

“1+1”

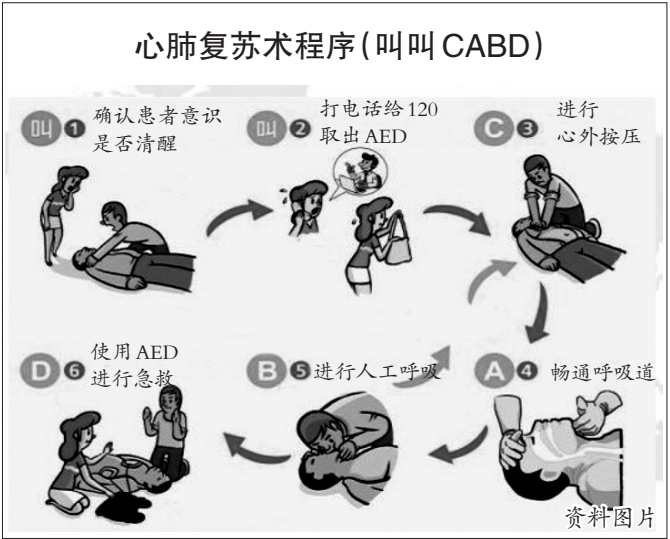
新闻热点

近日,一位60多岁的老人正骑车时突然倒在地上,呼吸、心跳骤停。危急时刻,周围的好心人、某医院的两名医护人员及时施救。经过10分钟的心肺复苏,他们把老人从死神手里抢了回来。据初步了解,老人昏倒与天气闷热有关。我国每年有54.4万人发生心脏性猝死,平均每分钟一人,发生率居世界之首,同时心脏性猝死患者还呈现年轻化趋势。

专家讲解 本期专家 郑州市第七人民医院急诊科 张伟彬

面对心跳骤停,我们该做什么?

婴幼儿心肺复苏与成人有什么不同?			
	成人(青少年)	儿童	婴儿
年龄划分		(1岁至青春期)	<1岁(不包括新生儿)
复苏顺序	C-A-B	C-A-B	C-A-B
按压部位	胸骨正中 两乳头之间	两乳头连线与 胸骨正中交点 正下方一横指	
按压方法	双手	双手或单手	单人:双指;双人:双 拇指环绕
按压频率	100~120次/分钟	100~120次/分钟	100~120次/分钟
按压幅度	5~6厘米	至少胸部前后径 1/3(5厘米)	至少胸部前后径1/3 (4厘米)
按压/呼吸	30:2	30:2(2人15:2)	30:2(2人15:2)
建立高级 气道后呼吸	6秒一次 每分钟10次	6秒一次 每分钟10次	6秒一次 每分钟10次



资料图片

面对心跳骤停(心跳骤停是指各种原因所致心脏射血功能突然终止,直接后果是临床死亡,若得不到正确的抢救,将进展到不可逆的生物学死亡即脑死亡),我们该做什么呢?人人都有被救的机会,人人都有救人的义务,心肺复

苏(CPR)是救治患者的最后一道关口。

面对心跳骤停 注意黄金四分钟

心肺复苏是针对呼吸、心跳骤停患者所采取的一种抢救措施。心肺复苏的原理是通过心脏按压形成暂时的人工循

环,恢复心脏自主搏动和血液循环;通过人工呼吸代替自主呼吸,最终恢复自主呼吸;脑复苏是复苏的目的,心肺复苏是复苏的核心。

根据临床经验,患者心跳停止5~10秒钟,会导致晕厥;心跳停止15秒钟,会导致抽搐;心跳停止45秒钟,会导致瞳孔散大;心跳停止1~2分钟,会导致瞳孔固定;心跳停止3~5分钟,会导致大脑细胞不可逆损害。大量证据表明,患者心跳骤停1分钟内被救活的概率为90%,4分钟内被救活的概率为50%,4~6分钟被救活的概率为10%,大于6分钟小于10分钟被救活的概率仅为4%,大于10分钟被救活的概率几乎为零。因此,面对心跳骤停患者,现场目击者要争分夺秒与时间赛跑,迅速、有效地实施现场心肺复苏,另外要在公共场所配备更多的AED(自动体外除颤器)。

实施心肺复苏,要坚持以下流程(BLS):首先判断环境对施救者和患者是否安全,其次要正确识别心跳骤停,10秒内未明确感觉到脉搏的,要启动应急反应系统(呼叫他人帮忙或手机拨打120,设法取得AED)。

