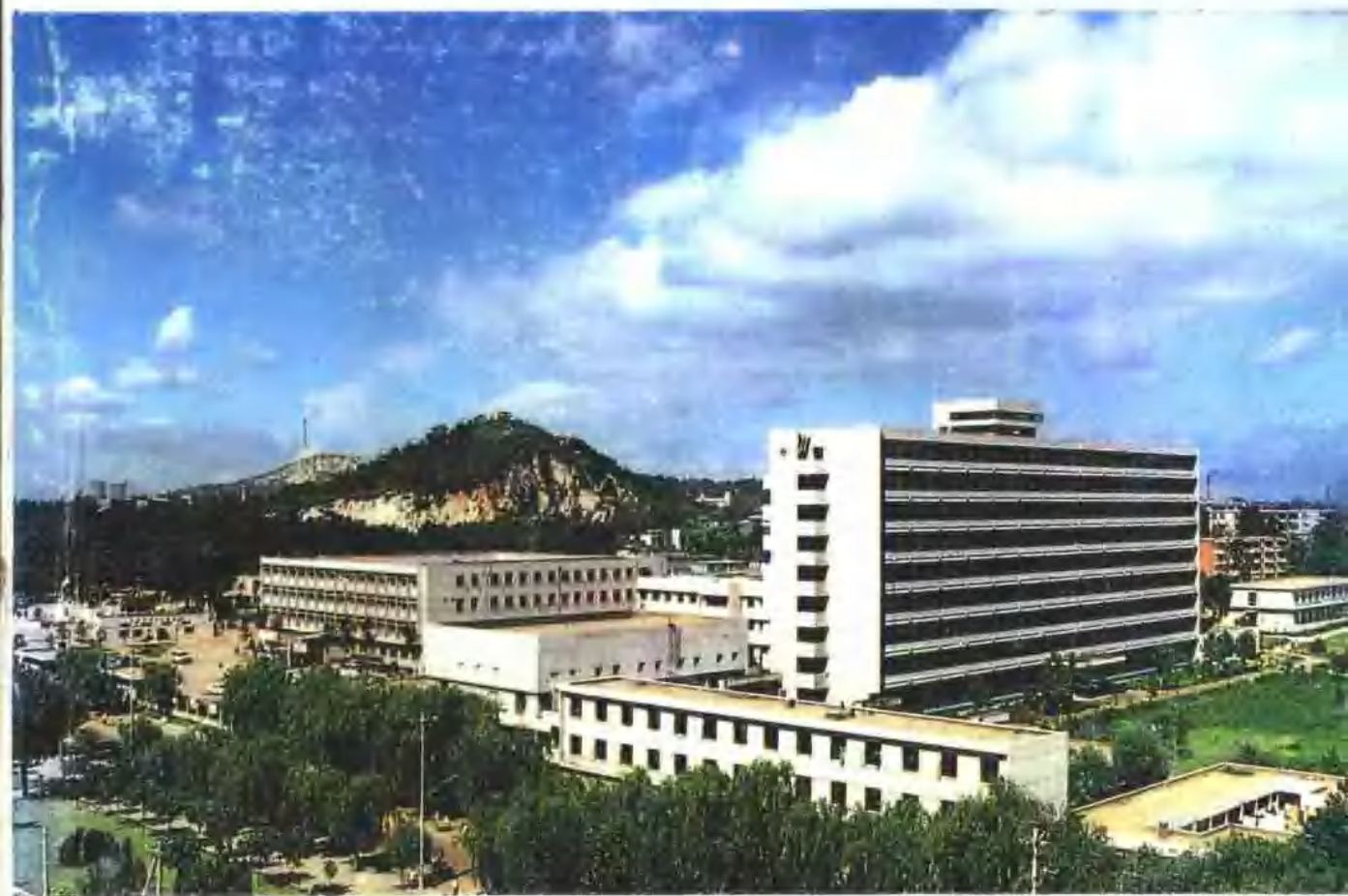


医学论文集



河北唐山工人医院

前 言

随着现代科学技术的迅猛发展，医学科学领域中的新理论、新方法、新技术日新月异。我院广大医务人员面临新技术革命的挑战，在临床医疗工作中，以严谨的科学态度辛勤耕耘，孜孜以求，勇于探索，使我院科技工作取得了很大成绩，有力地加强了医院的业务技术建设。

自1990年以来，我院开展了填补医院空白的“三新”项目116项，承担了省、市级重点科研计划项目10项。在省级以上杂志刊登及省级以上会议交流的论文有500余篇。为了积累学术资料，总结交流经验，进一步活跃学术空气，我们从500多篇论文中优选出219篇，编成论文集，供同志们参考。

