

酒精中毒怎么办

濉溪县医院急诊医学科

1. 轻症（意识清醒）患者的治疗

(1) 大量饮酒后如果出现不适感，应立即反复催吐，这是防止酒精中毒最有效的措施，可以大大减轻患者的痛苦和伤害，起到事半功倍的效果。但是如果饮酒超过 1 小时，洗胃效果将大大下降，因为饮入的酒精大多数在 1 小时内被吸收。因此如果饮酒后超过 1 小时不推荐洗胃。

(2) 轻症中毒患者无需治疗，可以适当吃一些含糖较多的食品如苹果、香蕉、柑桔、蜂蜜等，以及富含维生素 C 及维生素 B 的食品，同时鼓励患者多饮水，以促进排尿。对于躁动者可以适当加以约束，重点保护其头面部，以免碰伤。

2. 对于昏迷患者的治疗

(1) 对于昏睡和昏迷的患者，以及有心血管疾病的患者，应该送其去医院检查治疗。在到达医院前要让患者采取侧卧体位，并注意保持患者呼吸道通畅。

(2) 并不是所有的酒精中毒患者都必须去医院，如患者一般情况较好，有时可以不去医院。对于不去医院的患者，最重要的是患者身边一定要有人看护，直至患者清醒为止。千万不要让其独睡，否则患者在睡眠时有可能因呕吐而发生窒息死亡，类似的悲剧不胜枚举。

(3) 重症患者在医院的治疗多为密切观察生命体征，最好实施心电图监护，同时补液补糖及维持水及电解质平衡，防止合并症的发生。对深昏迷的患者可以应用纳洛酮促醒治疗，对狂躁患者可以应用安定类药物。还可采用一些中医辅助疗法如医学文献报道有用中药葛根泡水饮用者对酒精中毒患者有帮助，因此可以试用。

3. 关于解酒偏方

民间解酒的方法很多，如饮醋、糖水、咖啡及茶水等等，这些方法虽然可以试用，但在医学上没有这些方法对酒精中毒有效的证据。因此不要期待这些方法的疗效。

酒精中毒简单处理

- 1、使醉酒者安静睡下，冷天注意保暖，头部给予冷敷。
- 2、尽快催吐，可用筷子刺激咽部催吐，减轻酒精对胃黏膜的刺激。
- 3、酒精中毒的时候，病人应该多喝温开水或者是淡盐水、蜂蜜水等，这样可以降低血液中的酒精浓度，并且加快排尿，使得酒精迅速排出体外。
- 4、多吃水果，如梨、橘子、苹果、西瓜、番茄等，用果糖把乙醇烧掉，可服用维生素 B1 和维生素 E，促进乙醇的分解。
- 5、醉意较浓的，可取白糖 5 克加食醋 30 毫升，待白糖溶解后，一次饮服。
- 6、当醉酒者不省人事时，可取两条毛巾，浸上冷水，分别敷在后脑和胸口上，并间断用冷开水灌入其口中，可使醉酒者逐渐醒过来。

- 7、当醉酒者昏睡时，应屈身侧睡，将其头偏向一侧，避免呕吐物吸入肺内，以防止窒息。皮肤发红者，要注意适当保暖，以防着凉。
- 8、如果酒精中毒的病人出现抽搐症状的话，则应该在其口中塞入毛巾，避免咬破舌头，并且用指尖压掐人中穴 2~3 分钟。
- 9、如发现醉酒者面色苍白、大汗不止、心律不齐、呼吸异常以及昏迷不醒时，应及时请医生出诊或送医院抢救。

胃癌术后膳食

濉溪县医院普外一科

术后营养支持目的

预防倾倒综合征和营养不良的发生。

倾倒综合征在胃空肠吻合术患者中约占 50%，只是严重程度各异。倾倒综合征除与手术、胃肠道的重建有关外，还取决于术后摄人的食物类型、量和个体的反应差异。倾倒综合征的常见症状和体征发生于摄食后 15~30 分钟，有血管舒缩表现，即出汗、虚弱、晕厥，胃肠道症状如腹胀、肠痉挛和腹泻，也有一组症状可发生在餐后 2 小时左右，以出汗、心动过速和晕厥为特点，甚至可出现精神紊乱。该组症状除与儿茶酚胺释放有关外，还与高浓度的含糖液态食物快速进入上段小肠，引起胰岛素大量分泌而产生的低血糖反应有关。

