

脑脊液置换术 32 例临床分析

关启印 秦远文 郝春波
(北京市顺义区中医医院 北京 101300)

关键词:蛛网膜下腔出血;脑出血;脑脊液置换术;临床分析

中图分类号:R 743.45

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0063-02

蛛网膜下腔出血(SAH)是神经内科临床上常见病、多发病之一。据文献报道,SAH 后脑血管痉挛(DCVS)发生率在 30%~50%,于 SAH 后 3~4d 发生,于第 2 周达高峰,一般需 3 周左右的恢复过程^[1],随着时间的推移,部分红细胞随着脑脊液(CSF)进入蛛网膜颗粒,使其堵塞,引起 CSF 的吸收减慢而致交通性脑积水。原发性及继发性脑室出血临床上也不少见,大量血液集中于第三、第四脑室诸孔附近,影响了脑室内、外 CSF 的循环,大量红细胞聚集形成血凝块,在侧脑室内形成积血甚至铸型,血量多者第三、四脑室可呈铸型,堵塞中脑导水管,可造成阻塞性脑积水。我们采用腰穿行脑脊液置换的方法进行治疗,症状减轻,病死率明显降低,同时也发现此法治疗后 DCVS、蛛网膜粘连、阻塞性或交通性脑积水明显下降。

1 临床资料

1.1 治疗组 本组 32 例,男 17 例,女 15 例。SAH28 例;年龄 36~72 岁,按 Yasargil 分级法:IIIb 级 7 例,IV 级 18 例,V 级 3 例,所有患者均符合中华医学会第四次脑血管病会议确定的诊断标准,脑 CT 显示双侧外侧裂、环池等脑基底池大量积血,腰穿均为血性 CSF;继发性脑室出血 3 例;尾状核出血破入脑室 1 例,丘脑出血破入脑室 2 例,均为脑室内的积血较多,原发灶出血较少;原发性脑室出血 1 例。结果治愈 28 例,死亡 4 例(均在活动时突然昏迷,其中 1 人为继发性脑室出血,随访 5 年内消失。其余 29 例无冠状动脉扩张患儿随访 1~5 年冠状动脉无受损。56 例异常心电图患儿于病程 1 个月内恢复正常者为 44 例,余 12 例在半年~2 年内恢复正常。1 例心脏扩大患儿于 6 个月恢复正常。42 例血小板升高患儿,于 1 个月内恢复正常者 23 例,19 例 2 年内恢复正常。66 例 5 年内随访无复发。

3 讨论

川崎病是以冠状动脉病变为主的小血管炎症,主要累及全身各系统的中小动脉,以皮肤、黏膜、淋巴结受累最常见^[1]。本病多见于 4 岁以内的小儿,为儿童期冠状动脉心脏病的重要病因,也是肝脏损害的病因之一^[2]。现在的研究表明该病的急性期存在明显的免疫失调,在发病的机理上起着重要作用。因此对原因不明的发热,若白细胞增高,特别是中性粒细胞增高,血清免疫球蛋白增高者,或有颈和(或)颌下淋巴结肿大,排外化脓性感染以及多形性皮疹,就应考虑本病。此外病程中出现手、足硬肿,双眼结膜充血,口唇潮红皲裂以及杨梅舌即可确诊。对疑诊患者应进行观察,经确诊后,应劝说病人及早做心脏彩超,因为通过彩超观察血管形态以及对冠状动脉的检查,能发现川崎病的冠状动脉早期病变。对不明原因发热,抗生素治疗无效,且具备 2~3 项主要诊断标准者,争

出血者)。经腰穿脑脊液置换后,血压、头痛、颈强、意识状态均明显改善。

1.2 对照组 19 例,男性 10 例,女性 9 例(其中 1 例为原发性脑室出血,量少痊愈)。在 18 例 SAH 中,有 2 例 CT 未见异常,腰穿为血性 CSF;按 Yasargil 分级法:均在 II a~IV 级。结果治愈 14 例,死亡 5 例(其中 2 例分别于第 14 天、第 18 天突然昏迷,呼吸、心跳停止;1 例于第 3 天脑疝,腰穿证实为再出血;2 例于第 5 天、第 8 天出现癫痫持续状态而后死亡)。

