1] 朱林平,张红霞,张建平,等. 自制药酒中毒救治体会[J]. 山西中医,2012,4(28):48.
- [2] 张春霞. 中药临床药学及临床中药师的作用分析[J]. 中医临床研究,2016,8(10):120-121.
- [3] 黄红. 乌头碱中毒的救治及护理[J]. 中国现代药物运用,2015,9(12):197-198.
- [4] 范日平. 新斯的明治疗急性曼陀罗中毒 6 例临床体会[J]. 中国民族民间医药,2015,24(12):148.
- [5] Disel NR, Yilmaz M, Kecec Z, et al. Poisoned after dinner: dolma with datura stramonium [J]. Turk J Emerg Med, 2016, 15(1): 51-55.
- [6] Özkaya AK, Güler E, Karabel N, et al. Datura stramonium poisoning in a child [J]. Turk J Pediatr, 2015, 57(1): 82-84.
- [7] 田胤纯. 曼陀罗中毒 10 例治疗体会[J]. 淮海医学, 2014, 32(1): 77.

[8] 喻维, 凌瑞杰, 汪毅. 曼陀罗籽药酒中毒的救治和调查 [J]. 药物流行病学杂志, 2006, 4(15): 216-217.

[9] 李志静, 段丽红, 全金梅, 等. 血液灌流治疗急性曼陀罗中毒 1 例 [J]. 中华灾害救援医学, 2016, 4(6): 359-360.

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.14.052

[10] 陈大灵, 袁建明, 陆春花. 一起群体性曼陀罗中毒的流行病学调查与反思 [J]. 江苏预防医学, 2015, 26(1): 53-54.

(收稿日期: 2017-01-06 修回日期: 2017-02-14)

Blalock-Taussig 手术姑息性治疗复杂紫绀性先天性心脏病 30 年患者 2 例

余 杨, 严 宇, 罗永金, 杨庆军[△]

(重庆市人民医院心血管外科 400013)

[中图分类号] R654.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2015-02

随着心血管外科技术的不断发展, 虽然越来越多的复杂紫绀性先天性心脏病(简称先心病)患儿能够通过直接通过外科手术获得功能上, 甚至解剖上的矫治, 但仍有相当一部分患者由于病变条件的限制如肺动脉瓣闭锁, 肺血管发育差而无法一期手术根治, 这就需要尽早行姑息性手术以促进其发育, 以期获得二期手术机会, 其中部分患者甚至最终无法二期矫治。本文对姑息性手术方式能否有效改善其临床症状, 延长生存周期进行研究, 现报道如下。

1 临床资料

患者 1, 女, 43 岁, 因复杂先心病术后 30⁺ 年, 因心累、气促伴心前区疼痛 3⁺ 年入院。30⁺ 年前, 患者诊断为“三尖瓣、肺动脉瓣闭锁(伴房间隔缺损), 单心室”, 因肺动脉发育差, 故行左锁骨下动脉-左肺动脉吻合术, 手术顺利, 术后恢复良好, 缺氧症状明显改善。本应于术后 3 个月复查, 如肺动脉发育良好, 可行二期根治术, 但患者因自身原因, 未予采纳。3⁺ 年前, 患者开始出现活动后心累、气促, 并不时伴有心前区压榨样疼痛感。查体: 血氧饱和度(SaO₂) 86.0%, 口唇发绀, 杵状指(趾), 左前外侧胸壁, 第 4 肋间可见长约 15 cm 手术切口瘢痕, 窦性心律, 胸骨左缘 2~4 肋间可闻及收缩期 II/6 级杂音。血常规示红细胞(RBC) 4.83 × 10¹²/L, 血球压积(HCT) 43.9%, HGB(血红蛋白) 139 g/L。血气分析示动脉血氧分压(PaO₂) 47.3 mm Hg, 动脉血氧饱和度(SatO₂) 83.0%。胸片提示双肺野纹理增多, 紊乱, 心影重度增大, 心胸比约 76.0%, 右侧可见主动脉弓影。心脏 CT 提示单一巨大左心室, 主动脉位于右前方, 升主动脉明显扩张, 最大直径 5.9 cm, 左锁骨下动脉与左肺动脉间可见分离血管, 降主动脉右下行, 肺动脉走行于主动脉后, 主干明显萎缩细小, 左肺动脉迂曲, 未见明显右肺动脉主干, 可见多发左右肺动脉之间侧支循环(图 1)。未予以手术, 经适当调整心功能, 改善微循环, 症状缓解后出院。

患者 2, 女, 47 岁, 因复杂先心病术后 30⁺ 年, 活动后因心累、气促 20⁺ d 入院。30⁺ 年前, 患者因“Fallot 四联症, 肺动脉发育不良”而行右锁骨下动脉-右肺动脉吻合术, 术后亦因自身原因未再复查和行根治手术。既往近 30 年, 患者一般状况良好, 日常活动未受明显影响。入院前 20⁺ d, 因受凉出现活动后心累、气促, 伴腹胀、纳差、夜间睡眠不良。查体: SaO₂ 83.0%, 口

唇发绀, 杵状指(趾), 右前外侧胸壁, 第 4 肋间可见长约 15 cm 手术切口瘢痕, 窦性心律, 胸骨左缘 3~4 肋间可闻及收缩期 II/6 级杂音。血常规示 RBC 5.91 × 10¹²/L, HCT 59.2%, HGB 202 g/L。血气分析示 PaO₂ 48.8 mm Hg, SatO₂ 83.0%。胸片提示双肺间质性改变, 肺野纹理增多、紊乱, 双肺门不大, 心影临界大小, 心胸比约 53.0%。心脏 CT 提示右室流出道狭窄[最窄处直径(Φ) 2.8 mm], 肺动脉主干狭窄(Φ12.2 mm), 狭窄以远扩张(Φ25.7 mm), 左右肺动脉显影(左 Φ13.0 mm, 右 Φ12.2 mm), 右肺动脉未见异常连接动脉, 主动脉瓣下室间隔缺损(Φ13.6 mm), 主动脉骑跨于其上, 骑跨率约 50%, 升主动脉增粗(Φ41.0 mm), 降主动脉右下行, 其膈肌水平管径约 22.7 mm(图 2)。未予手术, 经调整心功能, 改善微循环, 症状缓解后出院。



图 1 患者 1 心脏 CT 图



图 2 患者 2 心脏 CT 图