

颅脑损伤并发神经源性肺水肿的诊治体会

阳建权¹, 赵晓平², 周雄波², 范小璇², 李显澎³

(1.陕西中医学院2006级硕士, 陕西 咸阳 712046;

2.陕西中医学院附属医院, 陕西 咸阳 712046; 3.广州中医药大学2006级博士, 广东 广州 510405)

[摘要] 目的: 探讨颅脑损伤并发神经源性肺水肿的诊断和治疗。方法: 回顾性分析两年来治疗的21例颅脑损伤并发神经源性肺水肿的临床资料, 分析其临床表现和治疗方法、疗效。结果: 21例患者存活9例, 死亡12例。死亡率为57.14%。结论: 颅脑损伤并发神经源性肺水肿是导致患者死亡的重要因素之一。

[关键词] 颅脑损伤; 神经源性肺水肿; 诊断; 治疗

[中图分类号]R651.1 **[文献标识码]**B **[文章编号]**1672-951X(2008)09-0045-03

神经源性肺水肿(Neurogenic Pulmonary Edema, NPE)是在无心、肺原发性疾病的情况下, 继发于颅脑损伤而出现的肺水肿。临床上起病急, 病情重, 进展快, 死亡率高^[1]。有文献报道其死亡率可达52.6% - 86.7%^[2], 因此对其早期发现、诊断与综合治疗是NPE患者救治成功的关键。本文回顾分析本院2006年4月至2008年4月间收治的颅脑损伤并发NPE 21

例病人的临床资料, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 21例患者中, 男15例, 女6例; 年龄22~74岁, 平均年龄45.2岁。交通伤13例, 坠跌伤5例, 打击伤3例。原发病经CT扫描证实, 颅骨骨折并急性硬膜下血肿、多发性脑挫裂伤12例, 原发性脑干损伤4例, 弥漫性轴索损伤3例, 颅骨骨折并硬膜外、下及

(上接第42页)

3 疗效观察

3.1 疗效标准^[2] 治愈: 指掌侧部无肿痛、无压痛, 屈伸活动正常, 无弹响及交锁现象。好转: 局部肿痛减轻, 活动时仍有轻微疼痛, 或有弹响, 但无交锁现象。未愈: 症状无改善。

3.2 治疗结果 两组疗效比较, 治疗组优于对照组(见表2)

表2 两组疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	50	29(58.0)	20(40.0)	1(2.0)	98.0
对照组	50	7(14.0)	23(46.0)	20(40.0)	60.0

注: 两组疗效经²检验, $\chi^2=26.653, P<0.005$ 。

4 讨 论

腱鞘炎系肌腱在纤维管内反复摩擦, 造成纤维管水肿、肥厚, 管腔变窄, 肌腱在管内活动困难。随着电脑的日益普及人们反复用手指敲击键盘或使用鼠标以及社会分工的精细化, 本病有逐步增高的趋势。封闭治疗以激素类及麻醉类药物, 虽能快速消炎镇痛, 然而未能使管腔狭窄等根本问题完全解决; 此外, 尚有手术治疗、蜡疗等物理治疗^[3], 均有其局限

性。运用针刀治疗, 使小针刀对纤维管的狭窄、肥厚、粘连进行松解, 以扩管腔, 分离粘连, 消减腱鞘与纤维管的摩擦, 减轻腱鞘内压力, 改善其血液循环, 故疗效显著。

祖国医学认为, 此病为伤筋或筋痹^[4], 乃过度劳损, 或兼感寒受凉, 筋脉痹阻, 气血不畅所致。小针刀乃朱汉章先生受针灸启发研究延伸而来。针刀作用于患部(即相当于针灸之阿是穴), 操作以获取针感(即相当于针灸之行针得气), 从而开痹着, 通筋脉, 行气血, 通则不痛, 关节滑利, 可获良效。

本疗法操作简单, 实用有效, 可供同道检验试用。

参考文献:

- [1]朱汉章.小针刀疗法[M].北京:中国中医药出版社,1997:91-92
- [2]孙材江,彭力平.实用骨伤科手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:617
- [3]莫通,冯德荣,黄绍灿,等.骨科临床康复学[M].北京:中国科学技术出版社,1997:276
- [4]朱文锋,季绍良.中医诊断学杂志(1999年第3期).1997:85

(收稿日期: 2008-04-24 编辑: 湘泉)

脑内多发血肿、弥漫性脑肿胀2例。单纯颅脑损伤5例,颅脑损伤合并四肢骨折14例,颅脑损伤合并腹部损伤12例。GCS评分:3-5分9例,6-8分12例。

1.2 临床表现 除有颅内压增高和相应的神经系统症状外,主要有严重呼吸困难、不同程度发绀、喘鸣,咯血性泡沫痰或血性泡沫痰从口、鼻或气管插管内溢出,两肺可闻及湿性啰音、水泡音,胸部X线平片见双肺纹理增粗、模糊,肺门云雾状斑片状阴影。普通鼻导管或面罩吸氧下,血气分析显示,吸氧时均 $PaO_2 < 7.6 \text{ kPa} (39.7-60.0 \text{ mmHg})$, $PaCO_2 > 5.76 \text{ kPa} (42.5-64.5 \text{ mmHg})$, pH值6.1-7.2。

