专 家连线

热毒宁注射液治疗小儿呼吸道感染疗效分析

□马妹丽

热毒宁注射液是由青蒿、金银花、栀子三味中药经过现代工艺提取精制而成,通过临床证实,具有清热解毒、疏风解表之功效,用于上呼吸道感染引起的高热、头痛、鼻塞流涕等症状。经临床试验证明热毒宁注射液能明显降低患者的体温,显著改善患者的症状和体征。以下介绍笔者医院采用热毒宁注射液治疗小儿上呼吸道感染案例,总结如下:

案 例

患者突然高热39摄氏度~40摄氏度,流涕,鼻塞或有咳嗽等,食欲减退,睡眠不宁。体检:咽部有明显充血或红肿,波及扁桃体但无脓苔,两肺无啰音,白细胞为(3.5~8)×10^9/升,中性粒细胞<80%。经鉴别诊断排除肺炎,出疹性疾病,肠道感染或中枢神经感染等引起的高热。临床诊断为上呼吸道感染,作为观察对象,随机抽样分为两组,治疗组46例,男25例,女21例,平均年龄(20±7)个月。对照组44例,其中男23例,女21例,平均年龄(21±6)个月。

治疗方法:治疗组用热毒宁注射液(10毫升/支),以0.5~0.8毫升/(公斤·天)加入5%葡萄糖溶液静脉滴注,每天1次。对照组用双黄连注射液(0.6克/支),浓度小于0.5%(克/毫升)加入5%或10%葡萄糖溶液中,以上两组液体滴速应控制在0.5~1.0毫升/分钟,3天为1个疗程,其他支持疗法两组类同。两组病例均于发病24小时~36小时内给药治疗。

疗效标准:患者开始治疗后,每天上午、下午及晚上各测量体温1次,并列表记录,每天复诊或家访观察病情变化,以体温变化、咳嗽程度为判断药效标准,当体温变化与咳嗽程度不相符合时,以体温变化为主。显效:用药后24小时~48小时内退热(<38摄氏度),体温不再上升,咳嗽症状消失,全身症状明显减轻,食欲增加。有效:用药后48小时~72小时内退热(<38摄氏度),体温不上升,咳嗽较前减轻,全身症状稍改善,但食欲仍差。无效:用药后72小时以上热不退(>38摄氏度),咳嗽无减轻,全身症状无改善,精神及食欲甚差,体温不稳定。

结 果

疗效:治疗组总有效率为95.7%,而对照组总有效率为63.6%,两组统计学处理(P<0.01)有非常显著的差异。治疗组有28例(60.9%)给药48小时内退热,全身情况大有改善,食欲增加,而对照组仅18例(40.9%)显效。

不良反应:治疗组有1例患儿出现皮肤瘙痒,经赛庚啶口服后症状消失,对照组有1例患儿出现过敏反应,表现为寒战,体温38.6摄氏度,给予地塞米松静脉推注,盐酸异丙嗪肌肉注射治疗,症状消失。

思 考

呼吸道感染是小儿最常见的疾病,目前认为90%以上是病毒感染所致,常见病毒为人鼻病毒、柯萨奇病毒及埃可病毒、腺病毒等。目前,治疗方法以休息、中草药、对症处理及预防并发症为主,尚缺乏特殊疗法。热毒宁注射液有效成分为青蒿、金银花、栀子,青蒿味苦辛、性寒,辛可发散,苦寒清热,故能透散风热,邪毒从肌表而解。金银花味甘、性寒,功能清热解毒,助君药青蒿以增强其清热及透散之功效,在方中为臣药。栀子苦寒,具有清热解毒,凉血及泻火除烦之功效,为佐药,助臣药金银花解毒,3种成分在药代动力学上无相互影响,在药效学上可相互协同。组方中的青蒿通过药理研究含倍半醋内酯、黄酮类、香豆类挥发成分(青蒿酮),具有抗菌、抗病毒、解热、抗炎、镇痛及提高免疫力作用;金银花含有机酸(绿原酸等)、环烯醚萜苷等,有清热解毒抗炎作用;栀子含栀子苷、去羟栀子苷等,具有抗菌、抗病毒、清热等作用。上述诸药合为1剂,具有解热、抗病毒、抗细菌、增强免疫等药理作用,先进的生产工艺(蒸馏及膜分离超滤技术)及质控体系(气、液相指纹图谱分析技术)确保其疗效及安全性,适合于儿童使用。

