

基层适宜技术

心律失常的诊断与治疗

心律失常多见于各种心脏病患者,也可见于正常人。引起心律失常的原因有很多,包括各种心脏病,电解质紊乱,药物过量或中毒,缺血、缺氧,情绪激动、烟、酒、茶摄入过量等,但仍有些原因不明。心律失常的临床表现轻重不一,从无症状到症状明显,常见为心悸,严重者可有头晕、血压下降,甚至晕厥。确诊心律失常有赖于发作时描记心电图。心律失常的治疗首先要去除或控制可能导致心律失常的原因,并根据心律失常的严重程度、临床症状和血流动力学变化的轻重缓急来确定治疗方案。无器质性心脏病的期前收缩、无症状的窦性心动过缓等,在不影响健康的情况下,一般不需要特殊治疗。但是,有些快速心律失常可导致严重的血流动力学障碍,甚至危及患者生命,需要立即抢救。

临床表现及处理

期前收缩(早搏)

期前收缩是在基础心律中提前出现的异位心搏。按起源部位分为房性早搏、室性早搏、交界性早搏。临床上常见的是发生在窦性心律基础上的各种早搏,有时心房颤动基础上也会出现室性早搏。

房性早搏(房早)

临床表现:多数患者可有心悸感,部分患者无症状,仅心电图检查时发现。听诊特点:在心律规则的基础上,有提前出现的心跳。

心电图特点:窦性心律的基础上有一个提前出现的、形态有变异的P波,PR>0.12秒,QRS(心电图的一个波群)形态与窦性心律时相同,有时可伴差异性传导,代偿间歇不完全。若提前出现的P波后

重与发作时的速率、持续时间长短、有无基础心脏病变及严重程度有关。听诊特点:心率每分钟150次~240次,节律规整,第一心音强弱一致。

心电图特点:QRS波与窦性心律时相同,有时可伴差异性传导;RR(心室搏动间距)匀齐,频率多在每分钟150次~240次;P波形态与窦性心律时不同,P波与QRS波关系固定,但有时P波不易辨认。

处理方法:可采用刺激迷走神经的物理方法。分别压迫一侧颈动脉窦(可先右后左),每次10秒~20秒;刺激咽部引起恶心反射;嘱咐患者深吸气的,在屏气的同时用力做呼气动作;将面部浸没于冰水中。

药物终止:维拉帕米(异搏定)5毫克稀释后缓慢静脉注射,无效者5分钟后可重复一次(有窦性心动过缓史者慎用);普罗帕酮,首次70毫克,静脉缓慢注射,无效者20分钟可重复35毫克,总量一般不超过210毫克~280毫克(使用中注意QRS间期及QT间期,如延长超过25%则应停止使用);毛花苷C(西地兰)0.4毫克,缓慢静脉注射,无效时,间隔2小时重复注射0.2毫克。

预防复发:心动过速终止后酌选用药预防发作或手术治疗。

2.阵发性室性心动过速(阵发室速)

临床表现:常见于各种心脏病,发作时多数有出冷汗、头晕、黑蒙或晕厥,但发生于正常心脏的特发室速症状较轻。在体检时,除原有的心脏病体征外,可听到第一心音强弱不等,颈静脉搏动频率小

于听诊心率。

心电图特点:QRS波宽大畸形伴发ST-T改变;初发时RR或不很匀齐,频率为每分钟140次~200次;P波与QRS波无关,P波常为窦性,P波频率小于QRS波频率。

处理:阵发室速必须尽快终止。利多卡因:首剂50毫克~100毫克,缓慢静脉注射,以后以每分钟1毫克~2毫克维持(是急性心肌梗死患者的首选)。普罗帕酮:用法同阵发室上速(因其有负性肌力作用,急性心肌梗死患者不可选用)。胺碘酮:首剂每10分钟150毫克静脉滴注,随后每分钟1毫克静脉滴注6小时,再以每分钟0.5毫克持续18小时。伴有严重低血压、心力衰竭的阵发室速患者,应首选电复律。

