

咳嗽 - 晕厥综合征临床分析

王家燕 施夏青

(浙江省丽水市中心医院急诊科 丽水 323000)

关键词:咳嗽 - 晕厥综合征;喉头性眩晕;临床分析

中图分类号:R 767.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0061-01

我院自 1995 年 1 月~2003 年 12 月急诊诊治了 11 例咳嗽 - 晕厥综合征病人,现总结分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 11 例患者中,男 10 例,女 1 例;年龄 52~78 岁,平均 68±3.16 岁;9 例患者有 30 年以上吸烟史,每日 1~2 包;体重指数 (BMI) 22.83~28.61,平均 23.54±2.97;其中有慢支病史者 8 例。

1.2 诊断标准 (1) 剧烈咳嗽后发生短暂的一过性意识丧失,持续数秒至数分钟自行恢复,无后遗症。(2) 发作前后心脏及神经系统无异常改变。(3) 除外晕厥的其他原因 (包括癫痫、椎 - 基底动脉供血不足、短暂性脑缺血发作、心源性晕厥)。

1.3 临床表现 11 例患者发作诱因均为剧烈咳嗽,其中 1 例为进食时剧烈呛咳。咳嗽后感头晕、眼花、胸闷、气憋,继而意识丧失,持续 6~60S 恢复。无抽搐及舌咬伤,无尿便失禁。醒后精神及四肢活动正常,无头痛、呕吐,但有不同程度头晕。发作时多在立位和坐位,其中 3 例摔倒时有颜面或上肢皮肤擦伤,4 例有反复发作。辅助检查:11 例患者均作了 X 线胸片、心电图、脑电图、头颅 CT 检查。胸片显示肺纹理增多、紊乱 7 例,肺部感染 2 例。心电图 ST-T 改变 3 例,肺性 P 波 1 例,低电压 1 例。脑电图、头颅 CT 检查均正常。

1.4 治疗 给予止咳化痰,严重病例给予抗炎、解痉、对症处理。肺部感染及反复晕厥发作患者住院治疗。

2 讨论

从本文报告的 11 例患者中可以看出,咳嗽 - 晕厥综合征好发于老年、男性、吸烟、肥胖、既往有慢支病史者。

本征最先由 Charcot 氏 (1876 年) 报告 2 例,当时即称为咳嗽 - 晕厥综合征。Charcot 氏曾认为本征是因为咳嗽引起喉头的向心性神经冲动发生了神经反射所引起,因而提出了喉头性眩晕之说^[1]。关于本病的发病机理尚不十分清楚,可能为:(1) 剧烈咳嗽刺激喉和 / 或颈动脉窦的迷走神经感受器,反射性抑制心脑血管血供。(2) 剧烈咳嗽时胸腔内压增高,静脉血回心受阻,心排出量急剧减少。(3) 胸腔内压力的增高传至颅内,脑脊液压力也增高,脑血管阻力增加。(4) 咳嗽时血二氧化碳张力减低,脑血管阻力增高^[2]。这些因素共同作用的结果导致脑血流减低而晕厥。晕厥后咳嗽停止,上述因素消失,病人醒转。

咳嗽 - 晕厥综合征的诊断、治疗不难,重点在于怎样作好防护工作。应注意生活规律,戒烟戒酒,适量锻炼,增强心肺功能。慢支患者做好春、秋季节变化时的防寒保暖工作,避免慢支急性发作;慢支急性发作期积极治疗,祛痰止咳。咳嗽时靠于床边、沙发,取半卧位安全位置,避免晕厥发作时造成头部外伤和骨折。与家属作好解说宣教工作,咳嗽 - 晕厥发作时,立即将患者平卧,并置于头低位,保证脑部充分供血。松解患者衣服纽扣、领带,并将头转向一侧,以免舌根后坠堵塞气道,并及时就诊。

参考文献

[1]薛维生,张玉华.咳嗽 - 晕厥综合征 1 例[J]. 急诊医学,1997,6(3): 156
[2]黄振文,崔天祥,阎文泰.心血管病急症[M]. 北京:中国医药科技出版社,1994. 8

(收稿日期: 2004 -04-19)

妊娠期梅毒与妊娠结局的关系

王慈英 郑九生

(江西省妇幼保健院 南昌 330006)

关键词:妊娠期梅毒;胎儿;妊娠结局

中图分类号:R 259

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0061-02

近几年梅毒发病率呈不断上升的趋势,且年轻妇女梅毒患者不断增加,妊娠合并梅毒对围产儿危害极大,现就我院诊治妊娠期梅毒 36 例进行临床分析。现报道如下:

1 临床资料

1.1 病例选择及方法 选取 2001 年 6 月~2003 年 8 月在我院分娩的孕妇,入院后常规进行抽静脉血作快速血浆反应试

验 (RPR) 的血清学检查及梅毒螺旋体抗原血凝试验 (TPHA),将 RPR 和 TPHA 阳性者诊断为梅毒者;对照组随机抽取同期分娩的正常孕妇 (各项检测结果均正常)。

1.2 一般情况 妊娠期梅毒共 36 例,患者年龄 18~30 岁;初产妇 6 例,经产妇 30 例;有不良生育史 16 例,其中 2 次以上自然流产、死胎、早产 10 例。妊娠期梅毒以隐性梅毒为主,只

婴儿母体内麻疹抗体的检测及意义

赵革林

(江西省井冈山市卫生防疫站 井冈山 343600)

