

气腹部膨隆可局限于中腹部,也可为全腹部膨隆,结肠积气腹部膨隆可局限于下腹部或左下腹部。患者因腹部手术后正气耗伤,加之卧床少动,气虚而致气滞,腹胀。《诸病源候论·腹胀候》:“腹胀者,由阳气外虚、阴气内积故也。阳气外虚受风冷邪气,风冷,阴气也。风冷积于府脏之间不散,与脾气相壅,虚则胀,故腹满而气微喘”。治疗故宜益气消胀。方中党参、黄芪相须为君,补气固本,为君药。茯苓、白术、木香、砂仁为臣,健脾理气消胀,佐以三棱、香附理气,甘草和中缓急、调和诸药为使药,诸药合用,起到益气消胀和中缓急的作用。

参考文献

[1] 洪琴,陈丽笙,林岚. 香砂六君子汤在腹腔镜妇科手术后胃

肠功能恢复中的应用[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(24): 25-26.

[2] 冯华越,赵权. 加味香砂六君子汤治疗化疗致胃肠道反应疗效观察[J]. 广西医学, 2011, 33(9): 1241-1242.

[3] 陈冬梅,李结媛,张大伟,等. 不同处理方法对腹部术后腹胀的疗效观察[J]. 岭南现代临床外科, 2011, 11(5): 396-397.

[4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 17-18.

[5] 许济群. 方剂学[M]. 上海: 科学技术出版社, 1985: 93-94.

(收稿日期: 2012-06-12)

华支睾吸虫病 1 例报道

赵 威, 赵丽菲(中国人民解放军二〇二医院检验科, 沈阳 110003)

【关键词】 华支睾吸虫病; 寄生虫病; 肝胆病变

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 18. 094 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)18-2398-02

华支睾吸虫病(clonorchiasis)是由华支睾吸虫寄生在人的肝胆管内所引起的以肝胆病变为主的一种人兽共患寄生虫病,也称为肝吸虫病。在我国,该病主要分布在外流区域的太平洋流域,流行较严重的有广东省、广西壮族自治区、台湾省、湖南省、江西省和四川省的部分地区、东北三省朝鲜族居民聚居地^[1]。由于近年来通过加强卫生宣传教育,人们的防病意识、卫生习惯得到了改善,加之各种综合防治措施的实施,使得华支睾吸虫病的发病率呈现明显下降趋势,但是仍然有少量病例的发生。本院收治了 1 例典型的华支睾吸虫病,现报道如下。

1 临床资料

患者男性,47 岁,因身目黄染,尿黄、肝功能异常 4 个月,加重半个月于 2009 年 3 月 5 日入院。患者缘于 2008 年 11 月无明显诱因出现发热、寒战,体温高达 39.5℃,感觉右上腹疼痛,间歇性钝痛,无腹泻,无恶心、呕吐,服用对乙酰氨基酚片,体温降至正常,次日再次出现发热,在当地医院静脉滴注“阿奇霉素、氧氟沙星”,1 周后退热,但出现尿黄如豆油色,身目黄染,到当地医院化验肝功异常,以药物性肝损害入院,乙型肝炎血清学标志物阳性,经保肝治疗病情好转,于 2008 年 12 月出院。2009 年 2 月 27 日在外院化验肝功提示丙氨酸氨基转移酶(ALT)93.3 U/L,总胆红素(TBil)101.8 μmol/L,碱性磷酸酶 403 U/L,γ 谷氨酰转氨酶(GGT)591 U/L,为进一步治疗来本院就诊。发病时无咳嗽、咳痰,轻度乏力,进食可,无油腻,无齿龈出血、鼻出血,无皮肤瘙痒及灰白便,病后体重减轻约 7 kg。入院查体:生命体征平稳,全身皮肤中度黄染,无肝掌,蜘蛛痣,巩膜中等黄染。心肺叩诊未见异常,腹部平软,无压痛,肌紧张及反跳痛。肝脾肋下未触及,墨菲征阴性,肝区叩痛(+),移动性浊音(-),双下肢无浮肿。入院后辅助检查:全血细胞分析白细胞计数 $6.7 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 0.286、嗜酸性粒细胞 0.304、红细胞计数 $3.4 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 104 g/L、血小板计数 $103 \times 10^9/L$;肝功能 ALT 74 U/L、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)85 U/L、TBil 98.59 μmol/L、总蛋白(TP)59.4 g/L、球蛋白 30.4 g/L、GGT 463 U/L、胆碱酯酶(CHE)2.5 kU/L;乙型肝炎血清学标志物乙型肝炎表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎核心抗体(抗-HBc)均阳性;乙型肝炎病毒(HBV)DNA 定量 3.344×10^4 copy/

