

青中年医师 优秀论文选

主编 张海明 王国华

天津科学技术出版社

本书编委名单 (按姓氏笔画为序)

方新丽 王 梅 王瑞霞 付桂华 冯 震

刘俊久 刘岳伟 吕晓静 杨瑞雪 张泽洲

陈巧稳 郑质戎 郭永庄 贾风平 魏玉辰

前 言

当今,医学科学技术正向着高度分化、高度综合的趋势飞速发展,大量新理论、新知识、新方法、新技术、新药械不断涌现。特别是中青年医学工作者,在临床医学、卫生防疫、妇幼保健、科研教学等领域中,勇于创新、精于探索,取得了许许多多优秀的成果。为了交流中青年中的优秀医学科技成果,促进医学科技进步,我们精心遴选了一批科学性、先进性、实用性都较好的论文,经过编辑加工,汇编成《青中年医师优秀论文选》,由天津科学技术出版社出版,以飨读者。

前苏联情报学家 A·N·米哈依若夫指出:“在科学文献中发表研究成果,是宣布这些成果的基本的和公认的方法。这意味着科学研究成果用文字写出来发表是任何一项研究的必要的完成阶段。”就是说,医学论文不仅是医学科技成果的重要标志之一,而且撰写医学论文的能力也是衡量医学科技人员水平的重要尺度。作为一名医学科技工作者,要从历史的责任感和使命感的高度,认真总结医学实践的成就,冀望撰写出高水平的医学论文。

本书汇集了医学科学技术各个领域的优秀论文 198 篇。这些论文是广大中青年医学科技工作者的心血,其水平充分反映了医学科技工作者的研究成果的学术价值。在此,我向被选入本《文选》的作者表示祝贺。

历史降大任,时代在召唤。奋战在医疗卫生第一线的中青年朋友们,要继续奋发图强,在世纪之交,为振兴我国的医药卫生事业做出更大的贡献。

本书由于是多作者的作品,虽然经过认真地审读和修改,但难免仍有不妥之处,敬请同道不吝赐教。

河北省医学会常务副会长

张福瑞

主任医师、医学博士

1996.1

目 录

风湿性肾炎肾功能衰竭 1 例	薛洪申 (1)
无症状肝癌突发破裂大出血 1 例报告	唐亚萍等(1)
大剂量糖皮质激素治疗严重脑干水肿 1 例	郝进敏 (1)
连续电动洗胃机与急性口服药中毒的抢救	张 勤等(2)
复方新诺明少见过敏反应 1 例	侯泰山等(3)
换血和血液透析疗法联合抢救急性乐果中毒成功 1 例	郑祝红等(3)
一起由罗米他沙门氏菌引起食物中毒调查报告	袁爱芬 (4)
肾结核 1 例误诊教训	袁宪书等(5)
硝苯吡啶治疗雷诺氏病临床观察	袁宪书 (5)
阵发性室上性心动过速的治疗	王俊菊 (6)
菌痢样大肠杆菌性腹泻 4 例报告	刘付于 (7)
糖尿病合并高脂血症 1 例报告	梁国变 (7)
不典型猩红热 10 例报告	刘付于 (8)
治疗黄疸的临床体会	孙学惠 (8)
邱氏鼠药中毒 5 例	马德旺 (10)
慢心律和西比灵联合治疗难治性室性并行心率 1 例	王 瑛等(11)
38 例胸壁结核诊治分析	焦方磊等(11)
蛇毒制剂治疗大面积脑梗塞 35 例	孙宗琴等(12)
36 例流行性出血热少尿及肾衰竭治疗的临床分析	强增芬等(13)
充血性心力衰竭 100 例分析	王丽敏等(14)
复方丹参液治疗无活动性出血肝硬化疗效观察	王少兰 (15)
开富特在难治性缩窄性心包炎腹水中的应用	韩兰玉等(17)
急性心肌梗塞患者血液流变学改变临床意义的探讨	薛伟民等(17)
避免肺结核误诊应注意的几个问题	孙淑华等(18)
阵发性室上性心动过速 11 例治验	陈秀英 (19)
急性心肌梗塞并发顽固性呃逆的处理(附 4 例报告)	张吉平等(19)
心肌缺血与硝酸甘油依赖性	常桂荣 (20)
肾结石治疗 23 例报告	张建国 (20)
风湿性心脏病心力衰竭 16 例治疗体会	潘玉珍 (21)
13 例慢性肺心病的治疗体会	潘玉珍 (22)

迈克尔氏憩室并发消化道出血的诊治体会	唐瑞增 (23)
胃复安中毒 5 例报告	陈彦君 (24)
46 例胸腔积液临床分析	殷中伟等(24)
急性心肌梗塞 69 例治疗体会	和清林 (25)
糖尿病少见的临床表现	申起国 (26)
慢性心房颤动自发消失 2 例	柴 艳 (27)
交替性预激综合征酷似室性早搏二联律 1 例	柴 艳 (27)
镁对充血性心衰心律失常的作用	赵朝晖 (28)
心律平快速静脉注射治疗预激综合征合并阵发性室上性心动过速 1 例	张 宽等(28)
非手术治疗粘连性肠梗阻 100 例分析	常卫忠等(29)
食管听诊的临床应用(附 266 例分析)	李二军 (30)
糖尿病引起双足水疱病及足趾坏疽 1 例报告	孟海章 (31)
胃窦部憩室 1 例报告	王运红等(31)
矽肺肺心病合并心律失常 46 例临床分析	张 宽 (32)
超急性下壁心肌梗塞致尖端扭转型交界性逸搏性心律 1 例报告	王志纲等(33)
肾小管酸中毒误诊 1 例	张捧玉 (34)
心房按需起搏治疗病窦综合征的探讨	王 华等(34)
氟芬合剂致严重呼吸抑制 2 例报告	苗振华 (35)
对 60 例更年期心脏病的分析	肖 勇等(35)
小剂量胰岛素静滴治疗糖尿病酮症酸中毒疗效观察	牛敬敬 (36)
一起鼠伤寒沙门氏菌食物中毒的调查报告	李付林 (37)
急性心肌梗塞误诊 2 例	陈现峰 (37)
恶性组织细胞病 1 例报告	宋 敏 (38)
环丙沙星治疗细菌性痢疾 30 例临床分析	郝增芹 (38)
丹参注射液和云南白药治疗秋冬季腹泻临床观察	郝喜群 (39)
盐酸纳洛酮治疗急性酒精中毒 45 例临床观察	李金萍等(39)
凝血酶治疗上消化道出血失败原因探讨	李金平等(40)
伤寒并发自发性脾破裂误诊 1 例	陈现峰 (41)
外伤性脑梗塞 5 例分析	冯国强等(41)
高血压脑出血破入脑室的超早期手术治疗	冯国强等(42)
严重胃肠胀气胃肠减压失效而胃前壁直接放气得救 2 例报告	刘巨宝 (43)
麦角胺咖啡因防治甲状腺术后头痛	马晓英 (43)
神灯促进伤口愈合效果观察	石清心 (43)
封闭治疗急性乳腺炎	石清心 (44)