不能自行转复者,应迅速控制心室率,可选用静脉注射毛花苷C或口服β受体拮抗剂,但在心动过缓基础上发生的房颤不能使用;房颤时心室率超过每分钟150次者,因不能排除预激并发房颤的可能,也不可使用。如果患者出现头晕、血压下降、晕厥等症状,电复律较为安全。初发房颤者经初步处理、症状稳定后,应进一步检查明确病因并酌情给予复律;复律后,长期使用抗心律失常药物(β受体拮抗剂索他洛尔或胺碘酮)预防复发。不能复律者,长期服用β受体拮抗剂(或非二氢吡啶类钙通道阻滞剂)控制心室率,必要时可加用地高辛,并根据专科医生建议使用抗凝剂预防血栓并发病症。

转诊指征

1.心律失常发作时出现意识丧失或低血压、晕厥、心绞痛、心力衰竭等血流动力学不稳定表现者。

2.既往有严重基础性心脏病(包括心肌炎、心肌梗死、不稳定型心绞痛等),新出现严重心律失常。

3.室性心动过速。

4.室上性心动过速未能转复者,且频繁发作需要确定预防发作方案或进行手术根治者。

5.初发心房颤动初步处理后未能转复者,以及转复后需要明确病因者。

6.在心动过缓基础上发生的心房颤动;心房颤动发作时心室率超过每分钟150次等。

7.新发生的室性期前收缩,需要治疗的房性期前收缩。

(河南省卫生健康委基层卫生健康处供稿)

一、小儿卵圆孔解剖上关闭的时间是

A.出生后1岁~2岁

B.出生后3个月~4个月

C.出生后3个月内

D.出生后5个月~7个月

E.出生后8个月~10个月

二、80%的小儿动脉导管解剖关闭的时间是

A.出生后1岁~2岁

B.出生后3个月~4个月

C.出生后3个月内

D.出生后5个月~7个月

E.出生后8个月~10个月

三、不符合左向右分流型先天性心脏病共同特征的是

A.蹲踞现象

B.容易并发肺部感染

C.生长发育落后

D.肺动脉区第二心音增强

E.胸骨左缘收缩期杂音

四、男孩,3岁,胸骨左缘3~4肋间Ⅲ级收缩期杂音,肺动脉第二心音亢进,胸片显示左心室、右心室扩大。应诊断为

A.室间隔缺损

B.房间隔缺损

C.动脉导管未闭

D.肺动脉狭窄

E.法洛四联症

五、男婴,7个月大,出生时被诊断为法洛四联症,近两天常于哭闹时突然四肢抽搐,青紫加重,神志不清,呼吸急促,持续两分钟。首先考虑为

A.脑栓塞

B.休克

C.缺氧发作

D.脑脓肿

E.心力衰竭

六、法洛四联症出现阵发性缺氧发作时,不恰当的处理是

A.吸氧

B.采取胸膝卧位

C.应用吗啡

D.应用地高辛

E.应用普萘洛尔

七、男孩,2岁,自幼咳嗽,气急,生长发育落后。查体:胸骨左缘上方可闻及收缩期杂音。心电图检查发现肺动脉血氧含量高于右心室。最可能的诊断是

A.房间隔缺损

B.法洛四联症

C.肺动脉高压

D.动脉导管未闭

E.肺动脉狭窄

八、患儿,3岁,近1年多剧烈哭闹时出现青紫。查体:心前区隆起,胸骨左缘第3~4肋间闻及Ⅳ级收缩期杂音,可触及震颤。X线检查结果显示:左心室、右心室及左心房增大,肺血管影增多,肺动脉段突出,主动脉缩小。此患儿最可能的诊断是

A.房间隔缺损

B.室间隔缺损

C.肺动脉狭窄

D.动脉导管未闭

E.法洛四联症

九、患儿,3岁,近1年多剧烈哭闹时出现青紫。查体:心前区隆起,胸骨左缘第3~4肋间闻及Ⅳ级收缩期杂音,可触及震颤。X线检查结果显示:左心室、右心室及左心房增大,肺血管影增多,肺动脉段突出,主动脉缩小。此患儿如出现永久性青紫,说明