鉴于篇幅有限，我们将部分文章进行了摘要选编，论文的参考文献部分也予以了省略。

由于我们编辑经验不足，加之水平有限，《论文集》中难免有不妥或遗漏之处，恳请读者批评指正。

编 者

1993年7月

目次

论著与经验总结

高容量血液稀释治疗急性脑梗塞Swan—Ganz导管血液动力学

监测	司志国等 (1)
急性脑血管病24小时初态心电图观察	司志国 (5)
“水蛭”防卒中危险因素前瞻性研究	司志国等 (8)
急性危重型脑血管病与鼻饲疗法	司志国等 (13)
24小时遥测脑电图在癫痫临床的应用	司志国等 (16)
中西医结合治疗散发性脑炎86例临床分析	司志国等 (20)
癫痫患者MRI改变	司志国等 (23)
急性脑梗塞血液稀释疗法	司志国 (24)
莨菪类药物治疗癫痫持续状态遥测EEG的研究	司志国 (25)
CT、MRI确诊脑梗塞患者TCD改变	司志国 (27)
血肿内注入尿激酶溶解引流治疗危重型脑出血	王桂芬等 (31)
38例老年人蛛网膜下腔出血临床分析	王桂芬 (33)
脑梗塞急性期死亡分析	王桂芬等 (36)
脑干梗塞临床与CT (附35例报告)	王桂芬等 (38)
130例老年人中风合并多器官衰竭	王桂芬 (40)
眼肌瘫痪性偏头痛12例报告	郭凤鲁等 (43)
糖尿病伴发偏侧舞蹈样症候群 (附14例临床报告)	郭凤鲁等 (45)
抢救急性冠心病猝死的经验与教训	王伊娜 (48)
水蛭复方制剂“脑心通”治疗急性脑梗塞临床分析	冯珠玲等 (50)
老年急性脑血管病超24小时心电图监测分析	王建秋等 (54)
急性危重型脑血管病并发多系统脏器衰竭附215例分析	王建秋等 (57)
胃动力药治疗返流性食管炎疗效观察—附90例报告	张文光等 (62)
中药直肠滴入治疗溃疡性结肠炎—附184例疗效观察	王衍等 (65)
18例老年晚期肝硬化死亡病因分析	司雁菱 (67)
中西医结合治疗上消化道结石30例	江滨等 (69)
胃安散治疗消化性溃疡疗效观察	王衍等 (70)
内镜下治疗上消化道结石24例临床分析	武秀文等 (72)
复方五倍子液治疗上消化道出血75例疗效观察	武秀文等 (74)
应用国产呼吸机抢救重度肺性脑病13例临床分析	陈保康等 (75)
高压氧单次治疗对球结膜微循环的影响	朱洪奎等 (77)

急性心肌梗塞Ⅱ度房室传导阻滞经静脉右心室内膜起搏导管的临

床应用	尚小明等 (80)
心室晚电位600例临床分析	刘志陶等 (82)
546例急性心肌梗塞分析	刘志陶 (84)
闭锁综合征临床及脑干听觉诱发电位分析附3例报告	徐凤桐等 (89)
内镜下治疗胃扭转—附7例报告	胡文绵等 (91)
Albers Schonberg氏病 (附1例报告)	孟令军等 (92)
白血病血流变甲皱微循环变化临床意义	王维秀等 (94)
嗜伊红细胞增多症性支气管哮喘脱敏加免疫治疗 (附50例临床分析)	王淑珍 (96)
脑卒中患者的日常生活能力及其影响因素	张援月等 (98)
400例糖尿病并发症分析	王瑞林等 (103)
甲状腺机能亢进性心脏病186例临床分析	林立青 (104)
亚硝酸盐类中毒的高压氧治疗	王作柱 (105)
高压氧治疗颅脑损伤100例疗效分析	韩也 (107)
ATP转复阵发性室上性心动过速50例临床分析	孙兰娟等 (109)
体外循环中高流量灌注的探讨	李福田等 (111)
胆总管下段十二指肠后壁孔洞式吻合术治疗原发性胆道结石 (附10例报告)	张伯超等 (114)
胆肠大口吻合及空肠粘膜瓣成形术的临床效果	张伯超等 (116)
65例原发性肝癌根治切除方法及体会—常温下间断肝门阻断切法	赵明河等 (118)
脑室内肿瘤33例临床分析	盛华新等 (120)
颅咽管瘤附21例手术治疗分析	张宏义等 (122)
隐匿性脑血管畸形7例报告	郭长利等 (124)
肝内胆管结石并狭窄的诊治体会 (附115例报告)	程大明等 (126)
重症急性胆管炎156例临床分析	程大明 (129)
腹部手术切口裂开因素分析	李福田等 (132)
脑动静脉畸形伴脑内血肿25例分析	盛华新等 (134)
老年人慢性硬膜下血肿34例临床分析	党介一等 (136)
全胃切除消化道重建治疗胃癌27例体会	汤荣全等 (138)
急性出血坏死性胰腺炎13例诊治体会	郑宝军等 (140)
气管肿瘤致严重气道梗阻7例救治体会	汤荣全等 (144)
婴儿化脓性脑膜炎的CT改变对智能发育的影响	赵贺堂 (145)
格林—巴利综合症呼吸道感染的预防与治疗 (附47例报告)	赵贺堂等 (146)
婴儿化脓性脑膜炎36例随访与智能检查	赵贺堂等 (149)
甲状腺鳞癌侵犯喉部误诊分析	刘恩华 (150)

400例聋哑儿童声阻抗测试及残余听力分析	张 荣等 (152)
首诊于眼科的颅内疾患	耿力军 (154)
钠石灰吸收二氧化碳效能的监测	张子华等 (157)
剖腹产手术连续硬膜外麻醉效果与并发症的处理 (附1464例报告)	孙凤华 (159)
先天性腭裂修复术的麻醉(附58例分析)	张子华等 (161)
老年人麻醉的选择(附271例分析)	张子华等 (164)
颅脑手术中的严重循环紊乱	蔡翠英 (166)
300例老年冠心病动态心电图分析	霍东欣等 (168)
冷加压试验—多普勒超声心动图检测冠心病的探讨	高润芝等 (170)
急性脑梗塞及心功能不全时血浆心钠素浓度的变化	刘书迎等 (173)
30例急性CO中毒的脑血流图分析	孟桂荣等 (176)
烧伤创面覆盖物(生物敷料)	张庆富等 (181)
110例接触性电烧伤临床分析	徐 刚等 (183)
烧伤休克的进展	徐 刚等 (186)
中小面积烧伤与脂质过氧化物的关系	翟君鹤等 (189)
原发性肝细胞癌的CT诊断(附18例分析)	陈玉贤等 (191)
胰腺癌的CT诊断(附34例报告)	陈玉贤等 (194)
老年骨质疏松椎体变形的特殊X线表现——跳跃征	李树立等 (197)
脊柱损伤的CT分析(附68个椎体报告)	姚绍鑫等 (199)
11000张处方分析	曹素香等 (202)

