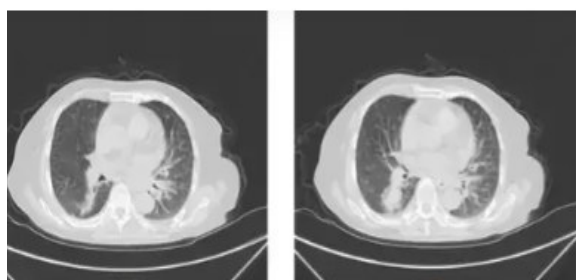


## ■ 技术·思维

## 对一例特鲁索综合征的诊治

□王润青 文/图

特鲁索(Trousseau)综合征是一种副肿瘤综合征,主要表现为与恶性肿瘤相关的神经系统病变。如果发生特鲁索综合征,恶性肿瘤会激活患者体内的凝血系统,从而造成系统性血栓和多发性脑梗死。



肺CT

患者孙某今年71岁。代主诉:反应迟钝、记忆力突然下降5天。

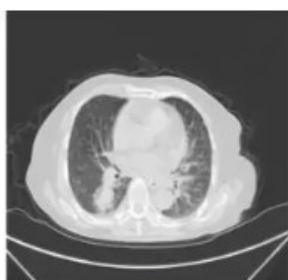
5天前,患者家属发现其反应迟钝、记忆力突然下降,伴计算能力下降,症状持续不缓解,遂陪同其来到郑州市中心医院卒中中心就诊。就诊时,患者呼之不应,无肢体抽搐,双侧瞳孔等大等圆(直径约3毫米),对光反应迟钝。患者因“急性脑血管疾病”被收治于卒中中心。

近10年,患者出现过3次“发作性意识丧失”,偶尔伴尿失禁,每次持续1分钟后完全缓解,未及时治疗。近1个月,患者体重下降10千克,无“高血压病、冠心病、糖尿病”史。

血常规检查:WBC(白细胞)10.56×10<sup>9</sup>/升,中性粒细胞比值79.8%,CRP(C反应蛋白)11.49毫克/升。

其他生化检查:D-二聚体13.49毫克/升,血葡萄糖7.26毫摩尔/升,视黄醇结合蛋白15.5毫克/升,碱性磷酸酶195单位/升,乳酸脱氢酶422单位/升,胆固醇6.53毫摩尔/升,低密度脂蛋白3.94毫摩尔/升,α-羟丁酸脱氢酶340单位/升,血沉27毫米/小时,同型半胱氨酸19.5微摩尔/升,肌钙蛋白1.60纳克/毫升。

血红蛋白、电解质、肝功能、凝血四项、CK(肌酸激酶)、CKMB(肌酸激酶

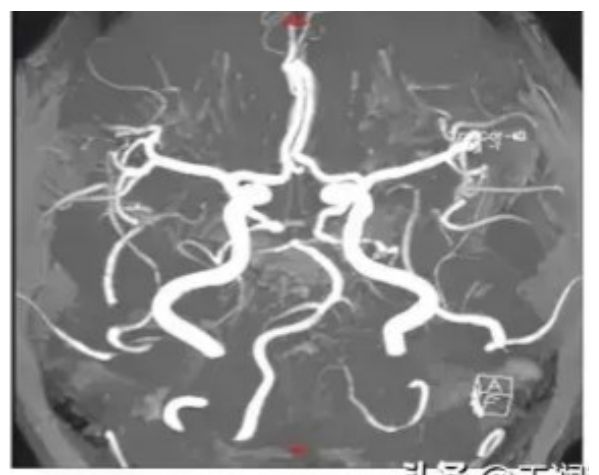


头部MRI(磁共振成像)检查结果提示:双侧小脑半球及双侧基底节及右侧额叶DWI(弥散加权成像)高信号,ADC(表观弥散系数)低信号,FLAIR(液体衰减反转恢复序列)高信号,考虑双侧小脑半球及右侧额叶及基底节等急性脑梗死,以皮层病变为主。脑MRA(磁共振血管成像)检查:右椎动脉劣势。

