

患者行食管癌根治手术,由于手术、麻醉、禁食等因素应激反应,分解代谢增加,会加重糖代谢紊乱,从而增加术后并发症的发生,影响手术的成功。通过加强患者围手术期血糖的监测和控制,合理的营养支持,加强呼吸道护理、伤口和引流管护理、心理护理等可以减少术后并发症的发生,提高手术成功率,促进患者康复。

【参考文献】

[1] Morrow VR. Psychological aspects of breast cancer[J]. ConnMed, 1999, 63(1): 35-39.

[2] Ferrell Br, Grant M, Funk B et al. Quality of life in breast cancer[J]. Cancer Pract, 1996, 4(6): 331-340.

[3] 梁力建, 林建华, 廖斌, 等. 外科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2010, 104-105.

[4] 冉君花. 营养干预对胃癌合并糖尿病患者围手术期的影响

[J]. 中国疗养医学, 2009, 18: 871.

[5] 房毓庆, 边进祥, 昌其, 等. 食管癌或贛门癌伴发糖尿病患者的围手术期处理[J]. 南京部队医药, 2001, 3(5): 21-22.

[6] 刘晓明, 刘宏, 张秀丽, 等. 糖尿病的护理[M]. 国外医学护理学分册, 1998, 17: 58.

[7] 何苗, 王子卫. 胃癌合并糖尿病围手术期处理现状及进展[J]. 重庆医学, 2009, 38: 96.

[8] 胡锦涛, 腾贵芳. 腹部手术后患者切口裂开的原因分析及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2008, 24(12): 16-17.

[9] Akechi I, Nakano T, Okamura H et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals[J]. Jpn J Clin Oncol, 2001, 31(5): 188-194.

[10] 胡德英, 董英莉, 陈冬娥, 等. 集体心理治疗对围手术期乳癌患者心理状况及应对方式的影响[J]. 护理学杂志, 2008, 23(8): 4-6.

• 短篇报道 • 文章编号: 1002-0217(2015)05-0509-02

快速进展的路易体痴呆 1 例

陈颖

(宣城市中心医院 神经内科, 安徽 宣城 242000)

【关键词】路易体痴呆; 痴呆; 进展的; 麻醉

【中图分类号】R 749.1 【文献标识码】A

【DOI】10.3969/j.issn.1002-0217.2015.05.032

路易体痴呆(dementia with Lewy body, DLB)是一种神经系统变性疾病,约占老年期痴呆的10%^[1],是第二位引起痴呆的变性疾病,病因和发病机制尚不明确。一般认为DLB是缓慢进展性疾病,本文报道1例快速进展的DLB,并结合文献分析快速进展的DLB一些临床特点。

1 临床资料

患者,男性,74岁,高中毕业,退休会计。2014年9月19日因外伤致右股骨颈骨折,入住某医院骨科,既往无高血压病、糖尿病病史、无精神病及相关用药史。入院查体:神清,认知功能正常,简易精神状态检查表(minimum mental state examination, MMSE)评分30分。颈软,右下肢活动受限,双上肢

和左下肢肌张力肌力正常。辅助检查:血常规,血生化、凝血、肿瘤标记物、乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病指标及甲状腺功能均正常,全胸片无异常,心电图示偶发房早,头颅CT示脑沟、脑裂、环池增宽,双侧脑室旁白质脱髓鞘改变。9月26日在全麻下行右髋关节置换术。术中一切顺利,手术总时长2.5h。术后4h患者可睁眼,意识模糊,生命体征平稳,血氧饱和度99%,成功拔管。此后出现精神症状,小便失禁,定向力障碍,并有幻觉,反复说有公安局的人到处抓他。9月28日因精神异常转外院神经内科,复查头颅CT无改变,MMSE评分15分。予利培酮片0.5mg,每日两次×1d,患者嗜睡达48h,停药后,嗜睡减轻。并给予抗血小板聚集,改善脑供血和脑功能等治疗23d,病情加重。

10月21日因“进行性认知障碍,幻觉,四肢僵硬26d”入我科。入科时情况:右髋手术切口愈合良好,可扶物勉强站立,起步和行走困难,大小便失禁,睡眠差。神经系统体检:神志不清,部分理解语言,近事遗忘,定向力、计算力、判断能力、逻辑推理能力障碍,MMSE评分7分。视幻觉明显,能看到天花板上大量毒蛇。面具脸,口唇及右上肢静止性震颤,四肢肌张力高,双上肢肌力V⁻级,双下肢肌力IV⁺级。给予利培酮片0.5mg/次,每日1次,短期精神症状改善,但认知功能障碍呈进行性加重,一直卧床不起,渐出现吞咽困难、饮水呛咳,并反复发作肺部感染,半年后因肺部感染死亡。

2 讨论

DLB最早Dr. Levi报道,1961年Okazaki等人

收稿日期: 2015-04-15

作者简介: 陈颖(1984-),女,主治医师,(电话)18956308278,(电子信箱)775297776@qq.com.