实验研究

大鼠血栓栓塞性脑梗塞模型	马建国等 (204)
碘溶剂萃取光度法测定维生素C	曹素香等 (207)

诊疗技术

体外反搏治疗20例无症状性心肌缺血疗效观察	马春芝等 (209)
应用LWC—1型空气微生物采样器及物体表面压印法对院内感染的 监测	杨 敏等 (211)
恶性纤维组织细胞瘤	郭雨华 (214)
等容血液稀释对血浆心钠素含量的影响	刘书迎等 (216)
心缩间期评定重度妊高征左心功能的研究	霍东欣等 (218)
编码彩阶超声在临床中的应用	毕少平等 (220)
《钙离子导入治疗颞颌关节紊乱综合征17例疗效分析》	叶春丽等 (222)
人血清APOA—I、APOB—100联合免疫电泳测定对动脉硬化性 脑梗塞的临床观察	巴 莉等 (223)
血糖抗凝片剂的研制	杨春生等 (225)
γ -谷氨酰转移酶同I酶II与甲胎蛋白联合检测对原发性肝癌诊断 意义的探讨	陈梦芝等 (226)

ELISA检测HBSAg的质量控制初探	杨春生等 (227)
21例儿童血尿中吡啶酸结晶的鉴定及鉴定方法研究	杨春生等 (229)
宫颈微偏癌的诊断与鉴别诊断(附3例报告)	郭雨华 (231)
椎管内转移性甲状腺乳头状癌临床与病理	吴 瑜等 (233)
老年人外伤性颅内血肿手术治疗43例分析	程阳泉等 (234)
脑裂畸形的CT诊断(附9例报告)	陈玉贤等 (235)
低场强ChiariI型畸形合并脊髓空洞的MRI诊断	王海平 (237)
CT、MRI对急性脑干卒中的诊断价值	王海平等 (239)
腔隙性脑梗塞MRI和CT的商榷	才艳玲等 (241)
如何摄好MRI照片	王晓刚 (242)
颅内蛛网膜囊肿的CT与临床	李志远等 (243)
Dandy—Walker综合征	李晓娴 (244)
经手术、病理证实的脑血管畸形CT分析	李晓娴等 (245)
影响CT值漂移问题的探讨	刘金永等 (246)
X射线CT图像质量的保证(摘要)	刘金永 (248)
浅谈摄影技术误差导致X线诊断的失误	史世生 (249)
滑动型食管裂孔疝诊治之浅见	武秀文等 (250)
噪声性聋声阻抗测试(附136耳调查分析)	李笃和等 (252)
共济失调CT、MRI失调改变	冯珠玲等 (256)
胃镜诊断上胃肠道结块并发巨大溃疡21例	孙 岭等 (258)

临床经验

血液稀释疗法治疗肺心病21例临床观察	董瑞岐等 (259)
微量蛋白尿在临床肾损伤时的应用	刘金祥 (263)
简易定向钻颅颅内血肿碎吸术治疗高血压脑出血25例观察	董瑞岐等 (265)
高位胆管癌的外科治疗	张伯超等 (267)
55例肝外伤的诊断及手术治疗方法	赵明河等 (268)
病理检查对乳腺癌术后局部复发的影响(附105例分析)	汤荣全 (269)
体外震波碎石治疗输尿管结石277例	高福元等 (271)
甲状腺疾病手术治疗的体会	董文志 (272)
急腹症并感染性休克诊治体会	董文志 (274)
脊髓空洞症的诊断与外科治疗(附10例报告)	王 兰等 (275)
外伤性大脑纵裂出血的临床探讨	郭长利 (277)
急性重症胰腺炎15例诊治体会	董集生等 (278)
53例三叉神经痛的治疗体会	陈树强等 (280)
小儿气管内异物取出术的麻醉选择(附100例报告)	孙凤华 (282)
链霉素、利多卡因封闭治疗原发性三叉神经痛108例观察	陈春悠 (284)
动脉硬化性脑梗塞血脂及载脂蛋白的临床观察	司志国等 (285)

临床用药

腹腔注射去甲肾上腺素治疗门静脉高压消化道大出血40例疗效

分析 王瑞林等 (287)

抗卒丸治疗脑血管病的CT变化观察 郭凤鲁等 (289)

尼莫地平治疗血管性头痛血小板活性及临床观察 郭凤鲁等 (292)

咪唑安定全麻诱导的临床观察 单 闯 (295)

芬太尼静吸复合麻醉在心脏直视手术的应用体会 (附65例总结)

..... 陈树强 (297)

安灭菌临床疗效分析 (附93例报告) 李福田等 (299)

安定、利多卡因在产程中的应用——附144例分析 马新华等 (301)

硝普钠在抢救重度妊高征患者的应用 (附7例报告) 孟淑贤等 (303)

“肺炎I号”佐治支气管肺炎100例临床疗效观察 段乃娟等 (304)

中西药物结合在泌尿系造影中的应用 史世生 (305)

中医中西医结合

辨证治疗慢性肾功能不全氮质血症临床小结 史锦生 (307)

岳美中治验摘介 陈 诚 (308)

桂枝芍药知母汤治疗类风湿关节炎的体会 薛树祥等 (310)

中医气质分型与针灸关系初探 李继安 (312)

五态人格测验在循经感传研究中的应用 李继安 (313)

针刺运动法治疗四肢软组织损伤243例疗效观察 刘 林 (315)

耳压止痛按摩法治疗急性腰扭伤500例疗效观察 刘 林等 (316)

电针天鼎穴治疗顽固性呃逆52例疗效观察 刘 林等 (318)

按摩治疗胃及十二指肠溃疡24例疗效观察 崔继新 (319)

中西医结合治疗散发性脑炎86例临床分析 郭凤鲁等 (321)

