

耳的功能也受到程度不同的影响,这类病例即使行鼓室成形术也不能改善听力,往往要借助于助听器来改善听力。可是,助听器不能将语言这个极其复杂的波形音忠实地传入耳内,而且使用时有不快感、压迫感及疼痛感,操作也很麻烦。如要想充分地听取外界音响,就需要提高音量,此时出现烦人的发音音。为了解决助听器的上述不足点,日本开发了人工中耳。

人工中耳将外界音传给植入在耳内的振动子,振动子又直接振动镫骨,将音直接传到内耳。振动子完全可以按传入音的波形振动传给内耳,因此非常复杂的音也可以很清晰地听取。人工中耳的寿命在十年以上。

人工中耳适应于因慢性中耳炎及其后遗症而使听力严重丧失的病人,即曾行过鼓室成形术,但听力仍没有改善者;镫骨活动不良的鼓室硬化症及耳硬化症,咽鼓管闭锁或狭窄者;感音器官功能障碍轻而又不是进行性混合性耳聋者。原则上适用于内耳的功能正常或中等度障碍(语言听阈的骨导听力值在0~30dBHL范围内)者。

任重 供稿

脑死亡诊断的新标准

1974年日本脑波学会制定了脑死亡诊断标准,然而由于此标准仅限于由脑部原因引起的病例,现已不适用。

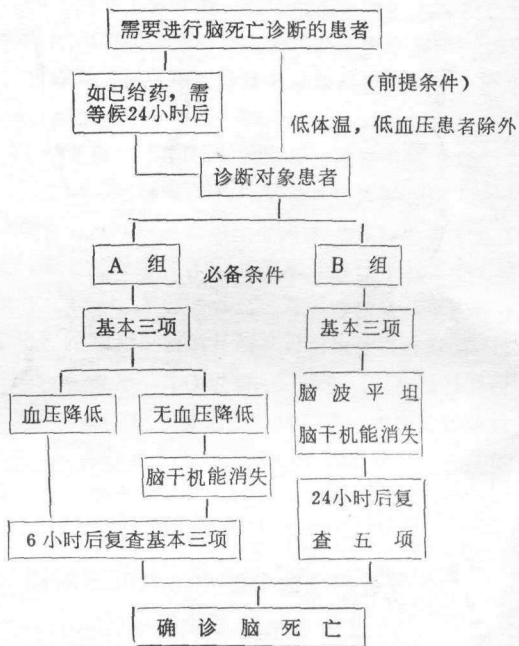
大阪大学附属医院脑死亡研究委员会最近公布了自己的诊断标准,这个新标准对于原定标准的改革具有重要作用。

新标准将急性脑外伤、脑肿瘤等脑自身病变划为A组;将药物中毒、全身性感染等脑外原因间接引起的脑病变划为B组。在诊断脑死亡时,按照A、B组各自的诊断项目检查,并登记在专用表格上。具体检

查程序为,A组:①自主呼吸停止,②瞳孔放大,③通过眼、耳反应等4种检查,确定脑干反射消失。此三项是A组确诊的必备条件,以后如出现血压急骤降低6小时后复查①②③项,如无变化,即可诊断为脑死亡。在未出现血压急骤降低时,如通过声音刺激或脑血管造影确定脑干机能已消失者,6小时后复查①②③项,如无变化,即可诊断为脑死亡。B组:在上述基本三项上增加脑电图脑波平坦,声音刺激脑干机能消失二项。这5项是B组确诊的必备条件。24小时后复查①②③④⑤项,如无变化即可诊断为脑死亡。

总之,A、B组均将脑和脑干两方面机能消失诊断为脑死亡。

脑死亡诊断程序



京都新闻 1984.6.23

陈小平 摘译