

宫,若恶心呕吐严重者加内关;结果:20 例患者中,治愈 15 例,好转 4 例,无效 1 例,总有效率为 95%。结论:针灸与高压氧结合的方法治疗美尼尔氏病,既发挥针灸治疗局部取穴开窍、熄风、升阳的作用,同时高压氧又能改善内耳微循环,能显著提高疗效。

关键词 高压氧;针灸;美尼尔氏病

中图分类号: R 459.6

文献标识码: B

文章编号: 1673—6567(2011)01—0071—02

临床资料

1 一般资料:25 例患者均为我院门诊病人,其中男 8 例,女 12 例;年龄最小 26 岁,最大 65 岁;病程最短 1 天,最长 4 年。有自身或周围物体的旋转感或摇摆感,常突然发作,持续时间一般不超过 2 周~3 周,但可复发;多伴有恶心、呕吐、出汗等植物神经系统症状;前庭性眼震多为水平性,眩晕与眼震程度相称;多伴有感音性耳聋及高调性耳鸣,前庭功能检查示前庭功能减退,前庭反应协调。

2 治疗方法:所有患者均采用高压氧配合针灸。所有患者均在高压氧舱内接受治疗,治疗压力(0.2 MPa),开始吸氧即针刺百会穴,横刺 1 寸,捻转得气后每隔 5 分钟~10 分钟行针 1 次,留针 30 分钟。起针同时摘下面罩吸空气 10 分钟,再戴面罩吸纯氧 30 分钟后减压 30 分钟至常压出舱。每天治疗 1 次,10 次为 1 个疗程,1 个疗程后观察结果。若恶心呕吐甚者加内关;耳鸣耳聋为主者加中渚、听宫。

3 结果:(1)疗效标准。治愈者病因解除,眩晕及其他症状消失,停止治疗后观察无复发;好转者病因基本消除,眩晕等主要症状明显改善,或眩晕等主要症状消失,但停止治疗后偶有轻度复发;无效者治疗后症状无改善。(2)疗效观察。25 例患者中,治愈 15 例,好转 4 例,无效 1 例,总有效率为 95%。

4 典型病例:病例 1:李某,女,45 岁,2005 年 7 月 2 日就诊。主诉:眩晕伴胸闷恶心 1 天。现自觉头重脚轻,身体向一侧倾倒,站立不稳,头额胀重,胸闷,恶心呕吐,食欲不振。3 年前有同样病史,查体:有水平性眼震,呈快相,舌苔白腻,脉濡滑。诊断为美尼尔氏病,采用上法施治,每天 1 次。治疗 5 次后,眩晕好转,头脑清醒,行动自如。继续治疗两次后,所有症状均消失。1 个疗程后停止治疗。1 年后,予以前法巩固治疗 1 个疗程后,再无眩晕。随访至今,眩晕未复发。病例 2:王某,男,32 岁,2001 年 4 月 20 日就诊。自诉:头晕、头痛、耳鸣 1 周。患者于 1 周前因生气而眩晕突然发作,头晕目眩,伴

有头痛,耳内轰鸣,心烦夜不能寐。查:目赤面红,旋转性眼震,听力无障碍,舌红苔黄,脉弦数有力。诊断为美尼尔氏病,属中医眩晕,肝阳上亢型。采用上述办法治疗,每天 1 次。治疗 3 次后,眩晕消失,头痛、耳鸣减轻。1 个疗程后诸症消失,停止治疗。随访 3 年无复发。

讨 论

美尼尔氏病属中医"眩晕"范畴,该病系由突然发作的非炎性迷路病变引起的一种眩晕。其发病原因一般认为由变态反应、水盐代谢紊乱或内耳血管管挛导致淋巴液分泌过多或正常吸收障碍,而产生内耳膜迷路的水肿。中医有脑为"清阳之府"之说,并认为本病为痰湿中阻,肾阴亏耗,肝阳上亢,清阳不升所致。百会穴为手足三阳、督脉之会,针刺百会穴有开窍宁神、平肝熄风、升阳固脱之效^[3]。

高压氧治本病可以使血氧、组织氧含量增加,氧弥散距离增加,改善了缺血、缺氧的内耳血液循环障碍^[1];颈动脉收缩,减轻内耳渗出及水肿,有利于淋巴正常循环;椎动脉系统血流量增加,有利于改善椎基底动脉供血不全,对中枢性眩晕改善有利;血管成纤维细胞分裂、活动均加速及胶原纤维的形成,有利于新生血管及侧枝循环建立,有利于改善病变区的血液供应。采用针刺百会与高压氧结合的方法治疗美尼尔氏病,既发挥针灸治疗局部取穴开窍、熄风、升阳的作用^[2],同时高压氧又能改善内耳微循环,疗效显著。

参考文献

- [1] 徐志明.高压氧对脑血管病患者血液流变学指标的影响[J].高压氧医学杂志,1995,4(2):20—25.
- [2] 曾燕,梁勋广.从脑功能成像看针刺作用的中枢机制[J].中国针灸,1996,16(5):47.
- [3] 廉玉麟.中国针灸 100 要穴临床妙用[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,2003.37.

