

射频配合养阴清热、祛痰利咽法治疗慢性肥厚性咽炎 100 例

熊欣平¹ 柳冰¹ 赵再南¹ 王芸¹ 余甫¹ 邓琤琤²
(1 江西省南昌市第一医院 南昌 330008; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:慢性肥厚性咽炎;养阴清热;祛痰利咽;射频疗法
中图分类号:R 766.14 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)04-0069-01

慢性肥厚性咽炎是五官科难治性疾患,引起咽部异物感、烧灼感等不适,长期困扰患者并增加患者精神负担,其病理变化是咽部黏膜慢性充血,黏膜下结缔组织淋巴滤泡增生,病变部位特殊,病因复杂,症状顽固,治疗后易复发。我科自 2005 年来运用射频配合养阴清热、祛痰利咽法治疗慢性肥厚性咽炎 100 例,取得较好疗效。现报告如下:

1 临床资料

- 1.1 一般资料 本组共 150 例,全部为门诊病例,年龄 18~61 岁,女 88 例,男 62 例,病程长者 15 年,短者半年,随机分为观察组 100 例,对照组 50 例。
- 1.2 西医诊断标准 病史:有急性咽炎反复发作史,长期张口呼吸及烟酒过度,粉尘和刺激性气体污染史等。症状:咽部不适,或痛,或痒,烟熏感,异物感等,刺激性干咳,晨起咳出分泌物,甚至作呕,病程 2 个月以上,常因受凉、感冒、疲劳、多音等原因致症状加重。检查:咽黏膜慢性充血,呈暗红色,或树胶状充血,咽后壁细胞增生,或咽侧索肿大,咽黏膜增生肥厚,或干燥、萎缩、变薄,有分泌物附着。

2 治疗方法

- 2.1 观察组 (1)射频治疗:患者先行 1%地卡因喷射表面麻醉咽部黏膜 2 次,约 10min 后采用广州医疗器械厂生产的 SAP-I 型五官科射频治疗仪作咽部增殖滤泡射频治疗,射频强度为第 4 档,视滤泡大小选用不同面积的治疗探头,原则上治疗探头较滤泡略小为宜,治疗时间由操作者自定,治疗原则以滤泡表面变白色为限,一般治疗一个滤泡时间为 0.2~0.5s,较大滤泡可以作多次点治疗。(2)中药治疗:生地 10g,麦冬 10g,白芍 10g,丹皮 10g,浙贝 10g,玄参 10g,薄荷 10g,桔梗 10g,香附 10g,郁金 10g,甘草 10g,以上药物水煎服,每日 1 剂,分早晚口服,10d 为 1 个疗程。
- 2.2 对照组 口服罗红霉素,150mg/次,2 次/d,10d 为 1 个

- 疗程。
- 3 疗效观察
- 3.1 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]。临床治愈:用药 10d 以内症状减轻,2 个月以内临床症状和体征消失,1 年以上无复发。显效:用药 2 周以内症状减轻,2 个月以内临床症状、体征消失,半年以上无复发(若遇感冒,则咽部不适感时间不超过 10d)。有效:用药 2 周以内症状减轻,2 个月以内临床症状和部分体征消失。无效:用药后症状稍减轻或无减轻,体征无明显变化。
- 3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
组别	n	治愈	显效	有效	无效
观察组	100	23 (23)	35 (35)	25 (25)	17 (17)
对照组	50	7 (14)	11 (22)	17 (34)	15 (30)

4 讨论

慢性肥厚性咽炎病理变化是咽黏膜充血增厚,黏膜及黏膜下广泛的结缔组织及淋巴增生,在黏液腺周围淋巴组织增生突起,在咽后壁上表现为多数颗粒状突起,呈慢性充血,有时融合成一片^[2]。增生的淋巴组织及其黏膜上附有分泌物对分布其上感觉神经末梢刺激,故患者产生咽部不适、痒、异物感等症状。射频治疗系中医传统的烙法,通过烧烙,被烙处干焦,形成疤痕,使局部滤泡减少或消失,消除或减少淋巴滤泡增生对咽黏膜感觉神经末梢的刺激,从而治疗慢性肥厚性咽炎。射频治疗患处无出血,不炭化,愈合快,易被患者接受,结合口服养阴清热利咽中药,达到中西医结合,优势互补,可提高疗效,值得临床推广。