中西医结合破血化瘀治疗脑出血临床与CT观察 郭凤鲁等 (324)

中西医结合治疗颈椎病30例 弭 树 (327)

中西医结合治疗系统性红斑狼疮18例分析 董秀兰 (330)

短篇与个案

小儿烧伤手术氯胺酮麻醉后多发合并症1例报告 翟君鹤等 (332)

伴肌无力表现的肾盂移行细胞癌1例报告 王秀芝 (333)

口底滑膜肉瘤1例 陈春悠 (334)

晚期妊娠合并重症急性胰腺炎2例报告 孟淑贤等 (335)

小儿脊髓占位性疾病4例误诊分析 段乃娟等 (336)

口底滑膜肉瘤1例报告并文献复习 郭雨华 (338)

双侧支气管不同种类异物1例 芦满存 (339)

烧伤营养冰糕应用的介绍 阎振国等 (339)

多普勒超声心动图观察冠心病心肌梗塞左室舒张功能50例分析

..... 高润芝等 (340)

神经原性和肌原性肌萎缩电生理及电镜超微结构观察	郭凤鲁等 (341)
老年糖尿病患者血清脂质代谢异常的观察	张 静 (342)
醋离子导入加牵引治疗颈椎病401例疗效机理探讨	刘银儒等 (343)
妇女乳腺肿块273例病因与发病年龄探讨	刘银儒等 (344)
白内障术后双眼复视	耿力军 (345)
《泻心汤治疗结膜炎点滴体会》	李济清 (346)
塑料管治疗泪小管阻塞16例	李济清 (347)
笔式磁铁吸取角膜深层 1 例	李济清 (347)
从张锡纯治疗冲脉论妇科病	孙幼筠 (348)
小儿选用内径标号的气管导管的简易计算方法	张子华等 (348)
肝素抗凝剂的制作	陈梦芝等 (350)
唐山市320例不同人群血清中抗-HCV检出率的调查及分析 (摘要)	
.....	陈梦芝等 (351)
军团杆菌抗体测定及一年来感染情况的分析 (摘要)	杨春生等 (351)
24小时尿肌酐实测值与推算值的比较	戎秀格 (352)
50例不育症精液常规检验分析	刘广兰 (354)
体温条件下的精液常规检测	卓会新 (354)
解脲支原体的分离培养及精液检验对不育症的观察	杨 敏等 (355)
81对不孕症夫妇血清中抗精子抗体阳性率观察	陈梦芝等 (356)
乳腺局部加压照射法及意义	王志军 (357)
扎扎实实落实标准全面提高护理质量	龚兰珍 (357)
加强管理注重实效	曹玉华 (360)
1例糖尿病低血糖患者昏迷13天的护理	王淑英 (364)
做好护理科研设计应注意的问题	吴桂兰 (366)
胆肠大口吻合及空肠粘膜瓣成形术临床护理	王桂兰等 (369)
200例前列腺电切除后特殊情况的护理体会	韩忆华 (371)
2例颅内血肿病人的护理教训	南翠平 (372)
1例体外循环引起灌注肺的护理	张凤晨 (373)
59例儿童呼吸道异物的观察和护理	马安民 (375)
中西医结合治疗异位妊娠护理体会	冯桂敏 (377)
应用甲硝唑葡萄糖注射液治疗难愈创面的体会	王秋华 (378)
急性脑梗塞血液稀释疗法护理体会	葛梅娣等 (379)
白血病患者心理观察及护理	顾淑兰 (380)
如何做好儿科病房的管理	任国华 (382)
应用呼吸机抢救呼吸衰竭的护理体会	王桂芝 (384)
浅谈临时起搏导管术的护理	王思恩 (385)
55例灌肠器改进使用后的护理体会	刘智利 (387)
医院分级评审验收中供应室的管理	郝艳丽等 (389)

喉癌病人知识缺乏的护理诊断	侯凤珍 (390)
糖尿病病人的家庭护理	王春文 (392)

医院管理

以社会满意为根本标准不断加强医德医风建设	荣桂胜 (394)
分级管理和评审推动了医院的建设和发展	刘素芳等 (397)
医院评审对医院的促进和存在的问题	张荣信等 (401)
浅谈医院实行承包制的利弊	张荣信等 (406)
抓住机遇 全员参与 形成合力 争创三甲	石红凤等 (409)
落实医院分级管理标准, 加强综合医院教学科研功能	马建国等 (412)
系统方法在争创“三级甲等”医院中的应用	石红凤等 (414)
医院实行承包责任制的利弊及道德思考	吴淑艳等 (416)
较大城市急救中心的设想	董瑞岐等 (419)
市级医院ICU模式的探讨	单 闯 (421)
对医院开展健康教育的探讨	张志明 (423)
浅谈医学摄影及在临床、科研、教学工作中的作用	秦立生 (424)

设备管理

浅谈大中型医疗设备的效益跟踪	李 云 (426)
完善医疗设备管理的尝试	李 云 (430)
TCT—80A数据采集系统故障分析与检修	刘金永 (433)
关于东芝TCT—80A FORMAT (格式化) 的应用	刘金永 (434)
浅谈大输液制剂设备	李治田等 (436)
空气净化设备应用中要考虑与注意的问题	李治田等 (437)
PC—703自动血球计数器的故障与排除	张天顺 (438)

高容量血液稀释治疗急性脑梗塞

Swan—Ganz导管血液动力学监测

唐山市脑血管病研究所 司志国 曹亦宾
唐山工人医院神经内科 郭凤鲁
唐山工人医院心血管内科 刘志陶
唐山工人医院导管室 尚晓明
(邮政编码 063000)

