

# 专业技术工作报告

申报人：成卓霖

所在科室：神经内科

申报职称：主任医师

申报专业：神经内科

本人在 2017 年 12 月取得副主任医师资格以来，一直坚持从事临床工作，2018 年参与一线值班，亲自管床病人，积极开展神经介入手术，多次开展急诊卒中取栓、颅内外支架、动脉瘤栓塞等手术，2019 年 2 通过搬迁新住院大楼、科室硬件条件的改善和自身软实力的加强，不断扩大业务，介入手术量明显增加，同时做好神经内科患者脑梗塞、多发性硬化、病毒性脑炎、重症肌无力、偏头痛、帕金森病、阿尔茨海默病、失眠等疾病的诊治，并兼顾老年患者的心理治疗工作。回顾 2018 年在旧住院大楼六楼与神经外科一起会诊病人，坚持参与早交班、查房工作，未出现医疗差错、未出现严重病人投诉案例，2017 年 1-8 月份脑血管介入手术量 122 台，手术费用 33.3 万。其中脑血管支架置入术 18 例，脑血管闭塞急性再通术 1 例，支架取栓 3 例，动脉溶栓 10 例，脑血管造影 90 例，于 2019 年 4 月脑病科因病人数量大，为了得到更好的专科发展，分为了脑病科及脑血管介入科，两个病区发展较好，同时增加神经系统病人尤其是脑血管病患者的特色治疗项目，门诊与住院为民服务量均提升 30% 以上，日均住院人次保持在 65 人次以上，病床使用率 98% 以上，工作中加强与患者和家属的沟通，贯彻十八项医疗核心制度及医疗行业“九不准”。认真听取患者及家属意见，定期开展科室业务学习讲座，每周 1 次，严格查房制度。每周对全科室病人至少查房两次，疑难危重病人随时查房。积极组织疑难危重病人科内及院内讨论，提高科室人员的业务水平。积极参加国家级、省市及院内组织的各种学习项目及学术会议，不断提高科室的医疗质量水平。同时积极开展新业务和新诊疗技术的开展。定期到阳山中医院指导业务工作。

**病例摘要：**患者男性，72 岁，因“左侧肢体乏力 4 月余，加重 1 月”于 2018 年 4 月 23 日入院。

**病史资料：**2018 年 1 月中旬，患者出现左侧肢体乏力，左下肢行走拖步，左上肢抬起困难，抓握无力，于 2018 年 1 月 22 日于清远市人民医院就诊，当时查左上肢肌力近端 4 级，远端 3 级，左下肢肌力 5 一级，行头颅 CT 提示：右侧额叶、右侧半卵圆中心急性脑梗死。颈部血管彩超：双侧颈动脉粥样硬化并多发斑块形成，右侧颈内动脉起始段狭窄，狭窄度约 78%，左侧颈外动脉起始段狭窄，狭窄度约 83%，左侧椎动脉粥样硬化并狭窄。诊断为动脉粥样硬化性脑梗死，给予抗聚固斑等治疗后症状改善。2018-2-21 患者再次于清远市人民医院住院，予以康复及抗聚、稳定斑块等治疗后症状改善，出院时左下肢行走自如，左上肢可抬起及抓握轻物，生活基本自理。2018-3-21 患者约 7 点半起床时发现左侧肢体乏力较前加重，左上肢无法抬起，无法抓握，左下肢无法行走，站立不稳，并跌倒在地，左膝关节局部擦伤，伴有言语不利，构音稍含糊，饮水呛咳，吞咽困难，右侧头顶部胀痛，当时神清，无视物黑蒙、二便失禁，无头晕，无恶心呕吐，无胸闷心悸，遂到

我院急诊就诊，查头颅 MRI 提示：①右侧额颞顶枕、放射冠大面积急性脑梗死、右侧额叶深部脑白质、放射冠多发腔隙性脑梗死和缺血变性灶，放射冠软化灶形成。MRA 提示右侧 ICA/MCA/ACA 主干未见显影，考虑右侧颈内动脉狭窄或闭塞。收入神经四科予以对症治疗。2018-4-21 行全脑血管 DSA 检查，结果提示：右侧颈内动脉起始部斑块形成，管腔重度狭窄，远端颅内灌注较差，颈外动脉没有代偿，左侧颈内动脉通过前交通动脉向右侧部分代偿供血，后交通动脉没有开放。2018-4-23 患者决定行神经介入治疗，遂以“脑梗死恢复期，右侧颈内动脉起始部重度狭窄”入住神经五科。既往 高血压病史 6 年，血压最高 170mmHg，未系统诊治。2018 年 1 月于清远市人民医院住院期间诊断为“糖耐量异常”，以饮食控制为主。否认心脏病、消化道疾病等病史。