肺CT检查:右下肺实质性病变,建议做增强CT扫描。

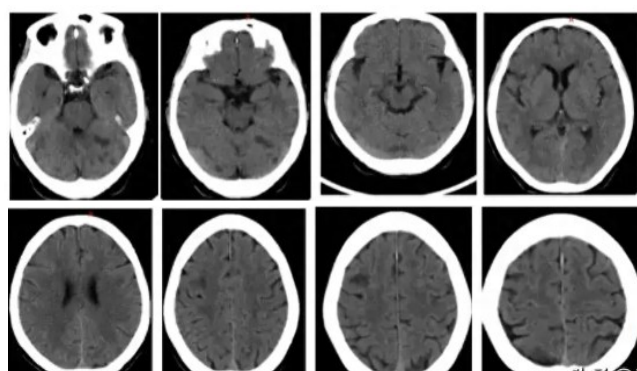
胸部增强CT检查结果提示:1.右肺下叶占位,考虑恶性可能,建议穿刺活检。2.纵隔多发肿大淋巴结,有转移可能。3.左侧髂骨、耻骨及坐骨异常骨质改变,左侧耻骨上支有病理骨折可能,右侧髂骨、骶骨、左侧股骨近端骨质密度增高,以上骨转移待排查,必要时进行PET(正电子发射型计算机断层显像)检查。4.腹膜后、盆腔及双侧腹股沟区多发淋巴结,盆腔左侧淋巴结肿大,右肺上叶微小结节。

淋巴结穿刺活检:发现癌细胞。右肺下叶背段活检:符合腺癌。



脑MRA

## 临床诊断



头部CT

## 诊断思路

1.有恶性肿瘤病史。  
2.D-二聚体的数值为13.49毫克/升,异常升高。CRP等其他生物标志物(一类与细胞生长增殖有关的标志物)明显异常。  
3.MRI-DWI检查提示多血管分布区域梗死灶。  
4.排除颅内外大动脉粥样硬化及其他原因所致的脑梗死。

## TOAST分型

脑梗死患者住院后,医生会根据其临床表现和病因,进行病因分型。根据分型,医生可以迅速进行脑梗死病因诊断、危险因素分层、选择治疗方案、判断各种类型脑梗死的预后。这种分型叫TOAST分型,是由美国学者在治疗急性缺血性卒中时组织开展多中

心临床试验后总结出来的,在多个国家应用广泛。

TOAST分型包括大动脉粥样硬化型、小动脉粥样硬化型、心源性栓塞型、其他明确原因型、其他不明原因型。文中患者的TOAST分型是其他明确原因型,即肿瘤相关性。在卒中领域,特鲁索综合征通常是指先于隐匿性恶性肿瘤或伴随肿瘤出现的脑梗死。

## 影像学特征

DWI检查:急性多发性脑梗死灶累及颅内多处供血区,且大部分病变位于皮层区附近。MRA检查:梗死灶较小,且对应的供血血管管腔未见严重狭窄。MRI增强检查:无强化、非环形。

综上所述,患者被诊断为特鲁索综合征。

## 治疗和预后

## 治疗

1.一般治疗。  
2.静脉溶栓的安全性及有效性等不清楚,故首选低分子肝素抗凝治疗。这是因为低分子肝素能直接抑制白细胞、血小板与肿瘤分泌的黏蛋白配体的结合,而华法林和新型口服抗凝剂只能非选择性或选择性抑制凝血因子。

## 抗肿瘤治疗。

与未患肿瘤的卒中患者相比,肿瘤合并卒中患者的死亡率明显升高。以急性缺血性脑梗死为表现的特鲁索综合征患者,预后较差。(作者供职于郑州市中心医院)

## ■ 临床提醒

前列腺特异性抗原(PSA)是由前列腺上皮细胞分泌的,存在于前列腺上皮组织和精液中。在正常情况下,前列腺细胞是紧密排列的,PSA很难穿过前列腺组织进入血液,只能存在于前列腺上皮组织和精液中。但是,当前列腺发生癌变时,其细胞结构会被严重破坏,使血液中的PSA浓度大幅升高,因此PSA常用来作为前列腺癌的早期预警标志物。