心肺复苏要注意的几个问题

根据《2015年国际心肺复苏指南》,心肺复苏流程中注意的几个问题:首先是按压位置,施救者将双手放于患者胸骨的下半部,按压频率为100~120次/分(至少100次/分),按压深度为5~6厘米(至少5厘米),按压与放松时间为胸廓完全回弹(避免依靠胸部),按压用力方向为垂直向下,在搬运、插管、疲劳、人员更换、检查脉搏、通气、除颤、插管、建立静脉通路等过程中尽量减少按压中断时间(<10秒),同时要注意

畅通患者气道。成人患者头向后仰90度,8岁以下患者头向后仰50度,婴儿头向后仰30度。

在对心跳骤停患者实施抢救过程中,可以不口对口吹气只按压吗?对于非医务人员来说,可以仅给予单纯按压(更易掌握、更愿意实施),特别是心跳骤停时间较长的患者和窒息性心跳骤停患者(婴幼儿、溺水患者),可以不口对口吹气,只按压。

面对心跳骤停患者,是先按压还是先除颤?电击除颤是利用除颤器释放的高压电流,短时间内经胸壁或直接经过心脏,使心脏细胞在瞬间同时除极,打断导致快速心律失常的折返环或消除异位兴奋灶,从而使自律性最高的窦房结控制心脏冲动。当患者被目击(监护情况下)发生心跳骤停,又可以立即得到除颤仪时,尽快使用除颤仪。未在监护状态下发生心跳骤停,又不能立即使用除颤仪(需要别人去拿或者准备)时,应立即胸外按压。总之,只要发现猝倒、无意识、触摸不到脉搏,除颤仪又不能唾手可得,立即给予胸外按压。

那么,在电除颤时,单向波与双向波哪个更好呢?单向波是由单极发出电流,从一个电极流到另一个电极。除颤需要的能量水平比较高,电流峰值比较大,对心肌可能造成一定程度的损伤;对人体经胸阻抗的变化没有自动调节功能,除颤效果不佳。双向波的电流在两相流动,可以维持一定的有效电流,能提高首次除颤的成功率。由于电流峰值较低,也相对恒定,所以对心肌的损害程度较轻。随经胸阻抗而变化,首次电击成功率较高。

除颤后先观察除颤效果还是立即心外按压呢?在电击前和在电击后即可做不间断的胸部按压很重要。除颤前胸部按压两分钟,有助于将血液注入心脏泵内,增加除颤恢复自主循环的可能性。除颤后即刻进行胸部按压两分钟,有助于预防除颤电击后常见的低血压和心搏停止。

心脏复苏装置与徒手按压哪个更好呢?目前,根据临床经验,人工胸外按压仍然是心跳骤停的救治标准。大型实验结果表明,机械按压不能改善院外心跳骤停患者的预后,但没有人能将徒手CPR完全达到指南的标准要求,包括按压频率以及按压的中断时间都达不到指南要求。复苏装置在特定的条件下(例如施救者有限、需长时间心肺复苏、在移动的救护车或在血管造影室内进行复苏),复苏装置可以作为传统复苏的替代品。从实施的便捷性上讲,施救者的双手永远是第一首选。

心跳骤停后除了按压还应该如何救治呢?对于血流动力学或心电不稳定者建议紧急冠脉造影,并进行目标温度管理。所有心跳骤停后恢复自主循环的昏迷患者,给予低温治疗。降温方法:冰袋或装有循环冷却剂的冰毯,具有化学冷却作用的头盔,含零下30摄氏度溶液的冰帽,冰盐水洗胃、灌肠,通过颈动脉冷却液体灌注、一侧颈动脉体外冷却血液灌注,冰水鼻腔灌注等。体温32~34摄氏度至少24小时,有不可电击心律时尽早使用肾上腺素,可增加自主循环恢复、出院存活率、神经功能完好存活率。因室颤或无脉性室速导致的心跳骤停恢复自主循环后考虑使用利多卡因。

(本报记者冯金灿整理)

