

## 藻酸双酯钠注射液致过敏性休克 2 例

朱丽萍 李庆

(江西省丰城市人民医院 丰城 331100)

关键词:藻酸双酯钠;不良反应;过敏性休克

中图分类号:R 97

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0047-01

## 1 病例资料

1.1 病例 1 患者男,64 岁,体重 72kg,因头晕、头痛、呕吐 1d,于 2007 年 2 月 16 日门诊拟脑梗死收入急诊科住院。由于治疗后症状无明显改善,于 2007 年 2 月 25 日转往神经内科住院治疗。复查 CT 示:小脑梗死。查体:T 36.7℃,P 78 次/min,R 20 次/min,BP 190/90mmHg,神志清楚,仍有头晕、恶心、呕吐,尤以体位改变时明显,四肢无力,肌张力正常,共济运动正常。按医嘱,给予生理盐水 500mL+藻酸双酯钠 0.2g,第 1~6 天无不良反应,第 7 天输液完毕约 1h,排便时呕吐 1 次,面色苍白,大汗淋漓,晕倒在厕所。血压 0/0mmHg,立即将患者扶至卧床,输氧,给与生理盐水 250mL+多巴胺 40mg 静滴,胃复安注射液 10mg 肌注,心电监护,测血压 q1h。2pm:血压 52/30mmHg,用 5%葡萄糖注射液 250mL+多巴胺 40mg,继续输入;3pm:血压 90/60mmHg,用林格氏液 500mL 维持点滴;4pm:血压 75/60mmHg,立即改用 5%葡萄糖注射液 500mL+多巴胺 80mg 静脉点滴,地塞米松 10mg 肌注;5pm:血压 90/60mmHg,以后维持输液,血压稳定在正常范围。第 8 天停用藻酸双酯钠,改用血栓通 450mg 静脉点滴,连用 3d,无任何不良反应。

1.2 病例 2 患者男,57 岁,体重 54kg,因突感右侧肢体活动不便、乏力、头晕 5h,于 2007 年 3 月 27 日门诊拟脑中风收入我院神经内科。查体:T 37℃,BP 190/105mmHg,神志清

楚,构音欠清,右鼻唇沟变浅,右上肢肌力 4 级,右下肢肌力 5 级,CT 示左侧基底节区脑梗死。临床给予生理盐水 500mL+藻酸双酯钠针 0.2g,生理盐水 500mL+血栓通 0.6g 静脉点滴。第 1~4 天无不良反应,第 5 天输液完毕约 1h,突然神智不清,腹泻,呕吐,面色苍白,大汗淋漓,R 28 次/min,P 126 次/min,BP 0/0mmHg。立即输氧,给予 5%葡萄糖注射液 250mL+多巴胺 40mg 静滴,5min 后神志清楚。1pm:BP 80/40mmHg,2:20pm:BP 90/60mmHg,5pm:BP 120/80mmHg,以后血压稳定在正常范围。第 6 天停藻酸双酯钠改用舒血宁 15mL 静滴,无任何不良反应。

## 2 讨论

藻酸双酯钠是从海藻植物中提取的酸性黏多糖,是一种类肝素药物,具有抗凝血、降低血黏度、降低血脂及改善微循环的作用,在临床上广泛用于防治缺血性血管疾病,近年来静脉滴注相当普遍,说明书规定每日最大用量不能超过 150mg/d。本文报道的 2 例过敏性休克患者均为 200mg/d,因此是否与用量过大有关,还有待进一步探讨。

本组 2 例患者静滴藻酸双酯钠前 4d 均未出现不良反应,第 5 天及第 7 天静滴藻酸双酯钠后却发生了严重过敏反应。因此,提示临床应用静滴治疗中应随时观察药物反应,调节滴速 30 滴/min 左右,一旦出现面色苍白、大汗淋漓等立即接过敏性休克处理,以免发生意外。

(收稿日期:2007-05-11)

## 颅内血肿微创清除术救治重型高血压脑出血 32 例疗效观察

周小云

(江西省峡江县中医院 峡江 331400)

