

(4):684-689.

- [10] BECHAR J, SEPEHRIPOUR S, HARDWIC KE J, et al. Laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis(LRINEC) score for the assessment of early necrotizing fasciitis: A systematic review of the literature[J]. Ann R Coll Surg Engl, 2017, 99(5):341-346.
- [11] KWEE R M, KWEE T C. Diagnostic performance of MRI and CT in diagnosing necrotizing soft tissue infection: A systematic review[J]. Skeletal Radiol, 2022, 51(4):727-736.
- [12] LIN C N, HSIAO C T, CHANG C P, et al. The relationship between fluid accumulation in ultrasonography and the diagnosis and prognosis of patients with necrotizing fasciitis[J]. Ultrasound Med Biol, 2019, 45(7):1545-1550.
- [13] FISHER J R, CONWAY M J, TAKESHITA R T, et al. Necrotizing fasciitis. Importance of roentgenographic studies for soft-tissue gas[J]. JAMA, 1979, 241(8):803-806.
- [14] SUN C, BIAN H, LUO H, et al. Analysis on the diagnosis and treatment of necrotizing fasciitis complicated with sepsis [J]. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 2021, 33(4):483-486.
- [15] NAWIJN F, SMEEING D P J, HOUWERT R

M, et al. Time is of the essence when treating necrotizing soft tissue infections: A systematic review and meta-analysis[J]. World J Emerg Surg, 2020, 15:4.

- [16] HERR M, GRABEIN B, PALM H G, et al. Necrotizing fasciitis. 2011 update[J]. Unfallchirurg, 2011, 114(3):197-216.
- [17] SUIJKER J, ZHENG K J, PIJPE A, et al. The skin-sparing debridement technique in necrotizing soft-tissue infections: A systematic review [J]. J Surg Res, 2021, 264:296-308.
- [18] CHEN S J, CHEN Y X, XIAO J R, et al. Negative pressure wound therapy in necrotizing fasciitis of the head and neck[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2019, 77(1):87-92.
- [19] 谢宇, 梁德森, 孟庆辉, 等. 负压封闭引流技术应用于坏死性筋膜炎术后创面修复的疗效研究[J/OL]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2018, 13(5):331-335.
- [20] LEIBLEIN M, MARZI I, SANDER A L, et al. Necrotizing fasciitis: Treatment concepts and clinical results[J]. Eur J Trauma Emerg Surg, 2018, 44(2):279-290.

(收稿日期:2022-09-12 修回日期:2023-03-20)

• 案例分析 •

可逆性胼胝体压部病变综合征 1 例患者的诊治及护理

蒋雪薇, 刘付伟清, 仲丽娜, 陈宝红[△]

(广东省妇幼保健院妇科, 广东 广州 511400)

【摘要】 2020 年 5 月该院收治双胎妊娠合并一完全性葡萄胎患者术后预防性化疗出现不能言语、伸舌困难伴流涎等临床表现的可逆性胼胝体压部病变综合征(RESLES)1 例, 通过对 RESLES 患者的病情观察及多学科协作的救治及科学、有效护理后患者康复出院。总结该例患者的诊疗及护理, 以提高临床医师及护士对 RESLES 的认识、鉴别及护理, 为临床工作提供相应的参考依据。

【关键词】 可逆性胼胝体压部病变综合征; 化学治疗; 护理; 病例报告

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.14.039

中图法分类号:R714.2;R741

文章编号:1009-5519(2023)14-2513-04

文献标识码:B

1999 年 KIM 等^[1]在研究了 1 200 例服用抗癫痫药物患者的头颅磁共振成像(MRI)并在随访中发现 2 例患者出现胼胝体压部病变后首次报道了胼胝体压部可逆性病变, 2011 年 GARCIA-MONCO 等^[2]首次提出可逆性胼胝体压部病变综合征(RESLES)这一概

念, 该病是由各种病因引起的累及胼胝体压部病变的临床影像学综合征, 其特点为可逆性。RESLES 在 MRI 的典型特征是磁共振弥散加权呈像显示胼胝体压部存在高信号病变, 随着疾病的转归, 胼胝体压部高信号病变随之减弱或消失。临床有许多疾病均涉

