DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.04.027

只是作用强度有所不同[6]。看来，它们的抗晕作用并非仅仅是作用于其中某种受体的结果。我们实验显示，应用东莨菪碱的受试者MS后血组胺含量进一步升高，说明东莨菪碱对MS的血组胺含量的变化具有明显影响。认为，东莨菪碱的抗晕作用除其抗乙酰胆碱作用外，可能与其H_1受体阻断作用有关。

参 考 文 献

1. Pyykko I, et al. Transdermal administered scopolamine vs. dimenhydrinate. I. Effect on nausea and vertigo in experimentally induced motion sickness. Acta Otol 1985; 99:588
2. Wood CD, et al. A theory of motion sickness based on pharmacological reactions. Clin Pharma Ther 1970; 11:621
3. Laitinen LA, et al. Scopolamine alone or combined with ephedrine in seasickness:a double-blind, placebo-controled study. Aviat Space Environ Med 1981; 52:6
4. Takeda N, et al. Histaminergic mechanism of motion sickness, neurochemical and neuropharmacological studies in rats. Acta Otol 1986; 101:416
5. Takeda N, et al. Origins of histamine containing fibers in the cerebral cortex of rats:studies by immunohistochemistry with histadine decarboxylase as a marker and transection. Brain Rev 1984; 323:55
6. Stephen JP, et al. Antiemetics:neurotransmitter receptor binding predicts therapeutic actions. Lancet 1982; 1:658
7. Palacios JM, et al. The distribution of histamine H1-receptor in the rat brain:An autoridiographic study. Neuroscience 1981; 6:15
8. Wamsley JK, et al. Autoridiographic location of muscarinic cholinergic receptors in rat brainstem. J Neurosci 1981; 1:176

（收稿：1988.02.09；修回：1989.11.22）

慢性硬脑膜下血肿80例分析

林秋泉 王宪荣 林江凯（西南医院 神经外科）

我院1963年2月～1988年2月共收治慢性硬脑膜下血肿（CSDH）80例，现分析、讨论如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

男75例，女5例。年龄3～79岁。60～79岁21例；35～59岁43例；16～34岁14例；3～15岁2例。80例中有3例双侧血肿，占3.75%。共计血肿83个，左半球57个，右半球26个，血肿量60～250ml，平均150ml。

1.2 病因及病程

有明确头伤史62例，不明原因16例，癌性出血1例，烟雾病出血1例。病程21天～5年，1～3月52例，占65%。

1.3 症状和体征

头痛62例，呕吐55例，精神障碍23例，痴呆20例，尿失禁12例，昏迷11例，视乳头水肿63例，偏瘫21例，癫痫5例，视力减退17例。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.4 辅助检查

颅超检查46例，中线波移位0.25～1cm42例，阳性率91.30%。腰穿15例，12例压力20.58～39.2kPa（210～400mmH_2O），脑脊液蛋白45～190mg/dl。脑血管造影（CAG）71例，均可见脑外与颅骨内板之间有半月形或梭形无血管区。CT扫描8例，低密度4例，等密度1例，高密度3例。脑室造影1例，侧脑室受压，中线结构侧移位。

1.5 治疗方法与结果

双钻孔冲洗引流69例（血肿72个）。直接开颅清除血肿及外膜切除5例，钻孔术后再开颅切除外膜6例。其中1例钻孔术中因负压吸引立即发生硬膜外出血，1例术后血肿腔再出血，1例术后张力性气颅，1例术中癫痫大发作，术后昏迷，另2例因术后恢复慢，CAG复查提示血肿腔缩小不明显，手术见后2例中1例包膜较厚，1例包膜内成分隔状。

本组1例因癌肿广泛转移，1例68岁高龄患者因全身衰竭自动出院后死亡。死亡率2.5%，但无1例因CSDH直接致死。52例术后获门诊随访及信访，1例术后4个月因肺部感染死亡，另1例术中癫痫后遗轻偏瘫已8年，其余均恢复正常工作及生活，最长者已达25年。

2 讨论

2.1 病因及发病机理 CSDH主要是外伤性的，本组有明确外伤史者占75%。颅内占位症状及体症多出现在外伤后1～3月[1]。本组在伤后1～3月确诊的有52例，占65%。关于CSDH的发病机理，Gardner的渗透压梯度学说已被基本否定，研究结果越来越支持Putman和Cushing提出的关于血肿外膜炎症，凝血机制障碍致缓慢出血的理论[2]。近年国内已有学者提出了血肿内凝血因子消耗及纤维蛋白溶解，局部凝血过程障碍致小血管渗出[3]，新生外膜巨毛细血管不断出血和纤维蛋白溶解亢进的学说[4]。本组11例外膜病检均呈炎性肉芽结构；5例血肿腔内液镜检3例可见正常形态红血细胞，亦支持血肿外膜因炎症，凝血机制障碍致缓慢出血的理论。