血液稀释 (Hemodilution) 是当前急性脑梗塞治疗研究课题之一。[1、2]国内外学者已经做了大量基础研究和临床报告, [1~9]但疗效不一。Grotto氏提出[2], 等容量稀释不足增加心搏出量, 应设计在血液动力学监测下, 严格选择病例, 及早治疗, 加大扩容 (即高容量稀释), 用血浆作稀释液, 以增加心搏出量 (CO)。为此, 著者等1990年10月始, 对急性脑梗塞患者在有创性Swan—Ganz导管监测下进行高容量血液稀释, 并对其血液动力学作72小时动态连续观察。鉴于国内尚未见报导, 现特报告如下。

资料与方法

一、一般资料: 男5例, 女1例。年龄40~61岁, 平均55.1岁。发病时间均在48小时之内, 最短14小时, 既往高血压史4例, 冠心病史2例, TIA史1例。

二、病例选择条件: 急性脑梗塞发病在72小时之内, 年龄以 ≤ 60 岁为宜。经头部CT和/或MRI确诊, 为大脑中动脉供血区缺血性损害。常规检查肝、肾功能、血糖、血脂, 血液流变学, X线胸片, 超声心动、心电图、左心功能脑电图等。除外心、肺、肾等严重并发症。

三、方法:

(一) 高容量血液稀释 (Hypervolemic Hemodilution, “H、H”):

1. 稀释液: 72小时内, 第一天 (24小时) 给予白蛋白50克、干血浆200ml, 706代血浆至1500ml, 第二天 (48小时) 以上配伍共1000ml, 第三天 (72小时) 亦为1000ml。

2. 当肺动脉楔压 (PWP) > 15 mmHg, 红细胞压积 (HCT) $> 40\%$ 时, 放血300ml, 同时输入等量706代血浆。 (自体血浆分离后回输)。

3. 72小时后每天静点706代血浆500ml和白蛋白50克或干血浆200ml。14天为一疗程。视临床症状和血液流变学指数可重复应用1~2个疗程。直至观察二个月评定疗效。

(二) Swan—Ganz漂浮导管监测。

1. H、H患者在净化的CCU内进行。应用美国HP78534床旁监护仪，可测定CO(心输出量)、CI(心脏指数)、SV(每搏血量)、SVI(搏血指数)、PAP(肺动脉压)、PAWP(肺动脉楔压)、MABP(平均动脉压)、HR(心率)、SVR(周围血管阻力)、SVRI(周围血管阻力指数)、CVP(中心静脉压)、PVR(肺血管阻力)、PVRI(肺血管阻力指数)。同时可测定左右心室心搏功能及其指数、右心房室压力等。

2. 应用美产之Swan—Ganz导管在无菌条件下行贵要静脉穿刺，将导管沿锁骨下静脉徐徐送入，经上腔静脉至右心房。此时连接HP监护仪，可见到右心房压力曲线(该仪器有示波装置和打印设备)，则可将气囊充气1.2~1.5ml，在ECG监测下快速通过右心室达肺动脉，至出现PAWP曲线时可将气囊放气。若曲线显示满意即可将导管固定包扎，供连续监测上述各项指标。

3. CO测定采用热稀释法，每日测定2~4次。PAP连续监测，PAWP每2时测定一次。保留Swan—Ganz导管72小时。并根据需要将测定各项指标打印记录。

(三)为了监测H、H患者治疗中有无脑水肿或高血压发生的可能，同时应用国产组装EEG图像示波/记录装置进行连续72小时EEG监测，对H、H时EEG改变做动态观察。

(四)为防止感染和保护心脏功能，同时给予抗菌及极化液治疗。

四、疗效评定与结果：参照全国第二次脑血管病学术会议的建议，〔10〕按计分法及伤残分级评定疗效，临床痊愈，恢复工作者3例；显著进步，生活自理或从事一般社会(家务)工作者2例；进步(仍在治疗中)1例。其血液流变学及血液动力学监测治疗前后主要数值变化见表1。

典型病例报告

例1：女性，59岁，住院号111236，主因右侧肢体活动不利约14小时于1990年10月

表1 治疗前后 HCT、PWP、CO 变化

例号	HCT		PWP		CO	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
1	48	37.3	8	12.8	5.33	6.88
2	48	40.0	7	12.2	5.43	6.59
3	53	41.7	5	7.0	9.00	10.33
4	49	40.6	7	8.0	5.98	6.33
5	51	44.2	11	9.3	4.70	5.43
6	50	46.5	11	11.0	6.74	8.03

23日入院。患者入院前一天午睡后感右侧肢体无力，但尚能行走，至12小时后已不能下地，并口角歪斜、无头痛。既往有高血压及冠心病史。查体：神志清楚、无失语、眼底动脉细，视盘边清，右侧中枢性面瘫和舌瘫，右上肢肌力Ⅱ°、下肢Ⅶ°，无感觉缺损，

右侧Babinski's(+), 血压20/12kpa(150/90mmHg)、神经功能缺损评分22分。实验室检查、HCT48%, 全血粘度比4.65(正常值 3.6 ± 0.4)、低切变粘度16.83(正常值 15.32 ± 11.88)、高切变粘度4.45(正常值 4.59 ± 3.67)、血小板聚集 $A(1') = 66.10\%$, $AMIX = 74.5\%$, ECG示T波低平, EEG提出散在中波幅 θ 波, 前部明显。头部CT扫描显示左基底节小片状低密度。MRI显示于左基底节区可见一大片状形态不规则之异常信号区, T_1 成像呈低信号, T_2 成像呈高信号, 边界不清, 无占位征象。入院后病情呈进展性, 右上肢肌力0~1°, 下肢Ⅰ~Ⅱ°。于发病后56小时转CCU在Swan—Ganz导管监测下行高容量血液稀释。H、H前PWP 8 mmHg, CO 5.33(皆偏低), 而HCT等增高。给予706代血浆(羟乙基淀粉)500ml, (30分钟内输入)PWP达15 mmHg, CO为5.30, 遂又即刻静点冻干血浆200ml和白蛋白50克, 测得PWP 16 mmHg, CO达6.10, 较前明显上升, HCT下降为34%。次日HCT又达41%, 给予静脉放血300ml, 同时等速输入等量706代血浆, PWP 10~13 mmHg, (正常范围)、CO自5.82上升到6.20。至第三日(72小时)HCT下降为37%, CO达8.12。切变粘度降至正常(低切13.03、高切4.02), 72小时EEG监测无异常改变。Swan—Ganz导管连续监测72小时后拔除回NCU按HH常规继续治疗。每日静脉点滴706代血浆500ml, 同时交替应用冻干血浆或白蛋白。一周后右上肢肌力Ⅰ°; 下肢Ⅲ~Ⅳ°。15天下地活动, 扶助步行达5米。29天后步行出院, 神经功能缺损评分减少至11分, 头部CT复查示原梗塞区接近等密度, 边界不清。但MRI复查与前比较无明显改变。经随访观察18月余, 病人生活自理, 动作自如。