[△] 通信作者, E-mail:578672114@qq.com。

及累及胼胝体及脑内其他多个部位,但仅限于胼胝体压部的病变较少见^[3]。该病发病机制尚不明确,临床表现多样化,但影像学表现较为典型。可继发于包括急性脑炎/脑病综合征、抗癫痫药物毒性或突然撤药、低血糖、高血钠等多种疾病^[4]。本院收治 1 例双胎妊娠合并一完全性葡萄胎患者,给予清宫后预防性化疗过程中出现以肌张力下降为主伴不能言语、伸舌困难伴流涎为临床表现的短暂性脑缺血发作为首发症状的 RESLES。通过多学科协作的积极救治及科学、有效的护理,患者平稳度过危险期康复出院。现将该例患者的诊疗及护理报道如下,旨在为临床工作提供相应的参考依据。

1 临床资料

患者,女,28 岁。因停经 19 周,阴道流血 3⁺个月,加重 1 h 于 2020 年 5 月收入院。入院时查血红蛋白 85 g/L,胸部 CT:双肺多发结节,双肺感染改变;右侧胸腔中等量积液。血压:154/106 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),双下肢水肿 I 度,偶有胸闷、心慌、呼吸不畅等,无腹痛、头晕、头痛等不适。余生命体征平稳。入院后根据相关检查结果诊断为双胎妊娠合并一完全性葡萄胎行葡萄胎清宫术、钳刮术后进行为期 6 d 的 5-氟尿嘧啶联合放线菌素 D 方案预防性化疗,根据身高、体重及考虑化疗不良反应给予 1 g 氟尿嘧啶联合 200 μg 放线菌素 D 治疗 6 d;化疗第 5 天患者出现不能言语、伸舌困难伴流涎,嘴角无明显歪斜等,神志清醒,生命体征平稳,悬雍垂左偏,不能伸舌,颈软,无抵抗。双侧肱三头肌反射、桡骨膜反射消失,双侧膝腱反射正常,跟腱反射消失。左上、下肢肌力,肌张力正常,右上肢肌力 2 级,肌张力正常,右下肢肌力 4 级,肌张力正常。多学科协作讨论后查凝血功能:纤维蛋白原 4.98 g/L,余基本正常;B 型钠尿肽 1 550 ng/L;床边血气分析:乳酸 0.6 mmol/L, pH(T)7.48,氧分压(T)106 mm Hg, PCO₂(T)31 mm Hg,碳酸氢盐浓度 23.1 mmol/L,血剩余碱 0.1 mmol/L。腰椎穿刺:无明显颅内压增高情况,脑脊液清亮,压力为 80 mm H₂O (1 mm H₂O=0.009 8 kPa,正常值为 80~200 mm H₂O),脑脊液蛋白 462 mg/L,1-3-β-D-葡聚糖小于 10 pg/mL, G-脂多糖大于 5 pg/mL,余余指标均正常。脑脊液常规检查和隐血试验:潜血阳性(+)。脑脊液人绒毛膜促性腺激素测定 123.57 IU/L。头颅磁共振成像平扫加增强:双侧脑室旁白质、胼胝体、双侧皮质脊髓束对称性信号异常,结合治疗过程考虑 RESLES 可能与细胞毒性水肿所致可能性较大。随后停止化疗,鼻饲管口服补钾及维持肠内营养,保持电解质及出入量平衡;肌内注射维生素 B₁₂、静脉滴注