1.3 诊断标准 (1)既往无心、肺疾病,发病前无心功能不全表现,颅脑损伤后或手术后突然出现呼吸窘迫,咳血性泡沫痰,两肺布满湿性罗音,肺部X线检查可见片云雾状阴影。(2)均无过量、过快输液,多数患者在出现肺水肿前均有血压增高、心率加快的先兆症状。(3)呼吸 $> 30 \text{ 次/min}$ 。(4)血气分析参数 $PaO_2 < 8.0 \text{ kPa} (60.0 \text{ mmHg})$, $PaCO_2 > 5.76 \text{ kPa} (42.5 \text{ mmHg})$ 。^[3]

2 治疗方法

2.1 病因治疗 有明确的手术指征而无禁忌征者均进行急诊开颅清除血肿及/或去骨瓣减压手术治疗,并采用重复交叉的方法加大高渗脱水剂和利尿剂的用量以降低颅内压。

2.2 纠正缺氧 高浓度酒精面罩给氧,呼吸不改善或氧饱和度仍较差时,给予气管切开或插管,清除呼吸道分泌物,呼吸机辅助呼吸,必要时加用呼吸兴奋剂。

2.3 药物治疗 (1)应用激素:使用糖皮质激素以减少肺毛细血管通透性,用25%的葡萄糖20 mL,加地塞米松10-20 mg静脉注射,然后用大剂量激素短期冲击治疗 甲基强的松龙首剂30 mg/kg,以后则15 mg/kg,每6 h静滴1次,维持48-72 h。(2)适当选择交感抑制剂及扩张血管剂,减轻肺循环负荷,减轻肺水肿。(3)心率快者可加用强心剂西地兰以保护心脏功能,给予吗啡5-10 mg静脉注射,或10 mg微泵输入。(4)纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱,防治各种并发症。(5)根据药敏试验投入有效抗生素控制肺部感染。

2.4 精心护理 勤翻身拍背,及时用吸引器吸痰,气道湿化,药物雾化吸入等等。

3 治疗结果

21例中12例死亡,其中5例死于肺水肿,3例死于原发性脑干损伤,2例死于急性脑外伤脑疝,2例死于多脏器功能衰竭。

4 讨 论

4.1 NPE的病因及发病机制 NPE的发病机制至今仍不十分明确,目前主要有血流动力学说和肺毛细血管渗透性学说两种^[4]。

4.1.1 血流动力学说 本学说认为NPE的发生机制主要是肺循环超载和肺血管收缩。中枢神经系统损伤后颅内压急剧升高,一方面使脑血流量减少,另一方面造成下丘脑功能紊乱,解除了对视前核水平和下丘脑尾部“水肿中枢”的抑制,两者都会引起交感神经系统兴奋,释放大量的儿茶酚胺,使周围血管强烈收缩,血流阻力加大,导致大量血液由阻力较高的体循环转至阻力较低的肺循环,引起肺静脉高压,肺毛细血管压随之升高,跨肺毛细血管Starling力不平衡,液体由血管渗入至肺间质和肺泡内,最终形成急性肺水肿。

4.1.2 肺毛细血管渗透性学说 该学说的基础主要是基于一些NPE患者和动物模型中肺水肿液富含蛋白,而这一现象是无法用血流动力学说来解释的。目前较多的论据表明,血管通透性增加在NPE发生中起主要作用,但是机理不完全清楚。本学说也认为交感神经系统介导了NPE的发生,其中 α_1 受体在导致非毛细血管通透性增加方面起到了重要作用,肺组织肾上腺素受体 α_1 与激动剂结合后,在介导肺血管收缩引起肺血管液体静脉压升高的同时,还引起细胞内钙聚集、内皮细胞收缩以及释放内啡肽、组胺、缓激肽等物质增加毛细血管通透性。实验中已证实,肾上腺素受体阻断剂可以避免NPE的发生而交感神经兴奋则相反。

4.2 NPE的诊断 对于颅脑损伤患者,当出现呼吸困难、发绀、咳泡沫痰、双肺布满湿啰音、舒张期奔马律等典型性肺水肿表现时,首先应考虑并发生神经源性肺水肿的可能,如病情条件许可,可作血气分析和床边胸片,了解 PaO_2 、 $PaCO_2$ 及有无典型的肺水肿X线征协助诊断,并参考上述诊断标准尽快作出诊断。注意与心源性肺水肿鉴别。

