

颅脑外伤的急救要点

□王占伟

颅脑外伤是指头部受到外力打击而导致的损伤,包括头皮、颅骨及脑组织损伤、颅内出血等。颅脑外伤是一种非常严重的甚至可能危及生命的损伤。伤员表现有昏迷、头痛剧烈、呕吐频繁、头晕、外耳道或鼻腔流血、口吐白沫、四肢抽搐、失语、精神异常、肢体乏力或无力、双侧瞳孔大小不同等症状。意外发生颅脑外伤后,在等待专业救援人员到来前,我们应该怎样开展自救和互救,争取“黄金救援时间”呢?

急救要点

1.非专业人员凭借自身常识救治伤员时,要注意保证伤员能安全撤离事故现场

场,因为在拖拽伤员的过程中可能会造成继发性损伤,所以搬运和转移伤员最好在专业人员到达现场后,在其指导下有序开展。我们应让伤员在原地平躺,尽量减少不必要的活动。运送伤员时,最好是一个人抱着头、一个人托着腰、一个人抬起臀部,平稳地放在担架或木板上,以免发生继发性损伤。

2.伤口内(尤其是嵌入石头、颅骨)的异物,如木片、碎石子、金属等,最好交给医生处理,一旦清除方法不恰当,极有可能会损伤神经、血管,造成更严重的后果。

3.不要马上给伤员服用止痛片或打止痛针,这样会掩盖病情真相,干扰医生的

检查;同时,颅脑外伤者容易出现呕吐等症状,也不要口服止呕药物,让伤员保持侧卧位,有利于避免误吸呕吐物而窒息。

4.伤员若出现鼻子或耳朵出血,不能用棉、纸或布填塞,这样会加重颅内积血和感染,应让血液继续向外流;若只有耳廓或鼻子表面皮肤破损出血,才可用压迫止血;若头皮或面部出血,实施压迫止血,可以用类似手绢等质地柔软的布,对出血点进行持续性压迫;若头皮血肿,可采用冰敷或冷敷方式消肿、止血。

5.意识不清醒或昏迷的伤员,千万不要用野蛮方法将他叫醒,要注意保持伤员

呼吸道通畅,避免呕吐物及痰液阻塞气道。在医生到来之前,观察伤员的胸部和腹部有无呼吸,检查颈动脉有无脉搏。如果伤员已没有脉搏和呼吸,要采取心肺复苏术进行抢救。实施者双手上下叠放,掌心朝下用力按压心脏部位,连续按压15次,然后一只手放在伤员前额,并用拇指和食指捏住鼻孔,另一只手握住下颌使头尽量后仰,保持气道开放状态,吸一口气,用力向伤员口中吹入,共进行两次,然后再进行胸外心脏按压,反复交替进行,直至医生到达现场。

6.脑组织从伤口流出时,不可用力包扎,应在伤口周围用消毒纱布做成保护圈,必要时可以用一个干净的小碗盖在伤口上,再用纱布适当包扎止血,要防止脑部受压。

7.意识清醒的伤员一旦出现频繁、喷射性呕吐,剧烈头痛或短时间清醒后再次昏迷的情况,应尽快就近送到医院抢救,运送途中应将伤员头部转向一侧,便于清除呕吐物和痰液。

“时间就是生命。”这句话在颅脑外伤患者的身上被完美地展现出来,经常发生颅脑外伤患者因抢救不及时或急救措施不当而死亡的事例。因此,掌握颅脑外伤的急救方法,可以在关键时刻帮助到自己或他人。

(作者供职于郑州市第七人民医院神经外科)

他汀有多种 用法各不同

□刘明周

血脂血症是临床常见的心血管疾病,表现为患者TC(血清总胆固醇)、LDL-C(低密度脂蛋白胆固醇)、TG(甘油三酯)升高,或同时存在HDL-C(高密度脂蛋白胆固醇)降低。患者口服他汀类药物后,被水解成活性代谢物抑制羟甲基戊二酰辅酶A还原酶,从而使内源性胆固醇合成减少。胆固醇合成减少可促进肝脏代偿性地增加LDL(低密度脂蛋白)的摄取量,从而实现降脂的目的。

