

白细胞  $11.6 \times 10^9/L$ , 中性粒细胞 64%。尿常规结果: 镜下白细胞 2~3 个, 尿蛋白消失。入院第四天, 患儿无发热, 皮肤疼痛消失, 无新的疱疹出现, 全身呈痂皮样改变, 无烫伤样创面, 眼睑缘无脓性分泌物, 口唇放射状皲裂消失。尿量及尿色均正常, 能自己进食, 食量较前明显增加。停用脂肪乳及氯化钾, 给予维生素 E 及维生素 AD 丸口服。入院第六天, 体温正常, 全身表面大部分痂皮脱落, 眼睑缘无脓性分泌物, 口唇皲裂消失, 表皮完全脱落, 呈现正常皮肤, 心肺无异常。病情已经基本好转, 明日出院。随访一个月, 患儿无任何不适。



### 3 讨论

金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征的治疗主要是应用抗生素治疗。患儿入院后, 及时给予阿莫西林舒巴坦钠静脉滴注, 使炎症得以控制。同时给予维生素 C 注射液及 10% 葡萄糖酸钙注射液静脉滴注以减少渗出, 有利于创面的愈合。患儿就诊时由于口周疼痛, 进食差, 身体消瘦, 给予脂肪乳注射液以补充营养, 增强机体抵抗力。外用康复新液、炉甘石擦剂, 金因肽以达到消炎、促进表皮生长的作用。以上药物联合应用一周, 患儿病情好转。

本病起病急, 发展迅速, 病情严重, 可发生败血症、肺炎等严重并发症, 故早期采用足量有效的抗生素是治疗的关键。因本病少见, 很多临床医师对本病认识不足, 往往导致误诊。本病诊断主要依靠临床表现及抗金黄色葡萄球菌抗体检测, 我院尚未开展此项检测, 只能依靠临床表现进行诊断。所以根据病史及典型皮肤特征(口周放射状皲裂)此病诊断不难, 但应注意与中毒性表皮坏死松解症、猩红热、脱屑性红皮病、大疱性表皮松解症等鉴别, 为减少误诊需掌握本病的特征、详细询问病史、仔细体格检查。

### 参 考 文 献

- [1] 王光超. 皮肤性病学. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 90.
- [2] 孟宪萍, 孟淑英, 项志风. 金黄色葡萄球菌烫伤样皮肤综合征 42 例分析. 临床儿科杂志 2006 24(8): 628.

## 脑死亡 TCD 的诊断价值

郭秀梅 张亚朋

**【摘要】** 目的 讨论经颅多普勒在脑死亡患者的应用价值。方法 用 TCD 对几年来 5 例脑死亡患者进行 TCD 监测的总结, 用 4 MHz 和 2 MHz 探头分别检查颈部及颅内大血管。结果 用 TCD 检测大脑中动脉及基底动脉发现震荡波、或钉子波、或无血流。结论 5 例患者中 TCD 检查与 DSA 对照只 1 例不符, 其敏感性和特异性尽管没达到 100%, 但如此高的敏感性和特异性已充分说明可以是脑死亡的一项可靠的辅助检查。

**【关键词】** 经颅多普勒(TCD); 脑死亡; 脑血管造影(DSA)

脑死亡是包括脑干在内的全部技能丧失的不可逆转的状态。临床表现: ①深度昏迷患者对外界环境毫无反应, 无任何自发性运动。②呼吸停止。③脑干反射消失。④脊髓反射可以存在

### 1 资料与方法

共收集脑死亡病例 5 例。第一步先用 4 MHz 探头检测颅外颈部血管: 双侧颈总动脉(CCA), 颈内动脉(ICAex), 颈外动脉(ECA), 锁骨下动脉(SUBA)和颅外椎动脉(VAex); 第二步用 8 MHz 探头检测双侧滑车上动脉(STRA)或用 2 MHz 探头检测眼动脉(OA)和颈内动脉虹吸段(SCA); 第三步: 用 2

MHz 探头经颞窗和枕窗检测颅内血管: 双侧大脑中动脉(MCA), 大脑前动脉(ACA), 颈内动脉末端(TICA), 大脑后动脉(PCA), 椎动脉颅内段(VA), 基底动脉(BA)。

### 2 结果

以上病例通过 TCD 检查均有不同程度的改变。①震荡波: 多见于开放性脑损伤伴急性增高颅内压增高所致的脑死亡患者, 而慢性颅内压增高的患者不一定出现该频谱。震荡波典型频谱是收缩期正向舒张期反向, 但反向的舒张期血流频谱形态变化很大, 可以整个舒张期反向、或舒张早晚期反向而舒张中期正向。②钉子波: 见于各种原因所致脑死亡患者, 表现为收缩早期非常小的针尖样血流, 整个舒张期无血流信号。③无血流: 指颅内血管未检测到脑血流, 常见于病程相对

较长的非外伤性或占位原因所致的脑死亡,如感染和中毒等,但应注意由于颞窗欠佳等原因所致的无血流,所以一定查多条血管或用多种手段。

### 3 讨论

脑死亡的定义是脑干死亡,如果基底动脉检测到脑死亡的特征性 TCD 频谱,说明脑干血流停止,但危重病的 TCD 检测中,对基底动脉的检测常会遇到很多困难,由于多数情况下前后循环脑血流的停止是基本一致的,也可以用前循环的血流频谱改变来判断全脑血流,但是经颞窗检测不到血流时,必须增加眼窗和枕窗的检查。DSA 是判断脑血流停止的金指

标<sup>[1]</sup>,应用上述 TCD 脑死亡频谱判断脑血流停止与 DSA 的对照研究发现,在 5 例病例中,符合脑死亡临床标准患者 4 例,只有 1 例 TCD 与脑灌注不符。尽管 TCD 不是诊断脑死亡的金指标,尽管其敏感性和特异性未达到 100%,但如此高的敏感性和特异性已充分说明它可以作为临床脑死亡的一项可靠的辅助检查。

### 参 考 文 献

- [1] 高山,黄家星. 经颅多普勒超声(TCD)的诊断技术与临床应用. 北京:中国协和医科大学出版社,2004:364-370.