(作者供职于郑州儿童医院)

经 验分享

结肠炎的治疗和用药原则

□吴喜见

结肠炎属于肠部炎症疾病,对该疾病的治疗要及时进行消炎处理,避免病情发展过于严重而给健康带来更多影响,下面笔者介绍关于结肠炎的治疗方法和用药原则。

干细胞疗法

效果明显:患者治疗后1周~4周,食欲不振、乏力、腹水等症状减轻甚至消失;4周~12周,干细胞开始分化,白蛋白等生化指标有明显改善;3个月~6个月,受损肝组织逐步得到修复,肝功能逐渐恢复,患者体征可获全面改善。

费用低廉:一般国内实施干细胞治疗手术的费用和活体肝移植相比,仅相当于其费用的1/10左右,而实质性改善状况尤其是远期效果并无特别差异。因此,被群众比喻成"平民化的肝移植"。

技术风险小:手术本身过程并不复杂,加上采用的是介入微创手段,而且移植对象来自患者本人,或脐血干细胞抗原性很低,因此不会产生肝移植的排异反应。身体条件好些的患者,在做完手术后观察数天,即可出院。

治疗用药原则

饮食:充分休息,避免疲劳和精神过度紧张。患者要吃刺激性小且容易消化的食物,尽量避免含粗糙纤维食物,暂时不吃牛奶和乳制品;适当补充液体和电解质,补充维生素和钙;口服铁制剂和叶酸可治疗贫血;病情严重,腹泻频繁,营养严重不良的患者,可给予一定时期的胃肠要素饮食或胃肠外营养。

抗感染药物:柳氮磺吡啶对治疗不同部位的结肠炎及并发症有较好疗效。有些患者服用后可能会引起恶心、呕吐、头痛、皮疹、粒细胞减少、贫血和肝功能不良,可改用甲硝哒唑,新霉素和酞磺胺噻唑。

激素治疗:肾上腺皮质激素、氢化可的松以及强的松可改进全身状况,使病程缓解,排粪次数减少,复发症状减轻和食欲增加。但也有一些患者疗法不佳,并可使溃疡穿孔,出血和愈合缓慢。现在认为应用范围较小,对于急性暴发性或早期发作严重的患者可使症状明显减轻,病情好转,对于病情长期反复发作患者治疗时并不满意。促皮质激素溶于葡萄糖溶液进行静脉滴注,待患者症状好转后改用肌肉注射。氢化可的松进行静脉注射,待患者症状缓解后逐渐减量。肾上腺皮质激素对缓解症状比氢化可的松效用好,但维持缓解的药效不如氢化可的松。这种治疗在患者症状无好转的情况时,不应继续应用超过2周。

(作者供职于新郑市人民医院)

翟永利:精神疾病诊断要拿出"探案"精神

□王 婷 席 娜

郑州市第八人民医院(以下简称:郑州市八院)主治医师翟永利时,给人以冷静、理性之感。年少时的他,源于对心理学的好奇而开启了自己的从医之路,毕业后成为一名精神科医生。10年间,他先后在男封闭病区、医务科及女封闭病区轮转,相比行政科室,他更喜欢待在临床一线。随着对精神疾病研究的深入,翟永利越发感到医者的责任,在他看来,明确诊断甚至比治疗更重要。