甘露醇降颅压,奥拉西坦营养神经,激素加丙球冲击治疗。治疗 15 d 后复查头颅 MRI 示胼胝体异常信号较前明显好转,患者出院。

2 讨论

RESLES 患者发病临床表现多样,本例患者临床表现为突发不能言语、伸舌困难伴流涎等。据现有报道的临床表现包括意识障碍(65.9%)、惊厥(43.2%)、构音障碍(18.2%)、幻视(9.1%)、共济失调(9.1%)、头痛(6.8%)及眩晕(6.8%)等,可有发热、腹泻等前驱症状^[4]。RESLES 患者护理要点:(1)对症护理。本例患者以不能言语、伸舌困难伴流涎为主要的临床表现,根据以上临床表现采取相应的护理措施。(2)监测生命体征。监测患者有无体温升高等异常情况,若出现发热及时通知医师对症处理;观察患者意识水平和有无头痛不适等,每天评估患者意识状态,若出现意识障碍则评估患者意识障碍程度后及时报告医师,并遵医嘱给予相应处理。每天对患者运动功能进行动态评估,尤其是共济功能、肌张力等,发现异常及早进行康复锻炼,避免意外的发生。(3)安全护理。本例患者出现了右上肢肌力 2 级、伸舌困难伴流涎的临床表现,护士在住院期间要严密观察患者病情,应卧床休息,动作缓慢,指导患者及家属预防跌倒,做好安全宣教,穿防滑拖鞋、卫生间置防滑垫、浴室、走廊均有扶手,保持地面干燥,必要时床上大小便,为患者提供安全活动环境,确保患者住院期间安全;患者伸舌困难,遵医嘱予鼻饲,每次鼻饲量小于 200 mL,操作完毕后嘱患者抬高床头 30~45 °C,反折胃管末端防止内容物反流或空气进入胃内引起腹胀;患者伸舌困难流涎期间口腔内易细菌繁殖、机体抵抗力下降易引起口腔炎症及溃疡。护理过程中采用生理盐水按常规口腔护理操作清洁口腔,每天 2 次,保持口腔卫生,预防感染;药物使用期间严格遵守用药注意事项,观察药物不良反应,监测患者血糖、血压等;做好深静脉血栓的预防,患者有妊娠合并高血压且双下肢水肿,相关研究表明,孕妇围生期发生静脉血栓的风险是同龄非孕女性的 4~5 倍^[5]。一方面与孕妇血液高凝状态有关;另一方面与孕妇静脉血回流速度滞缓有关,患者住院期间应严密监测凝血相关指标,每天指导患者床上进行踝泵运动锻炼,督促患者尽早下床活动,每天进行空气压力波治疗,根据患者情况选择松紧合适的弹力袜,指导患者出院后 3~6 个月外穿弹力袜,预防血栓形成。(4)心理护理。患者出现流涎、不能言语的临床表现,自身年龄较轻,尤其是面对放弃双胎妊娠、突发肢体活动受限等影响在被迫放弃胎儿后突发疾病,生理和心理遇到双重打击。因此,其在悲观消

极情绪中夹杂对疾病的恐惧与焦虑,需警惕患者发生抑郁情绪,在护理过程中应更加密切关注患者情绪变化,每班护士交接班重点观察患者情绪,正确引导患者的负性情绪。邀请患者较为信任的医师耐心、详细地为其解释疾病、相关诊疗过程及预后情况;责任护士积极与患者沟通,在床边查房与操作治疗时给予人文关怀;取得患者的家属积极配合,构建良好的家庭支持系统,鼓励患者的家属耐心交流长期陪伴;积极进行会诊,邀请专业心理师对患者进行心理疏导。由于新型冠状病毒感染疫情期,本院采取固定一名家属陪护制度,鼓励借助网络信息手段与其他亲属沟通,每天视频聊天分散患者注意力,避免让患者产生孤独、焦虑感。(5)健康教育。RESLES 诱因较多,包括疾病癫痫发作及服用抗癫痫药物、接种疫苗、感染等^[6]。本例患者是由于使用预防性化疗药物诱发 RESLES,在健康宣教方面要告知患者发病诱因,同时,要宣教其他诱因。因此,健康指导应包括以预防感染为主的内容,如加强锻炼增强体质,提高机体免疫力预防感染;保持良好卫生与饮食习惯;注意防寒保暖,避免过度劳累、受凉,预防感冒等。此外应告知患者若有空间定向、视觉、听觉、语言、运动控制等相关行为功能紊乱的复表现需及时就医。

迄今为止,国内外大量关于 RESLES 的研究对象均为儿童,关于成人 RESLES 相关研究较匮乏,由于儿童与成人的代谢与免疫有差异性,MRI 的影像学特点与脑梗死相似,易出现误诊或漏诊,本例患者临床表现类似脑梗患者的临床表现,更增加了临床病情鉴别的难度^[7]。