参考资料
[1]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].1993.308
[2]黄选兆.实用耳鼻咽喉科[M].北京:人民出版社,1998.359
(收稿日期: 2008-01-25)

妊娠期糖尿病筛查试验的临床意义

邬国瑛
(浙江省奉化市妇幼保健院 奉化 315500)

关键词:妊娠期;糖尿病;糖耐量减低;葡萄糖耐量试验
中图分类号:R 714.256 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)04-0069-02

妊娠期糖尿病 (GDM) 是指妊娠期发生或发现的糖尿病,它对胎儿及新生儿的负面影响越来越被人们认识,对产妇若干年后发生显性糖尿病也有预测意义,因此早期诊断是十分重要的。现将我院自 2006 年 10 月~2007 年 9 月来 2 041 例孕 24~32 周的孕妇进行口服 50g 葡萄糖筛查及口服 75g 葡萄糖负荷试验的结果报告如下:

- 1 资料与方法
- 1.1 研究对象 自 2006 年 10 月~2007 年 9 月在我院进行产前检查的孕妇 2 041 例,孕妇年龄 20~42 岁,平均 26 岁,进行口服 50g 葡萄糖筛查,结果≥7.8mmol/L 者进行口服 75g 葡萄糖耐量试验。
- 1.2 方法 糖筛查试验 (GCT):将 50g 葡萄糖粉溶于 200mL

水中在 5min 内服完,1h 后静脉抽血测血糖;葡萄糖耐量试验(OGTT):禁食 12~16h 后,首先抽取静脉血测空腹血糖,然后口服溶于 300mL 水中 75g 葡萄糖,5min 内服完,分别取静脉血测服糖后 1h、2h、3h 三个时点血糖。

1.3 诊断标准

1.3.1 GCT 诊断标准 GCT 血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 为 50g 糖筛查阳性,应于 1 周内做 OGTT;GCT 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,空腹血糖正常,也应于 1 周内做 OGTT;GCT 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,空腹血糖 $\geq 5.5\text{mmol/L}$,则诊断为 GDM,不需再做 OGTT。

1.3.2 OGTT 诊断标准 空腹血糖 5.6mmol/L ,1h 血糖 10.3mmol/L ,2h 血糖 8.6mmol/L ,3h 血糖 6.7mmol/L 。如其中任何两项达到或超过正常值,可诊断 GDM;如仅一项高于正常值,诊断 GIGT。

1.4 血糖测定的仪器及试剂 血糖在 Dimension Pand 生化仪上检测,试剂为 DADE BEHRING 公司提供的葡萄糖试剂盒,采用己糖激酶 - 葡萄糖 -6- 磷酸脱氢酶方法。

2 结果

50g 糖筛查 2 041 例孕妇,筛查阳性者 307 例(15.0%)均做 OGTT,诊断 GDM 21 例(1.0%),GIGT 200 例(9.8%)。糖代谢正常者 1 820 例(89.2%)。

3 讨论

妊娠期糖尿病是产科常见并发症,易发生胎儿宫内窘迫、新生儿窒息,甚至新生儿死亡,合并羊水过多及巨大儿的发生率也明显高于正常妊娠。妊娠期糖耐量减低虽是妊娠期

较轻微的糖代谢紊乱,但大量资料显示妊娠期糖耐量减低孕妇与妊娠期糖尿病孕妇的围产儿不良妊娠结果相似,甚至巨大儿发生率高于妊娠期糖尿病孕妇。另外,无论是妊娠期糖尿病还是糖耐量减低的孕妇远期患病率明显上升,据推断糖耐量减低的孕妇以后发生 2 型糖尿病的机会较正常人群高 1%~5%,且易发生肥胖症、高脂血症、血管硬化症、高血压等^[1,2]。

