

镜下仍可见溃疡及血泡^[4]。常规使用质子泵抑制剂及康复新液保护消化道黏膜^[5]，在乙烯利中毒的治疗上是合理的。

强酸性农药乙烯利可造成咽喉部充血水肿，严重时可致患者窒息死亡^[3,4]，因此有意识不清、声嘶等表现及时给予气管插管是合理的。此患者转入我院时颈部肿胀明显，CT提示鼻咽、口咽、咽喉侧壁增厚，咽腔狭窄，为乙烯利局部腐蚀所致，使用糖皮质激素减轻局部组织水肿，待水肿减轻后拔除气管插管；也是本病例给予我们的重要启示。

2.3.3 胰腺损伤 转入我院时患者血淀粉酶 458.1 U/L，并进行性升高，腹部 CT 示胰腺周围脂肪密度略高，符合急性胰腺炎改变，经禁食，使用奥美拉唑、生长抑素治疗，血淀粉酶逐渐降至正常，腹胀症状缓解。查阅文献未见乙烯利中毒胰腺损伤报道。

目前，乙烯利在水果蔬菜等农产品上广泛应用，导致急

性中毒病例明显增多。临床对此类农药中毒救治经验不多，因此加强相关信息交流，有助于提高此类农药中毒的救治成功率，减少并发症。

参考文献：

- [1] 金抗. 乙烯利中毒致多器官功能障碍 [J]. 中国急救医学, 2006, 26 (12): 937.
- [2] 孙建伟. 乙烯利中毒致呼吸衰竭 1 例 [J]. 武警医学院学报, 2011, 1 (2): 142.
- [3] 王军辉, 张延威, 李志涛, 等. 口服乙烯利死亡 1 例报告 [J]. 中国工业医学杂志, 2018, 31 (1): 19-20.
- [4] 汤彦, 陈湛华. 乙烯利中毒救治二例报告 [J]. 暨南大学学报, 1995, 16 (4): 83-84.
- [5] 罗洪文. 急性乙烯利中毒诊断与救治 [J]. 中国急救复苏医学与灾害杂志, 2012, 7 (6): 576-577.

慢性乙醇中毒性脑病患者经颅多普勒超声与脑电图检测结果分析

Analysis on results of cranial doppler ultrasound and electroencephalogram in patients of chronic alcoholism

张红霞, 郭亚珂, 张中, 秦睿, 段立, 马露

(郑州大学附属郑州中心医院, 河南 郑州 450000)

摘要: 应用经颅多普勒超声与脑电图检查 70 例慢性乙醇中毒性脑病患者 (观察组) 和同期 70 例健康体检者 (对照组)。结果显示, 观察组脑血流量流速减慢、流速增快例数和血管频谱形态异常率、两侧大脑中动脉搏动指数显著高于对照组 ($P < 0.05$)。经颅多普勒超声、脑电图可为有效判断慢性乙醇中毒性脑病的病情及治疗提供参考。

关键词: 慢性乙醇中毒; 中毒性脑病; 经颅多普勒超声; 脑电图

中图分类号: R595.6 文献标识码: B

文章编号: 1002-221X(2019)02-0108-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyyx.2019.02.009

长期大量饮酒会导致慢性乙醇中毒, 损害神经系统, 出现脑组织变性等临床症状。关于乙醇中毒性脑血管损伤的报道较多, 本研究旨在探讨颅多普勒及脑电图在慢性乙醇中毒性脑病病情及疗效评估中的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院 2015 年 4 月至 2017 年 10 月收治的 70 例慢性乙醇中毒性脑病患者作为观察组, 所有患者符合中国精神疾病分类方案中乙醇依赖及慢性乙醇中毒性脑病的诊断标准^[1]; 患者家属均签署知情同意书。均为男性, 年龄 27~72 岁, 平均年龄 (44.7±8.4) 岁; 以白酒计算, 乙醇度 38%~60% (v/v), 日饮酒量 250~1 200 ml, 平均饮酒量 (488±110)