抽丝剥茧 透过现象看本质

当了10年精神科医生,翟永利接触过各种各样的患者,有深陷焦虑、试图与孩子一同自杀的"新手妈妈",有兴趣淡漠,家中3年不出家门的青年男性,有频繁自我伤害的少女。每个人的内心都可能隐藏着一段不为人知的故事,如何通过碎片化的线索,追根溯源,最终找出问题的症结,靠的是精神科医生冷静的头脑、缜密的思维和超常的耐心。

两个月前,50多岁的刘先生出现失眠、情绪不稳、胡言乱语、冲动伤人等症状,在当地某医院诊断不明确,便到郑州市八院就诊。一开始,翟永利发现患者无法正常交流,且家属所描述的病史也不详细,于是先针对患者的精神症状给予对症治疗。同时,为进一步探明真相,翟永利让患者家中所有知情人都来到诊室,通过仔细询问得知,刘先生在1个月前无意间目击了一场命案。

找到了关键线索,答案便浮出水面,刘先生最终被确诊患有创伤后应激障碍,属于严重应激反应。对症治疗三五天后,患者能进行一些简单表达了,在翟永利耐心引导下,刘先生将目击事件的经过及感受全部倾诉了出来。刘先生通过药物和心理治疗1个月后,康复出院。

翟永利介绍,创伤后应激障碍是指遭遇突发性、威胁性或灾难性事件后导致的个体延迟出现和持续存在的精神障碍,主要表现为闪回、回避、警觉性提高等。随着时间推移,大多数人可以从创伤事件中完全恢复,但是有些人却一直处于悲伤或焦虑状态走不出来。

"精神疾病的诊断就像侦探破案一般,需要透过现象看本质。"翟永利说,像刘先生这种有沟通障碍的患者,可通过其家属或知情者了解情况。另外,不光要根据患者的症状进行横向诊断,还要结合其病史、既往生活经历、性格特点等进行纵向诊断,这样才能做出正确判断。

鉴别诊断 最大程度避免误诊

在翟永利看来,精神疾病是千变万化的,症状也是错综复杂的,只有认真研究各种症状和病因,才能对不同病症出现的相似症状加以鉴别。在临床上,他就曾遇到过不少这样的病例。

30多岁的穆女士因长期失眠、情绪低落、悲观厌世而就医,在当地某医院按抑郁症给予治疗,四五年来病情反反复复,几次住院,但效果不理想。经人推荐来到郑州市八院,经过详细问诊、系统评估,翟永利判断穆女士可能不是单纯的抑郁症。

"很多时候,细节往往是精准诊断的突破口。"于是,接下来的几天中,翟永利在查房时重点对患者的言行举止进行细致观察,并深入挖掘其病史资料,最终印证了自己的判断,穆女士患的是双相情感障碍而非抑郁症。调整用药一段时间后,穆女士的精神症状得以改善,配合系统的心理疏导后恢复良好,如今已重新回到了工作岗位。

"双相情感障碍很容易被误诊为抑郁症,而造成诊断困难的主要原因,是医生往往采集不到患者躁狂发作的信息。"翟永利解释,绝大多数双相情感障碍患者首次发病都表现为抑郁,少数首次发病是躁狂或者轻躁狂;而且双相情感障碍患者70%的发作时间都表现为抑郁,真正处于躁狂或轻躁狂的时间很短。因此,患者在抑郁发作时就医,便很难被确诊为双相情感障碍。

其次,患者如果处在轻躁狂状态下,会觉得情绪较高、思维敏捷、精力充沛。因此,患者往往认为这是自己情绪最好的时期,一般不会主动就医。而到了抑郁发作时,又会忽略之前的躁狂症状。另外,有些患者先后去过不同的医院就诊,但医生也容易产生思维定式,仍会继续按照抑郁症治疗。