RESLES 发病机制并不明确,有 3 种假说:(1)细胞毒性假说,即由钠泵衰竭或兴奋性脑损伤所致;(2)电解质失衡假说,即胼胝体压部髓鞘含水量较多,易发生细胞水肿;(3)维生素缺乏假说,即维生素 B₁₂ 缺乏时神经髓鞘发生紊乱,促进白质水肿和脱髓鞘^[8]。RESLES 病程具有自限性,大多数患者预后良好,该病与多种疾病相关^[9]。FUJIKAWA 等^[10]认为,化疗药物——氟尿嘧啶引起的脑白质损伤与神经毒性的细胞内水肿能导致意识障碍、震颤等中枢神经系统损伤的案例早在 2011 年国外就有报道^[11]。徐芳等^[12]推测,氟尿嘧啶无法正常代谢,产生的中间代谢物通过血-脑屏障引起中枢神经系统症状;氟尿嘧啶代谢物——血氨由于不明原因导致异常氨蓄积,最终致心肾功能障碍与脑白质病。涂琪等^[13]对 23 例成人 RESLES 患者进行实验室检查后发现,血清清蛋白水平变化可能是导致 RESLES 水肿发展的潜在危险因素,停用化疗药物后症状逐渐消失,复查头部 MRI 逐

步恢复正常,考虑化疗药物——氟尿嘧啶诱导了 RESLES 的发生,提示临床护理工作中应用氟尿嘧啶时若患者出现言语不能、流涎、躁动等应立即停药,进行头部 MRI 检查,并对患者采取相应的护理措施,针对病因进行有效护理。RESLES 患者的治疗一般无特殊性,包括糖皮质激素、免疫球蛋白、抗癫痫药物、抗病毒药物等,控制病因、防止并发症是治疗的关键,患者 1 个月内临床症状可完全恢复,预后较好^[14]。

目前,国内对该病的认识不足,有少量文献报道的以抑郁发作为表现的可逆胼胝体病变^[15],也有以席汉氏综合征继发的胼胝体病变^[16],精神异常为唯一表现的可逆性胼胝体病变^[17]。本例患者由化疗引起脑细胞水中所致 RESLES,以短暂性脑缺血发作为首发症状,容易引起漏、误诊。RESLES 患者的临床表现不典型,CT 检查大多数呈阴性,MRI 检查是诊断及预后评估的主要手段。在护理工作中应引起注意。临床工作中使用化疗药物常见不良反应为骨髓抑制和消化道反应,神经系统反应较少,容易在临床护理工作中被忽视,在使用化疗药物的护理过程中护士需加强对药物的认识,学会辨别短暂性脑缺血发作与脑卒中及 RESLES 的发生。短暂性脑缺血发作一般持续时间不长于 1 h,缺血性脑卒中虽与 RESLES 临床表现相似,但二者在 MRI 上有区别。邢新博等^[3]发现,胼胝体梗死部位病灶为片状、条状等边缘不规则形状,而 RESLES 病灶呈现出居中、孤立、边界清晰等,大多数呈圆形或椭圆形信号均匀的病灶。可根据病灶形态分布和脑中是否有其他病灶区别二者。

除相应药物护理外,病情观察也尤为重要,若再次发生相似临床症状应详细记录发作的具体时间、持续时间、症状及体征变化等。此外该病的诱因较多,应加强健康教育,预防各种疾病诱因,加强机体免疫力。本文的不足之处是患者恢复后未能及时与患者沟通,未能完整追踪患者后期预后效果及生活质量。

参考文献

- [1] KIM S S, CHANG K H, KIM S T, et al. Focal lesion in the splenium of the corpus callosum in epileptic patients: Antiepileptic drug toxicity? [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1999, 20(1): 125-129.
- [2] GARCIA-MONCO J C, CORTINA I E, FERREIRA E, et al. Reversible splenial lesion syndrome (RESLES): What's in a name? [J]. J Neuroimaging, 2011, 21(2): e1-14.
- [3] 邢新博, 习伟, 王鑫坤, 等. 磁共振成像表现特征