例2: 男性, 59岁, 住院号111516, 左侧肢体无力近24小时入院。前一天感头痛头晕, 午睡醒后左肢无力, 曾步行去就近医院输液治疗。既往有高血压史30余年。查体: 神志清、语言流利, 有不自主哭笑, BP 20/13.5kpa (150/100mmHg)、眼底A: V = 1: 3, 视乳头边界清楚, 左侧中枢性面舌瘫, 左侧肢体肌张力增高, 上、下肢肌力Ⅱ°, 左偏身感觉减退, 左侧病理征阳性, 神经功能缺损评分21分, 头部CT扫描右侧基底节区颞顶部模糊不清低密度? 当即MRI检查显示右基底区及右颞顶叶可见形态不规则片状异常信号区。 T_1 成像上呈低信号, T_2 成像为高信号, 边界不清, 无占位征象。住院后按HH前常规实验室检查, HCT48%, 低切变粘度17.83、高切变粘度5.43。血糖9.5mmol/L, ECG示S—T低平, 该断为急性进展性脑梗塞。于发病56小时转入CCU行Swan—Ganz导管监测高容量血液稀释治疗。H、H前PWP 7 mmHg CO 5.43(皆偏低), 而SVR 1590/cm⁵, SVRI 2879DS/cm⁵—M²明显增高, 立即快速静脉输入706代血浆500ml, 冻干血浆200ml, 白蛋白50克, PWP至12 mmHg、CO上升为6.68。当48小时未进入第三天时, 血压达25/Bkpa (190/100mmHg), 自诉头痛, 此时MABP 133、SVR 1703、SVRI 3082皆明显增高, 但EEG监测无明显改变, 可除外IH所致高颅压或脑水肿, 仍考虑血压增高所致, 故加口服降压药, 继续行HH常规治疗, CO明显增加达7.57, HCT降至40%左右, PWP维持在正常范围, 解除Swan—Ganz导管八小时右、左侧肢体无力加重、上肢肌力0°, 考虑和CO下降有关, 故在常规706代血浆500ml/日一次静点外, 仍加用白蛋白或冻干血浆, 一周后上肢肌力恢复到Ⅰ°, 能独立行走30米。二周后复查CT显示梗塞低密度灶明显吸收好转, 住院35天神经功能缺损评分为8分, 步行出院。

讨 论

HH治疗急性脑梗塞Swan—Ganz导管血液动力学监测,国内尚未见报导。Grotto氏等提出[1,2],及早治疗,加大扩容量,增加CO才能使脑血流量(CBF)增高,获得好的疗效。但HH必须在有创Swan—Ganz漂浮导管血液动力学监测下方可进行,因为要保证PWP不能 $>15\text{mmHg}$,否则将导致心力衰竭,只有这样才能加强HH的安全性。并提出降低粘度和HCT外,最重要的是增加CO。国外GrOtto、Wood等进行了这方面的临床研究[1,2,11,12],取得了很好疗效。

本文6例急性脑梗塞患者在有创Swan—Ganz导管监测下进行HH治疗,同时观察72小时血液动力学动态变化。我们认为:①HH应尽早进行,在12小时内最好,但不能超过72小时,否则将出现“再通后脑损伤”,致脑水肿加重,这是不利的。②只有CO增加才能有效提高CBF和脑灌注量,改善脑缺血区神经功能恢复。本组6例病人治疗前后CO变化,都有明显的增高,临床症状也显著改善,说明达到了预期治疗目的。③HH并未使PWP升高超过 15mmHg ,ECG监测亦未见异常变化,说明HH是较为安全的。④M-ABP维持正常范围变化不大,而SVR和SVRI和血压成正相关性,如例2治疗中出现头痛加剧,BP $25/13\text{kpa}$,SVR、SVRI亦明显增高。故对血压较高的患者HH应慎重。⑤HH未能加重脑水肿或颅高压,本组通过72小时EEG监测均未发现明显慢波增多及其他异常所见,若有条件应用颅内压监测仪更为适宜。⑥在CO增加同时,HCT和血粘度均明显下降,这是等容量血液稀释所不能的。本组病例(表1)提示、多数病人HH前PWP、CO均偏低,可能与急性发病后,患者存在短暂时间入量或进食不足有关造成一时血容量下降,此时选用HH更为适宜。

关于扩容剂的选择,本组选用707代血浆(HES)及白蛋白、冻干血浆等具有一定优越性。HES对血液流变学的改变作用虽和低分子右旋糖酐(LMD)相类似,但HES无LMD引起血浆粘度和红细胞聚集增加现象,其过敏反应发生率亦低。白蛋白和冻干血浆对防治脑水肿,增加缺血区局部脑血流(rCBF)以及改善EEG均有极积作用[14]。虽也有提出应用平衡盐水或Ringer氏液者,美国13个中心的报告提出:HH中死亡病例均认为与大量输入晶体液或盐水而造成脑水肿有关[13]。故不宜采用。