他汀类药物因能安全有效地降低胆固醇、稳定逆转斑块,已成为抗动脉粥样硬化和降低心血管疾病风险的基石。临床常用的他汀类药物有洛伐他汀、辛伐他汀、普伐他汀、氟伐他汀、阿托伐他汀、瑞舒伐他汀、匹伐他汀等。由于每种药物的化学结构不同,其药物代

谢及消除途径等方面各有差异。他汀类药物多数经OATP1B1(有机阴离子转运多肽)将血液中的药物转移至肝脏中发挥药效,经肝药酶细胞色素P450酶代谢,消除或转化为有活性的物质,易与其他药物产生相互作用。

1.氟伐他汀主要经CYP2C9酶代谢;与CYP2C9酶强抑制剂氟康唑联用时,每天剂量不宜超过20毫克;与OATP1B1抑制剂环孢素等联用时,每天剂量不宜超过20毫克。

2.阿托伐他汀为脂溶性他汀药物,主要通过CYP3A4酶

代谢;与CYP3A4酶强抑制剂克拉霉素、伊曲康唑等药物联用时,每天剂量不宜超过20毫克。

3.瑞舒伐他汀90%以原型排泄,约10%经CYP2C9酶代谢。因此,与OATP1B1抑制剂环孢素等联用时,瑞舒伐他汀每天剂量不宜超过5毫克。

4.匹伐他汀极少部分经过CYP2C9酶代谢,几乎不通过CYP3A4酶代谢,肝脏摄取时90%以上是经过OATP2(有机阴离子转运多肽)转运进行的。因此,尽量避免联用环孢素、胆汁酸盐、硫酸盐、甲状腺

素、甲氨喋呤等影响OATP2功能的药物。

5.普伐他汀代谢不需要肝药酶参与,药物相互作用发生率最低。

6.维拉帕米、地尔硫卓、胺碘酮为CYP3A4酶抑制剂,与辛伐他汀、洛伐他汀、阿托伐他汀同时使用时可能存在药物相互作用,不宜联用。

7.葡萄柚汁含有抑制CYP3A4酶的成分,能够增加经细胞色素CYP3A4代谢药物的血药浓度。因此,服用辛伐他汀、洛伐他汀和阿托伐他汀时,应避免饮用葡萄柚汁。

他汀类药物众多,究竟哪一种好呢?在实际用药时,需考虑个体差异性,每个人对不同的他汀类药物敏感度不同,需要根据血脂降低的幅度及不良反应的情况进行药物调整。如果LDL-C水平较高的患者,需要选用强效他汀类药物;LDL-C水平较低的患者,选用中效他汀类药物;血糖情况不稳定的患者,建议选用对血糖影响较小的他汀类药物;肾功能不好的患者,可以选择肝脏代谢的他汀类药物;多种药物联用时,可以考虑使用药物相互作用较少的他汀类药物。

不同病情应选择不同类型的他汀类药物,患者应结合自身情况使用适合自己的他汀类药物。

(作者供职于河南省人民医院药学部临床药学科)

根管治疗后为什么要做牙冠修复

□米胜

牙齿做完根管治疗后,医生一般都会提醒患者一定要及时做牙冠修复。有些患者不理解,认为治疗做完了,牙也不疼了,为什么还要做牙冠修复呢?于是,患者抱着侥幸心理,让牙齿在没有保护的情况下,随便吃东西,导致牙齿劈裂。

有的人说:“如果根管治疗后,尽量小心翼翼地使用牙齿,不让牙齿劈裂不就行了吗?”当然可以,但是吃东西的时候就一定要一直注意不能用这个牙齿吃

硬的食物。因此,根管治疗后及时进行牙冠修复,完全是从有利于患者的角度提出的。从医学角度来说,牙冠修复也是根管治疗的必要步骤。

根管治疗后的牙齿其实是非常脆弱的。首先,因为需要进行根管治疗的牙齿,已经是缺损严重的情况,这个时候虽然完成了根管治疗,但是剩下的牙体组织非常脆弱,容易折断、开裂,失去正常的功能,单纯用辅助材料已经不能恢复其功能。其次,根管治疗是以药