多数糖尿病孕妇无明显自觉症状,空腹血糖也正常,因此妊娠期仅依靠空腹血糖检查,容易导致 GDM 漏诊。另外,妊娠期孕妇肾糖阈明显下降,尿糖不能准确反映机体的血糖水平。所以妊娠期孕妇不能借助尿糖检查来筛查和诊断 GDM^[3]。而 50g 糖筛查试验安全简便,孕妇比较容易接受且费用不高,可做到对所有孕妇进行筛查而成为产前的常规检查项目,再配合口服 75g 葡萄糖耐量试验可确诊 GDM 和 GIGT。总之,重视糖筛查,可提高诊断率,达到临床及早管理的目的,从而给母亲、胎儿建立一个良好环境,尽量使母亲和下一代不处在糖尿病相关的高危因素环境中,提高他们近期和远期的健康素质。

参考文献

[1]江明礼,邱晓燕,吴梅珍.饮食疗法对糖耐量减低孕妇的新生儿体重影响[J].上海医学,2000,23(2): 99
[2]李平,杨慧霞,董悦.妊娠期糖耐量减低的处理与新生儿结局的关系[J].中华妇产科杂志,1999,34(7): 462
[3]杨慧霞,董悦.加强对妊娠合并糖尿病的临床研究[J].中华妇产科杂志,2003,38(3): 129

(收稿日期: 2008-02-02)

车祸致创伤性休克急救护理

廖南波 户洁 胡莉红
(江西省九江市第一人民医院 九江 332000)

关键词:创伤性休克;护理;急救

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0070-01

随着我国现代公路的迅速发展,交通事故与日俱增,车祸致创伤性休克较为常见,约占 20%^[1]。其患者伤情复杂,多为复合伤,病情变化快,各器官生理功能严重紊乱,抢救不及时将危及生命。我院急救中心 2006 共接诊 148 例因车祸致创伤性休克的患者。现将急救护理总结如下:

1 临床资料

本组病例共 148 例,其中男 98 例,女 50 例,年龄最小 9 岁,最大 70 岁,多发伤是造成休克的主要原因。

2 急救护理

2.1 早期扩容治疗 早期快速扩容是治疗创伤性休克的关键措施之一,严重创伤常由于低血容量休克得不到及时纠正而死亡^[2]。因此在患者静脉通道建立后,应立即在 30~40min 内快速输入平衡盐液 1 000~2 000mL。因平衡盐液的电解度浓度、酸碱度、渗透压和缓解均与细胞外液相近^[3],而高渗钠可迅速扩大血容量增强心肌收缩力。本组病例均根据血压情况调整输液速度,按照先快后慢的原则,用平衡盐液 1 000~2 000mL 扩容,并在 1h 内输完,同时给予 706 代血浆溶液 500mL 静滴,从而改善循环功能,有效控制休克。本组病例均

在抢救 30~50min 内血压回升至正常。

2.2 术前准备 注意观察血压、脉搏、呼吸变化情况。做好术前常规化验,定血型,动态监测红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积。

2.3 改善缺氧状态 保持呼吸道通畅。休克的主要病理生理是组织器官缺血缺氧而引起的,及时给氧疗法可改善组织器官缺氧状态,纠正各器官由于缺氧引起的损害。

2.4 心理护理 车祸致伤患者均遭受突然的意外伤害,缺乏思想准备,常常表现为惊惶失措、恐惧万分,因此在抢救过程中要安慰患者。同时创伤患者以中青年男性居多,大多处于事业和家庭非常关键之时,因此他们在心理上承受着巨大的创伤,迫切要求得到最佳的治疗和护理。在对这类患者护理过程中,不但要重视“急的疾病”还要重视“急的心情”,护士应以从容镇静态度、迅速而有序的程序和熟悉精湛的抢救技术给患者以最大的安全感,同时给患者耐心细致地指导、解释,以取得患者的信任。

参考文献

[1]王延国.现代创伤学研究的某些发展[J].中华创伤杂志,1995,11(5): 262-265 (下转第 73 页)