ml; 规律饮酒致出现精神症状时间 6~35 年, 平均 (14.3±8.8) 年。症状类型为戒断综合征 26 例、幻觉症 23 例、震颤谵妄 12 例、妄想症 5 例、乙醇中毒性脑病 4 例。临床症状为步态不稳、舌震颤、肢体震颤伴感觉减退麻木、植物神经紊乱等。选择同期健康体检者 70 例为对照组, 均为男性, 年龄 25~71 岁, 平均年龄 (43.3±9.1) 岁; 偶尔饮酒或无饮酒史。两组患者年龄、性别等资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 经颅多普勒超声 使用彩色经颅多普勒仪 (美国 MULTIGON 公司), 休息 15~20 min 后检查, 通过枕窗检测基底动脉、椎动脉; 仰卧位, 通过颞窗检测并记录两侧大脑中动脉的血管搏动指数、平均血流速度、血管频谱形态。

1.2.2 脑电图检测 使用脑电记录仪 (日本光电公司生产), 在闭眼、安静和清醒状态下, 记录患者的双极导联和参考导联脑电图。描记 15~20 min, 患者均接受光诱发、过度换气、睁闭眼反应等试验。

1.3 统计分析

选用 SPSS19.0 软件分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 进行 t 检验, 计数资料进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 经颅多普勒超声检查结果

观察组经颅多普勒超声检查异常率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组 59 例存在血管改变, 包括 41 例血流速度减低、18 例血流速度增加和 44 例血管频谱形态异常 (62.86%)。见表 1。

收稿日期: 2018-07-06; 修回日期: 2018-09-30

作者简介: 张红霞 (1971—), 女, 主治医师, 从事神经电生理诊断工作。

(下转第 153 页)

有异议的情况下, 诊断机构应高度重视, 积极引导当事人按有关程序向职业病鉴定委员会申请鉴定。诊断机构和诊断医师在整个鉴定过程中要积极配合, 并且要尊重鉴定结论, 不要发表任何不负责任的言论, 以免引起不良后果, 产生不必要的纠纷。

3.2 职业病诊断机构要重视鉴定结论和诊断结论的符合率, 不断提高诊断水平

职业病鉴定结论和诊断结论的符合率, 是反映职业病诊断机构诊断水平的一项重要指标。我院 10 年间共诊断职业病人 2 044 例, 仅有 11 例有异议申请了鉴定, 且 11 例的鉴定结论和诊断结论的符合率也相当高, 这是对本院诊断水平的检验, 同时也印证了我院重视职业病诊断管理工作, 不断提高诊断水平所取得的成果。通过职业病诊断实践总结以下体会:

- (1) 按照《职业病防治法》和《办法》的规定, 依法获取职业病诊断所需资料, 确保在有充足依据的基础上进行诊断。
- (2) 诊断人员按时参加国家、省专业机构组织的职业病诊断培训班, 及时学习掌握新修订的诊断标准, 严格按标准诊断。
- (3) 对于新诊断病例, 一般要经过一段时间的住院医学观察, 排除其它疾病后再诊断。
- (4) 坚持集体诊断。我院具有诊断资质的医师较多, 每次诊断会一般在 5 人以上。对特殊的病例, 在诊断前还要进行会诊和病例讨论, 以解决职业病诊断中可能遇到的问题。诊断中要求每位诊断医师独立提出诊断意见, 对诊断结论有分歧时, 按半数以上诊断医师的意见形成诊断结论, 并如实记录不同意见。

3.3 关于对“无职业病”诊断和鉴定结论出具的建议

在 11 例鉴定病例中, 有 1 例鉴定申请人对“无职业性刺激化学物致慢性阻塞性肺疾病”的结论有异议而申请鉴定。

省、市两级鉴定结论均与诊断结论一致, 但当事人坚持认为自己患有职业病, 并非诊断和鉴定出具的职业病名称, 而是其他职业病, 并准备以新的职业病再次申请职业病诊断。对此我们反思后认为, 诊断“无职业性刺激化学物致慢性阻塞性肺疾病”确实有不妥之处, 如果我们诊断结论是“无职业病”或“无职业性尘肺及其他呼吸系统疾病”, 可能会更确切^[1], 也可能会避免当事人再次或多次申请职业病诊断的问题。