外敷“灵药”治疗难愈性伤口的疗效观察	冯贵平 (45)
颈髓损伤的并发症及其治疗	冯国强等(45)
椎间盘突出伴神经根严重损伤	张炳灿等(45)
原发性肝癌自发性破裂出血的诊治(附 3 例报告)	厉 杨 (46)
严重髌臼骨折的治疗经验与教训	张俊杰等(47)
右脚趾甲下恶性黑色素瘤 1 例	王图云等(48)
口内法整复颞下颌关节脱位 20 例体会	张瑞波等(49)
腹部闭合伤 86 例诊治体会	郑兴华等(49)
外伤性脑梗塞 3 例报告	窦立本等(50)
粘连性肠梗阻的手术时机选择	顾春雷等(51)
直肠指诊的临床体会	顾春雷 (52)
急性子宫内翻 1 例	王珍平 (53)
过期妊娠的处理	张会霞 (53)
宫颈管内胚胎组织嵌顿 B 超险误为双子宫一例	吕建海等(54)
440 例乳腺小叶增生调查分析	浦声芝等(54)
微波治疗宫颈糜烂 188 例疗效观察	浦声芝等(55)
正确使用催产素浅析	马存格 (55)
重度妊高症患者应用冬眠 1 号时的注意事项	马存格 (56)
会阴侧切口感染清创再缝合体会	张清华等(56)
加强孕产期保健确保母婴健康	赵继峰等(57)
气囊助产在产程中的应用附 172 例临床分析	蒋晓彦等(58)
行人工流产术致残骨滞留于宫内 B 超三次误诊节育环 1 例	徐恩芬等(59)
209 例妊高征临床分析	孙平芳 (59)
维生素 B ₆ 治疗原发性痛经 58 例	林兰凤 (60)
输卵管结扎术后并发宫外孕 3 例报告	董井芸 (60)
利凡诺加服中药引产降低胎盘残留率 242 例报告	董井芸 (61)
催产素宫壁注射减少产后失血	孙静敏 (61)
安定加 654-2 在人工流产中的应用	孙静敏 (62)
冷冻治疗宫颈疾患 1537 例疗效观察	林兰凤 (62)
腹腔妊娠至足月 1 例	姚莉芸 (64)
妊娠臀位简易自行纠正法	吴明珍 (64)
宫内孕流产同时并发宫外孕破裂 1 例	吴明珍 (65)
阴道内冲洗并用药物治疗霉菌性阴道炎 61 例临床体会	李爱群 (65)
剖宫产后肢体栓塞截肢 1 例	孙平芳 (66)

芫花黏膜引产 40 例临床体会	刘金改 (67)
22 例人流漏吸继续妊娠的临床分析	杨秋梅 (67)
催产素在产程中的应用	贺兰景 (68)
冰硼散在宫颈糜烂中的应用	贺兰景 (69)
药物对胎儿的影响	陈国英 (69)
妇产科急症的病因诊断和处理原则	陈国英 (70)
儿科常用解热药的比较	吕勤芝 (70)
小剂量氯丙嗪治疗婴儿腹泻 20 例	彭淑霞 (71)
气管插管抢救新生儿窒息 14 例报告	韩冬兰等(71)
小儿单纯性肥胖	张瑞藕等(72)
流行性乙型脑炎的护理	王桂兰 (73)
小儿注射青霉素皮试的体会	王桂兰 (74)
危重肺心病护理	张 勤等(74)
创伤护理中的一些问题	刘海云 (75)
手术病人的心理问题及护理	刘海云 (75)
微机护理管理系统在疗养院中的应用	唐晓虹 (76)
语言与疾病治疗	晋国英 (77)
静滴脑活素过敏反应 1 例	王 瑛等(78)
对肾切除病人的护理体会	秦亚玲 (79)
肌肉注射中最常出现的情况原因分析及处理	王秀江 (80)
供应室消毒管理与院内感染预防	张英敏 (81)
3 例儿童糖尿病的治疗护理	张英敏 (81)
5 例破伤风病人的护理	李学会 (82)
自血光量子疗法治疗脑血管病的护理体会	张利华等(83)
276 例老年冠心病患者的护理	王秀菊 (83)
肝硬化腹水自体回输术的观察及护理	王美春等(85)
结核菌素试验致过敏性休克 1 例	孙素珍 (86)
经尿道前列腺切除术后的护理	高丽宏 (86)
应用脑垂体后叶素抢救肝硬化门脉高压上消化道出血的护理	赵秀花 (87)
谈谈妊娠期及产后乳腺的护理	徐秀成 (88)
谈谈雷佛奴尔引产术的临床护理	杨雪峰 (88)
内科常见危重病人的护理	姜瑞雪 (89)
中西医结合治疗角膜炎体会	张志平 (90)
活血化瘀法治疗慢性胃炎 60 例	徐秋华等 (91)