(收稿日期:2010—09—29)

7 例脑死亡患者 24 小时 AEEG 与 TCD、BAEP、SLSEP 检测分析

陈艳瑞 周 仁 伏冬梅 李文清

(大庆龙南医院物理诊断科—齐齐哈尔医学院第五医院物理诊断科, 黑龙江 大庆 163453)

摘 要 目的:探讨 24 小时动态脑电图(24 小时 AEEG)在脑死亡判定中的临床应用价值。方法:回顾分析我院收治 7 例深昏迷患者 24 小时 AEEG 与 TCD(经颅多普勒超声)、BAEP(脑干听觉诱发电位)、SLSEP(正中神经短潜伏期体感诱发电位)检测情况,并对资料进行分析整理。结果:24 小时 AEEG 监测示为 2v 以下脑电活动,均为广泛重度异常动态脑电图。结合 TCD、BAEP、SLSEP 检测结果,最终临床判定脑死亡,终止临床治疗。结论:24 小时 AEEG 对脑功能的早期判定、预后及"脑死亡"判定具有重要参考价值,结合 TCD、BAEP、SLSEP 检测可以弥补临床判定技术上的不足,更准确地对脑死亡进行判定。

关键词 24 小时 AEEG;TCD;BAEP;SLSEP;脑死亡;判定

中图分类号: R 651

文献标识码: B

文章编号: 1673—6567(2011)01—0072—02

"脑死亡"又称昏迷过度或不可逆昏迷,是指在排除低温和麻醉药物等影响因素,虽维持了心跳,但包括脑干在内的全脑功能却将永不恢复,最终还是趋于死亡。随着 24 小时动态脑电图的临床应用,其在"脑死亡"判定中的诊断价值更具意义。现将我院于 2007 年 9 月~2009 年 12 月收治的 7 例心肺复苏后深昏迷患者进行的 24 小时 AEEG 监测及 TCD、BAEP、SLSEP 检测结果和分析报告如下。

EP、SLSEP 检测结果和分析报告如下。

资料与方法

1 一般资料:本文 7 例患者,男 4 例,女 3 例。年龄在 30~80 岁之间,平均 51.3 岁。1 例有心脏疾病、哮喘病史。致病原因:手术意外 2 例,其中 1 例为乙型肝炎病毒携带者。

失血性休克, 1 例脑肿瘤摘除术后诱发脑疝昏迷, 1 例患者高龄(80 岁)心脏支架术后合并肺内感染、哮喘; 醉酒后食物反流呛入气管引起窒息经抢救而转归植物状态 2 例; 药物过敏性休克 1 例; 不明原因心脏骤停 1 例。

临床表现: 发病即出现心脏骤停者 5 例(77%), 另 2 例为术后 8~48 小时内出现心脏骤停(23%)。经心肺复苏后 6 例心跳恢复, 1 例安置心脏起搏器后恢复心跳, 都用呼吸机辅助呼吸。根据广义的临床昏迷分类与分级标准^[1], 均为深昏迷。

影像学检查: 术前 1 例 B 超检查: 子宫肌瘤

2 检测方法: 回顾分析我院收治 7 例不同病因所致深昏迷患者情况, 并对资料进行分析整理。采用北科公司便携式 MB8500 数字动态脑电图记录仪, 按照国际 10/20 系统放置盘状电极, 以火棉胶固定。行单极 19 导联床旁(2 次或多于 2 次)24 小时 AEEG 描记。

结 果

TCD 检测结果: 2 例(23%) 患者出现震荡波; 5 例(77%) 患者血流信号消失, 且 MCA 净血流速 $<10\text{cm/s}$ $\text{DFI} \leq 0.8$ 符合脑死亡判定标准。

BAEP 检测结果: 6 例(86%) 患者各波均消失, 1 例(15%)I 波以外各波均消失, I 波波幅减低。

SLSEP 检测结果: 7 例患者(100%)各波均消失。

24 小时 AEEG 结果显示: 其中 2 例患者昏迷 24 小时动态脑电图监测示背景活动为 20 μV 慢活动; 1 例患者昏迷 48 小时监测示背景活动为 2~7 μV 慢活动; 4~5 天监测示背景活动为 2~7 μV 慢活动; 昏迷 8~11 天时监测示为低于 2 μV 的平坦波(即等电位)。根据黄远桂诊断标准^[2], 均为广泛重度异常动态脑电图。如表 1。

