

神经节苷脂辅助治疗新生儿缺氧缺血性脑病 25 例疗效观察

秦贺玉,付淑芳,代芹芳,陈凤仪

(宜昌市第一人民医院,湖北宜昌 443000)

2008 年 1~12 月,我院应用神经节苷脂(GM-1)治疗新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)25 例,效果较为满意。现报告如下。

临床资料:根据中华儿科学会新生儿学组 1996 年 10 月制定的 HIE 诊断依据和临床分度,经临床及头部 CT 确诊 HIE 患者 50 例,其中轻、中、重度(CT 分度)分别为 19、21、10 例。入选条件:①生后 2 d 以内;②胎龄 ≥ 38 周;③生后 1 min Apgar 评分 ≤ 5 分,并持续到 5 min 仍然 ≤ 7 分;④生后出现脑病的临床表现(如惊厥、昏迷、肌张力异常、反射异常和呼吸不规则等)或脑电图明显异常。同时,排除严重先天性疾病、并发感染、因产伤及先天畸形等引起的颅内损伤、严重贫血;疗程未超过 7 d 者未统计在内。50 例患者按入院顺序随机分为治疗组和对照组各 25 例,两组临床资料比较无统计学差异。

方法:患儿入院后立即给予支持疗法和对症处理,包括维持足够的通气和换气功能,使血气和血液酸碱度在正常范围,使周身各器官有良好灌注;维持血糖在正常高值,积极控制惊厥,降低颅内高压,以及应用脑细胞代谢激活剂、复方丹参液等。治疗组在此基础上加用 GM-1 20 mg 加入 20 ml 生理盐水中,1 次/d 静滴。两组疗程均为 7~14 d。患儿分别于治疗前、用药第 3 天按照中国 20 项新生儿行为评分法(NBNA)进行评分,检查尽量从睡眠状态开始,10 min 内完成。

结果:治疗前 NBNA 评分 ≤ 35 分中,治疗组 HIE 轻度 9 例、中重度 13 例,对照组轻度 7 例、中重度 15 例;治疗后第 3 天 NBNA 评分 ≤ 35 分中,治疗组 HIE 轻度 3 例、中重度 6

例,对照组轻度 6 例、中重度 7 例。两组治疗前 NBNA 评分无统计学差异。治疗第 3 天,治疗组与对照组间 NBNA 评分有统计学差异($P < 0.05$)。提示临床应用神经节苷脂能促进神经损伤的恢复,有利于神经功能的改善。

讨论:HIE 是指围产期缺氧导致脑缺氧缺血性损害的一种疾病,临床出现一系列脑病的症状。国内报道,7.5%~57.6% 窒息儿有脑损伤,严重者在新生儿早期即可死亡,或留有神经系统后遗症,如智力低下、癫痫、脑性瘫痪、痉挛和共济失调等。因此,治疗 HIE 患儿的关键是早期治疗以及坚持治疗。单唾液酸四己糖 GM-1 对于 HIE 急性期及恢复期大脑神经的修复都有促进作用,临床上已广泛应用。GM-1 是细胞膜重要成分,全身应用后能透过血脑屏障结合到神经细胞膜上,有利于维持膜结构及功能的完整性。GM-1 能抑制脑缺血再灌注后 ET 和 NO 的生成,减轻神经元细胞的变性、坏死,抑制神经元细胞的凋亡,起到脑保护作用。外源性 GM-1 易于通过血脑屏障,嵌入受损细胞膜的表面,模仿内源性神经节苷脂的某些功能发挥神经保护作用。实验证实 GM-1 具有促进神经重构的作用,能促进损伤后的神经再生,保护脑细胞,改善神经传导,促进脑电活动,恢复神经支配功能。大量实验证实 GM-1 可减轻缺氧缺血后脑损伤,同时可促进受损神经的再生及修复。本文结果显示 HIE 患儿在常规治疗的基础上早期应用 GM-1 治疗,能促进患儿临床症状的改善,提高治愈率,减少脑缺氧缺血所致继发性后遗症的发生。

(收稿日期:2009-06-02)

白内障术中角膜后弹力层脱离 11 例防治体会

付金强¹,刘颖²

(1 德州市人民医院,山东德州 253014;2 德州市立医院)

2000 年 1 月~2007 年 1 月,笔者行白内障人工晶体植入手术 420 例,其中发生角膜后弹力层脱离 11 例。现将术中预防角膜后弹力层脱离的体会报告如下。

临床资料:同期德州市人民医院收治白内障患者 420 例(420 眼),男 221 例、女 199 例,年龄 9~83 岁;其中老年性白内障 310 例,外伤性白内障 101 例,其他 9 例。

方法:手术显微镜下操作,上方角膜缘隧道小切口或次小切口,以开罐式或环形撕囊方法截囊,娩出晶体核,吸净残余皮质。透明质酸钠注入前房,人工晶体植入囊袋内,调位,10-0 尼龙线间断缝合 1~3 针;注吸透明质酸钠干净后,前房注入无菌空气泡,充填 2/3 前房,结膜下注射庆大霉素 2 万 U 及地塞米松 2 mg,涂抗菌素眼膏包扎。术后每日换药,裂