A.动脉系统瘀血

B.形成艾森门格综合征

C.合并肺水肿

D.静脉系统瘀血

E.合并心力衰竭

半月板是膝关节的重要组成部分,其覆盖膝关节关节面的60%,可以缓冲和传导压力,保护关节软骨。此外,半月板与膝关节其他韧带结构共同对膝关节起到稳定作用,特别是为关节活动提供了旋转稳定的作用。

半月板损伤是膝关节损伤的常见病之一,外伤性损伤、退行性损伤,是造成半月板损伤的主要因素。在足部固定的情况下,膝关节在半屈曲位时,做向内或向外或过度旋转、屈曲等动作时,若突然伸直或屈曲膝关节,使半月板受到股骨和胫骨的夹挤、研磨,造成半月板损伤。球类运动员、搬运工、矿工等运动负荷高、过度劳累的职业人群,是半月板损伤的高危人群。半月板损伤的主要并发症,比如膝关节炎退行性疾病变、十字韧带损伤、肌肉萎缩。严

半月板损伤后怎样康复

□孙丽春

重半月板损伤导致创伤性关节炎、全身骨关节炎,可导致全身关节不灵。

辅助检查 优先考虑膝关节MRI(磁共振成像),影像学检查可发现急性或慢性撕裂及撕裂的大小和位置。X线检查只可以显示关节的退行性改变、关节间隙变窄、骨赘形成等。关节镜检查,可直接看到半月板的损伤情况。

治疗方法 该疗法是半月板损伤的主要治疗方案,包括提高膝关节肌力、改善步态、改善运动功能等。其目的是最大限度地恢复关节功能,提高患者的生活质量。个性化的神经肌肉和强化运动计划,以及健康教育,应贯穿整个治疗始终。

急性期 患者膝关节肿痛,可首选冰敷减缓血液流通,待症状缓解后再使用热敷缓解肿痛。治疗时,应注意将患肢抬高。

功能恢复期 半月板损伤的训练,围绕膝关节周围需要强有力的肌肉来保护膝关节,科学、合理地进行膝关节周围渐进式神经肌肉和力量训练,加强膝关节的稳定性,从而达到保护膝关节的目的。

康复训练 股四头肌等长收缩训练:患者呈仰卧位,下肢自然伸直平放在床上,在腘窝下方放一条毛巾,向下压毛巾。每次维持10秒,30次为1组,每天3组~4组。

直腿抬高训练:患者呈仰卧位,伸膝后保持膝关节伸直,缓慢抬高,抬高至与地面保持30度,维持10秒,缓慢下落,连续完成10次~30次,每天3组~4组。

坐姿伸膝训练:髌骨及脚趾垂直向上,缓慢伸直膝关节,保持大腿不离开椅子,维持10秒,缓慢落下,30次为1组,每天3组~4组,可在脚踝处增加沙袋进行辅助锻炼。

靠墙静蹲训练:双膝与肩同宽,小腿与地面垂直,大腿与小腿夹角为135度,背靠墙面,维持30秒到1分钟算1次,3次为1组,每天3组~4组,逐渐从135度下蹲到90度。

卧位足跟滑动:仰卧在床上,双膝略分开,患肢从完全伸直到逐渐弯曲,动作过程中保持脚跟始终贴着床面滑动。要求患侧膝关节能够被动伸直0度,屈膝关节达到60度,每组10分钟~15分钟,每天2组。

功能重塑期 在专业的康复医生及治疗师的指导下,进行专项运动动作设计及专项运动的训练,以期达到回归运动、娱乐活动。

(作者就职于海南医学院第一附属医院)

如何正确使用和保存胰岛素

□王慧

胰岛素是体内糖代谢过程中非常重要的内分泌激素,具有促进细胞摄取葡萄糖,调节碳水化合物、脂肪和蛋白质代谢,促进细胞分裂和生长等作用。胰岛素在糖尿病的治疗中占据了重要的地位。

由于接受胰岛素治疗患者的注射技术及药物保存不规范,导致血糖达标率不足40%,甚至出现了不同程度的并发症。那么,人们该如何正确使用胰岛素呢?