关键词:重型;高血压脑出血;颅内血肿微创清除术;疗效观察

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0047-02

高血压脑出血预后差,病死率、致残率高,传统治疗方法大多为内科保守治疗或外科开颅血肿清除术,病死率高达 60%~90%<sup>[1]</sup>。我院自 2000 年 3 月~2005 年 3 月,采用颅内血肿微创清除术救治重型高血压脑出血 32 例。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 32 例均有高血压病史,均为自发性脑出血并全部经头颅 CT 检查确诊和定位。其中男 18 例,女 14 例;年龄 48~70 岁;基底核区血肿 23 例(71.9%),脑叶血肿 3 例(9.4%),血肿破入脑室 6 例(18.8%);根据多田公式<sup>[2]</sup>计算血肿量约 30~110mL,平均 63.6mL。全部病例均有不同程度意识障碍和肢体瘫痪,合并脑疝 4 例(12.5%)。发病至手术时间

3h~4d,其中 6h 内手术者 5 例(15.6%),6~12h 19 例(59.4%),12h 以上手术者 8 例(25.0%)。

1.2 治疗方法 按照颅内血肿微创清除术技术规范在手术室(或床旁)实施手术。依据 CT 片(必要时采用头皮贴标志物,在 CT 下定位)确定脑内血肿的部位、范围及头皮穿刺点,选择合适长度(穿刺点到血肿中心的距离)的一次性 YL-1 型颅内血肿粉碎穿刺针具(北京万福特科技有限责任公司生产),常规备皮、消毒、头皮局部浸润麻醉,以血肿中心为靶点,与矢状面方向垂直进针,电钻驱动针具,穿过头皮颅骨及硬膜,拔出针头,插入钝头针蕊,将针具推入血肿腔,安置引流管,用 5mL 针管抽吸血肿的液态及半固态部分(约 30%血

# 骨折病人术后无明显症状肺栓塞防治

何忠锅 邹来勇

(江西中医药高等专科学校附属医院 抚州 344000)

关键词:骨折;肺栓塞;抗凝治疗

中图分类号:R 619.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0048-02

肺栓塞<sup>①</sup>是内源性或外源性栓子堵塞肺动脉引起肺循环障碍的临床和生理病理综合征,主要发生于严重多处创伤、骨盆及双下肢长管状骨骨折等术后,以进行肺功能不全、意识障碍及皮肤黏膜出血为特征性表现<sup>②</sup>。我院自 2001 年 1 月~2006 年 1 月收治骨折患者中,无明显临床症状的肺栓塞患者 21 例,其中死亡 9 例,抢救成活 12 例。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 21 例,男 8 例,女 13 例;年龄 22~76 岁,平均 61.4 岁。股骨骨折 5 例,均行胫骨结节牵引术,其中 3 例后行人工股骨头置换术;胫骨骨折 3 例,予石膏托外固定 1 例,钢板内固定 2 例;脊柱骨折 5 例,保守治疗 3 例,手术内固定 2 例;骨盆骨折 3 例,牵引保守治疗 3 例;多发骨折 5 例,全部手术治疗。急性大面积肺栓塞距手术时间 1~15d,长期卧床 5 例。经检查确诊 18 例,尸体解剖证实 3 例。

1.2 辅助检查 因为无明显症状所以以辅助检查为主。ECG(肺量)。然后再置血肿粉碎针,用冲洗液按等量置换的原则冲洗,注入液化剂,然后夹闭引流管。视病情变化 4~6h 后开放引流,外接无菌引流袋,液化冲洗每日 1~3 次,保留引流管 3~7d,术后严密观察病人生命体征。

## 2 结果

存活 26 例(81.2%),死亡 6 例(18.8%)。存活者中恢复正常生活者 9 例(34.6%),生活自理者 15 例(57.7%),部分生活自理者 2 例(7.7%)。死亡 6 例中,4 例于发病 6h 内手术,再出血脑疝而死亡,2 例死于坠积性肺炎。