导赤散合补中益气汤治疗尿血 42 例	孔海苏 (92)
逍遥散治疗冠心病 1 例	李晓丽等 (93)
灵芝益肾汤治疗老年慢性肾衰 68 例疗效观察	贾凤岐 (93)
中西医结合治疗膈肌痉挛	韩 品等 (94)
自拟“定痛汤”对胃癌食管癌疼痛疗效观察	王德志 (94)
自拟“青吹口散”治疗小儿口腔溃疡 68 例	王德志 (95)
慢性溃疡性结肠炎的中医治疗	刘登湘等 (96)
活血化瘀治疗血管性头痛 37 例	樊志英等 (96)
哮喘治验	张守琪 (97)
增水行舟治积滞	马群书 (98)
运用清热解毒法配合穴位封闭治疗面瘫	张守琪 (98)
冠心病中医治疗六法	胡庆仕 (99)
中西医结合治疗慢性结肠炎 30 例分析	和清林 (99)
一贯煎治疗胁痛	陈丽君 (100)
清胆消汤治疗慢性胆囊炎 58 例	褚连平 (101)
浅谈中西药物合用的几点禁忌	褚连平 (101)
中药治疗颈椎骨质增生 66 例疗效观察	颜桂娥等 (102)
谈谈数学在医药上应用的几个实例	贾水峰 (103)
药液配制中的混合比的计算方法	贾水峰 (103)
CT 增强扫描致过敏性休克 2 例抢救	高淑云 (104)
结膜囊内异物误诊 1 例报告	张志平 (104)
蝮蛇抗栓酶的药理及临床应用	候泰山等 (105)
高眼压滤过手术行玻璃体穿刺术的应用	孙玉英 (105)
B 超诊断膀胱术后残留线头 1 例	毕小美 (106)
45 例老干部检验结果分析	梁国变 (106)
咪唑酸乙酯治疗复发性口疮	郑书彩 (107)
病特灵治疗口腔溃疡 35 例临床观察	郑书彩 (107)
维脑路通注射液对眼底病的疗效观察	孙玉英 (108)
对我院 55930 张处方调查分析	苏小梅等 (108)
FR 液治疗牙龈出血的疗效观察	梁建华等 (110)
疏甲丙脯酸致干咳 2 例	陈淑英等 (111)
碘酚烧灼治疗复发性口腔溃疡报告	樊合素等 (111)
利福平的副作用	郑金梅 (112)
高白细胞抗凝血放置时间对血糖测定的影响	李秀枝 (112)

B超诊断胃内苹果石 1 例	张宝如等(112)
波姆光治疗外阴白斑 40 例临床观察	张德芳等(113)
眼部创伤 252 例分析	李广荣 (113)
抗菌药物的联合应用	马晓玲 (115)
增效联磺片致过敏性休克 1 例	马群书 (115)
三河市一中 1991~1994 年学生视力监测报告	韩桂平 (115)
花斑癣 100 例分析报告	蒋少军等(117)
药剂科在医院工作中的作用	李保朝 (118)
扑热息痛致暴发性肝功能衰竭死亡 1 例	孙素珍 (119)
人感染肝炎病毒的初步探讨与研究	张印东等(119)
60 例动态心电图 ST 段改变的观察	宋丽萍等(120)
从精液常规检验指标分析不育症主要原因	张顺利 (121)
血清快速分离法经验介绍	张印东 (121)
酶联法与胶乳法测定尿 HCG 的比较	张顺利 (122)
地方性斑疹伤寒 10 例临床分析	宋 敏 (122)
CT 扫描的适应证及检查方法	高 岩 (123)
脑梗塞 CT 与临床诊断不符分析	高 岩 (123)
食品从业人员卫生知识培训效果观察	陈耀武 (124)
细针穿刺细胞学检查诊断乳腺癌的探讨	田 斌等(124)
CT 在诊断腰椎间盘突出症中的应用价值	刘中波等(126)
吗叮啉的配伍与副作用	杨建彬等(127)
利多卡因毒性的防治	候永利等(128)
奴、氟、安静脉复合全麻的临床体会(附 60 例分析)	康海顺 (128)
布吡卡因重比重液用于单侧腰麻	江丽娟 (129)
1 例肝硬化腹水患者在盐水配血试验中出现假凝集	杜连海 (130)
Pavl 波形态临床意义的探讨	王 华等(131)
感冒通的不良反应	王 红 (132)
几种老药的临床新用途	王 红 (132)
抗酸染色法的新改进	胡梅彦 (133)
浅谈肝癌早期快速诊断新技术的应用	胡梅彦 (133)
对彭家泉村结核病的调查报告	李付林 (134)
心力衰竭的病生理对生化监测的影响及临床应用	申秀珍 (134)

风湿性肾炎肾功能衰竭 1 例

054107 河北省邢台德旺煤矿医院
薛洪中

风湿性关节炎症及肾脏并发生肾功能衰竭临床少见,笔者收治 1 例报告如下:

1 病例介绍

患者,女,46岁,农民。因双膝、踝关节肿痛 10 年,头晕、恶心、少尿 10 日入院。10 年来反复出现发热伴双膝、踝关节游走性肿痛,在当地间断抗风湿治疗。因关节肿痛逐渐加重而影响双下肢活动。10 日前出现头晕、恶心、少尿。既往无肾炎、高血压等病史。查体: T37℃, P100 次/分, R22 次/分, BP26/16kPa。慢性面容, 心界正常, 心率 100 次/分, 节律齐, 各瓣膜区未闻及杂音。双肺未见异常, 肝脾未触及。双膝、踝关节肿胀、压痛明显, 无液体波动感, 因痛而影响关节活动, 关节无变形。实验室检查: Hb85g/L, WBC21.2 × 10⁹/L, N0.78, L0.22, 血糖 4.2mmol/L, BUN24.9mmol/L, CO₂-CP22mmol/L, ESR130mm/L, 尿蛋白(+), 尿红细胞(++), RF(+), 抗链“O”1:1250(+), 血 K⁺、Na⁺、Cl⁻、Ca²⁺正常, 心电图正常。肾脏 B 超检查: 双肾肥大饱满, 左肾 11.5 × 6.3cm, 右肾 11.6 × 6.5cm, 结构紊乱。临床诊断: 风湿性关节炎(活动期), 风湿性肾炎, 肾功能衰竭, 肾性高血压。给予抗感染、抗风湿、非透析疗法治疗肾功能衰竭。50 天后风湿活动得到控制, 膝、踝关节肿痛缓解, 复查 ESR25mm/L, RF(-), BUN9.1mmol/L, 带药出院, 半年后随访病情稳定。

