

过敏性休克的临床表现和诊断

药物过敏也叫药物变态反应,是由药物引起的一类不正常的免疫反应,常表现为皮肤潮红、发痒、心悸、皮疹、呼吸困难,严重者可出现过敏性休克或死亡。比较常见的有以下几种表现。

一、皮肤发红、荨麻疹、瘙痒伴心悸、有轻度呼吸困难;部分患者使用药物后打喷嚏、流泪,这也是药物过敏的前兆。这类患者的处理一般比较简单,即马上停止过敏药物的使用,视情况给予地塞米松5~10毫克静脉推注,扑尔敏5~10毫克肌肉注射,多数患者的症状可在20分钟内得到缓解。

二、过敏性休克多发生迅速,有50%的患者在接触或使用过敏药物后5分钟内发生,这也是要求医生给患者第一次使用药物时密切观察5~10分钟的原因。

临床表现

一、症状:过敏性休克发生时,可涉及多系统,以循环系统的表现最明显。

循环系统表现 由于血管扩张、血浆渗出,患者有面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、心悸、脉弱、血压下降等症,甚至出现休克,严重者心跳停止。

呼吸系统表现 喉头、气管、支气管水肿、痉挛,肺水肿,会引起患者呼吸分泌物增加,患者会出现气急、胸闷、憋气、喘鸣、紫绀等症,可因窒息而死亡。

神经系统表现 由于脑缺氧、脑水肿,患者神志淡漠或烦躁不安,严重者有意识障碍、昏迷、抽搐、大小便失禁等症。

消化系统表现 由于肠道平滑肌痉挛、水肿,患者有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症。

皮肤黏膜表现 由于血浆渗出,患者可有荨麻疹、血管神经性水肿、皮肤瘙痒等症,常在过敏性休克早期出现。

二、体检:患者神志清楚或昏迷,面色苍白或发绀,可有皮肤风团、充血性斑丘疹、眼结膜充血、脉细弱、血压低、四肢厥冷出汗、呼吸困难、两肺痰鸣音或湿罗音、心音低钝、腹部压痛等症。

诊断与鉴别诊断

一、诊断:首先要确认休克的存在,其次明确为过敏引起。

(一)病史中有注射或应用某种药物、食物后立即发生的全身反应,既往有无类似过敏史,有无哮喘、湿疹等过敏性疾病史及家族史。

(二)有过敏性休克的临床表现及实验室检查结果。

二、鉴别诊断:需要和其他各种休克鉴别。

(一)感染性休克:有感染中毒表现。

(二)心源性休克:有心肌炎、严重心律失常等心脏疾病的病史。

(三)低血容量性休克:有严重

失血或水、电解质紊乱的病史。

(四)神经性休克:有脑、脊髓损伤史。

(五)迷走血管性昏厥:此类患者是因为过度紧张,迷走神经张力增高导致,患者在注射后出现面色苍白、恶心、出冷汗等症状,甚至昏厥。患者平卧后立即好转,无皮疹和瘙痒等现象,借此和过敏性休克区别。

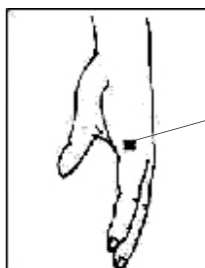
处理:使患者立即低头处平卧位,片刻后可自行清醒。对意识恢复较慢、血压过低、心动过缓者可试行针刺人中,必要时可采取吸氧、肌肉注射阿托品0.5毫克等措施。

(叶舟)

适宜技术



资料图片



资料图片

针刺后溪穴治落枕

针刺后溪穴可治疗落枕,且效果显著。

针刺准备 向患者说明情况,以缓解其紧张的情绪,对从未刺灸过的患者更要说明情况。让患者握成虎拳,稍微松弛一点儿,拳头过紧,进针不利,不仅会加重疼痛,疗效也不好;拳头太松,则针感差,收效亦相对较差。患者握好拳头后,医生用筷子粗细的小棍从患者虎口的一侧轻轻穿过即为松紧合适的握拳。