## 中西医结合治疗低颅压综合征 1 例

杨发浩 卢先树

我们联合中医科于 2010 年采用中西医结合方法治疗低颅压综合征一例,取得良好疗效,现报告如下。

### 1 临床资料

患者,男,36 岁,2010 年 5 月 10 日初诊,渐发站立性头痛半月入院。以枕颈部头痛为主,站立或抬头时头痛加重,平卧或头低脚高位时头痛缓解或消失。无恶心、无呕吐、无抽搐、无眩晕。

既往史:平常爱出汗。PE:T 36.7℃,R 20 次/min,P72 次/min,BP120/80 (mm Hg),神清,语利,颅神经(-),颈软,四肢肌力 V 级,肌张力正常,感觉(-),双侧克氏征(-)。入院后侧卧位腰穿查脑脊液无色清亮,滴速 30 d/min,脑脊液常规加生化正常,武汉大学人民医院头颅 MRI 示脑沟变浅。诊断为低颅压综合征。

### 2 治疗

嘱患者卧床休息,多饮水,静脉滴注 0.9% 氯化钠注射液 2000~3000 ml/d,低分子右旋糖酐 250~500 ml/d,地塞米松 5~10 mg/d。再加中药方(在辨证的基础上)葛根 30 g,白芍 20 g,生姜 9 g,当归 20 g,姜黄 20 g,全蝎 20 g,白芷 20 g,丹参 20 g,桂枝 12 g,炙甘草 9 g,大枣 10 g,川芎 20 g,三七 30 g,僵

蚕 10 g,玄胡 20 g,每日 1 副,煎取约 500 ml,分 3 次温服,连服 7 日。5 月 20 日复诊,头痛完全消失,汗症有所减轻,继续口服中药方 7 副,知母 15 g,黄柏 10 g,生地 15 g,丹皮 15 g,泽泻 15 g,山药 15 g,茯苓 15 g,太子参 10 g,麦冬 10 g,五味子 10 g,浮小麦 50 g,煅龙 50 g,牡蛎 30 g,全蝎 20 g,僵蚕 10 g,山茱萸 10 g。6 月 1 日复诊,诸征皆消,再服 6 副,巩固疗效。

### 3 讨论

低颅压综合征是由各种原因引起的侧卧位腰部蛛网膜下腔的脑脊液压力在 60 (mmH<sub>2</sub>O) 以下,以站立性头痛为特征的综合征。低颅压综合征一般是由于脑体积的减少,脑脊液的减少或脑内血流量的减少,形成颅内总的体积减少而使颅压下降造成的。笔者认为患者低颅压考虑为出汗较多致脑内血流量减少有关。

中医理论认为,低颅压综合征属于传统中医学“头痛”范畴。通过辨证,低颅压综合征多为脾胃虚弱,中气不足,清阳不升,浊气不降,清窍不利,故有头痛、眩晕、耳鸣。人参、黄芪、炙甘草健脾益气;葛根升举阳气,引清气上行;黄柏清热泻火;白芍养阴。

一般认为,西医治疗低颅压作用快,症状很快可以缓解,中医作用慢,但疗效持久。该方案结合了我国传统中医学对低颅压治疗的优势,也符合国家对中医扶持的精神,值得推广。

作者单位:437200 湖北省嘉鱼县人民医院神经内科(杨发浩),  
中医科(卢先树)

## 简易腹膜透析治疗高钾血症 1 例

郭远君

【关键词】 高钾血症;简易腹膜透析

高钾血症是临床上常见的电解质紊乱现象。血清钾高于 5.5 mmol/L 主要引起神经、肌肉及心脏的症状、心电图有典型改变。血钾过高可引起死亡,故属于内科急症,应及早发现,及早治疗。常见病因:①肾排钾减少 a. 急性肾衰竭少尿期或慢性肾衰竭晚期。b. 肾上腺皮质激素不足,如 Addison

病,低肾素性低醛固酮症,α1-羟化酶缺乏症。c. 保钾利尿剂长期应用。②细胞内的钾移出 a. 溶血,组织损伤,肿瘤或炎症细胞大量坏死,组织缺氧,休克,烧伤,肌肉过度挛缩等。b. 酸中毒。c. 高血钾周期性麻痹。d. 注射高渗盐水及甘露醇后,由于细胞内脱水,改变细胞膜的渗透性或细胞代谢,使细胞内钾移出。③含钾药物输入过多。④输入库存血过多。⑤洋地黄中毒。治疗方法 a. 口服或直肠灌注离子交换树脂。

作者单位:723213 陕西省汉中城固县崔家山镇陕飞医院