

疗, 与对照组比较。有效率明显提高, 疗效满意, 故认为赛莱乐在治疗下肢静脉血栓中疗效确切, 安全性好, 值得推广应用。

(收稿 2004-03-29)

硫贲妥钠灌肠治疗 18 例顽固性抽搐的疗效观察

张金荣

河南尉氏县人民医院儿内科 尉氏 475500

我科自 2000-10~2004-01 收治 18 例顽固性抽搐患儿, 经常规使用止痉剂疗效不佳, 用硫贲妥钠灌肠均取得较好的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18 例中, 男 12 例, 女 6 例, 年龄 10 月~12 岁。原发病为病毒性脑炎 5 例, 乙脑 4 例, 原发癫痫 3 例, 氯乙酰胺中毒 3 例, 毒鼠强中毒 3 例。持续抽搐时间: 2~3h 6 例, 3~4h 5 例, 4~5h 3 例, 5~6h 2 例, >6h 2 例。18 例均反复应用安定 2~3 次, 并加用鲁米那、水合氯醛或持续静脉滴注咪唑安定后, 抽仍不止或抽搐次数不减少或间隔时间不延长。

1.2 方法 本组所有病例均给予支持疗法确保生命功能, 在止惊过程中, 及时诊治及预防病因和诱因。硫贲妥钠 20~30mg/(kg·次), 配制成 2.5% 溶液保留灌肠, 若有效惊厥控制后 1h, 10mg/(kg·次) 维持 1 次; 若用 1 次无效, 1h 后重复 1 次共用 2~3 次, 2h 后改用鲁米那维持。

抗惊厥效果评价: 显效应用 2h 内完全停止; 有效应用后 2h 内惊厥发作次数减少或开始良好而后又复发; 无效应用 2h 后发作持续不变或死亡。

2 结果

本组显效 12 例 (66.7%), 有效 4 例 (22.2%), 无效 2 例 (11.1%), 其中死亡 1 例, 无变化放弃治疗 1 例, 总有效率 88.9%。用药前后, 体温、呼吸、脉搏 (心率)、血压、意识水平变化无显著差异 ($P>0.05$), 未见其他不良反应, 其中死亡 1 例是应用 2 次后抽搐仍不止, 导致多器官功能衰竭而死亡。

亡。

3 讨论

硫贲妥钠是一种超短效巴比妥类麻醉药, 脂溶性高, 极易通过血脑屏障, 主要通过抑制多突触的神经传导系统产生作用。本品作用迅速, 起效快, 静脉应用 30s 左右起作用, 作用持续时间短, 静注后 5~15min 清醒。灌肠作用时间未报道过, 本组应用硫贲妥钠灌肠后, 有效作用时间为 2~10min, 持续时间 1~6h 不等。因硫贲妥钠脂溶性大, 消除慢, 反复给药易蓄积, 我们最多应用 3 次, 若无效, 改用其它止惊药。硫贲妥钠有抑制呼吸中枢及降低周围血管阻力、降低血压、降低心输出量、降低冠脉灌注压等副作用, 应用时应备用人工呼吸装置, 注意监测脉搏、呼吸、血压及意识水平。本组灌肠后未见有呼吸抑制、血压下降、脉搏减少等不良反应。

有人报道如持续抽搐时间超过 2h, 发生永久性神经损伤的机率两倍于不足 2h 者^[1], 故在抢救持续抽搐状态应争分夺秒。有人先用安定静注及 (或) 静滴无效后, 就直接用硫贲妥钠, 结果所有患儿全都终止发作, 且能保护持续抽搐状态的代谢功能, 降低颅内压, 减少后遗症的发生率。对于顽固性抽搐患儿, 当使用安定等抗惊厥药物无效时, 可试用硫贲妥钠灌肠, 较静脉应用安全性较大, 应用方便, 不良反应少, 对生命体征影响也不明显, 临床上值得推广。

参考文献

- [1] 夏径, 陈文静. 癫痫持续状态的综合治疗 [J]. 中国实用儿科杂志, 1999, 14 (1): 8~10

(收稿 2004-04-07)