mL。上腹部彩超:(1)肝硬化;(2)门静脉增宽;(3)胆囊结石、胆囊息肉、胆囊壁增厚;(4)脾大。上腹部 CT:(1)肝内胆管扩张,原因待查;(2)脾大;(3)胆囊炎、胆囊结石。磁共振胰胆管造影:肝内胆管轻度扩张,胆总管壁增厚且不光整,伴局部管腔轻度狭窄,怀疑胆管炎,胆管癌不排除。为进一步明确诊断,到军区总医院行内镜逆行胆胰管造影检查,术中取胆汁 3.0 mL,查寄生虫。结果:查到华支睾吸虫成虫 4 条及其虫卵。临床诊断:(1)病毒性肝炎乙型慢性;(2)乙型肝炎肝硬化(活动期);(3)肝内胆管扩张原因待查,①华支睾吸虫病,②胆管炎。

2 讨论

华支睾吸虫病可分为急性和慢性。急性华支睾吸虫病以寒战、高热、肝肿大、上腹部疼痛为主要表现,类似急性胆囊炎的症状。反复多次少量感染或急性华支睾吸虫病未得到及时治疗,均可演变为慢性华支睾吸虫病。由急性感染演变的慢性患者,病史中常有急性期的症状,或有“急性胆囊炎”“急性肠胃炎”,此后渐渐出现慢性华支睾吸虫病的症状。慢性华支睾吸虫病最常见,一般起病隐匿,症状复杂。症状的出现率与感染度有一定关系,感染度轻的无症状者较多;感染越重,黄疸、肝大、肝区痛的发生率越高^[2]。

2.1 血常规检查 WBC 及嗜酸性粒细胞皆有轻、中度增加,嗜酸性细胞一般在 10%~40%。个别病例出现粒细胞类白血病反应。本例患者嗜酸性粒细胞占 30.4%,提示寄生虫感染的可能。

2.2 肝功能检查 ALT 一般变化不大,在重度感染者及肝、胆并发症者,特别是儿童营养不良时,碱性磷酸酶升高。本例患者的肝功能异常,并同时检测出乙型肝炎血清学标志物 HBsAg、HBeAg、HBcAg 均阳性,因此非常容易按照病毒性肝炎治疗而漏诊华支睾吸虫病。

2.3 影像学检查 超声波检查和肝脏 CT 扫描可见肝、脾的大小和厚度,胆管扩张及胆管壁增厚等,由此可作辅助诊断。本例患者上腹部 CT 和磁共振胰胆管造影均显示肝内胆管扩张亦提示本病的可能。

2.4 成虫及虫卵检查 粪便和十二指肠引流胆汁检查,发现虫卵是确诊华支睾吸虫病的直接依据。粪便检测方法众多,国内学者比较了多种方法的检出率,结果表明甘油透明法、醛醚

法、氢氧化钠水洗沉淀法检出率较高。十二指肠引流胆汁发现虫卵概率大于粪便检查,但不如粪便检查易行。粪内查出的虫卵,应注意变性的华支睾吸虫卵的漏检以及类似华支睾吸虫卵如异形吸虫卵的识别。本例患者 6 次粪便查虫卵皆为阴性,通过胆汁的检查才明确诊断。

2.5 免疫学检查 主要用于感染程度较轻者,或用于流行病学调查。常用的方法有成虫纯 C 抗原皮内试验(ID)、间接细胞凝集试验(IHA)、酶联免疫吸附试验(ELISA)。IHA 和 ELISA 敏感性大多在 90%以上,但有一定的假阳性和交叉反应。有人采用双夹心法 ELISA 检查华支睾吸虫患者血清循环抗原,并用于疗效考核。

除上述方法,还有免疫酶染色试验(IEST)、斑点免疫金标记染色试验(DOT-IGSS)、酶标记抗原对流免疫电泳(ELACIE)、放射免疫沉淀-聚乙二醇测定法(RIPEGA)、单克隆抗体检测血清中循环抗原(DOT-ELISA)等。尽管提高了检测血清抗体的敏感性,但特异性方面仍不理想,且这些方法大多停留在实验室研究上^[3]。

综上所述,通过典型的临床表现结合各种实验室检查,华

支睾吸虫病并不难诊断。东北地区虽然也是华支睾吸虫病的流行地区之一,但是由于近年来通过加强卫生宣传教育,人们的防病意识、卫生习惯得到了改善,加之各种综合防治措施的实施使得各种寄生虫病,包括华支睾吸虫病的发病率呈现明显下降趋势,但是仍然有少量病例的发生,尤其是卫生条件较差的农村地区。因此,要充分利用新技术、新方法,细心工作,才能防止漏诊的发生。

参考文献

- [1] 方悦怡,陈颖丹,黎学铭,等.我国华支睾吸虫病流行区感染现状调查[J].中国地方病防治杂志,2008,26(2):99-103.
- [2] 梁树德,吴艳蓉,潘宇岚.广西贵港市 2 175 例华支睾吸虫病住院病例分析[J].中国寄生虫学与寄生虫病杂志,2008,26(5):374-375.
- [3] 李建明,刘学强,陈海生,等.华支睾吸虫致急性胆管炎的诊断及治疗[J].肝胆外科杂志,2006,14(6):423-424.