2 讨论

本例患者关节炎病史 10 年, 因间断治疗而致病情迁延, 逐渐加重, 就诊时关节炎仍处于活动期, 同时伴有尿及肾功能变化, 符合《内科诊断标准》(贝政平, 1200 个国内外最新的——内科诊断标准, 宁夏人民出版社, 1990; 254) 中风湿性肾炎的诊断标准。风湿性肾炎、肾功能衰竭的诊断成立。

笔者认为, 风湿性关节炎累及肾脏, 甚至出现肾功能衰竭临床虽较少见, 但亦有一定的发病率。如能对风湿性关节炎病人早期诊断、正规治疗、及时观察尿及肾功能变化, 则可减少或避免风湿性肾炎及肾功能衰竭的发生。

无症状肝癌突发性破裂大出血 1 例报告

054000 河北省邢台市人民医院 唐亚萍
连彦军*

1 病例介绍

患者, 男, 69 岁, 农民。于住院前 1 日突感上腹胀痛, 呈持续性, 迅速遍及全腹, 伴恶心、呕吐, 随时间延续出现腹胀, 停止排气排便, 5 小时后被送入我院。行腹部 B 超检查示“肝内占位病变”。腹透示“中腹部及右侧腹部见数个气液平面”。给予消炎、解痉、止痛治疗。于次日上午全腹突然剧痛, 大汗淋漓、头晕眼花、心慌气短、呼吸困难、不能平卧, 测血压 8/5.3kPa, 心率 124 次/分, 体温 39.0℃, 贫血貌, 神志模糊, 四肢湿凉, 腹部膨隆, 右上腹触及一包块, 质硬、不光滑。全腹压痛、反跳痛, 移动性浊音阳性, 肠鸣音弱。CT 检查提示: ①肝癌破裂出血。②肝硬变, 脾大。

手术: 肝脏呈结节性改变, 肝右叶近膈顶部可见一 14 × 12 × 10cm 肿物, 中心破溃并有活动性出血, 结肠及全部小肠均有胀气。清除腹腔内积血约 2500ml, 间断缝合破裂, 并以大网膜填塞破裂处, 结扎固定有动脉。

2 讨论

本例在出血前无腹部症状, 且患者平时体格健壮, 正常劳动, 饮食、二便正常。根据病史难以作出诊断。由于腹肌紧张, 两天来停止排气、排便, 腹透示肠梗阻, 致诊断困难。但患者具备以下条件: (1) 年龄在 50 岁以上。 (2) 有腹膜刺激征。 (3) 无外伤史, 突然出现大出血、休克。 (4) 腹穿抽出不凝血。

此例患者原则上应边抗休克边手术: (1) 肝固有动脉结扎。 (2) 结扎出血、大网膜填塞。 (3) 有条件可行肝叶切除术。

现患者正准备二次手术行肝叶切除术。

*系邢台康复医院进修医生

大剂量糖皮质激素治疗严重脑干水肿 1 例

054000 河北省邢台市第三医院 郝进敏

1 病例介绍

患者,女,26岁。1994年2月5日因头枕部摔伤持续昏迷1小时入院。查体:深昏迷,双瞳孔不规则,光反射消失,四肢肌张力增高,双巴氏征阳性。CT示脑干损伤水肿,快速滴入地塞米松120mg,6小时后200mg,以后每6小时40mg静滴。3天停用。同时配合20%甘露醇等抢救措施。病人于伤后第2天意识、瞳孔恢复,1月后痊愈出院。

2 讨论

严重脑干损伤水肿指临床上出现明显脑干功能障碍,CT示脑干肿胀增粗密度减低,脑干周围池受压变窄或消失等改变。本例具上述改变。文献报道死亡率44~70%。近来学者用大剂量糖皮质激素超短程冲击疗法取得了明显疗效。从实验和临床实践中证实糖皮质激素对原发性和继发性脑水肿有肯定疗效,机理为:糖皮质激素能够改善伤后受损的血脑屏障通透功能;增加损伤区的血流量;稳定细胞膜的离子通道。文献报道,在伤后1小时内给予地塞米松每千克体重5~15mg,维持48小时,超过48小时作用就不明显,因此糖皮质激素对早期的病理生理变化产生作用。研究证实,急性CNS创伤后6小时神经元轴索就发生变化,伴有水肿,明显缺血和普遍性进行性组织结构变性,12~24小时后则不可逆转,因此激素在伤后应用愈早愈好,并以大剂量的疗效为理想。根据大剂量药理学作用,伤后尽早静脉注射地塞米松每千克体重3~5mg,6小时后每千克体重5mg静滴,以后每千克体重1mg静滴,6小时1次,维持48~72小时。糖皮质激素应用后发生的免疫抑制、消化道溃疡及出血、糖和氮的代谢紊乱等,与剂量大小关系不大,副作用多在长期应用时发生,而在短期应用时则无这种倾向。

连续电动洗胃机与急性口服药中毒的抢救

054000 河北省邢台矿务局总医院

张 勤 李建凤

我院近年来利用电动连续洗胃机洗胃,抢救急性口服药中毒共120例,均取得成功。现对急性口服药中毒的洗胃问题谈几点体会。

1 洗胃的时间与洗胃液的量

胃内容的排空一般在4~6小时,而各种药物的

吸收速度在胃中是不同的,因此,当急性口服药中毒时,洗胃应及早、彻底地洗,且不要受传统的胃排空4~6小时的时间概念的限制,尤其是有机磷中毒的患者,因有机磷在胃中12小时内,胃内仍有残留物,而且在胃内吸收迅速,进入血流后对全身各器官的毒害是严重的。某些有机磷在肝脏内可转化为毒性更强的物质。因而洗胃要彻底,即使中毒已达8~12小时,也应彻底洗胃。洗胃的液量要大,洗到洗出的液体呈无色无味为止,不必拘于5000~10000ml的限制。

2 洗胃剂的选择

高锰酸钾是一种很好的氧化解毒剂,一般的药物中毒均可使用,但不能用于有机磷中毒,因有机磷经高锰酸钾氧化后,变为毒性更强的磷化氢。各种有机磷中毒,可选用2~4%的碳酸氢钠液洗胃,当酸性药物中毒时,不可用碳酸氢钠液洗胃,因碳酸氢钠与酸性药物作用后可产生大量的二氧化碳气体,这可造成急性胃扩张。当中毒的药物不明时,可用清水或淡盐水洗胃,不能等待药物性质明确后再洗胃,否则会延误抢救。洗胃液的温度以25℃~28℃为宜,这可避免胃粘膜再次受到损伤。