总之,HH治疗急性脑梗塞必须有Swan—Ganz导管监测,尤其是PWP、CO、CI、SVR等血液动力学的动态观察,对指导和保障治疗的安全性、有效性、提供科学数值是必不可缺的。

急性脑血管病24小时初态心电图观察

唐山工人医院神经科 司志国

摘 要

本文报告41例急性脑血管病动态心电图(Holter)观察结果,异常者37例占90.2%,以S—T改变为多共58.5%。不足12小时死亡者提出“脑源性猝死”概念。对严重型病人有条件者可进行Holter监测,有利于对病人治疗。

关键词: 脑出血性中风,脑缺血性中风、心电图。

急性脑血管病患者之心电图改变已多有报道(1~3),我院神经内科于1984年7月至1985年7月对经CT确诊之脑血管病患者41例应用英国Oxfordma-14型24小时动态心电图进行了系统动态监测,今将初步分析结果报道如下:

资料与方法

1. 皆经头部CT确诊(其中2例脑外科手术证实)的脑血管病患者共41例,其中男35例,女6例,年龄29~76岁,以50~70岁最多(34例)。分组:①出血性中风15例,其中脑出血12例:左颞顶、丘脑,外囊6例,内有4例破入脑室,右丘脑基底节者3例,梗塞后出血2例,另一例为小脑出血,蛛网膜下腔出血(SAH)者3例。②缺血性中风26例:其中脑梗塞17例:右基底节处6例,右侧者8例,多发性脑梗塞3例,余为可逆性脑缺血性损伤(RIND)2例;短暂缺血发作(TIA)6例;腔隙性梗塞1例。病因分析:除多发性大动脉炎,风心病致脑梗塞和肾性高血压致SAH各1例,余皆考虑为高血压动脉硬化或动脉硬化所致的脑血管意外。

2. 记录与分析方法:为了估价脑血管意外心律失常的频度和严重度及S—T变化,和脑一心之间关系,对41例患者做了24小时初态心电图监测(皆在入院后立即或72小时内,仅少数病例在7天内进行)。

(一)应用英国Oxfordma-14型Holter心电图对病人进行24小时描记。

(二)以携带式磁带记录仪双通道同步心电图(导联系改良Vs、Vi)。

(三)经24小时记录的磁带置于磁带扫描编集系统中,以电子计算机对心率、心律失常(如室性、室上性、传导阻滞)的性质、频度、S—T变化进行连续分析,并在10分钟内完成全部ECG分析,可综合成总的趋势图准确的查出24小时内之各种心律失常次数和时间及S—T的改变,可以25mm/s低速将所需ECG描记出图。

结 果

1. 异常者判断: ①室性或室上性早搏 $>1\%$, 包括成对二、三联律, 成串、多源、各种心动过速及阻滞; ②S—T水平或下斜形下降 $\geq 0.1\text{mv}$, T波倒置或T波高耸; ③早搏 $>1\%$ 加S—T改变。

2. 41例中Holter ECG正常者4例占9.8%, 异常者37例占90.2%, 其中出血性中风仅1例正常(为小脑部少量出血), 余正常者为脑梗塞2例; TIA 1例。而入院时常规心电图描记18例正常占43.9%, 23例异常占56.1%, 以左心室肥厚劳损为多(附表)。

3. 心电图异常改变: ①主以S—T改变和心律失常同时伴有S—T改变者为多共24例(58.5%), 而单纯室性早搏和房性早搏较少。

附表 41例脑血管病 Holter ECG 改变

病 名	正 常	导 位 心 律				房 颤	室 上 速	窦 缓	传 导 阻 滞	S— T↓	S— T↑	异位心 律+S —T 改 变	T 倒置	心 肌 梗 塞
		室 早	房 早	室 速	室 扑									
CH	1	1*+1	1*			1*		1*	1*	5	2*	4	2*	1
SAH			1						1*	1	1		1*	
CI	1		5	1*		1	5*	1	1	4	1*	4	1*	1
RIND			1*							1		1		
TIA	2		1*		1					3	1*			
合 计	4	1	6	1		1		1	1	14	1	9		2

* 表示 S—T↑ 伴有心律失常

②室速仅1例在脑梗塞患者短暂出现; 另1例为TIA患者在住院过程中, 出现头痛呕吐, 考虑有脑出血, 其Holter ECG最后出现室扑死亡。另1例为大面积脑梗塞, 在携带Holter ECG中, 出现躁动, 最后昏迷, 心率增快, 临死前表现为室上速和逐渐室内传导阻滞及明显S—T改变, 而迅速死亡。③另有2例同时合并急性下壁心肌梗塞改变, 皆治愈出院。④高耸T波2例为脑出血和SAH, 其中1例(SAH)为肾性高血压尿毒症、高血钾引起。⑤其它尚有短暂房颤(1例), 房早伴房速, 右侧完全性传导阻滞(2例), 暂短Ⅱ度房室阻滞, 结性逸搏, 高耸P波($>2.5\text{mm}$)。Q—T延长, T波倒置, u波等例数皆少。在常规ECG正常者18例中, Holter24小时动态描记仍正常者4例, 余14例皆异常, 其中有5例属于脑源性引起的心电图改变: 为频发室早、房速4例, S—T明显升高 $>2.5\text{mm}$ T波高耸1例(SAH2例, 脑出血2例, 脑梗塞1例), 5例中3例死亡(2例为室性停搏, 另1例未作Holter), 2例有第二次DCG, 皆有早搏明显减少。另9例中6例为S—T改变加室早或房早, 3例为单纯房早, 阵发性房颤或窦缓。