【诊断要点】

- 1.有肛门直肠周围脓肿史 肛周流脓、疼痛、瘙痒,肛旁有瘘管外口,可伴有全身症状。肛瘘一般由原发性内口、瘘管和继发性外口3部分组成,也有仅具内口或外口者。内口为原发性,绝大多数在肛管齿线处的肛窦内;外口是继发的,在肛门周围皮肤上,常不止一个。
- 2.分类 按内、外口瘘管分为单纯性、复杂性两种;按外括约肌深层上下分为高位瘘、低位瘘两种。
- 3.内口规律 肛瘘外口在3点钟、9点钟前面,外口距肛缘4厘米内,瘘管直行,内口在相对应部位;外口在3点钟、9点钟后面,或外口距肛缘4厘米外,瘘管弯曲,内口在后正中部位。寻找内口方法有经外口插管注入染料、探针探查,瘘管造影、手术探查等。

【中医证候】

- 1.湿热下注 外口凸起较小,打得硬索状物,脓水稠厚,伴发热口干,便秘尿赤,苔黄,脉弦数。
- 2.阴虚邪恋 外口凹陷宽大,边缘不齐,硬索状物不显,周围皮肤暗紫,脓水稀薄,伴潮热盗汗,消瘦贫血,舌淡,脉细数。

【治疗方法】

- 1.汤药 (1)湿热下注:二妙丸合萆薢渗湿汤加减。黄柏10克,苍术10克,萆薢10克,茯苓10克,丹皮10克,泽泻10克,薏苡仁20克。(2)阴虚邪恋:青蒿鳖甲汤加减。青蒿10克,鳖甲10克,生地黄15克,丹皮10克,知母10克,连翘10克。
- 2.中成药 湿热下注用连翘败毒丸。阴虚邪恋用小败毒膏。
- 3.单验方 (1)梔子、金银花、蒲公英各15克,水煎内服,每日两三次。(2)苦参、黄柏、蛇床子、蚤休、苍术、土茯苓各15克,水煎,先熏后洗。
- 4.外治法 手术方法包括切开法、挂线法、切开加挂线法。术后处理:便后中药坐浴,换药。换药时注意应让肉芽从基底生长,不时收紧挂线,并应用祛腐生肌药。

【注意事项】

手术的关键是正确找到内口,切开或切除之,操作过程中注意保护括约肌,要使愈合后的肛门、肛管不发生畸形或狭窄。术后内服中药并通便,保持肛门干燥清洁。

(据《乡村中医适宜技术》)

老

药新用

藿香正气水外用可治疗皮肤病

自宋代以来,藿香正气水(散、丸)一直作为祛暑解表、理气化痰和中的要药,常用于治疗外感风寒、内伤湿滞、头痛昏重、脘腹胀痛、呕吐泄泻等病症。但是随着医药学的发展,人们对藿香正气水有了新的认识,发现它有更广泛的用途,尤其是治疗皮肤科疾病,效果较为显著。

外痔:每次用藿香正气水两支,配凉开水1000毫升,以药棉擦洗,每日两次,在炎症发作时有消炎止痛、促使萎缩的作用。

白癜风:中医认为是风湿二邪侵入毛孔,以致气血瘀滞、毛窍闭塞而成,而藿香正气水有芳香通窍、促使气行的作用,气为血帅,气行则血行,血行则瘀散。其用法是每日用净布蘸藿香正气水涂擦患部,微微用力,反复蘸擦至皮肤微红为度,每日两次。

头癣、手足癣、灰指甲:现代医学认为,这3种病是由皮肤癣菌感染所引起的。而藿香正气水中的藿香、紫苏、白芷、桔梗分别对多种致病真菌有较强的抑制作用,故而在临床中治疗头癣、手足癣、灰指甲有较好的疗效。以藿香正气水涂抹患部,每日一两次,有条件者可每日多抹几次。

疖:中医一般为暑疖和多发性疖病,认为是内郁湿热、血热或外受风

热暑邪而成;现代医学认为是葡萄球菌感染所致。藿香正气水中的紫苏等成分有抑制葡萄球菌的作用。藿香芳香化湿,白芷发表、祛风、胜湿,故能散郁除湿治疗疖及疖病。用法是用棉签蘸藿香正气水,一日多次涂擦患部。

外阴瘙痒:因藿香正气水是由抗多种病菌和杀灭滴虫的藿香、紫苏、白芷、生姜等组成,故治疗外阴瘙痒有较好的疗效。用法是以藿香正气水1:50兑凉开水清洗外阴,男女皆可用。凡用此法

