

有研究显示,徒手 CPR 产生的加速度仅 1.2 g,而机械 CPR 可达 5.0 g,因此能产生更好的喷射血流效果^[2-3]。

综上所述,萨勃心肺复苏器在重症脑血管病 CPR 中可提高患者 MAP、SpO₂ 及复苏效果,节省人力,且操作简单安全,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 沈洪. 扫描 2005 国际心肺复苏与心血管急救指南会议(1)——修改国际心肺复苏指南的原则与方法. 中国危重病急救医学, 2005, 17, 197-199.
- [2] 舒李森. 机械心肺复苏机临床疗效观察(附 76 例报告). 安徽医学, 2009, 30,

956-957.

- [3] 路小光, 康新, 宫殿博, 等. 1007 型萨勃心肺复苏机在急诊心肺复苏应用中的前瞻性对照研究. 中国危重病急救医学, 2010, 22, 496-497.

(收稿日期: 2011-03-24)

(本文编辑: 李银平)

• 病例报告 •

重症监护病房危重患者营养不良诱发韦尼克脑病 1 例

郑琦涵 陈德昌 岳茂兴 景炳文 杨兴易

【关键词】 危重病; 营养; 维生素 B1 缺乏; 韦尼克脑病

重症监护病房(ICU)危重患者因营养不良并发韦尼克脑病(WE)易误诊、漏诊,现报告 1 例诊治体会如下。

1 病历简介

患者男性, 22 岁, 2010 年 9 月 24 日晨 6 时因车祸致胸腹部伤, 当即意识不清, 急诊入院。既往无长期酗酒史。入院查体: 浅昏迷, 刺痛能定位, 格拉斯哥昏迷评分(GCS) 9 分, 无呕吐、抽搐、二便失禁。体温 37℃, 脉搏 125 次/min, 呼吸频率 30 次/min, 血压 100/50 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 全身多处皮肤擦伤, 左侧胸壁皮肤及软组织肿胀, 双侧瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏; 左侧颈部皮下捻发感, 双肺叩诊清音, 左侧胸腔饱满, 胸壁皮下捻发感、语颤音减弱、呼吸音偏低, 可闻及湿啰音, 右肺呼吸音粗; 心率 125 次/min, 律齐, 无病理性杂音; 全腹平坦, 腹肌稍紧张, 移动性浊音可疑阳性, 肠鸣音弱, 双下肢无水肿; B 超检查示: 腹腔积液; 血常规检查: 白细胞计数 $16 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.93, 血红蛋白 74 g/L, 红细胞比容 0.21, 血小板计数 $108 \times 10^9/L$ 。

入院后给予抗休克、左侧胸腔闭式引流、全麻下剖腹探查行脾切除术。术中输血浆 2 400 ml, 红细胞悬液 2 600 ml。

术后诊断: 多发伤, 中型颅脑损伤, 颅底骨折, 左侧颧骨骨折, 肺挫伤, 左肋骨骨折, 左侧气胸, 脾破裂, 后腹膜血肿, 胰腺损伤, 左胸部及腹部软组织挫伤, 创伤性失血性休克。术后入 ICU, 呼吸机辅助呼吸, 气管切开, 镇痛、镇静, 禁食、胃肠减压、抑制胰液分泌, 抗休克、抗感染、对症、全胃肠外营养(TPN)治疗。于 10 月 6 日患者病情好转, 意识清楚, 放置鼻空肠管, 予适量肠内营养; 13 日拔除胸腔闭式引流, 停呼吸机, 气管切开吸氧; 18 日拔除鼻空肠管, 经口流质; 21 日拔除气切导管, 鼻导管吸氧, 转普通病房。

11 月 9 日患者出现眩晕、嗜睡、表情淡漠, 视物不清, 心率 130 次/min, 血压 105/65 mm Hg, 电解质、血气正常, 予积极对症支持治疗。次日未见好转, 排除其他病因后, 急查头颅 MRI 考虑代谢性脑病。神经内科会诊: 饮食摄入差, 眼球运动障碍, 小脑功能障碍, 精神障碍或记忆力受损。结合 MRI 考虑代谢性脑病: WE。限于条件, 未测定血液中的维生素 B1 浓度和丙酮酸、转酮醇酶活性。立即给予试验性维生素 B1 100 mg 肌肉注射, 每日 1 次。2 d 后患者意识转清, 生命体征平稳, 大剂量维生素 B1 治疗有效, 确诊为 WE。

2 体会

WE 是由维生素 B1 缺乏引起的严重中枢神经系统代谢性脑病, 男性多于女性, 易漏诊、误诊, 病死率高达 50% 以上, MRI 结合病史可以确诊^[1-2]。WE 常见病因有慢性乙醇中毒、妊娠剧吐、长期营养不良、胃肠道术后或重症胰腺炎因禁食而需 TPN 等^[3]; 较少见病因有肿瘤

及肿瘤化疗术后、系统性疾病如获得性免疫缺乏综合征(AIDS)、长期反复呕吐或腹泻等。临床表现为眼球震颤和眼肌麻痹, 精神障碍, 共济失调, 称之为三联征; 还可出现周围神经病表现, 如多发性神经炎, 故也称之为 WE 四联征^[4]。由于 WE 缺乏典型的临床表现, 且无特异的检查方法, 故导致诊断困难。主要诊断依据: ①有引起缺乏维生素 B1 的原发因素; ②有不典型的“三联征”或“四联征”; ③血中丙酮酸浓度高于正常或维生素 B1 浓度低于正常, 以及头颅 MRI 特异性表现。一般诊断不难。但 WE 的临床表现并非特异, 典型的“三联征”不会同时出现, 因此容易误诊、漏诊。

WE 确诊后应立即给予大剂量维生素 B1 治疗, 早期治疗对康复和阻止永久性神经功能缺陷十分重要。所以危重病患者在营养支持治疗中应警惕维生素 B1 缺乏的发生, 及时补充维生素 B1 是预防及治疗 WE 发生的关键。

参考文献

- [1] Gallucci M, Bozzao A, Splendiani A, et al. Wernicke encephalopathy, MR findings in five patients. Am J Neuroradiol, 1990, 11, 887-892.
- [2] 王云玲, 顾政, 王彬, 等. 非酒精性韦尼克脑病的临床及影像学特点. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18, 54.
- [3] 熊旭东, 严慧萍, 谢芳, 等. 重症急性胰腺炎并发韦尼克脑病 1 例. 中国危重病急救医学, 2007, 19, 480.
- [4] Ropper AH. Adams and Victor's Principles of Neurology. New York, McGraw Hill Medical, 2001, 1205-1212.

(收稿日期: 2010-12-13)

(本文编辑: 李银平)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2011.06.021

作者单位: 213002 常州, 江苏大学附属武进医院急救科(郑琦涵); 第二军医大学附属长征医院(陈德昌、景炳文、杨兴易); 解放军第三〇六医院(岳茂兴)

通信作者: 陈德昌, Email: icudechen@yahoo.com.cn