

1.2 临床表现 昏迷:原发伤41例(93.2%),平均GCS均(5.7±2.4)分;继发伤60例(100%),平均GCS均(4.7±1.8)分;混合伤38例(100%),平均GCS均(4.3±1.2)分;瞳孔改变:原发伤35例(79.5%),继发伤60例(100%),混合伤36例(94.7%)。锥体束征:原发伤17例(38.6%),继发伤36例(60%),混合伤22例(57.9%)。去脑强直:原发伤18例(40.9%),继发伤25例(41.7%),混合伤16例(42.1%)。呼吸障碍:原发伤8例(18.2%),断发伤4例(6.7%),混合伤9例(23.7%)。合并其他颅内伤:原发伤40例(90.9%),继发伤60例(100%),混合伤37例(97.4%)。

1.3 辅助检查 颅脑CT示脑干密度改变9例,主要为脑干内点片状高密度影,脑干体积增大。亚急性期MRI检查6例,示病变主要位于中脑和桥脑,在T<sub>1</sub>像上表现为斑点状的低信号,T<sub>2</sub>像上为高信号,2例胼胝体区、基底节等部位有多发性挫伤灶。

1.4 治疗 视情形采用综合治疗:(1)气管切开;(2)低氧血症者,予以呼吸机辅助呼吸;(3)降低颅内压:手术清除颅内血肿,去大骨瓣减压;应用脱水剂;(4)亚低温治疗<sup>[1]</sup>:患者肛温维持在33~35℃,持续3~5d;(5)选择有效抗生素,控制肺部感染;(6)保持内环境稳定;(7)营养支持疗法:早期给予静脉营养,患者肠蠕动恢复后逐渐过渡到胃肠内营养;(8)催醒治疗:胞二磷胆碱、脑复康、纳络酮、GM-1、安宫牛黄丸、音乐、语言疗法等;(9)康复治疗:高压氧、理疗、针灸等。

## 2 结果

原发伤44例中,恢复良好9例,中残8例,重残6例,植物生存4例,死亡33例;混合伤38例中,恢复良好2例,中残4例,重残4例,植物生存2例,死亡26例。

## 3 讨论

3.1 发生率 本组脑损伤占同期颅脑损伤患者的8.0%,其中

原发性脑干损伤占2.5%,继发性脑干损伤占3.4%,混合型脑干损伤占2.1%。尸检报告颅脑损伤后脑干损伤的发生率达49%~75%<sup>[2]</sup>。因此临床发生率与实际发生率可能存在较大的差别。

3.2 诊断 主要依据临床表现,头颅CT仅能对部分病例作出诊断。MRI可以作出更全面的判断,条件许可时应尽早行MRI检查。本组中有3例原发性脑干损伤,伤后仅有意识模糊,除1例有瞳孔大小不等、多变和一侧肢体轻偏瘫外,均无脑干损伤的典型表现。CT仅发现1例脑干内有灶状出血。3例均在伤后1周内行MRI,发现脑干内点片状出血灶。

3.3 治疗 强调早期综合治疗。我们认为治疗的关键分三个阶段:(1)降低颅内压,控制脑水肿。降颅压措施早在急诊室就应开始应用,并及时行亚低温治疗。(2)防治并发症。这是急性期后的主要问题。本组并发症发生率为23.6%,常见的并发症是肺部感染、应激性溃疡、急性肾衰,其次有脱水、酸碱、电解质平衡失调、营养不良、高血糖等。预防措施主要有:加强呼吸道管理;及早放置胃管,防止胃内容物返流;小剂量(半量)、联合(三、四联)应用脱水剂;液体出入量平衡。(3)催醒治疗,促进功能恢复。康复治疗可改善预后、减少死残率,常用的方法有促脑代谢活化剂、高压氧、音乐语言疗法和针灸理疗等。本组142例经以上综合治疗,恢复良好14.1%,中残14.1%,重残11.3%,植物生存4.2%,死亡56.3%。进一步提高治疗效果、降低死残率仍是今后需要努力攻关的主要问题。

## 【参考文献】

- [1] 江基尧,朱诚,张光霁,等.亚低温对实验性颅脑伤中神经功能的保护作用[J].中华神经外科杂志,1994,10(5):263-265.
- [2] Clifton GL, McCormick WF, Grossman RG. Neuropathology of early and late deaths after head injury[J]. Neurosurgery, 1981, 8: 309-314.