抗生素 + 糜蛋白酶经脑室 - 蛛网膜下腔灌洗治疗金葡菌化脓性脑膜炎疗效观察

黄家彬

湖北荆门市第一人民医院神经科 荆门 448000

1 病例报告

患者, 男, 40 岁。因右臀部脓肿伴发热, 在当地卫生院行脓肿切排术, 并给予青霉素 800 万 U/d 静滴, 抗炎治疗 5d, 患者高热持续不退, 并出现头痛、呕吐、意识模糊而转我院。查体: T 40℃, P 120 次/min, BP 120/80mmHg, 呈嗜睡状, 脑神经 (-), 颈强直; 心肺 (-), 四肢肌张力正常, 肌力 V 级, 双侧克匿格征 (+)、布鲁津斯基征 (+), 双侧巴宾斯基征 (-), 右臀部可见一约 5cm×5cm 脓肿 (已切排)。血常规: WBC $12.6 \times 10^9/L$, N93%, L6%。腰穿测压 300mmHg; 脑脊液常规: 淡黄色混浊, Pandy 试验 (+), WBC $3.47 \times 10^6/L$, N 96%, L 4%, 涂片 G⁺ 球菌; 脑脊液生化: 蛋白 1.08g/L, 氯化物 105.4mmol/L, 糖 0.21mmol/L。给予先鋒铋 5.09g/d 静滴, 右臀部脓肿行庆大霉素药物纱条引流。入院第 4d, 脑脊液细菌培养: 金葡菌生长, 对先鋒铋、庆大霉素、亚力亚敏感; 对氨苄青霉素、氯霉素耐药。经治疗 5d, 患者右臀部脓肿有所好转, 仍持续高热、头痛、恶心、呕吐, 并出现左侧周围性面瘫, 查头颅 MR 提示颅底积液。即行侧脑室 - 蛛网膜下腔药物灌洗: 经额行侧脑室穿刺, 用生理盐水 10ml + 庆大霉素 2 万 u

+ α -糜蛋白酶 100u 缓慢注入侧脑室, 保留 30min 后, 打开引流管行侧脑室引流。同时用 18 号硬膜外套管针行腰穿, 并留置导管, 定期开放引流, 引流速度控制在 10~15 滴/min, 每次引流 5min。侧脑室注药与腰蛛网膜下腔引流基本同步进行, 3 次/d。清洗第 2d 患者体温下降至 38.6℃, 脑脊液变清复查脑脊液常规: 无色透明, Pandy 试验 (+), WBC $0.07 \times 10^6/L$, N 80%, L 20%。生化: 蛋白 0.55g/L、氯化物 24.7mmol/L, 糖 2.31mmol/L。灌洗第 3d 患者左侧周围性面瘫恢复, 灌洗第 5d, 患者体温降至 37.5℃, 头痛基本缓解, 脑膜刺激征 (\pm), 复查脑脊液常规及生化正常, 停止灌洗, 继续抗炎治疗 1 周, 复查脑脊液正常出院。1 个月后回访基本正常。

2 讨论

血源性化脓性脑膜炎, 细菌可能首先通过脉络丛进入脑室内, 使其脑脊液受到感染, 然后通过第四脑室进入蛛网膜下腔^[1]。行脑室 - 脊髓蛛网膜下腔灌洗能引流和稀释感染性脑脊液, 脑脊液白细胞数迅速减少^[2]。同时根据药物选择对脑组织刺激较小的敏感药物, 能使脑脊液迅速达到有效抑菌浓度而不受血脑屏障影响^[3]。

α -糜蛋白酶具有分解肽的作用，能溶解凝血块、脓性分泌物，对正常组织不产生分解作用^[4]，现已广泛应用于外科。但作为蛛网膜下腔局部用药治疗化脑尚未见报告。我院首次试用于蛛网膜下腔，对于消除颅底积液及粘连有明显疗效，目前尚未发现明显不良反应。因病例数少且观察时间短， α -糜蛋白酶作为局部用药是否对脑组织有损害，尚需进一步观察。

参考文献

[1] 杨明山, 方思羽, 阮旭中. 神经科急症诊断治疗学. 武汉: 湖

北科学技术出版社, 1975.307

- [2] 陈覃. 脑脊液置换法在开颅术后严重颅内感染中的应用. 中国神经精神疾病杂志, 1997, 23 (6): 354
 [3] 朱士广. 神经外科术后颅内感染及治疗. 中国神经精神疾病杂志, 1998, 24 (4): 215
 [4] 陈新普, 金有禄. 新编药理学. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 1997.479

(收稿 2004-03-05)

地西洋直肠灌注治疗小儿高热惊厥 42 例疗效观察

张 平

河南安阳市第三医院儿科 安阳 455000

本文采用地西洋直肠灌注治疗小儿高热惊厥 42 例，疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 收集 1998-03~2002-03 所治疗的高热惊厥患儿 80 例，诊断标准参照《儿科学》^[1]。随机分为两组。治疗组 42 例，男 28 例，女 14 例，年龄 5 个月~4 岁 3 个月，平均 2 岁 6 个月。对照组 38 例，男 20 例，女 18 例，年龄 7 个月~3 岁 8 个月，平均 2 岁 4 月。

1.2 给药方法 两组患儿均在治疗原发病同时，应用陕西西安制药厂生产 2ml (10mg) 地西洋注射液。按 0.3~0.5mg/kg (最大量 10mg) 稀释成 10ml 备用。对照组直接缓慢静脉注射。治疗组：患儿取左侧卧位，塑料肛管插入肛门深度为：2 岁和 2 岁以下患儿，插入肛门深度为 3cm；2 岁以上患儿插入约 5cm。药液经塑料肛管注入直肠后，捏紧臀部 10min 左右。