3.4 职业病鉴定机构要加强专家库的建设

近年来, 在职业病鉴定中对鉴定专家方面的问题表现的较为突出^[2]。《办法》对职业病鉴定专家库的设立以及参与鉴定专家的组成有明确规定, 但有些地区却没有执行规定的要求。(1) 专家库多年未更新, 部分专家已退休或已多年不从事职业病临床工作; (2) 未按照专业类别进行分组, 以至抽取参加鉴定的专家从事该临床工作与所要鉴定的职业病类别不符; (3) 没有充分吸收相关学科(专业)的专家参与专业性较强的职业病鉴定工作; (4) 未按《办法》的要求抽取专家。在此情况下作出的鉴定结论, 其合法性会备受质疑。因此, 鉴定机构要按《办法》要求设立并及时调整专家库, 以满足职业病鉴定工作的需要。

参考文献:

[1] 秦宏, 王苗苗, 洪霞. 无锡市职业病诊断与鉴定的问题和对策 [J]. 中国工业医学杂志, 2017, 30 (6): 473-475.
 [2] 张君, 王瑜, 夏玉静. 1 例职业性轻度周围神经病诊断与鉴定结论不一致原因分析 [J]. 中国工业医学杂志, 2017, 30 (6): 472-473.

(上接第 108 页)

表 1 两组颅多普勒超声检查结果 例 (%)

组别	例数	正常	异常		血管频谱形态异常
			流速减慢	流速增快	
观察组	70	11 (15.71)	41 (58.57)	18 (25.71)	44 (62.86)
对照组	70	55 (78.57)	10 (14.29)	5 (7.14)	17 (24.29)
χ^2 值		55.496	29.641	8.792	21.179
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 脑血管搏动指数和平均血流速度

观察组双侧大脑中动脉搏动指数显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者双侧大脑中动脉平均血流速度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 脑血管搏动指数和平均血流速度

组别	例数	脑血管搏动指数		平均血流速度 (cm/s)	
		左侧大脑中动脉	右侧大脑中动脉	左侧大脑中动脉	右侧大脑中动脉
观察组	70	1.26±0.15	1.23±0.16	51.58±13.16	53.27±11.87
对照组	70	0.78±0.17	0.88±0.18	50.13±12.78	52.86±12.01
t 值		17.714	12.159	0.661	0.203
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.3 观察组脑电图检查结果

观察组出院时脑电图正常率 (68.58%) 明显高于入院时 (38.57%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。脑电图轻度、中度、重度异常率分别为 17.14%、10.0%、4.29%, 明显低于

入院时的异常率 (31.43%、22.86%、7.14%)。

3 讨论

研究表明^[2], 慢性乙醇中毒患者脑组织呈低灌注状态, 脑叶局部血流量下降, 以额叶的血流量下降明显。经颅多普勒超声检查显示, 观察组脑血流量流速减慢、流速增快例数和血管频谱形态异常发生率以及双侧大脑中动脉搏动指数显著高于对照组 ($P < 0.05$), 表明长期大量饮酒导致脑血流动力学改变, 脑供血不足, 是脑血管疾病的高危因素。本研究结果还显示, 两组患者大脑中动脉平均血流速度比较无显著差异。考虑可能与脑血流量血管横截面积对侧支的影响不同有关; 此外, 饮酒时间越长, 血浆中收缩血管物质含量越多, 也是影响平均血流速度的主要因素。观察组出院时脑电图正常率明显高于入院时, 轻度、中度异常率明显低于入院时 ($P < 0.05$)。

采用经颅多普勒超声、脑电图诊断, 能够判断慢性乙醇中毒性脑病患者的病情, 对评估预后, 提高生活质量有一定的意义。

参考文献:

[1] 中华医学会精神科分会, 南京医科大学脑科医院. 中国精神疾病分类方案与诊断标准 [M]. 2 版. 南京: 东南大学出版社, 1995: 44-49.
 [2] 董克然. 慢性乙醇中毒性脑病患者的脑电图改变 [J]. 疑难病杂志, 2010, 9 (3): 216-217.