以上 2 组均使用尼莫地平注射液及甘露醇注射液静脉滴注。

2 操作方法

病人取侧卧位,选腰椎 3-4 或 4-5 椎间隙,常规消毒,铺巾,局部麻醉;用 9 号腰穿针垂直进针,待有血性脑脊液流出时,用针芯来控制流出速度,慢慢地放出脑脊液 5mL,缓慢地推注 0.9%氯化钠注射液 5mL,反复置换多次。每次置换量在 5~10mL,不宜大于 10mL,以免诱发脑疝;每次置换总量在 80~100mL,总流出量大于推注量 5mL,推注地塞米松注射液 5mg,以预防蛛网膜粘连。最后拔出腰穿针,外用无菌酒精纱布固定。隔日 1 次。自发病始,14d 内均可采取此方法。

3 结果

治疗组 32 例病人,头痛持续时间平均为 7d,而对照组为 16d;颈强持续时间为 10d,而对照组为 22d。2 组相比有显著差异,在病程 1 周内作心脏彩超。静脉点滴大剂量丙种球蛋白可以控制症状,特别是可以控制冠状动脉血管的扩张,对冠状动脉瘤的缩小起着重要作用。本组冠状动脉血管病变,经大剂量丙种球蛋白治疗后,冠状动脉扩张都有好转,冠状动脉瘤都缩小。近年不典型川崎病有逐渐增多的趋势,有些只有 2~3 条主要症状,但有典型的冠状动脉病变,多见于婴儿。对冠状动脉的早期干预,可以减少儿童期心脏病的发生^[3]。川崎病是小血管炎症,可累及全身血管。全身其它血管炎经阿司匹林、潘生丁等治疗后可以痊愈,但冠状动脉病变却难以控制,而且这是小儿时期冠状动脉心脏病的重要病因。因此应进行长期随访,通过长期随访,合理用药,可以减少冠状动脉病变的发展,降低儿童期心脏病的发生,对川崎病患儿的生存质量将有重大的提高。

参考文献

[1]吴瑞萍,胡亚美,江载芳.诸福堂实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.687~693
[2]王慕逖.儿科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2003.188
[3]Newburger JW,Takahashi M,Beiser AS,et al.A single intravenous infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome [J].New Engl J Med,1991,324(23):1 633~1 639

(收稿日期: 2006-03-16)

利胆驱蛔汤治疗胆道蛔虫症 33 例

万国华

(江西省南昌县向塘镇中心医院 南昌 330201)

关键词:胆道蛔虫症;利胆驱蛔汤;中西医结合疗法;硫酸镁;654-2

中图分类号:R 657.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0064-02

根据胆道蛔虫症的特点,本人采用自拟方利胆驱蛔汤用于治疗胆道蛔虫症,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

运用利胆驱蛔汤共治疗胆道蛔虫症 33 例,所有病人治疗前后均采用 B 超检查确诊。其中男 15 例,女 18 例;年龄最小者 16 岁,最大者 57 岁,平均 31 岁;24h 内就诊者 27 例,24h 以上就诊者 6 例;首次发作者 24 例,第 2 次发作者 8 例,第 3 次发作者 1 例。

2 治疗方法

患者经口服食醋、硫酸镁,肌注 654-2 或阿托品、度冷丁等治疗 6~8h 后蛔虫仍在胆道者,运用自拟方利胆驱蛔汤治疗。利胆驱蛔汤的药物组成:乌梅 20g,蜀椒 10g,细辛 5g,槟榔 10g,玄胡 12g,川楝子 10g,茵陈 30g,柴胡 10g,白芍 10g,枳壳 10g,法半夏 10g,黄连 3g,黄芩 10g,生大黄 20g(用药汁泡服)。每日 1 剂,水煎 2 次,分 2 次口服,蛔虫排出胆道后停药。

3 结果

患者口服利胆驱蛔汤后,1~2d 内蛔虫排出胆道者 12 例(占 36.4%),3~4d 内蛔虫排出胆道者 16 例(占 48.5%),4d 以上蛔虫排出胆道者 4 例(占 12.1%),无效 1 例(占 3.0%)。在 4d 以内有 84.8% 的患者蛔虫排出胆道,总治愈率为 97.0%。痊愈的判定标准为胆道蛔虫症的主要症状消失和 B 超检查胆道内无蛔虫回声影。