4. 有5例患者做了第二次DCG复查, 其中脑出血4例, 皆随着脑出血治疗情况好转DCG亦明显好转, 主要为室性早搏明显减少和S—T缺血型改变明显改善, 1例心肌梗塞成为陈旧性改变, 仅有1例(第13天后手术抽吸陈旧血液约61ml后, 神经症状明显好

转,能下地活动,DCG复查S—T缺血改变消失,但又有Ⅰ°房室阻滞,结性逸搏。另1例为多发性脑梗塞亦并发急性下壁心肌梗塞,多源室早,1个半月后第二次复查DCG,随着脑梗塞的好转陈旧性心肌梗塞、室早消失。

讨 论

Mikolich等(4)曾对急性脑血管意外患者进行了24小时动态心电图记录,发现50%有严重室性异常改变并全部见于大脑前部循环障碍者。Francis等(5)对64例TIA进行了24小时动态心电图监测发现,有意义心律不齐,颈动脉系统TIA为推动脉系统TIA2倍。Koudstaal等(6),对TIA患者Holter监护之时间平均为15.2天。本文41例脑血管病人24小时动态心电图记录中,以S—T缺血型改变为多,24例占58.5%,与国外报道有所不同,当然,亦可见到严重型室性心律失常的动态改变,本文较少,但在14例常规ECG描记正常者而Holter24小时动态描记则出现明显异常,其中5例属于脑源性引起,除正常4例外,余9例的异常改变:①可能已有冠心病,但在Holter24小时描记时才被发现。②虽已有异常ECG改变,而24小时描记可清楚的观察有问题ECG的动态变化,如S—T增高或降低,异位性心律失常之频发、连发等,这样就非常有利于因急性脑血管病引起心脏改变或原已并发心脏疾患,或常规ECG未被发现心脏异常患者的抢救和治疗。本文5例DCG动态复查亦提示,随着脑血管病的好转,而亦有动态心电图好转,但例数尚少。另脑出血1例正常者为小脑出血DCG(一)符合Francis等(5)意见

脑血管病心电图改变之原因早有论述(1-3),认为和病变部位、大小,尤为丘脑下部损伤、神经体液、电解质、植物神经系统,尤为出血性中风,心电图改变明显,而24小时动态心电图描记,又为脑血管患者提供了长时间心电监测、特别是出血性中风,可迅速导致死亡,所以在分析脑—心卒中、脑—心同源卒中,心—脑卒中是非常必要的,既可全面了解脑血管病的严重者病变大小,又可了解其对心脏影响,同时为抢救治疗提供资料,提高存活率。

著者曾分析816例脑卒中常规心电图异常者640例占78.4%,本文常规ECG正常者为43.9%,而应用Holter ECG描记阳性率明显增高,达90.2%,15例出血性中风仅1例小脑小量出血者正常。特别是严重型出血性中风有条件者,应立即进行24小时动态心电图描记可发现:①脑出血死亡时心电图动态系统改变;本文有2例清楚地说明了从并发脑出血到死亡之时间和心电图改变不足12小时,是由于脑源性所致之心脏停搏和室扑而死亡,所以在今后“猝死”的研究方面除心脏原发性疾患外,应考虑到“脑源性猝死”。国内谢正明(7)报告1例脑出血致扭转性室速,亦说明可发生致死性心律失常。②可以重复动态的,长时间的观察脑血管病心电图系统改变和转归,尤其是并发严重心律失常和心肌梗塞的病人,本文2例并发心肌梗塞患者和1例脑梗塞病人出现阵发性室速,皆在治疗上起了很大帮助,从而获得满意的效果。Gascen等(8)报告SAH患者类似急性透壁心肌梗塞可以在24小时恢复,而称“假性心梗”、“脑性Q波”,而尸解无心肌梗塞证据,仅有少许心肌细胞溶解,认为和儿茶酸胺增高有关。

总之, Holter ECG对急性脑血管病人有条件者,尤为严重型者应进行监测,但对

TIA患者亦应进行24小时动态心电图的研究,因有人提出; TIA62%病人死于心脏(9), 本文报告例数尚少, 仍应集聚资料进一步研究。

“水蛭”防卒中危险因素前瞻性研究

唐山工人医院神经内科 司志国 徐风桐 王建秋 李秀敏 巴莉

中风是人类危害严重疾病之一, 近年来世界各国都比较重视, 中风流行病学的调查与防治, 1989、1990年世界卫生组织(WHO)、美国国立神经系统疾病和卒中研究所(NINDS)特别工作组织相继分别发表了专文(1-2), 并针对危险因素进行防治,(3-5)但系统对有危险因素病人进行中药和针对性治疗, 前瞻性研究报导尚少。我院神经内科自1987年始对45岁以上; 有肥胖或/和高脂血症; 高血压或/和动脉硬化、冠心病、糖尿病, TIA、高凝状态者设立专门“防卒中”门诊(部分收住院患者)进行前瞻性防治和配用中药“水蛭”系列制剂, 今将6年来初步研究报告如下:

资料与方法

一、资料:

1. 自1987年始经门诊筛选(部分住院患者)45岁以上, 有高血压和/或动脉硬化、肥胖和/或高脂血症、糖尿病、冠心病(包括有心肌梗塞史), 高凝状态者共150例, 男132例、女18例(见表1)。年龄45~80岁, 其中以51~60岁为多共90例占%; 45~50

性 别 表

表 1

	男	女	合 计
治 疗 组	68	6	74
对 照 组	64	12	76
合 计	132	18	150

岁30例占%, (见表2)。

年 龄 表

表 2

年 龄	45~50	51~60	61~70	71~80	合 计
治 疗 组	15	46	12	1	74
对 照 组	15	46	10	5	76
合 计	30	92	22	6	150

2. 病种:

1)150例病人均有程度不同的动脉硬化, 动脉硬化 I°, 112例占74.6%, 治疗组57例, 对