

■技术·思维

一个急性单侧下肢水肿病例带来的探索与思考

□闫会昌

水肿是过多的液体在组织间隙或体腔内聚集的一种病理状态,多由心血管功能障碍、肾功能障碍、肝功能障碍,以及营养缺乏、内分泌功能紊乱等引起。其临床特点为凹陷性水肿,表现为皮肤紧张、发亮,原有的皮肤皱纹变浅、变少或消失,甚至有液体渗出,严重时患者可出现腹水、胸水和心包积液。

急性单侧下肢水肿在临床上常见,但尚缺乏规范的诊疗思路或流程。在此,我以自己近日接诊的一则病例为基础,进行简单探讨。

临床病例

一位中年女性患者,因“右下肢急性水肿一周”住院治疗。曾因宫颈癌进行宫颈根治术及放疗、化疗的她,在反复出现右踝轻度水肿后,自行间断穿弹力袜,但效果不佳。一周前,她出现右踝水肿急性加重,并且水肿蔓延至右膝关节,伴明显疼痛。入院后,医生为她完善相关辅助检查,结果均未见异常,诊疗陷入困境。

为了寻求进一步诊疗,患者来到洛阳市东方人民医院皮肤科就诊。患者说,来到洛阳市东方人民医院就诊前,她曾数家医院皮肤科就诊,均被诊断为丹毒,但治疗效果不佳。我仔细查阅患者的病历资料及相关辅助检查结果后,对其进行查体,发现患者右小腿、右踝及右足弥漫性肤色“指凹性水肿”,伴明显压痛,无局部皮温升高,无瘀点、瘀斑,无色素沉着、脱屑等。

病例分析

一、“指凹性水肿”多提示间质组织水分增加,而非黏液等成分集聚。前者多与各种原因所致水分自脉管漏出相关,后者多与甲状腺功能减退症等代谢功能障碍相关。

二、系统性病变(如心、肝、肾等病变)及近心端脉管压迫所致水肿的范围相对广泛且双侧受累多见。患者的心脏彩超、脑钠肽、心肌酶谱、心电图检查结果均正常,故排除心源性水肿;尿常规、肾功能检查结果均正常,故排除肾源性水肿;肝功能检查结果正常,故排除水肿由低蛋白血症所致;甲状腺功能检查结果正常,无糖尿病病史,水肿呈指凹性,故排除内分泌源性水肿可能;腹腔脏器彩超检查结果正常,盆腔MRI(磁共振)检查结果正常,故排除近心端脉管压迫所致水肿可能;无降压药等用药史,故排除药物源性水肿可能。

综上所述,我认为,患者单侧下肢受累,需要考虑局部病变的可能。

三、患者既往有盆腔手术史及放疗、化疗史,治疗后间断出现右踝水肿,考虑手术及放疗、化疗所致淋巴水肿可能性大。患者有肿瘤病史,右踝水肿突发加重,应先排除肿瘤复发压迫、癌栓、深静脉血栓形成风险;双下肢血管彩超检查结果正常、凝血试验结果正常,排除深静脉血栓;盆腔MRI检查结果正常、肿瘤标志物检查结果正常,排除肿瘤复发压迫及癌栓。

四、患者急性发病,无近期外伤史,排除肿瘤复发压迫、癌栓、深静脉血栓、骨折、肌肉撕裂等结构性病变,提示病变倾向于局部功能性受损为主,其中常见的下肢急性病变包括感染(丹毒、蜂窝织炎等)、血管炎等。患者皮损无瘀点、紫癜等,并且无各种自身免疫性疾病病史,排除血管炎;双踝内侧未见

色素沉着、脱屑,不提示静脉功能不全;皮损仅可见“肿、痛”,而无“红、热”,基于下肢局部结构特点,考虑“痛”可由“肿”加重所致,皮损表现不符合常见感染“红、肿、热、痛”的特点,虽然寒性脓肿等感染亦可无“红、肿、热、痛”,但后者多呈慢性病程;血常规、ESR(红细胞沉降率)、CRP(C反应蛋白)检查结果均正常,不提示感染;仔细查体,发现患肢局部无足癣、无创口,提示无细菌等感染源入侵途径;无糖尿病史,空腹血糖正常,近期无免疫抑制剂等药物应用史,排除免疫抑制等感染易感因素存在。