首次在 1 例严重痴呆患者的脑干黑质细胞内发现了 Lewy 小体,并探讨了 Lewy 体和痴呆间可能存在的关系。目前认为 DLB 的主要病理特征是皮质和皮质下大量 Lewy 小体存在,病变主要累及大脑边缘系统,与 α -突触核蛋白基因突变有关。研究证明, α -突触核蛋白基因突变可导致蛋白折叠错误和排列混乱。纤维状呈凝团状态的 α -突触核蛋白积聚物,与其他蛋白质一起形成了某种包涵物,即通常所说的 Lewy 小体^[2]。

该例患者临床表现特征有:认知功能障碍;具体形象生动的视幻觉;有肌强直、震颤等锥体外系症状。参照 2005 年第三届 DLB 国际研讨会修订的 DLB 的诊断标准^[3],患者符合 DLB 诊断的必备特征和 2 个核心特征。依据临床表现的诊断高特异性(0.87~1.0),低敏感性(0.22~0.65),该患者临床可确诊为 DLB,但需排除其他病因。

该患者起病急,病情进展迅速,认知障碍重,锥体外系症状重,病程短。病情进展迅速,需与麻痹性痴呆鉴别;认知障碍重,需排除阿尔茨海默病(alzheimer disease,AD);又因锥体外系症状重,需与帕金森病痴呆(parkinson disease dementia,PDD)鉴别。麻痹性痴呆由梅毒螺旋体侵犯大脑引起的一种晚期梅毒的临床表现,以神经麻痹、进行性痴呆及人格障碍为特点。患者血清梅毒学检查阴性,可排除。AD 主要为认知功能障碍和行为损害为特征,认知功能障碍以记忆障碍为主,进展缓慢。一般不伴有震颤,病程到晚期时出现精神症状。PDD 患者的痴呆症状比锥体外系症状出现迟 1 年以上,而 DLB 患者的痴呆症状比锥体外系症状出现早或同时发生。然而,“1 年准则”是人为区分的,无病理学依据,但在临床上可辅助诊断。DLB 比 PDD 对抗精神病药更为敏感。CSF 检查,DLB 患者中 Tau 蛋白升高、氧化型 $\text{A}\beta_{1-40}$ 显著增加,PDD 并未升高和增加^[4]。血管性痴呆患者有脑血管病相应的局灶性神经体征或影像学改变,症状可呈阶梯样进展。

麻醉药物具有一定的神经毒性,可导致实验动物持久的认知功能障碍^[5]。麻醉中使用小剂量抗胆碱酯酶药,也可引起乙酰胆碱合成显著抑制,引起智力精神状态异常。对于老年患者,麻醉药物有可能进一步加重其原本存在的中枢胆碱能神经的功能不全^[6]。

DLB 患者对麻醉药物高度敏感。常规剂量的全麻药物对 DLB 患者来说剂量偏大,本例患者术前正常,全麻术后出现进行性认知障碍,帕金森综合征、视幻觉、睡眠障碍、大小便失禁症状。因 DLB 患者发病有其病理基础,应考虑麻醉为发病诱因。诊断明确的 DLB 患者易防范,从而慎重选择麻醉方式和麻醉药物、剂量,应尽量避免使用可能诱发或加重认知障碍的药物。DLB 早期不易诊断,易被漏诊、误诊。对临床无症状但可能发展为 DLB 的患者,如何选择最佳麻醉方式和麻醉药物、剂量,以减少麻醉诱发的 DLB 急性起病具有重要临床意义。

【参考文献】

[1] Querfurth HW, Allam GJ, Geffroy MA, et al. Acetylcholinesterase inhibition in dementia with Lewy bodies: Results of a prospective Pilot trial [J]. Dementia Geriatr Cogn Disord, 2000, 11: 314 - 321.

[2] 贾建平, 陈生弟. 路易体痴呆·神经病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 224 - 227.

[3] McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop [J]. Neurology, 1996, 47: 1113 - 1124.

[4] He XJ, Yamauchi H, Uetsuka K, et al. Neurotoxicity of MPTP to migrating neuroblasts: studies in acute and subacute mouse models of Parkinson's disease [J]. Neuro, 2008, 29: 413 - 420.

[5] Perouansky M. Liaisons dangereuses? General anaesthetics and long-term toxicity in the CNS [J]. Eur J Anaesthesiol, 2007, 24: 107 - 115.

[6] Fodale V, Quattrone D, Trecroci C, et al. Alzheimer's disease and anaesthesia: implications for the central cholinergic system [J]. Br J Anaesth, 2006, 97: 445 - 452.