的患者大都认为,不但治疗效果好且清洗后有一种爽快感。

(李理忠)



资料图片

过敏性紫癜是怎么被误诊为阑尾炎的

过敏性紫癜是一种以小血管炎为主要病理改变的全身性血管变态反应性综合征,分为皮肤型、腹型、肾型(也是本病最严重的类型)、关节型过敏性紫癜等。大多数过敏性紫癜呈良性、自限性过程,可于数周内痊愈,大约30%的患者有反复发作倾向。

腹型过敏性紫癜临床表现多种多样,轻者可以表现为轻微腹痛,重者可以表现为急腹症,临床上易被误诊为急性阑尾炎、肠套叠、肠梗阻等。

病例介绍

吃螃蟹后出现腹部疼痛,伴

恶心、呕吐

患者,男,18岁,吃了很多螃蟹(具体不详),5小时后感上腹痛疼痛,伴恶心、呕吐,未腹泻。家人给予小檗碱、颠茄及热水袋上腹部热敷治疗,刚开始患者腹痛有所缓解,但是2小时后上腹部疼痛明显,腹痛由上腹部转移至脐周及右下腹痛疼痛,伴发热、恶心、呕吐,5小时后被送至医院诊治。

体格检查 心肺正常,腹软,脐周及右下腹痛以右下麦氏点压痛明显,反跳痛阳性,腰大肌及闭孔肌试验阳性。

辅助检查 血常规检查显

示,白细胞数为 16.7×10^9 /升,中性粒细胞71.8%,淋巴细胞19.6%,C-反应蛋白39毫克/升,血小板 347×10^9 /升,尿常规及便常规正常。

诊断及治疗 根据以上检查结果,接诊医生将其诊断为急性阑尾炎,并将其转至上级医院手术治疗。

次日,准备手术时,医生发现患者双下肢踝部出现紫癜,呈对称分布,高出皮面,压之不褪色,于是立即终止手术,请血液科及变态反应科医生会诊。患者被诊断为皮肤型过敏性紫癜伴腹型过敏性紫癜,治疗后,腹

痛、恶心、呕吐等症状好转。

经验教训

这是一例腹型过敏性紫癜病例,由于食用螃蟹导致过敏反应,出现腹痛、恶心、呕吐和发热等症状。因为腹痛发生在前,紫癜发生在后,患者腹痛症状与急性阑尾炎相同,险些进行手术治疗。这种病例临床并不少见,应引起高度重视。

腹型过敏性紫癜一般情况下是先出现紫癜,后发生腹痛、恶心、呕吐等消化道症状,因此诊断不难。但是有20%~30%的腹型过敏性紫癜患者常常是腹痛、恶心、呕吐等消化道症状在

前,腹痛2~10天后才出现紫癜,这往往给临床诊断带来困难。一般来讲,大多数腹型过敏性紫癜患者发病均有诱因,因此对病史的采集十分重要。

吃螃蟹缘何致病

该患者腹痛前有食用螃蟹史。螃蟹作为变态反应原,刺激人体产生抗体,这种抗体与抗原结合成抗原-抗体复合物,沉积在血管内膜,激活补体,导致血管炎性反应。这种炎性反应可以累及皮肤、肠道、关节、肾脏等处心血管,引起小动脉、小静脉以及毛细血管通透性增强而导致紫癜。

(那开究)

拯救精神障碍患者的灵魂

——记郑州市第八人民医院双相情感障碍科主任王秀丽

本报记者 董菲 通讯员 席娜

“你们都放开我!”伴随着阵阵争吵声,一名患者在医护人员的“捆绑”下被安全送到病房。“不要再折腾了,医生都是为了你好啊!”患者的家属在病房门口生气地劝说,怒气渐消后,脸上露出悲伤的神情。只见患者家属用双手抹去眼角的泪珠,简单收拾包裹后,朝着医生办公室走去。

在郑州市第八人民医院男病房六病区(封闭病区),几乎每隔一段时间就会收到类似这样的患者。病区主任王秀丽说:“在抑郁症患者开始微笑的一刹那,在精神分裂症患者走向好转的进程里,我们曾经的疲惫、辛苦都烟消云散了。这有点像个蝴蝶效应。好比蝴蝶只扇动了一下翅膀,我们的内心就欣喜不

已。”

封闭空间里的“摆渡人”