3 连续电动洗胃机的应用

连续电动洗胃机是利用正负压及液体动力学冲击性的原理构成的,其特点是操作简单、方便、工作效率高,洗胃时间短、快、出入量记录正确,效果明显;在操作时要注意机器工作是否正常,不正确的操作与机械故障,可导致急性胃扩张或胃撕裂伤。因此在开始洗胃时,进胃压力即正压,不要超过0.98~1.47kPa,出胃压力即负压,要维持在1.96~2.94kPa,正压:负压=1:2为宜。要密切观察胃瓶中的液量与进胃的液量是否平衡。如果进胃大于出量,则可能是胃内容物堵塞胃管,此时应按动洗胃机上的冲排开关,约30分钟,使胃管保持通畅,保证洗胃正常进行。电动洗胃机工作效率高,一般1万ml液体在7分钟内即可完成洗胃过程,因此操作时绝不可远离机器,以免发生意外。

4 洗胃时并发症的观察

各种急性中毒对全身各系统均有不同程度的影响,所以洗胃时要密切注意观察病人的各项生命体征及表现。如果病人的意识由清醒转入昏迷状态、肌张力增高,并出现躁动或突然抽搐,呼吸慢而深,

或呼吸不规则,或出现病理反射,则应考虑脑水肿的可能,应及时给予脱水剂或利尿剂。若病人突然进入深昏迷状态,脉细弱,四肢冰冷、腹部膨隆、腹肌紧张、肠鸣音消失,则应立即停止洗胃,以免发生胃穿孔。因此只要严格遵守洗胃机的操作规程,保证洗胃机的正常运转,洗胃机的并发症是完全能够避免的。

5 洗胃时的注意事项

5.1 防止呕吐及误吸:洗胃机的洗胃管较粗且较硬,插管时易引起鼻出血及呕吐,所以插管时动作要巧,用液体石蜡润滑胃管。对老年人和鼻腔异常者,可经口腔插管。对昏迷和神志不清楚的病人,均应防止呕吐与误吸,让病人头偏向一侧,并常规准备吸痰器。

5.2 水中毒及电解质紊乱:由于洗胃及其它各种原因,使体内水分过多,引起水的正平衡,从而发生水中毒与电解质紊乱,因此,洗胃后要检查病人血液中的 K^+ 、 Na^+ 、 Cl^- 的含量,及时补充各种电解质,纠正其紊乱。

5.3 急性中毒患者在洗胃时多不合作,一般都采取强行洗胃,所以在反复洗胃过程中,要注意患者窒息、自发性气胸、心脏骤停及吸入性肺炎、血压骤升等并发症。如发现上述的合并症,应协助医生及时抢救处理。

复方新诺明少见过敏反应 1 例

054001 河北省邢台市第一医院 侯泰山
杨秀敏

1 病例介绍

患男,34岁。因慢性扁桃体炎复发,于1994年11月29日13时服复方新诺明2片,15分钟后出现不适,皮肤渐变红,继而四肢、躯干、颈部出现散在性麻疹样皮疹,周身瘙痒、坐卧不宁,来院就诊,给予5%GS500ml,地塞米松10mg,VC0.1g iv,gtt st,口服VC200mg, tid,息斯敏10mg, Bid。次日,不适症状消失,皮疹基本消退。由于扁桃体炎未好转。患者自认为以前扁桃体炎复发时服用复方新诺明治疗,从未有不适,便继续服用复方新诺明2片,约10分钟后又出现上述类似症状,瘙痒加剧,停用该药并继续抗过敏治疗后,上述症状、体征消失。

2 讨论

复方新诺明引起过敏反应并不少见,皮疹多发生于服药后7~9天,而本病例发生过敏反应的情况有两点与众不同:(1)服药后半小时内即出现皮疹,周身瘙痒;(2)平时经常服用新诺明未有任何不适,而本次服用2次(共4片)均发生过敏。

换血和血液透析疗法联合抢救急性乐果中毒成功 1 例

054000 河北省邢台市矿务局总医院
郑祝红 成志军 贾梅菊 虎观华

1 病历摘要

患者女,29岁,邢台县人。主因自服“乐果”300ml约90分钟,送我院途中患者腹痛并呕吐1次,约100ml,头晕、视物不清、皮肤多汗。60分钟前到我院,经洗胃后收入院。体检:神清,精神差,查体不合作。皮肤多汗,肌肉震颤。双侧瞳孔缩小,约1mm。口唇轻度发绀,腹部轻压痛,四肢肌张力减低,双侧腱反射减弱。实验室检查:全血胆碱酯酶活力0单位。心电图:正常。诊断为急性乐果中毒,给予常规治疗(解磷定、阿托品及吸氧、补液等综合治疗),65小时共用阿托品543mg。患者幻视、精神差、躁动,双侧瞳孔仍为4mm,心率由80次/分降至38次/分,心电图示:窦性心动过缓,心率38次/分,律不齐。复查全血胆碱酯酶活力0单位。考虑①洗胃不彻底且未行导泻,仍有乐果的慢性中毒;②大量应用阿托品中毒;③乐果中毒对胆碱酯酶的破坏为不可逆。目前胆碱酯酶复能剂对乐果中毒无效。乐果中毒至老化的酶活力恢复一般时间较长。停用阿托品,改用血液透析和换血疗法。换血疗法:边输血,边放血,每次输入新鲜血800ml,放血600ml,每日一次,连续三次。血液透析:应用醋酸透析液,血流200ml/分,透析液流量500ml/分,每次4小时,隔日一交,共行3次。患者情况明显改善,能进食,少量输液,观察病情变化,共住院28天。复查全血胆碱酯酶活力85单位,患者痊愈出院。