1.3 疗效判断标准 用药后 5min 及 5min 以内抽搐停止者为有效；5min 以后仍抽搐不止者为无效。

2 结果

对照组经一次静脉给药后，有效 35 例，占 92%；无效 3 例，占 8%。治疗组经一次直肠给药后有效 38 例，占 90%；

无效 4 例，占 10%。经校正 χ^2 检验， $\chi^2 = 0.019$, $P > 0.05$ ，治疗组和对照组均显示出明显疗效，且无明显差异。

3 讨论

直肠静脉丰富，有两个静脉丛：直肠上静脉丛集直肠上静脉，经门静脉注入肝脏。直肠下静脉丛经直肠下静脉和髂内静脉回流到下腔静脉。因此，直肠特有的血液循环通道，加之直肠的粘膜较厚且丰富，药物注入直肠后可迅速充分吸收。

由于直肠给药具有特殊实用价值。小儿高热惊厥发作时，周围循环不良，静脉穿刺困难，不能立即建立静脉用药途径时，选择直肠给药。将药物注入直肠下段，药物吸收与静脉注射吸收相近，药物经直肠下静脉丛进入体循环，可绕过肝脏，避免药物经肝的首过效应。直肠给药，能够取得静脉用药相似疗效。而且直肠注入地西洋溶液，可取得控制和预防惊厥的双重疗效，既克服了静脉注射地西洋引起呼吸抑制-呼吸骤停危险，又克服了地西洋栓剂释放缓慢的缺点。

地西洋直肠灌注，是基层抢救高热惊厥患儿发作的有效手段之一。

参考文献

- [1] 王慕逖主编. 儿科学. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996.
(收稿 2004-02-27)

尿激酶致过敏性休克 2 例报告

柳淑青 庞亚东

北京市顺义区中医医院神经内科 北京 101300

1 病例报告

例 1 男，55 岁。因右侧肢体瘫痪 1h 于 2003-03-04 入院。既往高血压病史 20 年。查体：血压 24/16kPa (180/120mmHg)，神清，不完全运动性失语，右侧中枢性面、舌瘫。右上、下肢肌力 3 级，肌张力增强，腱反射 (+++)，锥体束征 (+)。右侧半身痛、温觉减低。血、尿常规正常，总胆固醇 6.30mmol/L，甘油三酯 0.98mmol/L，高密度脂蛋白胆固醇 2.40 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇 3.70mmol/L，血糖 5.7mmol/L。心电图示 ST-T 改变。脑 CT 正常。诊断脑梗死、高血压病。给予尿激酶 100 万 U+0.9% 生理盐水 150ml 静滴，约 10min 后患者出现面色苍白，出汗，烦躁不安，血压 9.3/6.7kPa (70/50mmHg)，神志不清。拟诊尿激酶致过敏性休克。立即停用尿激酶，给予静滴地塞米松、Vit C 及升压药，肌注异丙嗪。30min 后上述症状逐渐好转，神志清楚，血压 19/11kPa (143/83mmHg)，但肢体瘫痪呈 0 级，运动性失语。脑 CT 示：左侧大脑动脉起始部梗死致大脑中动脉供血区大面积梗死。0.9% 生理盐水皮试 (-)。

例 2 男，62 岁。因右侧肢体瘫痪，构音不清 3h 于 2003-12-18 入院。既往高血压病史 7 年。查体：血压 27/13kPa

(203/97mmHg)，神清，心、肺 (-)。运动性失语，双眼向左侧凝视，右侧中枢性面、舌瘫，右侧上肢肌力 2 级，下肢 3 级，肌张力增强，腱反射 (+++)，锥体束征 (+)。右半身痛、温觉减低。血、尿常规正常，血糖 5.3mmol/L，血脂四项正常。心电图正常。脑 CT 示：左侧基底节区低密度灶。诊断脑梗死、高血压病。给予尿激酶 75 万 U+0.9% 生理盐水 150ml 静滴，约 5min 后患者突发喘憋不能平卧，面色苍白，出汗，前胸及腹部皮肤潮红，神志不清，血压 9.3/5.34kPa (70/40mmHg)。拟诊尿激酶致过敏性休克。立即停用尿激酶，给予静滴地塞米松、Vit C 及升压药，肌注异丙嗪。约 35min 后神志清楚，24h 后血压在 19/11kPa。但右侧肢体瘫痪呈 0 级。脑 CT 示：大脑中动脉起始部梗死致大面积梗死。0.9% 生理盐水皮试 (-)。

2 讨论

溶栓药物国内以尿激酶为主，尿激酶是以新鲜人尿中提取精制的一种高纯度大分子量 (54000) 活性蛋白酶，能激活体内纤维蛋白溶酶原转为纤溶酶，从而水解纤维蛋白使血栓溶解。尿激酶的不良反应主要为出血倾向，其发生率 5%~11%，严重者可致 SAH、脑出血、消化道出血和尿血等。尿激