至此,基本排除了感染、血栓阻塞等常见的、可导致单侧肢体水肿的病因,对该患者的诊疗似乎无从下手。我们需要“回到”导致局部水肿最本质的病理生理学机制,去思考。

导致水分自脉管游离至脉管外的影响因素主要包括

脉管内因素(流体静压、渗透压)、脉管因素(结构性、功能性)及脉管外因素。

一、脉管外因素:主要是指脉管外间质组织渗透压降低,此种情况多继发于水分游离出脉管外以后,原发性极低,可基本排除。

二、脉管内因素:1.流体静压升高可导致水分游离出脉管外,其发生需要局部血流“入多出少”,“人多”最常见于动静脉瘘,该患者的彩超检查结果未提示;“出少”最常见于脉管流出端阻塞或压迫,患者的双下肢血管彩超、盆腔MRI及腹腔脏器彩超检查结果均未提示,亦辅助排除。2.渗透压降低可导致水分游离出脉管外,渗透压主要包括胶体渗透压和晶体渗透压。其中,前者为主要成分,其主要影响成分为白蛋白、球蛋白等。该患者的肝功能检查结果提示白球比(血浆白蛋白与球蛋白的比值)正常,这说明胶体渗透压基本正常。

诊疗结果

综上所述,我认为,可以基本排除脉管内因素及脉管外因素导致水肿的可能,该患者的疾病应该主要由脉管因素所致。

脉管因素主要包括结构性和功能性两个部分。结构性主要指脉管完整性被破坏,常见因素有脉管炎、外伤等。对该患者,已排除相关可能。功

能性主要指脉管致密度(脉管内皮细胞间隙),脉管因局部多种致炎因子、药物及神经反射等的作用而扩张,血管内皮细胞间隙变大,致密度降低,致使水分易游离出脉管外。该患者发病前无用药史,故排除药物源性水肿可能。若神经反射异常,则多有神经系统疾病史或类似病情反复发作

史,该患者并不符合。致炎因子的来源可大致分为感染源性和非感染源性。对该患者已排除感染源性来源可能,提示非感染源性可能性大。既可导致血管扩张,又可导致血管致密度降低的一个最常见因素,是过敏反应,这对于皮肤科医生来说很常见。

基于以上分析,我开始补

充调查患者的病史。我问患者:“本次水肿加重前,有没有被什么东西叮咬过?”患者答:“有,就是脚踝前面被叮咬了两下。”我又问:“既往是否有过敏性鼻炎、哮喘等过敏性疾病史?”患者答:“有过过敏性鼻炎。”我再问:“既往有没有蚊虫叮咬以后反应比较剧烈,比如叮咬的地方肿得像鸡蛋一样大或者

起水疱?”患者答:“有!”

患者有被叮咬史,是过敏体质且有蚊虫叮咬高反应性,实验室检查结果排除感染并发的可能,基本推测出该患者应为蚊虫叮咬所致血管性水肿。我给予患者小剂量甲强龙联合抗组胺药应用1周后,其在水肿基本消退至原术后淋巴水肿程度后出院。

探索与思考

蚊虫叮咬所致血管性水肿在皮肤科并不罕见,多见于儿童,成人少见。

这位患者的既往史,给人很大的迷惑性,从而导致一开

始被延误诊断。在临床诊疗过程中,医生需要摒弃单纯的经验性直觉,时刻保持清醒的头脑,应用严谨的逻辑思维,进行大胆且有依据的猜测,细

心评估,仔细求证,这些都是保证临床有效诊疗的关键。

对于急性单侧下肢水肿,我在本文中已就常见病因及诊疗思路作了简要阐述,希望

能为大家提供参考。

为了便于阐述,我对引起急性单侧下肢水肿的每种常见因素都作了单独分析;但是,需要注意,在临床上,各因

素不是独立存在的,而是相互关联的。诊疗时要注意细节,要具体情况具体分析,从而明确诊断,为患者提供正确的治疗方案。

(作者供职于洛阳市东方人民医院)

■临床提醒

热射病的预防和急救处理

什么是热射病

热射病是高温相关急症中最严重的情况,即重症中暑,是由于暴露在高温高湿环境中,身体调节功能失衡,产热大于散热,导致核心温度迅速升高,超过40摄氏度,伴有皮肤灼热、意识障碍(例如谵妄、惊厥、昏迷)及多器官功能障碍的严重致命性疾病,是中暑最严重的类型,一旦发生,死亡率极高。根据发病原因和易感人群的不同,热射病可分为劳力型热射病和非劳力型热射病(又称经典型热射病)。

为什么会得热射病

高温高湿的气候因素和高强度体力活动是导致热射病的主要危险因素。

非劳力型热射病主要由高温和(或)高湿环境因素引起,通常没有剧烈的体力活动。劳力型热射病主要由高强度体力活动引起,机体产热与散热失衡而发病。

热射病的常见症状有哪些

热射病的常见症状有:

- 1.体温升高:体温升高是热射病的主要特征。患者的核心体温多在40摄氏度以上。
- 2.中枢神经系统症状:中枢神经系统功能障碍是热射病的主要特征,早期即可出现严重损害,表现为谵妄、嗜睡、癫痫发作、昏迷等,还可出现其他神经系统异常表现,包括行为怪异、幻觉、角弓反张、去大脑强直等。部分患者后期可遗留长期中枢神经系统损害,主要表现为注意力不集中、记忆力减退、认知障碍、语言障碍、共济失调等。
- 3.其他症状:头痛、恶心、皮肤发红、皮温升高、呼吸急促、心率加快、肌肉痉挛或无力。