2 体会

抢救有机磷农药中毒,常规应用阿托品,胆碱酯酶复活剂及综合治疗,以消除乙酰胆碱积聚,恢复胆碱酯酶活性。该患者应用常规治疗后出现阿托品中

毒,但化验全血胆碱酯酶活力为0。故应用换血及血液透析疗法。换血疗法一方面可直接给患者输入带有活力胆碱酯酶的新鲜血使体内所堆积的乙酰胆碱迅速分解。在动物试验中发现几种动物的血清可显著加速试验小白鼠脑内胆碱酯酶的复能。另一方面又将有毒的血液排出体外,使机体保持了一定的胆碱酯酶活力,并为机体再生胆碱酯酶创造了条件,赢得了时间,从而达到治疗目的。血液透析是治疗毒物中毒的有效方法,该患者透析后在冲洗透析管道时发现管内有大量沉积物。有机磷在肝内氧化生成毒性高300~600倍的更毒成分,经过血透可清理出体外。且有利于调节机体的水、电解质平衡。

通过该患者的抢救,我们体会到换血与血液透析联合治疗,对抢救急性有机磷中毒确实有效,可提高抢救成功率,大大减轻医务人员劳动强度。凡有条件的医疗单位值得开展并进一步探讨。

一起由罗米他沙门氏菌引起食物中毒的调查报告

056500 河北省磁县卫生防疫站 袁爱芬

1 发病经过

1992年4月26日13时,磁县白塔乡王树顺等3人在本乡刘××饭店吃午饭。他们先买该饭店啤酒3瓶,烧鸡一只,吃完烧鸡后又从常青饭店买烧鸡一只、驴肚0.5kg食用,约15时许,王树顺将剩余0.4kg驴肚和部分烧鸡用塑料袋装在一起拿回家中。家中7口人,5人食用王带回的食物,当晚在饭店吃饭的3人及王树顺家里食用剩余食物的5人均发生类似临床症状,先后到乡卫生院和县医院抢救治疗。临床诊断为食物中毒,遂向县防疫站报告,我们站接到报告后及时奔赴现场调查处理。经卫生学、流行病学调查及实验室诊断确定为由罗米他沙门氏菌引起的食物中毒。病人于1992年5月4日全部痊愈出院。

2 临床表现及流行病学分析

本次食物中毒共发病8人,男5人,女3人,15岁以下2人,成人6人,年龄最小3岁,最大51岁,病人临床表现较一致,均有发烧、恶心呕吐、腹痛、腹泻、水样黑绿色大便,四肢酸痛等症。其中体温38℃3人,39℃4人,40℃1人,高热抽搐1人,恶心8

人,呕吐5人,腹痛8人,腹泻8人。水样黑绿色大便8人,大便次数均在每日10次以上,有的达每日20次以上。潜伏期9~22小时,均值14.5小时,标准差4.87小时,病程4~8天,均值6.13天,标准差1.64天,凡食用同样食物的都发病,临床症状基本相同,符合细菌性食物中毒的发生规律。

3 卫生学调查分析

经过对两个饭店的冰箱、菜饭、剩余熟肉及病人 的大便等16个样品进行细菌培养,从病人大便中和常青饭店冰箱中的2号烧鸡中均分离出罗米他沙门氏菌,证实此次食物中毒系常青饭店出售的烧鸡所致。

常青饭店经营条件差,购进的熟肉均无检验合格证。熟肉和烧鸡虽在冰箱中保存,但发生食物中毒前,农电持续停电5天,达不到冷藏的目的,具备沙门氏菌生长繁殖的条件。

吃剩的驴肚和烧鸡用同一塑料袋混装后带回,造成交叉污染,使其家庭成员食用后发病。

4 实验室检验结果

4月28日经对病人大便5份,餐具及加工工具4份,剩余的熟肉5份按GB4789.4.5~84《沙门氏菌、志贺氏菌检验》规定的方法进行检验。结果从5份大便中和2号烧鸡中均检出罗米他沙门氏菌,未检出志贺氏菌,经生化和血清学鉴定证实。

本株罗米他沙门氏菌的生化特征:克氏双糖上层产碱、乳糖(-),下层葡萄糖(+),H₂S(+),其它生化反应,VP(-),硝酸盐还原(+),苯丙氨酸脱氨酶(-),靛基质(-),鸟氨酸脱羧酶(+),赖氨酸脱羧酶(+),丙二酸盐利用(+),尿素酶(+),七叶甘水解(-),β-半乳糖苷酶(+),L-阿拉伯糖(+),侧金盏花醇(-),肌醇(-),山梨醇(-)。

血清凝集试验,A-F多价0.07,H₁₂₃₅.H第一相h,H第二相5,均呈特异凝集,与生理盐水和其它因子血清不凝集。

根据以上生化试验和血清学分型鉴定,判定本菌为罗米他沙门氏菌,(S.lomita)。

5 讨论

5.1 本次食物中毒是一起由罗米他沙门氏菌引起的食物中毒,其特点是症状较重,临床表现较一致。

5.2 本次食物中毒发生在乡村,说明了乡村仍是食品卫生的薄弱环节,应加强监督检查,防止食物中毒

的发生。

5.3 本次食物中毒是由烧鸡被污染后造成的,说明熟肉加工和销售是容易发生细菌性食物中毒的关键环节。2号烧鸡有可能在常青饭店的冰箱中被污染,但此烧鸡色泽灰暗,更大的可能是病死鸡。所以应特别加强对熟肉行业的管理,严禁病死畜禽肉流入市场,以保证广大人民群众的身体健

肾结核 1 例误诊教训

054000 河北省邢台市卫生职工中等专业学校 袁宪书

河北省邢台市急救中心 刘烈

1 病例介绍

患者,女性,主诉尿急、尿频、尿痛4年。患者于4年前因上述表现伴发冷、发热曾诊断为急性肾盂肾炎,经给以抗感染治疗,症状消失,尿常规基本恢复正常。此后尿急、尿频常反复发作,并伴有腰痛。91年6月又因发热、乏力、膀胱刺激症状及肉眼血尿以慢性肾盂肾炎急性发作入院。查体: T38℃, P100次/分, BP17.3/11.2kPa, 无浮肿, 心脏无异常。尿常规: 蛋白(+ +), 白细胞50/HP, 红细胞布满全部视野。经用中药、庆大霉素、卡那霉素、呋喃唑酮等治疗1个月, 临床表现未见明显好转, 两次尿培养阴未查到细菌。肾孟造影诊断为肾结核, 右肾严重损害继发肾盂积水, 左肾轻度损害。转泌尿科做右肾切除手术, 同时给抗结核药物治疗, 于1991年12月24日基本治愈出院。随访4年, 患者中度高血压, 能参加一般劳动, 婚后生一女婴。