入院查体：神清，精神可，言语尚清，对答合理。计算力、记忆力、定向力、理解力、判断力尚可，未查及妄想、幻觉。无失语，构音欠清。视力粗查正常，双侧视野手试法结果提示：右眼鼻侧视物偏盲。双眼球各方向运动好；双瞳孔等大等圆， $\phi=3\text{mm}$ ，右侧瞳孔对光反射迟钝，左侧瞳孔对光反射灵敏。双侧面部痛、触觉对称。双侧额纹、眼裂对称，左侧鼻唇沟变浅。露齿口角向右偏斜。构音尚清，饮水呛咳，洼田饮水试验评分：良。悬雍垂居中，咽后壁感觉存在。左侧肢体肌张力折刀样增高，左上肢肌力远端 1 级，近端 2 级，左下肢肌力 2 级。共济运动未查。未见不自主运动。肢体深感觉检查未见明显异常。腹壁反射正常；四肢腱反射(+++)；髌阵挛、踝阵挛（-）；左侧 Babinski's 征(+)，左侧 Chaddock's 征(+)，左侧 Oppenheim。征(+)，左侧 Gordon's 征(+)，余病理反射未引出。脑膜刺激征（-）。自主神经系统未见异常。

治疗经过：入院后予以低盐低脂饮食；完善各项检查，如三大常规、急诊生化、凝血三项、肝肾功能、血脂、心电图、胸片等了解全身状况。给予阿司匹林、波立维口服抗血小板聚集，立普妥口服降脂稳定斑块，奋乃静口服镇静助眠。2011-4-27 考虑患者存在颈动脉支架术后出现过度灌注综合征的风险，遂在气管插管全麻下，行右侧颈内动脉起始部重度狭窄支架成形术，术中使用保护伞，预先使用 4×20mm 球囊扩张，然后置入 wallstent 7×40mm，残余狭窄小于 20%，术后即刻复查头颅 CT 提示血脑屏障通透性改变征象，未见颅内出血，术毕麻醉未醒，保留气管插管，安全返回我科神经重症监护室。使用亚宁定，收缩压控制在 110mmHg，人工镇静（使用异丙酚）避免插管刺激影响血压；术后 6 小时，逐步停用异丙酚，适当增加亚宁定用量，患者逐渐清醒，血压保持稳定，撤出气管插管，患者神经系统检查未见新出现的阳性体征。2011-4-28 术后第一天。患者神清，精神可，言语清楚，对答合理，右侧腹股沟术口疼痛，左侧肢体乏力，偶有麻木，可在床面平移，无饮水呛咳，无咳痰，纳眠可。右侧腹股沟术口敷料外观干洁、无渗血渗液。舌淡黯，苔薄白微腻，脉弦细。体格检查：BP：110/68mmHg，心肺腹未及异常。神经系统查体：右眼鼻侧视物偏盲，左侧肢体肌张力折刀样增高，左上肢肌力远端 1 级，近端 2 级，左下肢肌力 2 级。左下肢病理征阳性。复查头颅 CT，血脑屏障通透性改变征象消失。

## 病例特点与分析

### （一）病例特点

1. 患者老年男性，急性起病。
2. 因“左侧肢体乏力 4 月余，加重 1 月”入院，既往高血压、脑梗死、动脉硬化狭窄等病史。
3. 查体：BP：104/68mmHg，心肺腹未及异常。神经系统查体：右眼鼻侧视物偏盲，左侧肢体肌张力折刀样增高，左上肢肌力远端 1 级，近端 2 级，左下肢肌力 2 级。左下肢病理征（+）。
4. 辅助检查：（2018-3 我院）头颅 MRI 检查结果提示：①右侧额颞顶枕、放射冠大面积急性脑梗死；②右侧额叶深部脑白质、放射冠多发腔隙性脑梗死和缺血变性灶，放射冠软化灶形成；③MRA 提示右侧 ICA/MCA/ACA 主干未见显影，考虑右侧颈内动脉狭窄或闭塞。全脑血管 DSA 检查，结果提示：①右侧颈内动脉起始部斑块形成，管腔重度狭窄，建议行血管内成形治疗；②左侧颈外动脉起始部斑块形成，局部管腔重度异常；③左侧椎动脉开口处重度狭窄；④多发脑动脉硬化。

### （二）病例分析

1. 临床定位分析左侧中枢性面瘫，左侧肢体偏瘫，左侧锥体束征阳性，结合影像学检查，定位在右侧大脑半球。
2. 神经解剖定位分析结合影像学，定位在右侧额叶、放射冠。
3. 脑血管定位分析右侧大脑中动脉皮层支、中央支均受累。结合 MRA 和 DSA，定位在右侧颈内动脉起始部重度狭窄。
4. 定性分析患者反复出现右侧大脑中动脉供血区的梗死，结合 MRI 和 DSA 检查，考虑可能与右侧颈内动脉起始部重度狭窄导致的远端低灌注有关，也不能排除狭窄段血管斑块脱落造成的远端栓塞。

脑高灌注综合征（CHS）是以同侧头痛，高血压，癫痫，局灶性神经系统损伤，认知障碍等为主要临床表现的症候群。常见于颈动脉血运重建术后，若不及时治疗，可能出现严重的脑水肿、颅内出血、最终导致死亡。CHS 是可以预防及治疗的，术前应该详细评价 CHS 发生的危险性，围手术期谨慎应用抗血小板及抗凝药物，阶段性解除局部血管狭窄，术后及早识别并采取有效的措施，则可以降低 CHS 的发生率及改善预后。治疗包括充分控制高血压、脑水肿的处理、抗癫痫的处理等等。目前没有确切能够预防过度灌注发生的措施，对于极重度狭窄的患者，同时合并侧支代偿差的情况，采取单纯球囊扩张，分期再行支架置入的方式或可减少过度灌注的发生。本病例经过治疗后好转出院，术后 1 年临床随访，患者无再次发生中风。