(收稿日期:2012-03-02)

普罗帕酮治疗阵发性室上性心动过速患者 50 例

马凤勤(江苏省兴化市荻垛镇卫生院 225732)

【关键词】 阵发性室上性心动过速; 普罗帕酮; 治疗
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.18.095 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)18-2399-01

阵发性室上性心动过速(PSVT)是内科常见的急症,可引起头晕、心悸、胸痛,甚至晕厥等症状,如治疗不及时可引起休克、急性心功能不全等并发症。2001 年 1 月至 2011 年 12 月作者运用普罗帕酮治疗 PSVT 50 例,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 1 月至 2011 年 12 月本院 PSVT 患者 50 例,其中男 30 例,女 20 例,年龄 25~70 岁,平均(40.0±6.5)岁。发作 30 min 至 6 h 48 例,大于 6 h 2 例。预激综合征 12 例,高血压性心脏病 10 例,冠心病 8 例,肺心病 4 例,风心病 2 例,其余 14 例原因不明。初发 36 例,其余病程 6 个月至 15 年不等。心率 150~220 次/分,平均 170 次/分。

1.2 治疗方法 常规心电图监护,测血压,记录不良反应,首剂普罗帕酮 70 mg 加入 10%葡萄糖 20 mL,10 min 内静脉注射。如 PSVT 一旦终止即停止注射,如无效,15~20 min 后可重复上述剂量 1 次,再无效者改用其他复律方法。

2 结果

50 例 PSVT 经普罗帕酮治疗后,终止 48 例,复律率 96.00%,其中静脉注射 1 次终止发作 40 例,占 80.00%,间隔 15 min 后以同等剂量静脉注射而终止发作者 8 例,占 16.00%;另外 2 例未能转复者中 1 例伴发低血压,给予 20 mg 多巴胺加入 5%葡萄糖注射液 100 mL 中静脉注射,当血压回升至 90/60 mm Hg 时停用,1 例心功能不全者改用毛花苷丙注射液 0.4~0.8 mg 加入 10%葡萄糖注射液 20 mL 内,缓慢静脉注射,终止发作。不良反应:本组 50 例患者中应用普罗帕酮后 1 例出现窦性停搏,1 例出现 I 度房室传导阻滞,1 例出现束支传导阻滞,1 例出现头痛头晕,1 例出现恶心,1 例出现低血压,不良反应发生 12.00%。

3 讨论

研究已经证明,折返可引起大多数 PSVT。折返可发生于窦房结、心房、房室结或大折返环路,包括沿顺行方向通过房室

结的正常传导和经房室旁路的逆行传导,这条旁路顺行时称为 WPW,逆行传导称为隐匿性旁路。分房室结折返性心动过速、房室折返性心动过速,部分可合并 WPW。现代治疗采用导管射频消融术是一种治疗 PSVT 的根治方法,成功率在 90%以上^[1]。由于基层医院条件有限,加之价格昂贵,推广及发展此技术有较大困难。普罗帕酮属 I c 类抗心律失常药物,直接作用于心肌细胞膜,降低浦氏纤维自律性和心肌细胞跨膜电位的最大上升速率,使房室结、心室及旁路的有效不应期延长,传导减慢,从而阻断折返途经,使心动过速终止或减慢心室率^[2]。在临床使用中具有疗效确切,起效迅速,作用时间持久的特点,且价格较便宜,可使基层医院广泛应用。但是普罗帕酮对病态心肌、心功能障碍和缺血心肌特别敏感,易诱发致命性心律失常,窦速与室颤,故该药对心律失常的治疗已受到明显限制^[3]。因此在治疗过程中,应在心电图、血压监护下进行,严格观察病情,监护时间至少到用药 2 h 后,并备好抢救药品及器械,以防严重不良反应的发生,对于窦房结功能不良和房室传导障碍患者应慎用。

参考文献

- [1] 黄德嘉,陈茂.阵发性室上性心动过速的治疗[J].中国临床医生,2003,31(10):6.
- [2] 陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].15 版.北京:人民卫生出版社,2003:343.
- [3] 中华医学会心血管病学分会,中国生物医学工程学会心脏起搏与电生理分会,中国心脏起搏与心电生理杂志编辑委员会.室上性快速心律失常治疗指南[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2005,19(1):3.

(收稿日期:2012-06-13)