

中西医结合治疗小儿化脓性扁桃体炎疗效观察

王玲平 肖亚

(四川省广汉市中医院 广汉 618300)

关键词:化脓性扁桃体炎;儿童;西瓜霜;穿琥宁;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R 766.18

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0037-01

笔者运用中药西瓜霜喷剂(桂林三金药业集团有限公司)局部喷药,静脉滴注穿琥宁注射液(四川省宜宾五粮液集团宜宾制药厂),结合西药治疗小儿化脓性扁桃体炎取得了良好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参考 1991 年全国中医耳鼻喉科学会杭州会议标准:(1)起病急,咽干灼痛,吞咽痛,畏寒发热,全身不适。(2)扁桃体充血肿大,重者咽隐窝口有黄白色脓点或融合成假膜,假膜局限于扁桃体且易拭去,不出血,咽充血,颌下淋巴结肿大,有压痛。(3)白细胞计数超过 $10 \times 10^9/L$ 。

1.2 一般资料 选取 2002~2003 年在我院儿科住院治疗化脓性扁桃体炎的患儿 200 例为临床观察对象,其中男性 110 例,女性 90 例;年龄 1~7 岁;入院时的体温在 $38.5^\circ C$ 以上,扁桃体及咽隐窝处均可见明显脓点。随机分为治疗组及对照组各 100 人。2 组治疗前均做血常规检查。

1.3 治疗方法 治疗组与对照组均用青霉素钠 20 万 U/($kg \cdot d$)、新青 II 100mg/($kg \cdot d$),分 2 次静脉滴注;当患儿体温高于 $38.5^\circ C$ 临时口服扑热息痛 10mg/($kg \cdot 次$)。治疗组在以上治疗基础上加用穿琥宁 160~200mg/d 静脉滴注,同时使用西瓜喷剂局部喷药,每日 3~4 次。2 组疗程均为 3d。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 (1)治愈:3d 内体温降至正常,临床症状消

失,白细胞计数降至正常。(2)有效:3d 内体温降至正常,脓点明显减少,白细胞计数下降,但扁桃体仍红肿。(3)无效:3d 内体温未降至正常,脓点无明显减少,扁桃体仍红肿,白细胞计数仍高于 $10 \times 10^9/L$ 。

2.2 治疗结果 治疗组治愈效果优于对照组 ($P < 0.05$),详见表 1。

组别	n	例			治愈好转率(%)
		治愈	有效	无效	
治疗组	100	82	16	2	98
对照组	100	62	30	8	92

3 讨论

化脓性扁桃体炎属中医学乳蛾肿大范畴,系热毒内蕴,脾胃蕴热,复感外邪,火热上攻咽喉所致。西瓜霜喷剂的主要成分有西瓜霜、黄连、黄芩、黄柏、浙贝、射干、山豆根、冰片等,具有清热解毒、消炎止痛之功效。穿琥宁注射液具有抗病毒、解毒、消炎的作用。对多种病毒具有灭活作用,能抑制细菌内毒素引起的发热,促进发热的消退,在炎症初期对抗炎症介质组织胺及化学刺激物二甲苯所致毛细血管通透性增高,抑制炎症的发展。临床观察结果表明中西医结合治疗小儿化脓性扁桃体炎效果明显优于单纯的西药治疗。且临床未见明显不良反应,可在临床工作中推广应用。

(收稿日期:2003-02-26)

抢救重度有机磷中毒并发呼吸麻痹 32 例

宋修军 戚平

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词:有机磷中毒;呼吸麻痹;抢救;机械通气;换血

中图分类号:R 996

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0037-02

重度有机磷中毒病情危重多变,除 M、N 样作用外,很易并发呼吸肌麻痹,这些患者用常规的方法难以奏效,且死亡率极高。故如何及早恢复呼吸功能,是抢救成败的关键。我院自 1990~2000 年共收治重度有机磷中毒并发呼吸肌麻痹 32 例,在常规治疗的基础上,采用机械通气辅以换血疗法,抢救成功率高。特总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例患者均为内科住院患者,且均为口服中毒,男性 10 例,女性 22 例;年龄 18~79 岁,平均 45.3 岁;其中 1 605 中毒 9 例,种衣剂中毒 15 例,乐果中毒 7 例,敌敌畏中毒 1 例;入院时发生呼吸肌麻痹 11 例,入院后 48h 内发