现场应该怎样急救处理

热射病可能危及生命,在试图给患者降温的同时,周围其他人应帮忙拨打急救电话。

- 1.将患者转移到阴凉的地方。
- 2.无论使用何种方法,都要迅速给患者降温。如将患者浸泡在浴缸的凉水里;对患者进行凉水淋浴;将浇花的水

喷洒到患者身上;用凉水擦拭患者的身体;用湿凉毛巾或冰袋冷敷患者头部、腋下及大腿根部;天气干燥时,将患者裹在凉水浸湿的单子或衣物里,用风扇猛吹。

3.热射病患者的肌肉可能发生不自主的抽搐。遇到这种情况时,要避免患者伤害到自己。不要在患者的嘴里放任何东西,不要试图给患者喂水。如果患者发生呕吐,翻转患者的身体使其侧躺,以确保其呼吸道通畅,避免误吸发生。

哪些情况需要及时就医

如果出现以下情况,患者应及时就医:

- 1.体温持续升高,甚至超过40摄氏度,应及时就医。
- 2.头痛:在高温环境下或重体力劳动后出现持续性头痛,应该及时去医院就医。
- 3.肌肉痉挛:在高温环境下或重体力劳动后出现全身肌肉,尤其是四肢肌肉不自觉地抽动,应及时就医。

4.呼吸浅快:呼吸速度加快,超过20次/分,吸气呼气量小,应及时就医。

5.恶心:有想呕吐的感觉但是又吐不出来,此时应及时就医。

如果发现患者有以下情况,应立即送医或协助拨打120。

- 1.昏迷:丧失意识,对外界的刺激反应迟钝或没有反应。
- 2.极度虚弱:感觉没有一点力气,几乎动不了。
- 3.意识模糊:无法准确地感知周围的人或事物,如不知道自己在哪儿、不知道其他人在说什么。
- 4.谵妄:精神错乱,胡言乱语。
- 5.癫痫:全身肌肉不自主抽搐,没有意识,对外界的刺激没有任何反应。

如何预防热射病

要想降低热射病的发生率和病死率,关键在于预防。最有效的预防措施是避免高温高湿及不通风的环境,减少和避免中暑发生的危险因素,保证充分的休息时间,避免脱水的发生。

(本文内容来源于国家卫生健康委)

■误诊误治

硬脊膜动静脉瘘是少见病,发病率约为百万分之五,也许是因为真的少见,也可能是大部分医生不认识,常常被误诊。

很多确诊的硬脊膜动静脉瘘患者几乎都有被误诊的经历,只不过每个人被误诊的时间长短并不一样。我们经常跟患者说,这个病太少了,有些当地医院的医生甚至没有听说过这种病。

这是一个典型病例。患者今年69岁,男性,双下肢麻木无力1年多,近3个月不能自主行走,出现大小便障碍,曾到多家医院就诊,医生按照骨科病为其治疗。患者家属用手机录下了患者的病情越来越严重的过程。后来,患者到一家很大的医院就诊,被诊断为脊髓血管病,可惜在这里做的脊髓血管造影检查也没有发现真正的病变。那里的医生很负责,推荐患者来到河南省人民医院就诊。在河南省人民医院,患者做了脊髓血管造影检查,结果证实胸2椎体-胸3椎体水平段硬脊膜动静脉瘘!

我们为患者实施了手术。术后,患者恢复良好。

相关链接:硬脊膜动静脉瘘是脊髓血管畸形中较常见的一种类型,在临床上多表现为进展性充血性脊髓病;脊髓根动脉的硬脊膜支,穿过椎间孔在脊神经根的近端硬膜处,沿着神经根袖套,与脊髓的根静脉异常沟通,形成瘘口。

硬脊膜动静脉瘘起病隐匿,发病率低,临床表现不典型,常规影像学检查不敏感,需要患者做MRI(磁共振)检查进行筛查,并且依赖脊髓血管造影明确诊断。也就是说,该病早期诊断困难,易漏诊、误诊,绝大多数患者就诊时已出现不同程度的脊髓功能障碍。

随着诊疗技术的发展,人们对硬脊膜动静脉瘘的认识不断深入;但是,由于该病的特点,易被误诊、漏诊,因此能否早期确诊并进行有效治疗,显得尤为重要。

(作者供职于河南省人民医院)



箭头所指处提示硬脊膜动静脉瘘



箭头所指处提示瘘口

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾老师

电话:(0371)85967002

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

易被误诊的硬脊膜动静脉瘘

□蔡栋阳 文/图