关键词:麻疹抗体;IgG;婴儿母体;检测;预防

中图分类号:R 446.62

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05-0062-02

通过对 8 月龄以内的婴儿母亲体内麻疹抗体 IgG 的检测,了解其体内麻疹抗体 IgG 的水平与患麻疹的关系以及预防对策。

1 材料与对象

选取 2000 年 6 月~2003 年 6 月井冈山市出生的婴儿母亲 537 人为对象,追踪观察至 8 月龄。观察到 8 月龄以内患麻疹的患儿 32 例符合临床诊断标准^[1],患儿最小年龄 2 个月,最大年龄 8 个月,均未接种麻疹疫苗。同时对 537 位婴儿的母亲血清进行麻疹抗体 IgG 检测;其中农村的 236 人,城镇的 301 人。

2 方法

婴儿 1 月龄时测其母体内麻疹抗体 IgG 水平。麻疹抗体 IgG 的检测采用 ELISA 法,按说明书步骤进行操作。统计采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 537 位婴儿母亲中有 467 例麻疹抗体 IgG 阳性,阳性率为 86.96%。其中 32 例患儿母亲中麻疹抗体 IgG 阳性 5 例,未患麻疹的婴儿母亲麻疹抗体 IgG 阳性 462 例。婴儿母亲麻疹抗体 IgG 与麻疹患病的关系见表 1。

有 2 例外阴及全身见玫瑰疹(2/36)。

1.3 梅毒姐妹妊娠结局 36 例患者中,7 例死胎,6 例畸形儿(以胎儿胸腹水为主),15 例早产儿,7 例先天梅毒儿,产后出血 7 例。新生儿平均体重梅毒组明显低于对照组,梅毒组死胎、早产及产后出血明显高于对照组。见表 1。

表 1 2 组孕妇妊娠的结局								例
组别	例数	死胎	早产	产后出血	先天梅毒	畸形胎	新生儿平均体重/g	
对照组	36	0	2	1	0	0	3104.2±523	
梅毒组	36	7	15	7	7	6	2013±560	

2 讨论

2.1 产前筛查的重要性 国内近几年梅毒发病率迅猛上升,且未引起产科医生的足够重视,妊娠期梅毒常无明显临床症状,潜伏梅毒占绝大多数^[1]。本组为 94.4%,故易被漏诊,漏治,主要靠血清学诊断。据上述资料观察及分析,很多孕妇既往都有自然流产多次及畸胎、死胎史,很多医院只有在妊娠 5~6 个月进行第一产前检查才做梅毒筛查,甚至有些医院未能做到常规筛查,这样势必延误梅毒的诊治,造成胎儿损害。为确保母婴安全,对所有孕妇在妊娠早、中、晚期建议各做一次梅毒血清学检查。国外大多数学者认为,妊娠期梅毒筛查是诊断的必要手段^[2]。

表 1 婴儿母亲麻疹抗体 IgG 与麻疹患病的关系				例
组别	抗体阳性	抗体阴性	<i>P</i>	
患儿母亲	5	27	<0.001	
未患病母亲	462	43		

3.2 农村的 236 位婴儿,其母亲麻疹抗体 IgG 阳性 193 例;城镇的 301 位,其母亲麻疹抗体 IgG 阳性 274 例。城乡之间 8 月龄以内的婴儿母亲麻疹抗体 IgG 的关系见表 2。

表 2 城乡之间婴儿母亲麻疹抗体 IgG 的关系				例
组别	抗体阳性	抗体阴性	<i>P</i>	
农村	193	43	<0.001	
城镇	274	27		

3.3 农村的 236 人,患儿 8 例,罹患率 3.39%;城镇的 301 人,患儿 24 例,罹患率 7.97%。城乡之间 8 月龄以内婴儿麻疹患病情况见表 3。

表 3 城乡之间婴儿母亲麻疹抗体 IgG 的关系				例
组别	患病	未患病	<i>P</i>	
农村	8	228	<0.05	
城镇	24	227		

4 讨论

8 月龄以内的婴儿主要是通过来自母体内的麻疹抗体 IgG 来防止麻疹的发生。但是近年来 8 月龄以内的婴儿患麻

2.2 妊娠期梅毒对胎儿的影响 本组资料显示梅毒组的早产、畸胎、死胎及先天梅毒明显高于对照组,妊娠期梅毒是危害围产儿的严重合并症,梅毒螺旋体主要通过以下两个途径影响胎儿。一是经过胎盘及脐静脉血进入胎儿体内,发生胎儿梅毒,累及胎儿的各器官系统;二是感染胎盘,发生小动脉内膜炎,形成多处梗死灶,导致胎盘功能严重障碍,造成流产、死胎、早产、死产、新生儿死亡及先天梅毒^[3~5]。

参考文献

[1] 曹志君,王伟民,黄慧娟,等.妊娠期梅毒患者围产结局的临床分析[J].中华妇产科杂志,2001,36(3): 170~171

[2] Temmerman M.Effect of syphilis control programme on pregnancy outcome in Nairabi Kenya[J].Sex Transm Infect, 2000,76:117~121

[3] Amoa AB.A case-control study of stillbirths at the port Moreshy general hospital[J].PNG Med J,1998,41:126~136

[4] Sheffield JS,Wendel GD.Syphilis in pregnancy [J].Clin Obstet Gynecol,1999,42:97~106

[5] GencM,Ledger MJ.Syphilis in pregnancy[J].Sex Transm Infect,2000,76:73~79

(收稿日期: 2004 -04-07)