隙灯显微镜观察。

结果:420 例术中发生角膜后弹力层脱离 11 例,脱离区前缘均未超过角膜上 1/3。其中老年性白内障 10 例,外伤性白内障 1 例。发生年龄:75 岁以上 6 例,40~74 岁 4 例,1 例 40 岁以下。11 例中,有 5 例内切口偏前,已进入透明角膜约 1.5 mm 处;3 例内切口太靠后,隧道太短,造成虹膜反复脱出,操作过多;2 例因前房穿刺刀不锋利,穿刺和扩大切口时操作过多;另外 1 例为 82 岁老人,可能与角膜内皮功能不良有关。所有病例术中及时发现并在术毕时经辅助穿刺口向前房注入无菌空气泡,术后观察复位良好,术后第 2~3 天角膜恢复透明,未影响手术效果,无任何相关并发症发生。

讨论:白内障术中造成角膜后弹力层脱离发生的因素很多,包括术者操作的熟练程度、手术技巧、选择切口的大小和位置以及机械损伤、术者经验及患者年龄等。本组 11 例中,切口位置不当是主要原因,占 72%。其次是高龄,75 岁以上 6 例占 54%。防治术中角膜后弹力层脱离,我们体会有以下几点:①手术切口不宜过大,内切口进入透明角膜不应超过 1 mm,不可太靠前。②所用穿刺刀要锐利,操作要轻柔准确,步骤分明,尽量减少器械进出前房的次数。③术中娩出晶体核后注吸皮质时,先仔细检查是否有后弹力层脱离。注吸过程中随时观察,正确区分角膜后弹力层与晶体前囊膜,切勿误吸。④对手术中操作较多,尤其是高龄或角膜内皮细

胞减少的患者,更要特别注意观察,一旦发现有角膜后弹力层脱离,首先要看清脱离位置及范围,要避开脱离区操作,注吸水流不要太大,更不要试图用器械复位,否则会造成角膜内皮的更大损伤。⑤吸净皮质后,先用黏弹剂复位,植入人工晶体时,注意观察,切勿插入后弹力层与角膜基质层之间,黏弹剂吸净后,经辅助穿刺口向前房内注入经火焰或多层纱布过滤的空气泡,使其复位。经上述处理,本组 11 例角膜后弹力层脱离患者,术后均良好复位,脱离区角膜轻度水肿,术后第 2~3 天恢复透明。

前房注入无菌空气泡使脱离的后弹力层复位,取材方便经济,操作简单,气泡可在 3~4 d 内逐渐吸收,不影响房水循环,不引起眼压升高;且由于其有上浮力,患者直立时,气泡可直接持续作用于切口下脱离区,有利于完全复位。注入的气泡以占前房 2/3 为宜,过大引起眼压升高,太小吸收过早,不利于牢固复位。我们在手术结束时,即使术中未发现明显后弹力层脱离,也常规术毕时向前房注入空气泡,这样可使一些术中未被发现的小的后弹力层脱离得到复位,还可以根据气泡形态调整缝线松紧,减少术后散光。另外气泡还可压迫人工晶体,使其位于囊袋内,防止人工晶体上浮造成脱位或瞳孔夹持。

(收稿日期:2009-04-19)

三七粉联合针刺治疗气虚血瘀型失眠症 100 例 临床观察

陈兰亭

(淄博市第三人民医院,山东淄博 255000)

2006 年 10 月~2008 年 8 月,笔者应用三七粉联合针刺治疗气虚、血瘀型失眠 100 例,取得了显著疗效。现报告如下。

临床资料:同期就诊天津中医药大学保健医院门诊失眠患者 200 例,均符合中国精神疾病分类方案与诊断标准第 3 版关于失眠症诊断标准(非器质性失眠症),随机分为观察组和对照组各 100 例。观察组男 47 例、女 53 例,年龄 24~65(42.0±8.0)岁;病程 2 个月~3 年 6 个月,阿森斯失眠量表评分(18.81±5.31)分。对照组男 49 例、女 51 例,年龄 23~64(42.0±9.0)岁;病程 1 个半月~4 a,阿森斯失眠量表评分(18.00±5.12)分。两组患者性别、年龄、症状、病程、中医症候及阿森斯失眠量表评分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

方法:两组患者均用毫针刺刺百会、四神聪、头维、太阳、印堂、风池、足三里,1 次/d,留针 1 h。观察组用三七根块研制粉末 3 g,每晚睡前口服;对照组用舒乐安定每次 1 mg,每晚睡前口服。两组均保持着日常饮食习惯,停用其他安眠药

物,20 d 为 1 个疗程。

疗效判定:计算患者治疗前后睡眠状况及症候评定总分的减分率,同时参照 1993 年卫生部制定的《中药新药研究指导原则》疗效判定标准评定临床疗效。近期痊愈:治疗前后睡眠状况评定总分减分率为 80% 以上,睡眠时间恢复正常;显效:治疗前后睡眠状况总分减分率 50% 以上;睡眠时间增加 3 h 以上;有效:治疗前后睡眠状况评定总分减分率 30% 以上,睡眠时间较前增加不足 3 h;无效:治疗前后睡眠状况评定总分减分率为 30% 以下,睡眠时间无增加或增加不明显。

结果:观察组痊愈 11 例,显效 28 例,有效 55 例,无效 6 例,总有效率为 94%;对照组痊愈 12 例,显效 23 例,有效 54 例,无效 11 例,总有效率为 89%。组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗后阿森斯评分均下降,治疗前后自身比较差异均有统计学意义($P < 0.05$, < 0.01);组间治疗后比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。所有病例未发生明显的不良反应。