封闭病房,顾名思义,是相对于开放病房而言的,在病区门口设有坚固的大铁门。封闭病房最主要的一个特点就是限制患者的活动,不允许患者随便出入。

据王秀丽介绍,很多患者入院前期不认为自己有精神方面的问题,表现为不配合、反抗,有时需要家属、警察、社区强制入院治疗。因此,这对医护人员的沟通能力和诊疗技术要求都比较高。

“我们病区收治的患者主要为精神分裂症和双相情感障碍患者,收治的人群无论从知识结构还是从社会层次上来说都非常

高,他们知识渊博,甚至是从名校毕业的科研人员、博士等,涵盖各行各业。”王秀丽说,“这些群体大多只是在精神方面出现了一些问题,但是其他方面都是正常的。经过系统的治疗和后期康复治疗,他们基本可以达到临床痊愈标准,重新回归社会。”

一名读高中的19岁新疆男孩儿,被当地医院诊断为精神分裂症,经过长达半年的治疗后,病情仍然不见好转。后来在亲朋好友的推荐下,男孩儿和母亲不远千里来到郑州市第八人民医院治疗。当时,王秀丽负责接诊这名新疆男孩儿。经过详细问诊、评估和系统的检查,这名男孩儿被确诊为双相情感障碍。经过2个多月的系统治疗,男孩儿的病情

有了明显改善。

最令人惊喜的是,这名男孩儿从最初的亚木僵状态,吃饭需要督促,到能说几个字,再到能主动和家人交流,病情逐渐好转。为了完成学业,王秀丽嘱咐男孩儿,一定要按时服药。如今,男孩儿每年定期从新疆坐飞机来郑州复查两次。他的母亲感激地说:“真是太谢谢你们了!”

“双相情感障碍发病率比较高,发病年龄早且不容易被识别,加上病情复杂,容易成为基层医生误诊的疾病之一。所谓双相,指的是抑郁相和躁狂相。双相情感障碍的患者总是在这两种状态之间摇摆不定。”王秀丽说,“我们科室是双相情感障碍重点科室。随着临床上新型抗精神病药

物的应用,一些难治的精神障碍病症在我们这儿也得到了很好的治疗。”

敬业与专注

张帆(化名)的爷爷最近苦恼不已,因为他年仅17岁的孙子被当地一家综合医院诊断为精神分裂症,服药1个多月了,病情仍然不见好转。“能不能先把药停一停?”一边是孙子的哀求,一边是医生反复叮嘱“不能停药”。怎么办?万般无奈之下,爷爷带着张帆来到郑州市第八人民医院,找到王秀丽,并主动要求打“长效针”。起初,王秀丽对爷孙俩的要求感到很诧异,在医院门诊部详细询问了张帆的病史后,她怀疑张帆的病为双相

情感障碍。

在张帆转院治疗前的一次病情复查中,事情发生了改变。原来,王秀丽重新调整了张帆的治疗方案,在减少张帆治疗精神分裂症药物的同时,只增加了抗抑郁剂、情感稳定剂药物。经过两次调药后,张帆的病情逐渐好转。过完年再来医院复查时,张帆像变了一个人一样,难受的症状没有了,精气神也变得很好。这也验证了王秀丽前期的诊断。

谈及准确找到病症的原因,王秀丽说:“双相情感障碍是精神科临床治疗上的一个难点。精神科疾病的诊断需要医生具有深厚的医学功底,不仅包括对精神科临床症状的识别,还包括对心理学方面的研究,以及对不同人群、不同层次、不同背景和不同性格

特质的人的认识。”

“死心塌地做一名精神科医生”

1991年,王秀丽大学毕业后,一直从事精神科的临床治疗工作。由于工作成绩突出,王秀丽2005年被郑州市第八人民医院以“人才引进”的方式收入麾下。

26年的从医经验让王秀丽练就一双慧眼,每一次和精神障碍患者的接触,都会使她最初的医学誓言变得更加坚定:“死心塌地做一名精神科医生,虽累犹荣。”

“我们不像外科医生那样能把一个个患者从死亡线上拉回来,我们拯救的是患者的灵魂。”王秀丽说,每当看到患者脸上浮现出久违的微笑,看到每个家庭团聚时的喜悦,她就会体会到职业带来的幸福感和成就感。



协办: 郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
心理热线: (0371) 68953120