穴位常规消毒后,医生的右手拇指、食指捏紧针体的锋端,使针尖露出1~1.5厘米,先以左手拇指稍用力向穴位点按即提起,右手执针迅速垂直刺入后溪穴。

行针得气 针体刺入一定深度后,医生右手拇指、食指、中指捏住针柄迅疾提针到皮下,又快如火箭一样完成行针路线,针感即至。

行针得气后,医生松开捏针柄的右手,让患者做摇头、勾头、后仰等动作。一般行针得气后,患者疼痛感即减轻或消失。当患者活动到痛的姿势时,医生应令患者保持该姿势,把针或提或左右轻轻旋转,问患者痛感是否减轻或消失。一个痛的姿势消失后,令患者继续寻找痛的姿势。从行针得气到患者活动找痛的姿势,再到收效出针,一般是1~2分钟。如一针即生效止痛,一针即可;如一针疗效不显著,可再取患者另一手后溪穴再针。

(郑长荣)

识中药

根及根茎类



性味功能 半夏味辛,性温,有毒,有燥湿化痰、降逆止呕的功能。

主治用法 半夏用于痰饮咳嗽、胸脘痞闷、恶心呕吐、眩晕,生品外用于消痈肿。临床用于治呕吐,用姜半夏制成1:1注射液肌肉注射,每次2毫升,治各种呕吐,可代替爱茂尔应用。

用量 3~9克,外用适量。



性味功能 地黄味甘、苦,性凉,有滋阴、养血、生津的功能。

主治用法 地黄用于阴虚发热、消渴、吐血、衄血、血崩、月经不调、阴伤便秘,临床上用本品治疗风湿性关节炎、类风湿关节炎。

用量 9~15克。



性味功能 地榆味苦、酸,性微寒,有凉血止血、清热解毒、生肌敛疮的功能。

主治用法 地榆用于便血、血痢、痔疮出血、尿血、崩漏、痈疮疔毒、烧伤、烫伤,临床用鲜地榆、地榆粉治疗宫颈炎。

用量 9~15克。(摘自《中国本草彩色图鉴》)

创新谋发展 服务惠民生

——记郑州大学附属郑州中心医院耳鼻咽喉头颈外科主任李玉杰

本报记者 丁玲 通讯员 王建国 邵继恩 文/图



李玉杰,主任医师,郑州大学附属郑州中心医院耳鼻咽喉头颈外科主任;郑州市耳鼻咽喉科学术带头人、技术拔尖人才,荣获郑州市首届百名名医、河南省科技领军人物称号;河南省呼吸睡眠协会副主委,河南省耳鼻咽喉头颈外科医师协会常委,河南省抗癌协会头颈肿瘤外科专业委员会常委,河南省中西医结合耳鼻咽喉专业委员会委员,郑州市耳鼻咽喉头颈外科首席会诊专家,郑州市机关事业单位医学鉴定专家组成员,郑州市医疗纠纷人民调解委员会专家组成员等。坐诊时间:周一全天 咨询电话:13598068557

提高整体医疗技术水平。

李玉杰主持了多项科研项目,获市级科研成果二等奖2项、省级科研成果三等奖1项、市局级科研成果三等奖1项,参与了省市级科研项目6项。李玉杰在国家级核心期刊发表专业论文10余篇,其中3篇发表在本专业国内最权威的临床杂志——《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》上;发表《110例鼻内镜下经口腺样体切除术体会》《32例声门上型喉癌cN0行选择性颈清扫术的临床观察》等专业论文20余篇;获市级科技成果奖9项、省级科技成果奖1项。李玉杰主持的《鼻内窥镜下经口径路腺样体切除术临床研究》荣获2008年市科技成果二等奖和省市卫生科技成果三等奖;《复方玉归液经鼻外用治疗萎缩性鼻炎临床研究》荣获2005年市科技成果二等奖;《实施WS218-2002慢性鼻窦炎、鼻息肉临床分型、分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准》荣获2004年市局级科技成果三等奖。此外,他参与的6项科学研究获得市局级科技成果二、三等奖。

作为一名医务工作者,李玉杰深知只有坚持不懈地努力工作、努力创新,才能紧跟医学发展步伐,因为医生的工作只有起点没有终点。

提高,得到患者的普遍认可。

以专业树特色

从医23年来,李玉杰每天早出晚归,以院为家,不计个人得失,刻苦学习,勤奋钻研,不断提升个人专业能力和业务水平,从一名普通住院医师成为学科带头人。

李玉杰自担任郑州大学附属郑州中心医院耳鼻咽喉头颈外科主任以来,以身作则、勤劳朴实、任劳任怨、敢于创新、敢于承担责任,积极开展科研项目研究,引进新技术,同时带领科室人员