## 3 讨论

3.1 颅内血肿微创清除技术的优点 高血压脑出血的内科保守治疗仅是对症状缓解血肿占位效应,血肿在颅内完全吸收需 1~2 个月,对于出血量较大并处于嗜睡及昏迷的重症患者,将有超过 60%的病死率。采用微创清除术治疗,具备以下优点:(1)穿刺针直径为 3mm,穿刺过程损伤小,减少了再出血;(2)穿刺针采用自锁固定硬道技术,具有靶点固定、不切割神经、密闭性好、针周无间隙的特点,不渗漏,不易感染;(3)通过射流连续正压冲刷血肿无盲区;(4)有效降颅压,防止颅压波动;(5)生物酶学技术代替机械式的破碎方法,能保留血肿部位残存的神经组织。

3.2 手术时机的选择 脑出血的病理生理研究表明,高血压脑出血原发性损害是早期血肿所产生的占位效应,并由此而导致的局部脑组织受压,中线结构移位及其引起的远处结构受压伴随的剪切伤,形成脑疝。这一过程一般发生在 6h 以内,是早期病人死亡的直接原因<sup>③</sup>。高血压脑出血在 6h 后与血肿接触的脑实质内会发生随着时间的变化由近及远地出现伴随红细胞浸润的坏死层,发生血肿周围外侧小血管出血

检查:6 例出现胸前导联 T 波倒置,1 例为 II、III、aVF 导联 T 波倒置,2 例心动过速,1 例右束支传导阻滞,余心电图检查未发现明显异常。动脉血气分析:PaCO<sub>2</sub> 减少 13 例,伴 PaO<sub>2</sub> 下降 6 例。经 X 线检查肺部斑片状浸润、膈肌抬高、胸腔积液者 13 例。超声心动图证实 15 例,螺旋 CT 检查证实 6 例,MRI 证实 2 例。

1.3 治疗方法 药物治疗为主,使用药物主要有普通肝素、低分子肝素。每 6 小时测定 1 次 APTT,使 APTT 控制在正常值的 1.5~2.5 倍。

1.4 结果 21 例无明显临床症状的肺栓塞患者,死亡 9 例,抢救成活 12 例。

## 2 典型病例

2.1 例 1 男,26 岁。因驾驶摩托车与汽车相撞,造成骨盆骨折,经当地县医院做一般救治处理,生命体征趋于平稳,后转至我院治疗。骨折后第 8 天晚上 11 点左右,患者突然出现呼层,海绵样变性和水肿等一系列病理生理变化。除血肿对脑组织直接损害外,血肿周围水肿逐渐加重,血肿压迫时间越长,导致周围脑组织不可逆性继发脑损伤越严重,致死、致残率越高,这是造成病人后期死亡,影响生存质量的又一重要因素。因此,手术时机的选择也非常重要。国内有学者提出自发性脑出血的手术时机为:(1)如果病情快速进展,复查 CT 血肿明显增大,有发展成脑疝趋势或已经脑疝者,应立即手术;(2)如果病情趋于稳定,建议手术在发病 6h 左右进行,条件允许或病情进展的,可进行超早期手术;(3)部分患者经内科治疗,生命体征基本平稳,但仍持续昏迷,或是嗜睡状态,复查 CT 显示颅内血肿仍有占位效应,中线结构移位,仍应手术治疗。如患者病情允许,手术最佳时机为 6~12h,此时再出血几率低,存活率高。

3.3 再出血的预防 术前对患者进行准备,去除躁动因素,适当降低血压,手术力求定位准确,一次穿刺血肿中心位置,减少重复穿刺,首次抽取血肿量不可过多(不超过 30%),缓解血肿压迫,降低颅内压即可。术中可酌情使用肾上腺素、立止血等药物预防,控制再出血。

我国脑出血患者逐年增加,目前基层医院已有 CT 设备,该病能得到及时正确诊断,颅内血肿微创清除术操作简便,创伤小,费用低,疗效显著,值得在基层医院推广使用。

## 参考文献

[1]刘宋惠,李士月,田增民.立体定向手术治疗高血压脑出血[J].中华神经外科杂志,1994,10(3):159~161  
[2]刘承基.脑血管病的外科治疗[M].南京:江苏科学技术出版社,1987.243~255  
[3]米雄.急诊微创救治高血压脑出血病例临床观察[J].中国临床医生,2005,33(1):37~38

(收稿日期:2007-05-11)