物和器械操作将根管内的残渣,以及细菌尽可能地清除干净。然而,消毒过程必须去除掉不少被细菌感染的牙齿,以及不得不修正的牙体组织。因此,牙齿一旦做了根管治疗,就容易导致劈裂。最后,做完根管治疗后,牙齿就失去了牙髓,这就像大树的树干被掏空了,失去了营养输送的通道。失去牙髓的牙齿就像一棵枯树,变得很脆弱,牙齿的脆性增加,稍微用力咀嚼,剩余的牙齿残冠就会劈裂。

根管治疗后,牙齿的支撑力量明显减弱,不足以支撑咀嚼压力,容易发生牙冠劈裂。因此,为了避免这种风险,医生通常会建议在根管治疗后,为患者做一个新的牙冠,将这颗牙齿保护起来。

若根管治疗后不做牙冠修复,我们的后磨牙在正常咀嚼时可能将承受很大的力量。根管治疗后的牙齿变得脆弱,在使用中会随时面临劈裂的危险。一旦牙齿劈裂,治疗起来比较复杂,甚至可能无法修复,

最后只能拔掉,再做种植牙或镶牙,这些治疗还需要额外花费,而且镶上的牙齿也不是自己的原装牙齿。因此,根管治疗后,我们应该直接做牙冠修复把牙齿保护起来,其实更加经济实惠。

随着社会的发展,我们越来越多人了解口腔健康的相关知识和维护自己的口腔健康,接受规范的治疗,获得健康、美丽的微笑!

(作者供职于开封市口腔医院牙体牙髓病科)

胆囊癌发病率在我国占同期胆道疾病的0.4%~3.8%、位列消化道肿瘤发病率第六位,患者5年内总生存率仅为5%。胆囊癌疗效的提高主要取决于对其主要高危因素的认识。那么,胆囊癌的高危因素有哪些呢?患了胆囊良性疾病,应该密切观察还是积极手术?接下来,我们来了解一下患了胆道疾病应该怎么办?怎样才能防止胆囊良性疾病恶变。

1.胆囊结石

约85%的胆囊癌患者合并胆囊结石。胆囊结石患者患胆囊癌的风险是无胆囊结石人群的13.7倍;在胆囊结石患者中,单个结石直径大于3厘米者患胆囊癌的风险是直径小于1厘米者的10倍。

2.慢性胆囊炎

慢性胆囊炎与胆囊肿瘤关系密切。慢性胆囊炎伴有黏膜腺体内的不均匀钙化、点状钙化或多个细小钙化,被认为是癌前病变。胆囊壁因钙化而形成质硬、易碎及呈淡蓝色的“瓷性胆囊”,约25%的“瓷性胆囊”与胆囊癌高度相关。

3.胆囊息肉

近5%的成年人患有胆囊息肉样病变,但大多数为假性息肉,无癌变可能,具体包括:由胆固醇沉积形成的胆固醇息肉,约占60%;胆囊腺肌症;由肉芽组织或纤维组织构成的增生黏膜或炎性息肉,约占10%。

胆囊息肉具有恶变倾向的特征如下:息肉直径大于等于10毫米(约25%发生恶变);息肉直径小于10毫米,合并胆囊结石、胆囊炎;单发息肉或无蒂息肉迅速增大者(增长速度大于3毫米/6个月);年龄大于50岁的胆囊息肉患者,恶变倾向增高;动态观察。

4.胰胆管汇合异常

胰胆管汇合异常是一种先天性畸形,胰管在十二指肠壁外汇入胆总管,胰液逆流入胆囊,引起黏膜恶变,在组织学上多表现为乳头状癌。其中,约有10%的胆囊癌患者合并胰胆管汇合异常。

5.遗传因素

遗传因素是胆囊癌常见的危险因素,有胆囊癌家族史者,其发病风险增加。基因遗传占胆囊癌总发病风险的5%~25%,有胆囊癌家族史者,胆囊癌发病风险亦增加。

6.胆道感染

慢性细菌性胆管炎明显增加了胆管黏膜上皮组织恶变的风险。常见的致病菌是沙门氏菌(如伤寒沙门氏菌、副伤寒沙门氏菌)和幽门螺杆菌,沙门氏菌携带者胆囊癌患病率可增加12倍;幽门螺杆菌携带者胆囊癌患病率可增加6倍。其发病机制可能与细菌诱导胆汁酸降解有关。