4.3 NPE的防治 NPE继发于严重颅脑损伤,可以在外伤后数分钟或数天后发生,有资料表明,早期治疗的疗效明显优于晚期治疗^[5]。因此,对重型颅脑损伤患者,应从入院开始,切实做好呼吸道管理、保持通畅,严密监控呼吸功能,严密监测生命体征、 SpO_2 及肺部体征,定期进行血气分析。有人认为,除原有颅脑损伤或病变表现外,当病人出现:(1)不明原因的突发呼吸困难(呼吸 $> 30 \text{ 次/min}$);(2)用一般吸氧方

丹栀逍遥散加减治疗围绝经期综合征64例临床观察

刘新元

(桑植县瑞塔铺镇卫生院, 湖南 桑植 427000)

[摘要] 目的: 观察丹栀逍遥散加减治疗围绝经期综合征的疗效。方法: 全部62例本病患者分为两组各32例, 治疗组用丹栀逍遥散加减治疗, 对照组用倍美力片和安宫黄体酮, 治疗组用中药丹栀逍遥散加减治疗。结果: 治疗后, 围绝经期主要临床症状烦躁易怒、失眠治疗组改善均优于对照组($P < 0.05$), 两组在改善潮热盗汗、眩晕方面的疗效差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗组不良反应低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 丹栀逍遥散加减治疗围绝经期综合征的疗效较好。

[关键词] 围绝经期综合征; 倍美力; 安宫黄体酮; 中药; 滋补肝肾

[中图分类号]R271.11*6 [文献标识码]B [文章编号]1672-951X(2008)09-0047-02

据统计, 围绝经期综合征发病率为85%, 其中60%的患者有潮热、盗汗、心烦失眠等阴虚火旺症状^[1]。目前我国妇女约有1/5步入围绝经期。此期女性开始逐步出现或轻或重的围绝经期症状, 严重影响了女性的健康和生活质量。笔者在基层医院长期运用中药治疗本病, 取得较好疗效, 总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部62例患者均为2004年10月至2007年12月我院门诊及住院病人, 所有病例均为自然绝经6个月以上或者人工绝经术后的妇女, 年龄在40-60岁。全部病例随机分为两组各32例。治疗组32例, 年龄45-54岁, 病程最短者1月, 最长者7.3月, 平均(3.3±0.8)月。对照组32例, 年龄46-55岁, 病程最短者1.2月, 最长者8月, 平均(3.8±0.7)月。两组患者在年龄和病情上差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《妇产科学》^[2]拟定。妇女绝经

前后由于性激素减少所致的一系列躯体及精神心理症状, 要求其有潮热、出汗、感觉异常、失眠、情绪急躁或压抑、疲乏等症状。

1.3 排除标准 近1个月内使用过治疗围绝经期综合征的药物; 近3个月接受过HRT治疗; 有性激素依赖性恶性肿瘤病史; 有高血压、冠心病、糖尿病及肾功能不全等全身性疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服倍美力片(美国惠氏艾尔斯特制药公司艾尔斯特药厂生产)0.3 mg/片, 每日3次, 每次1片, 连续服用28 d, 服药第14 d随访1次; 从第29 d开始口服10 mg安宫黄体酮(上海信谊康捷药业有限公司生产), 连续服用5 d。此为1个疗程, 1疗程后观察疗效。

2.2 治疗组 采用丹栀逍遥散加减治疗。处方: 丹皮4 g 栀子4 g 柴胡6 g 当归10 g 白芍10 g 茯苓10 g 白术10 g 炙甘草6 g 山茱萸15 g 枸杞20 g

法不能纠正的低氧血症 ($PaO_2 < 60\text{mm Hg}$ 或 $SpO_2 < 90\%$); (3)双肺可闻及干、湿性啰音, 可伴有血压增高和心率增快; (4)X线检查未见异常表现或轻度异常; (5)排除在围手术期过量过速输液、原发的肺部疾患和心源性肺水肿时, 应按NPE积极处理。总之, 早发现、早诊断并按上述各项行综合抢救治疗是NPE救治成功的关键。

参考文献:

[1]戴成国, 王磊, 陈艳, 等. 重型颅脑外伤并发急性神经源性肺

水肿分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2003, 2(4):214
[2]田力学, 韩宏彦, 刘胜利, 等. 创伤性神经源性肺水肿的治疗(附19例临床分析)[J]. 创伤外科杂志, 2001, 3(2):125
[3]陈志斌, 张木根, 张志丽. 机械通气在重型颅脑损伤后神经源性肺水肿中的应用[J]. 中国误诊学杂志, 2005, 5(11):2111
[4]许川, 李兵仓, 王建民. 神经源性肺水肿的研究进展[J]. 中国急救医学, 2000, 20 (10): 626-627
[5]谷建平, 丛斌, 瓮健康, 等. 颅脑外伤后神经源性肺水肿尸解资料分析[J]. 中国法医学杂志, 2003, 18(6): 347-349

(收稿日期: 2008-07-21 编辑: 湘泉)