遵医嘱按时定量使用,当用则用,不能讳疾忌医。

在临床工作中,总会遇到一些糖尿病患者或者家属诉说要注射胰岛素进行治疗时,就坚决抵制,甚至一部分患者在口服药物控制血糖不理想情况下,宁愿血糖高,也不愿意注射胰岛素。问其原因,大部分患者认为注射胰岛素会上瘾,以后就离不开了。其实,这种想法是错误的。胰岛素是在体内胰腺分泌的高血糖素过多,胰岛素不足的情况下协调两者,帮助其保持平衡状态,从而使血糖控制在正常范围内。因此,从严格意义上来说,胰岛素并不是一种药,它是人体自身分泌的一种生理激素,“胰岛素成瘾”完全是天方夜谭。

胰岛素注射针头应一次性使用,不能重复使用。

重复使用容易使针头形成

倒刺,不仅会增加疼痛感,也会增加感染率。也有一部分患者认为:用酒精棉签消毒针头更卫生。其实,这种观念是错误的!棉签消毒针头处会残留肉眼看不到的棉絮,注射时刺破皮肤进入皮下,在注射过程中针头上残留的棉絮如果留在体内,可能会引起感染。

注意轮换注射部位,防止产生硬结。

有一部分患者长时间使用胰岛素后,会在肚皮上形成硬结。这是由于长期在同一部位注射,使局部组织吸收胰岛素能力下降引起的。患者一旦出现皮下脂肪营养不良,会影响胰岛素的吸收,故应注意轮换注射部位。人体适合皮下注射胰岛素的部位是腹部、上臂、大腿、臀部,主要是因为这些部位下面都有一层可吸收胰岛素的皮下脂肪组织,而且没有较多的神经分布。注射部位按吸收依次为:腹部>上臂>大腿>臀部。在指南中推荐将腹部分为四个等分区域,将大腿或臀部分为两个等分区域,每周使用一个等分区域,并始终按照顺时针的方向进行轮换注射,连续两次进针的间隔至少1厘米,也就是大约患者本人一个手指的宽度。轮换注射部位,能够帮助患者合理利用注射部位,防止产生硬结。

胰岛素作为一种生物制品,其“身娇肉贵”,怕冷、怕热、怕晒、怕热,还怕晃,保存方法不当会使其变质变性,导致治疗效果降低甚至丧失。为了避免胰岛素变性,保证治疗效果,让我们一起来了解胰岛素到底如何保存?

未拆封的胰岛素 建议冷藏保存。胰岛素的最佳保存温度是2摄氏度~8摄氏度,未开封的胰岛素在这种环境温度下可以储存两年。因此,没开封的胰岛素宜放在冰箱里冷藏保存,家庭保存一般要放在冰箱的冷藏室靠近冰箱门的地方,尽量不要把胰岛素紧贴冰箱的内壁,因为有些冰箱的内壁温度较低,容易导致胰岛素结冰;不要把胰岛素放在冷冻室,否则会导致胰岛素蛋白变性而失效;已经冷冻结冰的胰岛素制剂,不能解冻后再使用。当我们从冰箱中取出一支新的胰岛素时,一定要先检查有无结冰现象,以免在不经意间使用了已经失效的胰岛素。