2 教训分析

肾结核是泌尿系统常见的一种慢性病, 占肺外结核病的首位, 如能早期治疗绝大多数肾结核都能治愈。但由于早期无明显症状, 继之出现的膀胱刺激症状又难以与其它细菌引起的泌尿系感染相鉴别, 使大多数病人未能获得早期诊断而延误了治疗。分析本例误诊原因及教训以为有如下几点:

2.1 对本病的警惕性不高 对尿急、尿频、尿痛认识片面, 只考虑泌尿系化脓性感染, 如膀胱炎、肾盂肾炎, 特别是应用卡那霉素、庆大霉素治疗有效时, 更容易造成“肾盂肾炎”诊断无疑的假象, 而实际上这些药对肾结核也有效。

2.2 关于尿内查结核菌问题: 尿涂片找到结核菌对诊断有肯定意义, 但不能靠一次阳性结果而确诊, 更不能依靠一次阴性结果而轻易排除, 24小时尿沉渣抗酸染色检查阳性率也只有70~75%。

2.3 关于早期诊断问题: 肾结核如能早期诊断长时单纯药物治疗, 绝大多数是可以治愈的。本例确诊太晚, 失去了单纯药物治疗的时机。肾结核早期症状很轻微, 早期诊断较难, 应从以下几方面提高警惕:

2.3.1 尿频、尿急、血尿不只是膀胱炎、肾盂肾炎的常见症状, 也是肾结核的常见症状, 这是感染的尿液刺激膀胱或引起结核性膀胱炎时出现的膀胱刺激症状。如果反复发作更有诊断意义, 不能满足于泌尿系感染的诊断。

2.3.2 尿内查结核菌因阳性率低, 故对病史在一年以上, 迁延不愈者须多次作尿涂片和尿培养查结核杆菌。

2.3.3 必要时及早做肾孟造影、肾图检查、膀胱镜检查。

硝苯吡啶治疗雷诺氏病临床观察

054000 河北省邢台市卫生职工中等专业学校 袁宪书

硝苯吡啶又名心痛定, 是一种钙通道阻滞剂, 主要用于治疗心绞痛、高血压。有人提出硝苯吡啶对雷诺氏病有效, 有可能成为治该病的首选药。笔者自1992年1月到1994年11月对5例患者口服硝苯吡啶的疗效进行观察, 疗效满意, 现报导如下:

1 临床资料

5例雷诺氏病患者, 男性1例, 女性4例; 年龄34~48岁, 平均40岁; 病程最短者2月, 最长者3年; 临床表现是在受寒后两手(其中男性为一右手)手指肤色变白, 继而紫绀, 故冬季或接触冷水后发作, 其中1女性患者在情绪激动时也可诱发。发作时局部冷麻或有针刺疼痛。局部加温, 揉擦后症状缓解, 皮肤转为红润, 异常感觉消失。除一例转症未经治疗外, 其余皆服用过654-2、谷维素、烟酸、维生素B₁₂等药物治疗, 疗效均不佳, 后改服硝苯吡啶治疗。

2 治疗方法

硝苯吡啶 10mg/次,每日3~4次口服,治疗一周后两手指苍白次数减少,两周后病情好转,一月后未再发现手指苍白、发绀麻木、刺痛现象,疗效满意。

3 病案举例

患女,35岁。间断发作性两手苍白,麻木3年,寒冷诱发,温暖缓解,冬秋季发作频繁,症状逐年加重,须置手于温水中才能逐渐缓解,情绪激动亦常诱发。甲皱微循环检查见微循环血管扩张,末端血流缓慢,中度红细胞聚集,诊断为雷诺氏病。用654-2、维生素B₁、谷维素治疗无效改用硝苯吡啶 10mg口服,每日三次,同时服用谷维素,一月后症状明显好转,虽在冬季未见发作。

4 讨论

硝苯吡啶为钙离子拮抗剂,主要作用是干扰Ca²⁺通道,阻止内流,使细胞浆Ca²⁺浓度降低解除了兴奋-收缩耦联,血管平滑肌不能收缩或收缩不全,造成血管相对扩张,降低外周阻力,增加周围血管血流量,有效地解除雷诺氏现象。硝苯吡啶毒性低,副作用少,但雷诺氏病程长,仍须注意其不良反应。常见的不良反应有头痛、头晕、皮肤潮红、恶心等,多与血管扩张有关,严重时致低血压,常为剂量过大所致。现观察结果以为每次5~10mg口服,每日3~4次较宜。小剂量应用疗效满意又无不良反应,偶有轻度头晕也不必停药,继续服用会逐渐消失。通过对5例雷诺氏病的治疗观察,可以认为小剂量硝苯吡啶治疗雷诺氏病是安全有效的。

谈阵发性室上性心动过速的治疗

054001 河北省邢台市桥东区二院

王俊菊

阵发性室上性心动过速可由折返机理、异位兴奋灶的自律性增高、后除极电位的触发激动等机制所引起,其中折返机理被认为是最主要的机制。折返的部位可在房室结、房室间异常旁路通道、心房内和窦房结,而以前两者常见。房室结折返是由于房室结内有双(或多)通道,其中快(β)通道传导快但不期长,慢(α)通道传导慢而不期短。在快通道的不应期中,来自心房的激动能从而由于不应期短已恢复应激的慢通道下传,激动心室,然后又从此时已恢复应激的快通道逆传入心房,形成折返,促发室上

性心动过速。而维持折返不断使室上性心动过速持续,则有赖于这些通道的传导性和不应性微妙平衡。房室间异常旁路通道的功能类似快通道,可由类似的折返机理引起和维持室上性心动过速。

1 病因

各种类型的器质性心脏病如风湿性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病、慢性肺源性心脏病和甲状腺功能亢进性心脏病均可引起。但亦可见于正常健康人,此外,还见于药物中毒、电解质紊乱、酸碱平衡失调、过度疲劳、情绪波动、失眠或过度吸烟、饮酒、多喝茶或浓咖啡、猛然用力、体位突然变动等都可诱发阵发性室上性心动过速。