在血液中,10%~20%的PSA以游离形式存在,称为FPSA,其余的PSA以结合形式存在。

近年来,PSA被广泛用于前列腺癌的辅助诊断,是少数器官特异性肿瘤标志物之一。

虽然PSA是前列腺癌的早期预警标志物,但是前列腺癌并不是造成PSA升高的唯一因素。常见的引起PSA升高的因素还有前列腺炎与良性前列腺增生。

随着年龄的增长,前列腺在雄性激素的刺激下会不断增生,因此中老年男性或多或少会存在前列腺增生的问题,而且前列腺体积越大,PSA越高。

长期憋尿、48小时内夫妻同房,或者进行过导尿、膀胱镜检查、直肠的指诊等,也有可能造成前列腺细胞通透性增加,造成PSA偏高。

在检测PSA之前,需要尽可能避免上述情况。如果有以上情况,检测后出现PSA升高的现象,不要紧张,1个月后复查就可以了。

## 从PSA的数值看风险

PSA的正常值在4纳克/毫升以下。如果PSA大于4纳克/毫升且小于10纳克/毫升,则需要用FPSA的数值与总的PSA进行比较,如果两者比值大于0.25,则提示较安全;如果两者比值小于0.16,则提示癌变的可能性高一些。如果PSA的数值大于10纳克/毫升,则认为发生前列腺癌的风险较高,建议进行影像学、穿刺等检查。

在PSA大于4纳克/毫升且小于10纳克/毫升时,建议1个月后进行复查,如果仍然超标,则建议在医生的指导下定期进行复查。如果PSA进行性升高,就要进行影像学检查以及穿刺活检。

(作者供职于郑州大学第五附属医院)

## 相关链接

前列腺癌是发生在前列腺的上皮性恶性肿瘤,是男性泌尿生殖系统最常见的恶性肿瘤。前列腺癌进展特别缓慢,疾病早期不易被发现,临床主要表现为排尿费力、腰痛、尿急、尿频、尿痛等。早期前列腺癌可以治愈,晚期以保守治疗为主。

如果有PSA升高情况,需要进一步做检查。建议到医院做前列腺磁共振检查,以明确是否有占位性病变。如果有占位性病变,可以进一步做前列腺活检,以明确病变的具体类型。即使前列腺磁共振检查没有发现病变,也不能完全排除前列腺癌,建议3个月后进行PSA检查。

前列腺癌的诊断“金标准”是前列腺活检,可以在直肠B超引导下穿刺活检,取组织进行病理学检查,可以发现癌细胞。

确诊后,临床上通常应用Gleason评分(前列腺癌组织恶性程度的一个评分)确定癌细胞的侵袭性(等级),等级越高,说明癌细胞的侵袭性越强。

## 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。

电话:16799911313  
投稿邮箱:337852179@qq.com  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

## PSA升高不一定是前列腺癌

□王平

## 临床病例

## ■ 临床笔记

## 儿童功能性便秘的治疗

□单照茜 宋春兰

5月20日晚上10点多,在河南省儿童医院南院区,一位家长抱着8岁的女儿跑进急诊科。医生一边询问小女孩的症状,一边为小女孩进行详细的体格检查。

患儿母亲对医生说,女儿有便秘的毛病,既往3天~4天排大便一次,排便费力,平常很挑食,喜欢吃肉类、油炸类食物,不喜欢吃蔬菜、水果,给予开塞露灌肠处理后均可成功排出大便,几天前发现女儿的内裤上总有大便,5月20日女儿突然肚子疼得站不起来,并且此次给予开塞露不能排出大便。

医生让患儿做腹部彩超检查。根据彩超检查结果,医生排除了肠梗阻等外科情况,再根据患儿的既往病史,初步诊断是功能性便秘引起腹痛、肛裂,并且大便长期刺激屁股,引起局部皮肤黏膜糜烂。医生立即给予患儿灌肠,促进大便排出。患儿异常痛苦,哭着蹲在卫生间里不愿意排便。医生蹲在卫生间陪着患儿,反复鼓励,指导排便。2个多小时后,患儿成功排出大量粪便,腹痛随之缓解。

## 什么是儿童功能性便秘

便秘是儿童时期常见的消化道症状之一,也是儿科急症常见症状之一,发生率为3%~30%,其中95%以上是功能性便秘。功能性便秘是世界范围内儿童和青少年常见健康问题,通常源于婴儿

期和幼儿期,约1/3的患儿症状可持续至青少年时期,以大便少、硬且排便疼痛为主要临床特征,可伴有大便失禁和腹痛,通常会给患儿及其家长带来很大的心理负担。

## 儿童功能性便秘的危险因素

功能性便秘的主要危险因素有遗传易感性、膳食纤维摄入不足(偏食、挑食、精细饮食)、饮水不足、缺乏运动、心情不佳、缺乏规律的睡眠、应激性事件刺激等。

## 儿童功能性便秘的临床表现

排便异常  
主要临床表现为排便次数减少、排便困难、污便(指非故意弄脏内裤,见于严重便秘。由于大便局部嵌塞,可从干粪的周围不自觉地流出肠分泌物,酷似大便失禁)等,大部分便秘患儿表现为排便次数减少。