收稿日期:2007-08-31;修回日期:2008-01-31 责任编辑:郭怀勇

# 肺结核合并糖尿病 134 例分析

张晓刚

【主题词】 结核,肺/并发症;糖尿病/并发症

【中图分类号】 R521.04

【文献标识码】 B

【文章编号】 1009-6647(2008)09-2145-02

肺结核与糖尿病并存逐渐受到重视,两病均属常见病、多发病,本文收集了我院于2002/2006年收治的134例肺结核和糖尿病患者的治疗资料,分析两病的相互影响,临床表现及治疗和预后。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男108例,女26例,年龄30~72岁。

1.2 肺结核情况 初治患者113例,复治21例。临床表现为咳嗽、咳痰102例,咯血9例,胸痛25例,发热42例,盗汗9例;X线表现病变主要以渗出和干酪样坏死,病变位于双侧59例,形成

空洞18例;急性血行播散性肺结核1例,结核性胸膜炎3例。痰抗酸杆菌阳性93例;先患糖尿病后发现肺结核107例,先患肺结核后发现糖尿病者19例,同时发病8例。

1.3 实验室检查 入院时空腹血糖在6.1~10 mmol/L 84例,10~27.8 mmol/L 50例。白蛋白低于正常28例。

1.4 治疗 结核病化疗均采用全国结核病统一化疗方案正规治疗。初治者用2HRZS(E)/4HR方案,复治者用2HRZES/6HRE方案。

## 2 结果

治疗2个月后,病情好转、病灶吸收95例(70.1%),空洞吸收闭合5例(37.3%),痰抗酸染色阴转98例(73.1%),病情恶化

作者单位:辽宁省盘锦市盘山县结核病防治所 124000

死亡 2 例(0.14%)。糖尿病控制理想 102 例,控制较好 19 例,控制不良 4 例,死亡 2 例,有效率 90.3%。

### 3 讨论

目前普遍认为,肺结核与糖尿病相互影响,糖尿病患者易患肺结核,且对肺结核的病情、预后均产生不利影响。随着糖尿病病情进展,肺结核病情进展迅速且难以控制,肺结核菌阴转时间延长;反之,肺结核也影响糖尿病控制,使糖尿病病情反复,血糖控制更加困难。糖尿病与肺结核发病的先后顺序文献报道相似,糖尿病发病先于肺结核者占大多数<sup>[1]</sup>。

糖尿病的糖代谢失调是促发结核病的主要机制,并导致结核病迅速恶化糖代谢紊乱,组织中葡萄糖水平长期增高利于结核菌生长。糖尿病患者易并发多器官病变,也限制了抗结核药物的应用,易导致结核病疗效低。结核病患者由于结核中毒症状及消耗致机体正常代谢低下,胰腺代谢功能障碍,胰岛内外

分泌功能减低,碳水化合物代谢受损,易加重糖尿病病情,抗结核药物可影响血糖控制<sup>[2]</sup>。

综上所述,对糖尿病患者应警惕患肺结核的可能,肺结核患者在治疗效果差时应考虑是否合并糖尿病,肺结核合并糖尿病患者的预后首先取决于糖尿病是否控制,其次是结核病情。因此,对结核病患者应常规行血糖、尿糖检测,对糖尿病患者常规行葡萄糖耐量试验及胸部 X 线检查,以便明确诊断,及时有效地控制病情。

### 【参考文献】

- [1] 李多,邓述恺,徐玲.老年糖尿病合并肺结核 34 例误诊分析[J].中国全科医学,2003,6(1):73.
- [2] 李相杰.老年肺结核合并糖尿病 82 例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(13):3101.

