

授总结多年临床经验,以扶正固元之法治疗中风获得较好疗效。认为治疗中风,邪固当祛,窍亦当开,然要在知邪之所生,邪之所伤,若仅知辨邪之所在,是忽其本,但求其末。用益气养阴之法,意在扶正护脑^[8]。生地乃王左教授临证常用益气养阴佳品之一。

据研究报道,小剂量凝血酶预处理可明显减小缺血后脑梗死面积,减轻脑水肿程度,具有神经保护作用^[9]。但较高浓度的凝血酶可使神经元的轴突和树突退变,使星形胶质细胞和成神经细胞瘤细胞发生轴突回缩、细胞聚集,胶质细胞星形化受阻^[10]。本实验研究结果与上述研究相符,凝血酶小剂量时对神经元具有保护作用,大剂量则具有损伤作用。在用凝血酶对神经元损伤最小剂量(75 kU/L)模拟神经元损伤后,再予生地注射液进行干预,结果显示其具有减轻神经元损伤的作用,提高了神经元的存活率,表明对神经元具有保护作用。组织病理形态学观察也显示,除 25 kU/L 组外,其他凝血酶浓度组神经元均有损伤,而生地注射液干预后均接近正常,说明生地注射液对凝血酶导致神经元损伤的修复具有一定的作用。由于凝血酶的神经作用机制较为复杂,具体机制尚未完全阐明^[9],故对于生地注射液干预其损伤具体环节亦有待更进一步研究。

参考文献

[1] Hou L, Howells G L, Kapas S, et al. The protease-activated

receptors and their cellular expression and function in blood related cells [J]. Br J Haematol, 1998, 101(1): 1-9.

[2] 杨文琼, 孙圣刚. 凝血酶在中枢神经系统中的作用 [J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19(6): 382-384.

[3] Xi G, Wagner K R, Keep R F, et al. Role of blood clot formation on early edema development after experimental intracerebral hemorrhage [J]. Stroke, 1998, 29(12): 2580-2586.

[4] Gong C, Boulis N, Qian J, et al. Intracerebral hemorrhage-induced neuronal death [J]. Neurosurgery, 2001, 48 (4): 875-882.

[5] Masada T, Hua Y, Xi G, et al. Attenuation of intracerebral hemorrhage and thrombin-induced brain edema by overexpression of interleukin-1 receptor antagonist [J]. J Neurosurg, 2001, 95(4): 680-686.

[6] Nakamura T, Xi G, Park J W, et al. Holo-transferrin and thrombin can interact to cause brain damage [J]. Stroke, 2005, 36(2): 348-352.

[7] 俞晓飞, 王左, 魏江磊. 生地注射液治疗急性脑出血临床研究 [J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(4): 32-34.

[8] 王左. 益气养阴活血法论治出血性中风 [J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(9): 1-2.

[9] Masada T, Xi G, Hua Y, et al. The effects of thrombin preconditioning on focal cerebral ischemia in rats [J]. Brain Res, 2000, 867(1-2): 173-179.

[10] Beecher K L, Andersen T T, Fenton J W 2nd, et al. Thrombin receptor peptides induce shape changes in neonatal murine astrocytes in culture [J]. J Neurosci Res, 1994, 37(1): 108-115.

(收稿日期: 2008-03-24 修回日期: 2008-05-10)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

如何紧急诊治休克

赵晓东¹, 马俊勋¹, 沈洪²

(1. 解放军总医院一附院急救部, 北京 100037; 2. 解放军总医院急诊科, 北京 100852)

1 伤员发生休克的原因

休克可分为失血性休克、心源性休克、神经源性休克等。灾区伤员发生的休克大部分是低血容量性休克和神经源性休克, 少部分为挤压后发生的感染中毒性休克和心源性休克。低血容量性休克多由大血管破裂、肝脾破裂、骨折等所致。神经源性休克系外伤、骨折、剧烈疼痛、精神创伤等所致。心源性休克主要因张力性气胸、心肌挫伤、心包填塞所致。

2 如何判断休克

创伤性休克的诊断标准为: ①周围循环灌注不足表现: 意识障碍; 脉细数, 脉搏 > 100 次/min 或不能触知; 四肢湿冷; 皮肤出现花纹, 黏膜苍白或发绀。②尿量 < 30 ml/h 或无尿。③收缩压 < 80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 脉压差 < 20 mm Hg。原有高血压者, 收缩压较原水平下降 30% 以上。

3 紧急救治要点

3.1 有效止血、止痛、包扎: 自救者可以用身边的材料就地止血, 救护人员一般用敷料加压包扎止血。对于动脉出血或肢体离断则要用止血带进行有效止血, 同时止痛, 以减少神经源性休克。

3.2 建立有效的静脉通路和补液: 可先迅速输注生理盐水或平衡盐溶液 1 000~2 000 ml。若血压回升并能维持, 表明出血量已减少或已停止出血。但对于难以用一般措施控制的出血, 应在补充血容量的同时手术止血。

3.3 保持呼吸道畅通: 迅速清除伤员口腔及呼吸道内的分泌物及异物; 遇有喉头水肿或昏迷患者舌后坠时, 可用舌钳将舌头夹出; 必要时立即进行气管插管和吸氧。

3.4 改善微循环: 应用扩充血容量和血管活性药物, 以调节血管舒缩功能, 纠正酸碱及水、电解质平衡紊乱, 这是抢救休克的关键。

3.5 迅速转院: 在对严重的休克伤员实施以上现场急救后, 应迅速将其转送到有手术能力的医院继续救治, 以尽最大力量挽救伤员的生命。

[摘自《健康报》2008-05-20(8)]