7.肥胖症和糖尿病

肥胖症患者会明显增加胆囊癌发病率,BMI(身体质量指数)每增加5千克/平方米,女性患胆囊癌风险增加1.59倍,男性患胆囊癌风险增加1.09倍。肥胖症引起的代谢综合征也可增加患胆囊癌的风险,如糖尿病是胆结石的危险因素,糖尿病与胆结石可协同促进胆囊癌的发生。

8.年龄和性别因素

胆囊癌发病率随着年龄增加呈上升趋势,每10万人中,20岁~49岁发病率为0.16%;50岁~64岁发病率为1.47%;65岁~74岁发病率为4.91%;75岁以上发病率为8.69%。此外,女性发病率较男性高2倍~6倍。

那么,如果出现以上高危因素应该怎么办呢?为了预防胆囊癌的发生,出现下列危险因素时应考虑进行胆囊切除手术,且胆囊标本要进行病理学检查:直径大于3厘米的胆囊结石;合并有胆囊壁不均匀钙化、点状钙化或多个细小钙化的胆囊炎及“瓷性胆囊”;胆囊息肉直径大于等于10毫米;胆囊息肉直径小于10毫米且合并胆囊结石、胆囊炎;单发息肉或无蒂息肉迅速增大者(6个月内增长速度大于3毫米);合并胆囊结石、胆囊炎的胆囊腺肌症;胰胆管汇合异常合并胆囊占位性病变;胆囊结石合并糖尿病。

此外,有下列情况时,建议每半年进行一次彩色多普勒超声检查:胆囊息肉;年龄超过50岁,特别是女性;肥胖症;有胆结石或胆囊癌家族史。

(作者供职于河南省人民医院肝胆胰脾外科)

核磁共振检查 患者需要注意什么

□李燕

MRI(核磁共振成像)检查作为目前最先进的影像学检查方法之一,越来越广泛地运用到疾病诊断中,成为临床重要的诊断方法之一。很多人对MRI检查存在很多疑问,今天我们来谈谈关于MRI检查,那些你不知道的事。

MRI检查没有辐射

MRI检查是采用静磁场和射频磁场使人体组织成像,全过程没有X射线,因此没有辐射危险。大家可能对X线检查和CT检查有所了解,认为MRI检查也有辐射,生活中经常会听到“少做为好,辐射大”的说法。目前,MRI检查已经广泛应用于产前筛查,其安全性毋庸置疑。事实上,即使是有辐射暴露风险的X线检查和CT检查,其单次检查的辐射剂量也被控制在合理和可接受的范围内,辐射量是累积的,单次的量非常小,大家无须过度紧张。

MRI检查时间很长

由于技术条件的限制,需要患者配合做出相应的摆位,一个部位MRI检查时间一般需要10分钟左右,但有些患者的检查时间要大于这个时间。这是因为医生有时候会根据需要,多扫描一些对诊断有帮助的特殊部位,甚至会在平扫的基础上,再进行强化扫描,从而延长了检查时间。对于一些复杂部位或因病情需要进行多部位检查的患者,检查时间也会大大增加。检查时间是MRI成像质量的保证,为后续的诊断提供更为精确的依据。因

此,做MRI检查时,患者不能心急。

MRI检查时不能乱动

MRI检查就像照相一样,人们在照相时都要保持稳定的姿态,否则照片就会模糊。我们可以把MRI检查想象成在做一次精准的拍摄,机器是不会抖动的,但它需要较长时间。如果患者在扫描的时候乱动,那扫描的图像就会模糊,医生需要重扫整个部位,这就意味着检查时间更长,对患者和医生来说都是浪费时间,还有可能影响到医生的诊断。

MRI检查禁止携带金属物品

MRI检查是强磁场环境,即使是一个小的金属物品,也会被强大的磁场加速到像一枚子弹一样。因此,不允许携带的东西,要远离磁场安全线。做MRI检查前,患者要认真检查自己的随身物品,并且遵守相关规定。手机、手表、发卡、硬币、钥匙、打火机、金属皮带、金属项链、金属耳环、金属纽扣等物品是禁止带入检查室的。装有心脏起搏器者,体内有人工植入物者、体内有铁磁性异物者(如眼内异物、体内残留弹片者)也严禁进入检查室,否则危及生命。

通过上面的介绍,大家对MRI检查的相关知识是不是更了解了呢?MRI检查需要医患双方密切配合,才能提供更为精确的影像,这不仅是对自己负责,也是为他人负责。

(作者供职于濮阳市油田总医院放射科)

