

3×2cm之紫褐色肿块,表面有一1×0.5cm之破口,活动性出血,遂行右侧卵巢楔形切除术,检查切口之组织,以凝血块为主,血块下见一黄体,肉眼未见胚胎组织,病理检查见胎盘绒毛及蜕膜组织符合卵巢妊娠。

## 2. 讨论

卵巢妊娠极为罕见,尤其在未使用IUD者,其发病率与正常妊娠的比例为1:2500—15000,而发生于应用抗早孕药物的病例更是微乎其微。经查阅有关文献资料,尚未见有此报导。本病例卵巢妊娠破裂是否与用药有关系,有待进一步探讨。

米非司酮片商品名为含珠停,化学名:11<sup>13</sup>[4—(N,N—二甲氨基)]—17B—羟基—17<sup>2</sup>—(1—丙炔

基)—雌甾—4.9—二烯—3—酮,其与米索前列醇序贯合并使用,可满意地终止早孕,其服用方法简单,无创伤,痛苦小,但应用时有其适应症及条件:①要排除异位妊娠的可能,这就需要详细询问病史,尤其要注意有人工流产史,置宫内节育环者,而且不能单纯依靠尿HCG阳性就断定为宫内孕;其次要做详细的妇科检查。②服药地点:必须在具有急诊刮宫手术,输液输血条件的医院使用。③服药后观察时间:由于80%的患者在服米索前列醇后6小时内排出绒毛及胚囊,做服药后通常要在医院观察6小时,如出现不全流产大出血,立即清宫;而出现急腹症应尽早行后穹窿穿刺,必要时腹腔镜检或剖腹探查,本病例为我们敲响了警钟,服药切勿大意!

# 依据脑电图电沉默评估脑死亡一例探讨

海南省人民医院脑电图室(570311) 符 庆

脑电图电沉默,是指脑电图反复观察2微伏以上的振幅缺乏。它主要是由于脑损伤部的神经元机能完全丧失死亡或高度抑制时,因该处脑组织无任何电活动,脑电图产生平坦型称为电沉默。对于临床上疑有脑死亡情况下,进一步利用脑电图检查确是一项重要的诊断手段,它常用于以昏迷、自主性呼吸停止和脑干反射消失作为主要表现的严重脑损伤患者。

脑电图电沉默在诊断脑死亡的价值,许多国内外专家都持肯定的意见,对于诊断脑死亡虽然都有各自的标准,但大体上均为大同小异。

所谓电沉默脑电图系指脑电图标准增益在100MV/10mm时,未应用任何低温和麻醉药物,且在记录时给予强烈的皮肤痛刺激后,均不引起脑电反应,脑电图在30'钟记录中均呈一平线者,以下举一病例以说明:

男患,47岁。急性脑挫裂伤,术后三天病人仍处于深昏迷状态,对强烈的刺激无任何反应,无任何自主运动(包括呼吸运动)角膜反射和瞳孔对光反应也都消失,巴彬斯基氏征未引出,四肢体深反射也均消失。

我们采用日本光电7314型14导脑电图仪记

录,采用银质盘状头皮电极,以松紧帽固定,导联方法按照国际10/20系统电极安置法,采用单极导联描记如:FP<sub>1</sub>—A<sub>1</sub> FP<sub>2</sub>—A<sub>2</sub> F<sub>7</sub>—A<sub>1</sub> F<sub>8</sub>—A<sub>2</sub> T<sub>3</sub>—A<sub>1</sub> T<sub>4</sub>—A<sub>2</sub> T<sub>5</sub>—A<sub>1</sub> T<sub>6</sub>—A<sub>2</sub> C<sub>3</sub>—A<sub>1</sub> C<sub>4</sub>—A<sub>2</sub> P<sub>3</sub>—A<sub>1</sub> P<sub>4</sub>—A<sub>2</sub> O<sub>1</sub>—A<sub>1</sub> O<sub>2</sub>—A<sub>2</sub>,时间常数0.3/s,滤波15HZ,增益10MV/mm,走纸速度15cm/s,描记时间为30'钟,脑电图自始至终表现为均呈一平线,振幅<2微伏,提高增益记录,脑电图仍无改变。病人在出现电沉默18小时后死亡。因此,我们认为出现电沉默以及结合上述各种神经系统的检查,对诊断脑死亡是具有一定的临床价值。

也有资料报道,在出现电沉默脑电图的前一天有出现一种特殊类型的脑电图,主要表现为一阵高电位爆发的Q或S波,然后出现低平脑电图,持续6—10秒左右,再次有类似的慢波爆发,这种脑波称之为爆发——抑制脑电图。这类脑电图的出现预后也不佳,也可能是电沉默脑电图的预兆。

因此,我们认为临床上无任何自主运动(包括呼吸运动)全部脑干反射消失,再加上电沉默脑电图的出现,是否可确定为脑死亡,有待于进一步的探讨。

(收稿日期:1995—02—14)