生呼吸肌麻痹 21 例;入院时胆碱酯酶活力均为“0”。

1.2 治疗方法 入院后除给予洗胃(昏迷插胃管失败者行剖腹洗胃)、导泻,静脉应用阿托品、氯磷啶以及对症处理外,还行气管插管、机械通气。开始采用机控通气:潮气量 $8 \sim 10 mL/kg$,R 16~20 次/min,吸呼比 1:2,氧浓度 45%~60%,有自主呼吸后过度到同步通气,直到有撤机指征时再撤机。同时给予换血,每次放血 200~400mL,同时输相同血型相同数量的鲜血,最少换血 600mL,最多换血 1 600mL。

2 结果

本组 32 例患者经上述抢救治疗后,除 1 例并发急性心肌梗塞、1 例放弃治疗而死亡的 2 例外,余 30 例均抢救成功

微波热凝下鼻甲治疗慢性肥厚性鼻炎 140 例报告

陈腾放

(浙江省东阳市人民医院 东阳 322100)

关键词:微波治疗仪;热凝;下鼻甲;慢性肥厚性鼻炎

中图分类号:R 765.21

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0038-01

慢性肥厚性鼻炎是临床上一种常见病,门诊复诊率高,最常见的治疗方法是下鼻甲硬化剂注射和电凝疗法,但这些方法疗程均较长,且病人痛苦大,效果欠佳。我院自 1999 年 3 月~2002 年 8 月采用珠海和佳医疗器械公司生产的 EBH-III 型微波治疗仪热凝下鼻甲治疗 140 例慢性肥厚性鼻炎取得了满意的效果。现报道如下:

1 一般资料

本组 140 例,男 89 例,女 51 例;年龄 12~60 岁,平均 38.7 岁;病程 2~20 年,平均 6 年。临床表现为鼻塞、头昏。

2 治疗方法

先在肥厚的下鼻甲内注入 2%得多卡因 2-3mL,一般不加血管收缩剂,以便于观察热凝时下鼻甲缩小的情况。将微波辐射器在直视下插入肥厚的粘膜下,可用单极,也可用双极辐射器,选用微波输出功率为 45w,作用时间 2 S,并可作多点热凝,热凝时可见组织迅速缩小、发白、无烟雾、无焦疤、无出血。第 1 次治疗后如需作再次治疗,可按上述方法进行。

3 疗效观察

疗效以下鼻甲缩小及通气改善为标准。140 例中显效 99 例,术后通气明显改善,不再使用血管收缩剂;改善 28 例,偶用血管收缩剂;无效 13 例,治疗后症状无改善。总有效率为 90.7%。术后无 1 例出现鼻腔大出血,1 周内部分患者仅有鼻涕,疼痛次日即明显减轻,术者皆无头痛现象发生;49 例术后 1~2 周下鼻甲表面附有痂皮,需清理。2 次治疗者 18 例。