已拆封的瓶装胰岛素 可以冷藏保存。瓶装胰岛素因为瓶口有橡皮塞密闭,抽出胰岛素以后,可以再放回冰箱的冷藏室内。

已拆封的笔芯胰岛素 无须冷藏,但是需要在4周内用完。胰岛素在一般空调室温下(25摄氏度左右)可以安全地保存4周~6周,而一支胰岛素通常1周~3

周内就用完了。因此,已经拆封使用的笔芯胰岛素不必再放回冰箱冷藏室中保存,放在室内阴凉处(如抽屉里)保存即可。另外,如果针头未取下,注射笔反复从冰箱中放入、取出,由于热胀冷缩原理会使瓶内胰岛素由针尖溢出或吸入空气形成气泡,影响剂量的准确性,导致血糖控制不稳定。已经拆封的胰岛素需要在开封后4周内用完,一个月后即未用完也不能再使用。

不要把胰岛素放在窗台上、电脑、电视机、电饭锅旁边等高温环境中,以避免日晒和高温。当然,如果天气炎热,室温过高,我们也可以将胰岛素放进冰箱冷藏,但使用前需从冰箱中取出,置于室温条件下预热30分钟左右,以免剂量标定不准确或冷藏的胰岛素刺激皮肤产生疼痛感。

避免剧烈震荡,要轻拿轻放。

胰岛素的分子结构是通过二硫键松散连接的,在剧烈震动时,二硫键易断裂,从而破坏其生物活性,导致药效丧失。因此,在摇匀预混胰岛素或中长效胰岛素时,动作要轻柔。

外出携带的胰岛素如何保存。

外出时,胰岛素可能面临过热、过冷和反复震荡的风险。为了避免这些风险,最好能随身携带一个保温箱或冷藏包,用于保存胰岛素。夏季乘坐汽车时,不要把胰岛素放在后备箱,应该随身携带,让胰岛素远离这些高温和颠簸的地方;汽车熄火后,不要把胰岛素放在车内。乘坐飞机时,胰岛素应该随身携带,千万不要托运。一方面是使用方便,不容易丢失;另一方面是飞机托运舱没有空调系统,温度低至零下几十摄氏度,胰岛素容易失效。

在保存过程中,任何一个细节都会影响胰岛素的疗效,因此大家应当谨记胰岛素的保存方法。每次使用前,还应检查胰岛素有无变色、变质、浑浊、结晶、结冰、絮状物等情况;如果发现异常,应禁止使用。

(作者供职于郸城县中医院)



经

验之谈

结节性痒疹治疗心得

□何洪涛

结节性痒疹为慢性疣状结节损害,多发生于四肢,尤其是小腿的伸侧面,与中医文献中记载的“马疥”相类似。皮疹为豌豆大小圆锥形或半球形的坚实结节,表面光滑,颜色为灰褐或褐红色,剧烈瘙痒。该病多见于成年妇女,病因多为体内蕴湿外感风毒,或昆虫叮咬,或湿邪风毒聚结肌肤而成。

局部治疗

地塞米松乳膏、恩肤霜乳膏,外涂患处,每天3次。瘙痒剧烈者加无极膏外涂,虫咬引起者加赛庚啉乳膏外涂。

按语

笔者经过多年对结节性痒疹的治疗发现,此病结节消退非常缓慢,而且结节处剧痒难忍,患者十分痛苦。

有学者认为,这是神经性皮炎的一种,治疗时应中西医结合的基础上,必要时结合西医对症治。比如,影响睡眠者,可加氯雷他啶、多虑平、谷维素;虫咬引起者,可加扑尔敏、赛庚啉乳膏、泼尼松片等,以增强疗效。

这种中西医结合的治法,治疗效果往往令患者满意。

(作者供职于河南省尉氏县张市镇陆口村卫生所)

方药 全虫方加减。全虫6克,刺蒺藜15克,皂角刺6克,荆芥10克,防风10克,苦参10克,白鲜皮15克,当归10克,赤芍10克,白芍10克,车前子10克,泽泻10克,夏枯草15克。

方解 在该方中,全虫、荆芥、防风、刺蒺藜、皂角刺,散风止痒、攻毒散结;苦参、白鲜皮,

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。

邮箱:5615865@qq.com

联系人:朱忱飞

电话:13783596707

征稿