2 诊断要点

2.1 临床表现:心动过速突然发作,突然终止。心律整齐,速率在160~220次/分,发作时患者表现精神不安、恐惧、心前区不适及头部颈部发胀跳动感觉。

2.2 心电图:可见相当一系列接连很快的房性或房室结性过早搏动,节律绝对规则,P波形态与窦性心律时不同,或因与前一个心动周期的T波重叠而无法辨认。QRS波群一般仍保持原来的形态,ST段的轻度压低和T波低平或倒置则常见。

3 治疗

3.1 病因及诱因治疗:遇到室上性心动过速病人,宜分析其形成的原因,以采取针对性的治疗措施。首先了解引起病人发生室上性心动过速的病因和诱因中,有可能控制或消除的,是否未得到控制或消除。对诸如电解质紊乱、酸碱平衡失调、低温、药物中毒、神经过度兴奋等,都应予以积极治疗和控制。同样,对由室上性心动过速所引起的血流动力学异常,如休克、心力衰竭等,足以加重室上性心动过速,也应予以积极处理,通过这些治疗,往往使不易控制的室上性心动过速,用常规治疗得到控制。

3.2 机械性刺激迷走神经疗法:①嘱患者深吸氣后屏住氣,用力作呼气运动。②用手指刺激咽喉,引起呕吐。③压迫颈动脉窦。④压迫眼球。

3.3 药物治疗:目前治疗室上性心动过速多首选异搏定,以5mg加入5%葡萄糖液20ml中缓慢注射,3~5分钟内注完,如无效5~10分钟后重复,以达到10mg的剂量。非洋地黄中毒所致室上性心动过速常用毛花甙丙0.4~0.8mg加入5%葡萄糖液20ml

中静脉注射,如无效1~2小时后可再注射0.4mg,一般总量达1.2mg时见效。

血压低或不高的病人,可选用升压药物,通过迅速升高血压,反射性地兴奋迷走神经而起治疗作用。常用药物:①苯肾上腺素(新福林)0.5~1mg以5~10%葡萄糖液20ml稀释后缓慢静脉注射,如无效而收缩压增高未超过21kPa,可再注射1mg或以5mg加入5%葡萄糖液100~200ml中快速滴注。②盐酸甲氧胺(美速克新命)10~20mg加入5~10%葡萄糖液20ml中缓慢静脉注射。③去甲肾上腺素0.5~1mg加入5~10%葡萄糖液20ml中缓慢静脉注射或4mg加入5~10%葡萄糖液500ml中静脉滴注,或间羟胺(阿拉明)5mg加入5%葡萄糖液250ml中滴注。

如用以上方法效果不佳时可采用三磷酸腺苷(ATP)治疗。以20~40mg加入5~10%葡萄糖液5~10ml中静脉注射,如无效于半~1小时后可再重复一次。临床上效果很好。

对顽固性的室上性心动过速,如单用一种药效果不佳时,可采取联合用药的方法,如洋地黄加异搏定,洋地黄加心得安,异搏定加心得安,奎尼西加异搏定等。

3.4 物理治疗:同步电复律在多数情况下能迅速中止发作,有时需在应用抗快速心律失常药物后作同步电复律才有效。但洋地黄类中毒引起的心动过速不宜用电复律疗法。

3.5 手术治疗:如以上治疗方法不能中止或仍反复发作,可采取外科手术治疗。外科手术的作用在于切断导致室上性心动过速的折返通道或消除其异位兴奋灶。

菌痢样大肠杆菌性腹泻4例报告

054000 河北省邢台钢铁公司职工医院
刘付于

急性痢疾样大肠杆菌性腹泻,是大肠杆菌引起的急性肠道感染。侵袭部位在降结肠下部或乙状结肠。1995年7月到9月本院收治4例,现报告如下:

1 一般资料 男性3例,女性1例,年龄最小14岁,年龄最大51岁,发病前均有食用不洁食物或饮

用生水病史。患者均以发热、腹泻、里急后重、腹痛住院。查体:体温中等度增高,腹部压疼以左下腹明显。血常规:Hb120~140g/L, RBC36~45×10¹¹/L, WBC12.0~16.0×10⁹/L, H80%, L20%。便常规:外观脓血便或粘液便,镜检脓细胞(+)~(++++)、红细胞(+)~(+++)。便培养:粪团肠杆菌生长2例,埃希氏肠杆菌生长2例。便培养加药敏抑菌,高敏——痢特灵;中敏——先锋霉素,卡那霉素。耐药试验:四环素、羧苄青霉素、葡唑青霉素、氨苄青霉素。治疗首例病人根据药敏结果选择高敏药物痢特灵0.1,每日3次口服,丁胺卡那霉素0.6静滴,用药4天化验便常规正常,其余3例给予痢特灵0.1,每日3次口服,庆大霉素和氟哌酸静滴,病愈时间最长者14天,最短者3天,复查便常规正常。

2 分析 团聚肠杆菌和埃希氏肠杆菌一般不引起发病。但夏秋季温度适宜细菌生长,并可在生食及不洁食物上大量繁殖。当人体抵抗力降低并不注意饮食卫生时,即可感染疾病。团聚肠杆菌和埃希氏肠杆菌均属侵袭性大肠杆菌,故患者腹泻性失水不明显。又因该菌常侵袭降结肠下部和乙状结肠上皮细胞,引起炎症和溃疡,于是就产生类似急性痢疾样临床症状。所以在临床工作中遇到此种类型的患者,要注意与急性痢疾鉴别,其中便培养是诊断关键。

糖尿病合并高脂血症1例报告

054047 河北省荣军康复医院 梁国变

糖尿病高脂血症临床上并不少见,但血浆长期呈现奶油状实属少见,现报告如下:

1 临床资料

患者男,40岁。1992年来我院查体发现空腹血糖呈奶油状,对化验结果不利,令其忌脂类食物三天后再来抽血,三天后取血仍呈乳糜状,经检验:血糖正常5.0mmol/L,肝功除TTT偏高外其它正常,血脂各项都高于正常值。当时患者自述没有不适感觉,无家族史,建议服用降脂药物少食动物性脂肪,注意身体发展状况。

三年后,1995年7月患者又来就诊,主诉多食、多饮、多尿明显,并有消瘦乏力视力模糊,肢体轻度麻木等症,自诉生活习惯常以啤酒代水嗜喜肉食,