4 讨论

微波的治疗作用主要是内生热和外热效应。治疗中使用



(包括 3 例并发心脏骤停者),且无后遗症发生。

3 讨论

3.1 有机磷农药中毒为基层医院内科常见急症,病情轻重与服毒种类、剂量及就诊时间有关。特别是乐果类农药,毒物吸收后经肝脏代谢氧化成毒性更强的氧化乐果,随胆汁排入小肠,重吸收入血,形成肠肝循环,加深中毒,进一步抑制胆碱酯酶活力,引起大量乙酰胆碱累积,使胆碱能神经持续冲动,细胞电兴奋,由兴奋转为抑制,使呼吸肌的神经肌肉接头处传导受抑制,导致呼吸肌收缩无力,引起呼吸肌麻痹,造成机体缺氧,代谢紊乱,危及生命。另外,象种衣剂、除草剂等近几年生产的农药,成分复杂,能从多方面引起呼吸肌麻痹或呼吸衰竭。故必须尽快气管插管,保持呼吸道通畅,机械通气,供给足够的氧。必要时可采用高频通气,气道压力低,对肺循环干扰小,能有效的改善气体交换,提高动脉血氧分压,降低二氧化碳分压。

3.2 众所周知,胆碱酯酶复能剂对未老化的胆碱酯酶有活化作用,对老化的胆碱酯酶无活化作用,而中毒 48h 后大部分

剂量与作用时间、机器输出功率成正比,组织损伤程度取决于微波剂量和被照射物的生物物理参数,如电解常数等。微波在生物体内产热方式主要是由于高频的交变电磁场引起的离子线性振动产生离子损耗和极性分子的转动产生电解质损耗。被吸收的微波能,在体内转变成热能,但不需要传热过程。当局部温度升高到 65~100℃时,会产生微波组织凝固。其特点是:损伤部位边界清楚,无焦痂,也无即刻反应,常用于治疗局限性肿瘤、出血、狭窄或增生性病变。微波不同于电凝、激光、冷冻,后三者对组织的损伤有一个热或冷的传导过程,从而导致组织近治疗段损伤重、远者则轻的现象,微波治疗只要在辐射场中,同一组织的损伤几乎是一致的。Hohki 比较了微波、激光、冷冻、电凝等方法对组织凝固的程度和止血作用,结果以微波凝固程度最重,止血作用也最大。微波热凝下鼻甲由于是采取了粘膜下插入法,加之微波剂量的输出不受组织凝结的影响,肥厚组织的缩小是在直视下进行的,故较其他方法有以下优点:(1)设备简单,操作方便,可视性强,较安全。(2)术后肿胀轻,分泌物少,鼻腔无粘连,几乎无出血。(3)术后下鼻甲较均匀地缩小,粘膜损伤小。(4)疗效高,无不良反应。笔者在临床治疗中也发现使用微波治疗仪治疗时需注意以下几点:(1)鼻阈处肿胀能否消除对愈后关系密切,此处如鼻中隔无偏曲增厚,则愈后较佳。(2)术后常规滴血管收缩剂 1 周以上以防粘连,第 2 次治疗应在第 1 次纤维化后进行。

(收稿日期:2003 - 06 - 06)

胆碱酯酶开始老化;另一方面,洗胃不彻底,残留在胃粘膜皱襞内及进入十二指肠的毒物,可继续吸收中毒,胆碱酯酶活力进一步下降。故必须及早将体内无生理活性的乙酰胆碱酶清除掉,换进大量有生理活性的乙酰胆碱酶,减少乙酰胆碱聚集,清除 M、N 样作用,恢复呼吸肌功能。反复换血可提高体内胆碱酯酶活力,促进呼吸功能的恢复,预防反跳。但血压低、有循环衰竭指征,只输鲜血,不宜放血。

3.3 值得注意的是,在应用呼吸机时一定要注意湿化气道,及时吸痰,保持呼吸道通畅。通气模式及呼吸机参数应根据病情变化及时调整,直至停机观察。此时气道直接同大气相通,极易造成气道干燥及感染,故应注意及时湿化气道。湿化液内可加入适量的抗生素,湿化后及时吸痰,并观察呼吸音的改变及罗音的增减。因湿化过少,引起痰液粘稠、干燥、结痂,堵塞气道,造成机体缺氧,加重病情;湿化过多,易引起肺水肿,导致充血性心力衰竭。故停机观察时,必须保持气道通畅,逐渐恢复呼吸肌功能,减少并发症。

(收稿日期:2003 - 04 - 07)