4 典型病例

某男,36 岁,右上腹阵发性剧烈绞痛 16h,无明显诱因。剧痛时右上腹有钻顶感,并伴有大量汗、恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物及酸苦水。疼痛缓解后有右上腹闷胀不适感。B 超检查发现胆总管内有索状回声影,诊断为胆道蛔虫症。经采用喝醋,口服硫酸镁,肌注阿托品、度冷丁等治疗后,阵发性剧烈绞痛缓解,但仍有右上腹痞闷胀痛、恶心、食欲不振,故要求中医治疗。患者身体壮实,舌质红,苔黄厚腻,脉弦。治以利胆驱蛔,行气止痛,清热燥湿解毒。方用自拟利胆驱蛔汤性差异($P<0.05$)。治疗组急性期再出血为 4 例,对照组为 3 例,2 组比较无显著性差异($P>0.05$);DCVS 2 组分别为 0 例和 2 例,差异显著($P<0.01$)。随访治疗组,无交通性及阻塞性脑积水的发生。

4 讨论

经腰穿行 CSF 置换术治疗 SAH 及原发性或继发性脑室出血,可使 SAH 和脑室出血的病死率明显下降,但 SAH 后的 DCVS、脑积水、继发性癫痫等并发症仍是困扰患者生存的重要原因,严重影响了患者的生命质量。尽早地排除蛛网膜下腔或脑室内的血液,可减少红细胞分解后产生的氧合血

汤。

患者服药半小时后,右上腹痛闷胀痛开始逐渐缓解,并且未发生剧烈绞痛。2 剂药服完后症状消失,其间有胀闷突然消失感。复查 B 超发现胆总管内索状回声影已消失。再嘱患者服安乐士杀蛔虫,患者痊愈。

5 讨论

胆道蛔虫症是一种常见病,发病原因很明确,就是由肠道的蛔虫钻入胆道内而引起。此病临床表现开始时主要为阵发性右上腹钻顶样剧烈绞痛,时作时止;继则为右上腹胀痛,甚至出现黄疸、发热。发作时令人痛不欲生,并常伴有呕吐,有的人甚至需用麻醉性镇痛药度冷丁才能止住疼痛;缓解后一如常人。时间一长,有些蛔虫则死于胆道或胆囊内。B 超检查见胆管或胆囊内有条索状回声增高影而确诊。中医药治疗胆道蛔虫症有较好的疗效。笔者认为治疗胆道蛔虫症,主要应掌握以下几方面:

5.1 蛔虫的习性和特点 蛔虫是我们肉眼可见的害虫,有喜好钻孔的习性。历代医家经过长期的临床观察,对蛔虫的特点有了充分的认识。古代医家们将蛔虫的特点精辟地概括为“蛔虫得酸则安,得辛则止,得苦则下,得甘则动。”这一认识为利用中药的“五味”特性治疗胆道蛔虫症提供了理论指导。我国民间普遍知道,喝醋对治疗胆道蛔虫症有一定的疗效,这也是对“蛔虫得酸则安”理论的具体运用。

5.2 胆道蛔虫症的病机 由于蛔虫钻入胆道,并在胆道中蠕动,引起胆道拘急而发生钻顶样绞痛。蛔虫嵌入胆道,胆道堵塞,肝胆气机疏泄受阻,一则引起胃气上逆而呕吐;二则导致胆汁排泄受阻,从而引起右上腹胀痛,甚至出现黄疸。肝胆气机郁滞,久则蕴而化热,则出现发热。

5.3 胆道蛔虫症的治疗原则和方法 蛔虫是寄生于肠道的害虫,总的治疗原则是杀灭它。但胆道蛔虫症的治疗原则则不尽相同。如果蛔虫仍活着,通过有效药物的治疗,有的蛔虫会自行退出胆道,则易于治疗;若蛔虫死于胆道或胆囊内,由于胆道是一细长的横行管道,则不容易使蛔虫退出,只能通

参考文献
[1]方岩.临床脑血管疾病[M].郑州:河南医科大学出版社,1998. 228~230