"因此,精神科医生在接诊抑郁症患者时,应特别关注其有无躁狂、轻躁狂症状或病史,这对于正确诊断患者是单纯的抑郁症还是双相情感障碍至关重要。"翟永利说。

心灵驿站

协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院

疫情防控心理援助热线(0371)55622625

实 用验方

治疥疮方

方一:东丹15克,铁屑15克,明矾15克,花椒15克,硫黄15克,六一散15克。

制法:共研细末,过筛备用。

功效:杀虫止痒。

主治:疥疮瘙痒。

用法:先用葱白捣烂如泥,放在碗内,用文火烤热熏手掌,再用麻油擦在掌中蘸药粉趁热搽患处。

方二:蟾蜍2只,瘦肉50克~100克,陈皮3克。

主治:疥疮。

用法:蟾蜍先用米泔水养2天,剥去皮、头、爪、内脏,再用清水浸泡2小时,与瘦肉和陈皮一起煲汤,趁热服食。

(以上验方由浙江省舟山市岐仁堂中医馆陈吉好提供)

本版验方需要在专业医师指导下使用

锁骨下动脉阻塞的介入治疗

□周朋利 韩新巍

人体是一个发育成熟的左右对称体,双上肢对称、双下肢对称、左右面部对称、左右胸部对称等,不仅表面看起来对称,其内部大多数结构,如肌肉、骨骼、血管、神经等也是对称的。但有一些人双上肢的感觉不对称,一侧上肢正常,而另一侧上肢却疲乏无力,冰冷酸痛,测量发现血压偏低,甚至低到检测不出来,摸不到脉搏,故而称其为无脉症,这可能是头臂动脉狭窄,以锁骨下动脉狭窄血流阻塞最为多见。高血压病、糖尿病、长期大量抽烟的动脉粥样硬化、大动脉炎或者外伤是导致锁骨下动脉狭窄阻塞的常见病因。

胳膊无脉症属于什么病

无脉症属于头臂血管狭窄或阻塞引起的小脑和上肢缺血的血管性疾病。从主动脉弓上发出来头臂动脉干,右侧的头臂动脉干也叫无名动脉,无名动脉分出有锁骨下动脉和右颈总动脉;左侧的左锁骨下动脉直接起源于主动脉弓,锁骨下动脉主干直接延续为腋动脉、肱动脉向上肢供血,其上还有一个重要的椎动脉分支向颅脑的小脑和脑干供血。若锁骨下动脉狭窄或阻塞将会同时影响到同侧上肢和小脑与脑干的血液供养,上肢缺血表现为疲乏无力、冰冷酸困,小脑与脑干缺血表现为头晕、无神、瞌睡。

从主动脉发出的右侧无名动脉或左侧锁骨下动脉都会发生狭窄,临床常见左侧的锁骨下动脉狭窄或阻塞。狭窄区域几乎都位于锁骨下动脉分出椎动脉之前的近心端主干,当左侧锁骨下动脉严重狭窄或完全闭塞时,为避免缺血的左上肢坏死,人体通过自身保护的代偿调节机制,使锁骨下动脉阻塞一侧的椎动脉血流发生虹吸作用,将右侧不狭窄的椎动脉血液倒吸至左侧椎动脉、由椎动脉供应狭窄后的远端锁骨下动脉、腋动脉,供应狭窄侧上肢。引起患侧椎动脉血液逆流,使原本供应小脑和脑干的椎—基底动脉血液,反向供应缺血的患侧上肢,引起小脑和脑干缺血性发作,而患侧上肢虽然得到了一些血液补充,但还远远不够用,依然呈缺血状态。

锁骨下动脉闭塞的诊断

左锁骨下动脉闭塞会出现二大类症状,其一,左上肢缺血症状,表现为乏力、难以从事日常劳动,严重者无力端碗吃饭,外人看起来好像假装的一样;脉搏微弱、几乎不能触及,测量血压偏低,与对侧上肢相比低30毫米汞柱~50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。其二,椎动脉缺血症状,也称椎基底动脉缺血、后循环缺血,表现为头晕、眩晕等。然而,由于早年无创伤性的血管成像技术不普及,锁骨下动脉阻塞不易诊断,其症状也缺乏特异性,致使这种疾病被长期漏诊或误诊,患者非常痛苦。