表 1 24 小时 AEEG 结果显示

	子宫肌瘤术后 (1 例)	脑肿瘤术后 (1 例)	心脏支架术后 (1 例)	酒后窒息 (2 例)	药物过敏 (1 例)	不明原因 (1 例)
24 小时内监测	20 μV 慢活动	—	25 μV 慢活动	—	—	—
48 小时监测	—	15 μV 左右	—	—	—	—
4 天监测	7 μV	—	—	—	2 μV 左右	—
5 天监测	3.7~5 μV	2 μV 左右	—	7 μV 左右	—	2.5 μV
8 天监测	2 μV 左右	—	$<2\mu\text{V}$	—	—	—
11 天监测	$<2\mu\text{V}$	$<2\mu\text{V}$	—	$<2\mu\text{V}$	$<2\mu\text{V}$	—

此时患者临床自主呼吸停止(临床呼吸停止试验(+))性, $\text{PaCO}_2 \geq 60\text{mmHg}$ 或超过基线 20mmHg)、昏迷全无神经反应、瞳孔散大、所有反射(瞳孔对光反射、角膜反射、睫脊反射、头眼反射、眼前庭反射、吞咽反射、咳嗽反射、自发运动、肢体位置反射等)均消失。结合 TCD、BAEP、SLSEP 检测结果。最终临床判定脑死亡, 终止临床治疗。

讨 论

上述 7 例患者均因不同病因而使脑组织受到严重的缺血

缺氧, 导致脑细胞水肿、坏死。有文献报道^[3], 全脑缺血 20 分钟左右, 脑仍可能存活。导致脑死亡的重要原因是脑循环重建后血流再灌注损害, 进一步使大脑缺血缺氧部位结构受到破坏, 从而脑功能障碍, 加速了脑细胞的死亡。随着昏迷时间的延长, 各器官功能也逐渐衰退, 从而更加速了脑细胞的缺血缺氧、水肿、坏死。而脑组织功能的丧失又促进了各器官功能进一步的衰竭。本文 7 例患者除 1 例药物过敏性休克患者第 4 天 24 小时动态脑电监测示为 2 μV 以下电活动外其他 6 例患者在 8~11 天时监测均示为低于 2 μV 的平坦波(即等电位)。从监测结果可以看出: 昏迷时间的长短和致病因素及各器官脏器功能与脑功能受损程度都存在着相辅相成的关系。随着病程进展, 动态脑电图监测显示脑电活动从 20 μV 左右慢活动逐渐降低至低于 2 μV 的平坦波。结合 TCD、BAEP、SLSEP 检测结果, 根据周昌贵脑死亡的判断标准及临床诊断标准^[4]及脑死亡判定标准(成人)^[5], 7 例患者最终判定为“脑死亡”, 临床终止治疗。

综上所述, 脑电图确定脑死亡的价值已被肯定, 而 24 小时动态脑电图以其便携、动态连续 24 小时描记的特点, 恰符合脑死亡判定中的“脑电活动消失, 即无 2 μV 以上的脑电活动, 24 小时内监测结果相同”的描记条件, 则更优于普通脑电图检查, 对脑功能的早期判定、预后及“脑死亡”判定具有重要参考价值; 由于脑死亡的判定隐含着严肃的法律问题, 故本组 7 例患者均经 2 次以上的监测。24 小时 AEEG 持续电静息记录能客观地反映大脑皮质的功能, TCD 检测脑血流信号的存在, BAEP、SLSEP 客观地反映脑干及各级神经损害情况, 三者结合在技术上相互弥补, 更保守、安全和可靠客观地评价脑功能状态, 不仅作为脑死亡法律层面的事实证据, 也为病人家属减轻了精神负担及经济负担, 尤其对临床器官移植的开展和研究有着更深远的意义。

参考文献

- [1] 张基谟. 昏迷的基础与临床[M]. 上海科学技术出版社, 1985. 122~125.
- [2] 黄远桂, 吴声伶. 临床脑电图学[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 1984. 219.
- [3] 吴和平, 郑朝新, 傅南安. 脑复苏[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1993. 112~139.
- [4] 周昌贵. 临床脑电图手册[M]. 四川辞书出版社, 1987. 216~263.
- [5] 卫生部脑死亡判定标准起草小组. 脑死亡判定标准(成人)(修订稿), 2009. 6(4). 220.

(收稿日期: 2010-09-27)

中药注射剂不良反应原因与对策

王桂芝¹ 胡海涛² 董大伟³ 张特立³ 高 健³

(1 大庆市人民医院临床药学部, 黑龙江 大庆 163316; 2 大庆市药品检验所; 3 大庆市人民医院药剂科)

摘 要 目的: 了解中药注射剂不良反应 ADR 的发生情况及相关因素, 从药物、机体及生产 3 个方面探讨其发生的原因、机理, 对不良反应的预防提出几点建议, 为临床使用中药注射剂提供参考。结论: 提倡中药采取口服途径给药, 慎用中药注射剂, 加强对中药注射剂 ADR 的监测和相关研究, 提高临床用药的安全性。

关键词 中药注射剂; 不良反应; 安全性