2.2 临床表现及诊断 年轻患者头痛、视乳头水肿本组占100%，老年患者主要表现为精神障碍、痴呆，本组分别占80.95%及42.86%。故有头伤史的青年出现颅内压增高或老年人缓慢出现的精神障碍、痴呆者应疑有CSDH。本组颅超阳性率91.30%，CAG阳性率100%。笔者认为除儿童及高龄不能合作者外，仍应积极选用颅超及CAG检查。但术后病情加重以CT扫描复查为佳。

2.3 治疗方法与并发症 CSDH有自愈或经甘露醇、肾上腺皮质激素等治愈的成功报道。随着病理生理学研究的进展，非手术治疗基本被废弃，一旦出现临床症状，多需手术[2]。翟允昌等[3]采用锥孔穿刺法取得显效，不主张引流。杨立庄等[4]认为对CSDH的治疗趋向钻孔冲洗的方法。Aoki称其为标准疗法，甚至有人认为是最佳治疗方法[2]。Markwalder[1]进行颅骨钻孔抽吸不作引流与钻孔冲洗引流对比研究，最后认为为了避免术后早期的临床恶化，行闭式引流是适宜的。本组采用双钻孔冲洗引流法治疗，有效率94.87%，术后切口感染1例，占1.37%。我们认为钻孔冲洗引流法安全、简便、效果好，感染率低。根据"倒瓶"原理，我们主张双钻孔、术后利于引流。但此法仍有再出血，张力性气颅等并发症。本组术后早期复查者，血肿腔消失大部分不理想，但多未经处理，而恢复良好。若症状改善慢，血肿腔缩小不明显，可能系包膜厚或血肿腔呈分隔状，仍应开颅切除包膜。值得强调的是，术前有癫痫史者，术中一定要进行有效的抗癫痫治疗。本组2例术中癫痫大发作，1例术后昏迷长达1月，1例后遗轻偏瘫。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

参考文献

1. Kotwica Z, et al. Along course of chronic subdural haematomas. Acta Neurochir 1987; 85(1～2):44～45
2. 陈建良，综述。慢性硬膜下血肿的某些进展。国外医学：神经病学 神经外科分册 1987;4:182
3. 翟允昌，等。关于慢性硬脑膜下血肿的治疗和其发生机理的探讨。中华神经精神科杂志 1982;1:20
4. 赵孟尧，等。慢性硬脑膜下血肿发生机理的研究。中华神经外科杂志 1987;1:27
5. 杨立庄，等。慢性硬膜下血肿的治疗和机理探讨。中华神经外科杂志 1985;2:119
6. Markwalder T, et al. Chronic subdural haematomas: to drain or not drain. Neurosurgery 1985;16(2):185

(收稿:1988.11.14;修回：1989.11.21)

食道调搏诊断房室结双径传导与房室结折返性室上性心动过速

马慧卿 倪廷枢 何国祥 马立芳 司良毅 刘波（西南医院 心肾科）

房室结双径（DAVNP）传导，是引起阵发性室上速（PSVT）的最主要原因之一。食道调搏可无创地诊断DAVNP传导，揭示折返性室上速的发生机理。本文就我院1985～1989年用此法检出50例分析如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

50例中有PSVT史者32例，阵发性心悸者18例，男23例、女27例，平均年龄37±14（12～60）岁。病程1月～20年。常规ECG排除预激与L-G-L综合征。临床诊断冠心病3例，高心病、风心病各1例，余无器质性心脏病证据。

1.2 检查方法

检查前两天停用抗心律失常药。采用FD-I型多功能心脏程控刺激仪和XD-2A型心脏电生理诊疗仪按分级递增法（S_1S_1）和/或程控早搏刺激法（S_1S_2）进行刺激。在检查过程中连续记录Ⅰ导联ECG，并建立输液通道。

1.2.1 S_1S_1刺激法：以略快于自身心率的频率起搏心房，每级递增10次/min，持续起搏30s。

1.2.2 S_1S_2刺激法：以略快于自身心率的频率起搏心房，在此基础上加S_2早搏刺激。S_1与S_2的比例8:1或4:1反扫，步长10ms。

2 结果

2.1 DAVNP传导表现不连续的SR曲线

本组47例DAVNP表现：

2.1.1 S_1S_1法：①在起搏频率增加10次/min，S_1R间期突然延长≥60ms，形成不连续的$S_1S_1 \cdot S_1R$曲线；②在某一起搏频率时，出现两种S_1R间期，相差≥60ms。

2.1.2 S_1S_2法：当反扫S_1—S_2缩短到等于快径有效不应期（ERP_{FP}）时，激动在FP受阻，便沿慢径（SP）传导，S_2R突然延长≥60ms，显示S_2R传导曲线中断现象。经FP传导的SR间期（$^{SR}_{FP}$）平均290±41ms，经SP传导的SR间期（$^{SR}_{SP}$）平均381±48ms，两者时间差平均110±35（60～180）ms。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net