以技术树实力

从事耳鼻喉临床工作23年来,李玉杰成功手术治愈患者万余名。李玉杰擅长鼻内窥镜成像系统下手术治疗鼻腔、鼻窦疾病,如鼻出血、鼻中隔偏曲、鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉、鼻腔和鼻窦的良性及恶性肿瘤等;擅长治疗成人鼾症的悬垂腭咽成形术,治疗小儿鼾症的鼻内镜下经口径路腺样体切除术,治疗喉癌的全喉切除术和半喉切除术+颈淋巴结清扫术,治疗中耳炎的乳突根治术、鼓室成形术及头颈部手术,治疗喉部恶性肿瘤的支撑喉镜显微镜下CO₂激光切除术等。

李玉杰清醒地认识到,随着现代科学技术的广泛应用,临床医学科学发展迅速,固步自封就会跟不上发展步伐,就会被淘汰。近年来,李玉杰带领团队利用低温等离子消融技术治疗咽喉部良恶性肿瘤,打开了咽喉部微创手术治疗的新思路。



李玉杰为患者做检查



乡医课堂

现场包扎(三)

常用的包扎法

手、足部包扎法 手指(足趾)朝向三角巾顶角,将手(足)平放于三角巾中央,三角巾底边横放于腕部(踝部),将顶角折回,盖于手(足)背部,两底角分别绕到手(足)背部交叉,再绕腕部一周后在手(足)背部打结(如图1)。

三、悬臂带的制作



图1 手、足部包扎法

大悬臂带 将三角巾一底角放于健侧胸部通过肩部到背后,底边与身体平行,顶角朝向伤侧肘部,肘关节屈曲略小于90度放在三角巾中部;另一底角包绕前臂反折,通过肩部,两底角在颈后打结,顶角向前反折,用别针固定,前臂则悬吊于胸前(如图2)。此法主要用于前臂

外伤或骨折及肘关节损伤等。肘骨折禁用此法。

小悬臂带 将三角巾折叠成适当宽度的条带状。条带的中央放在伤侧前臂的下1/3处,两底角分别经两肩在颈后打结,将前臂悬吊于胸前(如图3)。此法主要用于肘骨折、上臂损伤及肩关节损伤。



图2 大悬臂带



图3 小悬臂带

特殊伤口的现场处理

肢体断离伤处理 用一块布料包好断肢,外套一层塑料袋,放在另一装满冰块或冰棍的塑料袋或保温

容器中保存(如图4)。

颅底骨折处理 颅底骨折有耳鼻漏者,现场不冲洗、不堵塞。

大伤口处理 大而复杂的伤口现场不冲洗、不复位、不乱用药。



图4 肢体断离伤处理

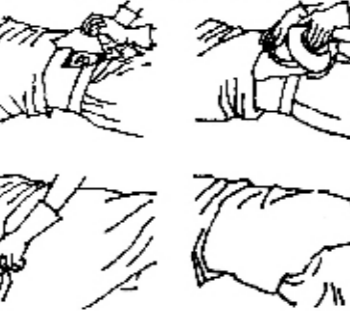


图5 内脏脱出处理

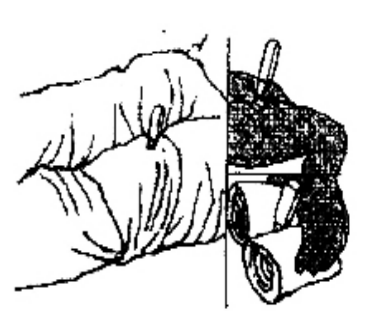


图6 伤口异物处理

骨折现场固定(一)

现场骨折固定的目的 一、减轻伤员的疼痛;二、避免骨折断端损伤周围的组织、神经、血管和皮肤;三、减少出血和肿胀;四、便于伤员的搬运、转送。

骨折的临床表现 疼痛、肿胀、畸形和功能障碍。

骨折临时固定的注意事项 一、坚持先救命、后治伤的原则。如对呼吸、心跳停止者,应立即进行心肺复苏;对外伤出血者,应先止血、再包扎,最后再进行骨折固定。

二、骨折临时固定只是限制伤肢活动,不要试图复位伤肢。如伤肢过度畸形,可沿伤肢长轴方向稍加牵引和矫正,然后再进行固定。

(摘自《乡村医生实用诊疗技术手册》)