影像学血管成像可以发现远端锁骨下动脉血流减慢、椎动脉血流反向,提示椎动脉盗血,诊断椎动脉盗血的准确性超过95%。CT血管造影(CTA)及磁共振血管造影(MRA),都是无创伤性血管成像技术,几乎可以100%清晰地显示锁骨下动脉狭窄,闭塞病变的阻塞部位、程度与范围以及阻塞远端血管情况。对于钙化等管壁病变的诊断CTA优于DSA(数字减影血管造影)动脉造影,同时明确判断椎动脉发育与变异的情况,为制定治疗方案提供重要参考。DSA动脉造影虽然为诊断金标准,其操作具有创伤性,就单纯诊断目的而言不再选用。

锁骨下动脉闭塞的介入治疗

内科药物治疗,无论是小脑缺血还是上肢缺血都基本无效,只用于控制现有的全身性疾病,如高血压病、糖尿病、高脂血症、冠心病等,抗血小板治疗既可预防阻塞后继发血栓,又是内支架植入后预防血栓必不可少的配合治疗。在介入治疗技术普及应用以前,外科搭桥术或者动脉内膜剥脱术都是曾经使用的方法,因创伤大,目前已基本不用。

微创介入治疗是目前治疗锁骨下动脉狭窄或闭塞性病变广泛应用的首选技术。技术操作共分4步:一是插管造影进一步明确阻塞诊断;二是打通或开通阻塞段锁骨下动脉以建立介入治疗操作轨道;三是球囊扩张阻塞段病变血管;四是植入内支架。

插管造影。分别进行主动脉造影和阻塞侧锁骨下动脉选择性造影,主动脉造影用于全面显示头颈动脉分支结构,整体性判断阻塞血管与血流代偿血管情况。选择性锁骨下动脉造影能准确显示阻塞病变长度范围和邻近的椎动脉开口是否受累,测量正常动脉管径,选择合适规格内支架。

开通闭塞的锁骨下动脉。这是介入治疗成功与否的关键一步。绝大多数患者可以通过股动脉途径顺行完成,当股动脉途径不能给导管及导丝提供足够支撑力时,可以通过穿刺患侧肱动脉或桡动脉逆行完成开通。

球囊扩张成形。导管与导丝配合开通闭塞段,把导管送入病变远端,造影证实导管位于血管真腔后,引入加强导丝建立操作轨道,根据病变及正常血管直径选择合适直径球囊进行扩张成形。

内支架植入。动脉硬化性阻塞均应植入内支架,多选择便于准确定位的球囊扩张型支架。严格控制内支架长度,近心端不宜突入主动脉弓内,远侧不宜覆盖椎动脉开口,以免影响椎动脉供血。

近年来,随着介入器械和技术的不断进步,锁骨下动脉阻塞的介入治疗成功率已高达87%~96%,支架植入后1年随访再狭窄率降低至6%~10%。介入治疗创伤小,围手术期的并发症发生率低,临床上介入治疗已经取代绝大部分外科手术。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO 57

汝州市第一人民医院
心脏中心主任胡俊兴:

科学预防
急性心肌梗死

扫码看视频

胡俊兴,汝州市第一人民医院心脏中心主任,主任医师;中华医学会会员,河南省医学会心血管病学分会委员,平顶山市房颤中心联盟副主席,平顶山市高血压联盟副主席,平顶山市心脏电生理与起搏学会常委;擅长冠心病、高血压病、心力衰竭等疾病的介入诊治。

稿 约

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞

电话:13783596707

投稿邮箱:5615865@qq.com

邮政编码:450000

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。