收稿日期:2007-08-14;修回日期:2008-01-14 责任编辑:朱建洲

## 颈臂丛神经阻滞一点法在骨科手术中的应用 123 例分析

陈登良,华晓君

**【摘要】** 目的:总结上臂、肩部、锁骨手术麻醉经验。方法:肌间沟向头端消失处约平 C5 水平为进针点找到肩部异感后注药液。结果:123 例患者麻醉效果满意,有 2 例发生麻醉药毒性反应,手术顺利完成。结论:颈臂丛神经阻滞一点法方法简单,相对安全,麻醉完善。

**【关键词】** 臂丛;神经传导阻滞/方法;矫形外科手术;人类

**【中图分类号】** R68;R614

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1009-6647(2008)09-2146-02

上臂、肩部、锁骨手术的神经阻滞经常不完善,需要辅助静脉麻醉才能完成手术,不仅给患者增加痛苦,而且还增加了患者相对不安全因素和手术医生对麻醉医生的不信任感。我科从 2005/2007 年期间对这些部位手术的麻醉进行深入探讨,改用一点法麻醉,效果满意,现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 65 例,女 58 例,年龄 6~76 岁;ASA 均 I~II 级;其中肩关节骨折 25 例,肱骨上段骨折 41 例,锁骨骨折 57 例。药物为国产 0.894%罗哌卡因 10 ml+2%利多卡因 15 ml+注射用水 5 ml,合计 30 ml 混合液。

1.2 麻醉方法 常规术前阿托品和苯巴比妥钠肌注。患者入手术室后常规生命体征监测并建立静脉通路,去枕平卧,暴露颈部,消毒铺巾,顺前中斜角肌肌间沟摸到顶点向头端画一纵行线,再以 C<sub>5</sub> 横突画一水平线,以两线相交点作为进针点,以整个偏健侧颈型作平面呈垂直进针,用 7# 针约进 2~3 cm 时,患者诉肩部有异感(包括酸胀感),这点很重要,决定麻醉效果,很多患者会感觉后颈或背部有异感,这种异感不行,需退针至皮下向头端或尾端重新再找。找到异感后回抽,确定无脑脊液及血时缓慢注药 30 ml,注药后压住进针点 5 min,使药液尽量向

两端弥散。药液以 30 ml 为标准不再增加,低于 50 kg 者以每公斤 0.6 ml 递减药液,例如 10 kg 患者用量 6 ml。有基础麻醉患儿,用神经刺激仪定量 0.2~0.3 MA 刺激看到肩部肌肉有颤动即可注药。

1.3 观察指标及效果评价标准 使用针刺痛感评定法测定感觉神经阻滞效果。(1)优:阻滞完善,患者无痛感且安静,肌松良好,无需加辅助药。(2)良:阻滞相对完善,肌松尚可,深部操作不需加辅助药。(3)较差:阻滞不完善,患者有痛感,深部操作需加辅助药。(4)差:阻滞失败,需改用其他麻醉方法。

### 2 结果

本组除 1 例非麻醉原因术中改用全麻外,其余患者的阻滞深度和阻滞范围均符合手术要求,麻醉效果满意。优:89 例,占 72%;良:34 例,占 28%;无较差和差。其中有 2 例发生麻药毒性反应,表现为一过性失语及烦躁的中枢性毒性 1 例,经给氧和咪唑安定 2~4 mg 静脉给药后入睡,生命体征均保持正常稳定。5 例发生霍纳氏症,2 例声音嘶哑,未作处理,约 4 h 后自行消失。术后随访均无后遗症。无呼吸抑制或膈神经阻滞及全脊麻发生。

### 3 讨论

单纯的臂丛神经阻滞用于肩关节及肱骨上段的手术以及单纯的颈丛神经阻滞用于锁骨手术常常阻滞不全、镇痛不完善,需辅助麻醉才能完成。而且效果不太理想,无形当中增加麻