心灵驿站

精神障碍患者出现暴力行为怎么办

□王玉玲

暴力行为是精神障碍患者基于愤怒、敌意、憎恨或不满等情绪,对自身、他人或周围环境所采取的破坏性攻击行为。精神障碍患者因为心理活动紊乱,是发生暴力行为的危险人群,常在幻觉、妄想等症状支配下出现自杀、伤人、毁物等行为,给患者自身、家庭及社会带来一定危害,甚至产生严重后果。因此,家属要对居家康复的精神障碍患者的暴力行为准确预判,进行有效防范,正确处置。

识别征兆

精神障碍患者发生暴力行为前,往往会有一些征兆。在情绪方面:近期情绪波动大,有时突然情绪激动、愤怒、乱发脾气、异常焦虑等。在语言方面:对真实或想象的攻击对象有威胁性语言,比如嘲笑、谩骂、抱怨、大声喧哗,故意吸引他人注意,拒绝

接受治疗,大声指责,无理取闹,纠缠他人等。在行为方面:眼神机警,表情紧张,对周围环境敏感度高,脸部及手臂肌肉紧张度增加,下颌绷紧,呼吸加快,动作增多,捶打物体,踱步,不能静坐,突然停止正在进行的动作等。

风险评估

家属发现精神障碍患者有暴力行为苗头后,要迅速评估其目标指向,判断其有无具体攻击对象,如某人或环境、物品等,做好针对性保护,必要时转移目标,适当回避,努力降低暴力行为发生的可能性;根据既往暴力行为史、诱发因素、处置情况、伤害后果等,评估此次暴力行为发生的风险,以便采取相应的防范措施。

及时防范

评估精神障碍患者有暴

力行为风险后,应及时采取措施进行有效干预,把暴力行为消除在萌芽状态。

减少诱因:保持环境安静与整洁,避免嘈杂、拥挤;尊重患者,平等交流,尽量满足其合理要求,避免与其发生争执;鼓励患者以适当的方式表达和宣泄情绪,如捶沙袋、枕头、棉被,以及听音乐、做运动等,提高自我控制能力,无法自控时要求助于他人;管理好刀具、剪刀等危险物品,以免被作为攻击的工具。

保持有效沟通:要随时注意精神障碍患者的情绪、面部表情、行为、语言变化,注意沟通交流方式,患者若否认有病、拒绝接受治疗,家属要避免使用命令性语言,应使用平静而低沉的声音与其沟通,尽量降低其情绪激动程度,大声呵斥会使其认为是一种挑战,从而导致事件升级;躯体姿势

作为一种非语言沟通方式,家属不可轻视,在与患者沟通交流时应做出镇静、放松的姿势,避免做出突发性、紧张性、威胁性的动作,并与其保持一定距离,不仅让患者有安全感,还是对自身的保护。

应急处置

一旦精神障碍患者发生暴力行为,家属要沉着、冷静,立即呼叫其他人寻求援助。

控制局面:迅速转移周围的危险物品,以真诚、平和的语气与患者交流,用简单、清楚、直接的语言提醒其暴力行为为的后果。与患者保持安全距离,避免面对面,不可迎面阻拦,更不要背对患者,应从其背后或侧面阻止其暴力行为。

解除武装:身边可移动的工具、电器、玻璃器皿、棍棒、刀具等均可成为攻击性武器,当沟通劝阻、制止无效时,要

想办法转移患者注意力,乘其不备快速转移这些物品。多人参与处置时,要行动果断、步调一致、齐心协力。

隔离与约束:对有严重攻击行为的精神障碍患者,可采取隔离和约束的方法,将患者暂时与他人分开,隔离于一个安全、安静的环境中,尽量减少感官刺激。约束时,要防止患者骨折、脱臼、皮肤损伤等;同时,注意患者的情绪反应,要多给予安抚,稳定后要及时解除约束。

精神疾病的急性期和稳定期均可发生暴力行为,家属正确处理可有效减少发生频率,减轻伤害后果。当危机状态得到有效控制后,应及时将患者送到医院,寻求专业帮助,通过药物和心理治疗进行规范、长期的行为干预。

(作者供职于郑州市第八人民医院)