- 鉴别成人可逆性胼胝体压部病变综合征与胼胝体压部缺血性脑梗死[J]. 中国医学科学院学报, 2018, 40(2): 233-241.
- [4] TAKANASHI J, TADA H, MAEDA M, et al. Encephalopathy with a reversible splenial lesion is associated with hyponatremia[J]. Brain Dev, 2009, 31(3): 217-220.
- [5] SPEED V, ROBERTS L N, PATEL J P, et al. Venous thromboembolism and women's health[J]. Br J Haematol, 2018, 183(3): 346-363.
- [6] SHIBUYA H, OSAMURA K, HARA K, et al. Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion due to mycoplasma pneumoniae infection[J]. Intern Med, 2012, 51(12): 1647-1648.
- [7] 李静, 陈妹红. 经颅多普勒对脑梗死患者预后评估的意义[J]. 河北医科大学学报, 2017, 38(11): 1360-1364.
- [8] RAMAEKERS V T, REUL J, KUSENBACH G, et al. Central pontine myelinolysis associated with acquired folate depletion[J]. Neuropediatrics, 1997, 28(2): 126-130.
- [9] 夏程, 李凤鹏, 周中和, 等. 可逆性胼胝体压部病变综合征二例报道并文献复习[J]. 中国全科医学, 2015, 18(18): 2220-2224.
- [10] FUJIKAWA A, TSUCHIYA K, KATASE S, et al. Diffusion-weighted MR imaging of carmo-
- fur-induced leukoencephalopathy[J]. Eur Radiol, 2001, 11(12): 2602-2606.
- [11] AKITAKE R, MIYAMOTO S, NAKAMURA F, et al. Early detection of 5-FU-induced acute leukoencephalopathy on diffusion-weighted MRI[J]. Jpn J Clin Oncol, 2010, 41(1): 121-124.
- [12] 徐芳, 黄玲, 殷春立, 等. 化疗药物致可逆性胼胝体压部综合征 1 例报告[J]. 中风与神经疾病杂志, 2017, 34(1): 81-82.
- [13] 涂琪, 吴成斯. 成人可逆性胼胝体压部病变综合征临床分析[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2021, 21(8): 686-690.
- [14] 闫新成, 徐朝霞, 郭苏晋, 等. 可逆性胼胝体压部病变综合征 MRI 表现[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(12): 4-6.
- [15] 张鋆, 胡长春, 谢健, 等. 以抑郁发作为表现的可逆性胼胝体压部综合征 1 例[J]. 浙江医学, 2021, 43(20): 2236-2238.
- [16] 王立珍, 冯婷婷, 杨旭, 等. 继发可逆性胼胝体压部病变综合征的席汉氏综合征 1 例并文献复习[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(10): 1792-1795.
- [17] 王家, 石文杰, 张福池, 等. 以精神异常为唯一表现的可逆性胼胝体压部病变综合征二例[J]. 中华精神科杂志, 2020, 53(6): 565-567.

(收稿日期: 2022-10-16 修回日期: 2023-03-22)

• 案例分析 •

误诊为细菌性脑膜炎的非意外头部创伤 1 例

王世远^{1,2}, 田茂强^{1,2△}, 雷文婷^{1,2}

(1. 遵义医科大学附属医院小儿内科, 贵州 遵义 563003; 2. 贵州省儿童医院, 贵州 遵义 563003)

[摘要] 1 个月婴儿因间断抽搐伴发热 10 h, 发现贫血半小时入院。急性进展性病程, 惊厥后渐出现意识障碍及呼吸衰竭, 颅内压增高, 降钙素原升高, 脑脊液为血性, 脑脊液白细胞及蛋白含量明显增高, 早期诊断为细菌性脑膜炎。头颅影像、眼底检查提示脑实质损伤、硬膜下出血、眼底出血。结合家属近期有用力摇晃患儿病史, 最终确诊为非意外头部创伤 (NAHT)。NAHT 可致严重的神经系统病变, 需对小儿照护者进行宣教, 避免悲剧发生。

[关键词] 非意外头部创伤; 虐待性头部创伤; 摇晃婴儿综合征; 硬膜下出血; 视网膜出血; 颅脑损伤; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.14.040

文章编号: 1009-5519(2023)14-2516-05

中图法分类号: R725

文献标识码: B

非意外头部创伤 (NAHT) 是指由于剧烈摇晃和

(或) 钝器撞击导致 5 岁以下儿童颅内结构或颅骨损