## 腹胀、腹痛

便秘患儿还常伴有腹痛、腹胀、食欲不振、排便时哭闹等症状,长期便秘可继发痔疮、肛裂或直肠脱垂。腹痛常常位于左下腹和脐周,热敷或排便后可缓解。腹胀患儿常常合并食欲不振和全身不适,排便或排气后可缓解。

## 儿童功能性便秘的诊断标准

儿童功能性便秘的诊断大多依靠症状和体征,目前尚无关于儿童功能性便秘的统一诊断标准。在国际上,儿童功能性便秘广泛使用的诊断标准为罗马IV标

准,具体如下:

- <4岁的患儿  
至少符合以下2项条件,且持续1个月:  
1.排便≤2次/周;  
2.有粪便过度滞留史;  
3.有排便疼痛或排干硬粪便史;  
4.直肠内有大量粪便团块;  
5.学会自行如厕后大便失禁1次/周;  
6.有排粗大粪便史,甚至可造成抽水马桶堵塞。
- ≥4岁的患儿  
在不符合肠易激综合征诊断标准的前提下,符合以下2项或以上条件,有便秘或大便失禁症状至少每周1次,且持续2个月:  
1.排便≤2次/周;  
2.大便失禁1次/周;  
3.有过度忍受粪便滞留的病史;  
4.有排便疼痛或排干硬粪便病史;  
5.直肠中存在大团粪块;  
6.有排粗大粪便史,甚至可造成抽水马桶堵塞。
- 需要注意的是,在诊断功能性便秘之前需要排除肠梗阻、先天性甲状腺功能减退症、先天性巨结肠等引起的器质性便秘。
- 儿童功能性便秘的治疗  
治疗功能性便秘,适当运动、合理膳食、养成良好的生活习惯

很重要。

## 合理膳食

调整饮食结构。有针对性地调整便秘患儿的饮食结构,增加膳食纤维的摄入,让患儿多吃青菜、薯类、芹菜、菠菜、白菜等膳食纤维含量丰富的食物。可以多吃梅子、梨、苹果,它们所含的山梨醇有助于软化粪便。

## 足量饮水和适量运动

对于功能性便秘患儿,应强调足量饮水。正常儿童每日所需水量为<1岁每千克体重110毫升~155毫升,1岁~4岁每千克体重100毫升~150毫升,4岁~7岁每千克体重90毫升~110毫升,7岁~13岁每千克体重70毫升~85毫升,>13岁每千克体重50毫升~60毫升,并随着季节、气温变化及运动量适度调节。适量运动对于治疗功能性便秘很重要。世界卫生组织建议幼儿每日应保持1小时以上适量运动。对于婴幼儿应鼓励母乳喂养,要适当增加液体的摄入。

## 排便训练

一般安排在餐后30分钟~60分钟,每次5分钟~10分钟比较适合,一般经过1周左右的训练,大多能按要时排便。罗马IV标准建议排便训练开始的时间为27月龄,并要在解除排便疼痛后开始。

要养成良好的排便习惯。

具体方法:每天在规定的时间内到卫生间训练排便,让患儿坐在便盆上,双膝水平略高于臀部,双足着地以使用力,同时让患儿学会排使用力,即呼气后屏气增加腹压来用力排便,要集中注意力,不要摆弄玩具等,反复训练,直至排出大便。在训练刚开始,可能出现排便失败的现象。家长要坚定信心,不要训斥患儿,多耐心劝导。每次成功排出大便后,家长要给予精神上的鼓励或一定的物质奖励。

## 药物治疗

药物干预是治疗儿童功能性便秘的重要手段。微生态制剂能促进有益的微生物生长繁殖,并抑制致病菌生长繁殖,可快速构建肠道微生态平衡,修复、改善肠道功能,在儿童功能性便秘的药物治疗中起到重要的作用。儿童功能性便秘的治疗不是一件容易的事,需要在医生的指导下规范用药,可使用甘油果糖、开塞露等药物,软化粪便,促进胃肠蠕动。功能性便秘是儿童较为常见的胃肠道疾病,家长需要提高对该病的认识。儿童功能性便秘的治疗是一个综合治疗的过程,家庭教育、生活习惯、合理膳食等非常重要。(作者供职于河南省儿童医院)