除倾倒综合征外，胃手术后患者还易发生脂肪吸收不良和脂溶性维生素、铁、钙缺乏，胃酸减少更影响食物的消化和吸收。

营养支持方式的选择

胃癌术后营养支持包括肠外营养和肠内营养。肠外营养经中心静脉或周围静脉供给，肠内营养经鼻胃管、鼻肠管、胃造口、空肠造口、口服等途径供给。由于鼻胃管和鼻肠管创伤小可优先考虑。近代营养支持治疗的原则，只要肠道有功能就应首选肠内营养。

胃癌术后早期肠内营养早期肠内营养的概念是指术后 1 天内给予肠内营养。肠内营养的原则：只要肠道有功能，就应首选肠内营养。依据：研究认为，小肠蠕动在术后 2 小时即可恢复，术后 6~12 小时小肠就能接受营养物质输入。

膳食原则与要求

1. 手术后早期

胃切除术后 2 周内，饮食采用“循序渐进，少量多餐”的原则。供应的食物品种少，体积小，次数多，清淡，易消化。可用十二指肠穿刺导管或空肠管早期进行肠内营养支持（如补充特殊医学用途食品）

2. 手术后后期

主要是防止倾倒综合征的发生。膳食中以糊状固态食物为主可减慢其进入空肠的速度；干稀分食，饮料须在进餐前后 30 分钟时饮用；不宜高渗饮食；饭后半卧，或采用平卧位进餐法；餐后半小时内卧床休息；

每餐应适当限制食物中的精致碳水化合物，最好采用单糖，双糖，多糖混合食用。若经调整饮食方案仍不能保证足够摄入量及维持体重时，推荐经口营养补充或管饲补充。

膳食治疗

1. 第一阶段的膳食特点

是采用不需咀嚼的低糖高蛋白质液体食物，为顺利进入第二阶段做好准备。每天6餐，每餐由30~40ml开始，逐步增加至每餐150~200ml。食物可采用鸡汤，鱼汤，排骨汤，蛋花汤或与米汤混合等。

2. 第二阶段的膳食特点

是采用半流食，每天6餐，主食可选用米粥，面包，面条，面片，花卷，馒头，饼干等；副食可选用煮蛋，瘦肉末，鱼虾类，豆腐，少渣的蔬菜（如去皮的瓜茄类），果泥，菜泥等。3. 第三阶段的膳食特点是采用软饭，每天6餐。应注意避免饮用浓汤和含糖饮料。

前列腺癌

濉溪县医院泌尿外科

1. 前列腺癌，全球性“杀手”

前列腺癌通常是指前列腺腺泡上皮来源的恶性肿瘤。通过以下几项排名可以看出，前列腺癌已经成为威胁老年男性健康的全球性“杀手”。

TOP 5

在中国，前列腺癌发病率远低于欧美国家，但是近年来呈上升趋势，已跃居男性恶性肿瘤的第五位。

TOP 2

全世界范围内，前列腺癌发病率在男性所有恶性肿瘤中位居第二。

TOP 1

在美国，前列腺癌发病率已超过肺癌，成为第一位危害男性健康的肿瘤。

2.前列腺癌的临床表现

前列腺癌早期常无症状，随着肿瘤的发展，前列腺癌引起的症状可概括为两大类：

（1）压迫症状

逐渐增大的前列腺腺体压迫尿道可引起进行性排尿困难，表现为尿线细、射程短、尿流缓慢、尿流中断、尿后滴沥、排尿不尽、排尿费力，此外还有尿频、尿急、夜尿增多、甚至尿失禁。肿瘤压迫直肠可引起大便困难或肠梗阻，也可压迫输精管引起射精缺乏，压迫神经引起会阴部疼痛，并可向坐骨神经放射。

（2）转移症状

前列腺癌可侵及膀胱、精囊、血管神经束，引起血尿、血精、阳痿。盆腔淋巴结转移可引起双下肢水肿。前列腺癌常易发生骨转移，引起骨痛或病理性骨折、截瘫。前列腺癌也可侵及骨髓引起贫血或全血象减少。

3.前列腺癌盯上了谁？

在医学界，引起前列腺癌的危险因素尚未完全明确，但是以下这些已被公认。

(1) 年龄

随着年龄增长，前列腺癌发病率明显升高。

前列腺癌患者的平均年龄为 72 岁，高峰年龄为 75-79 岁。

(2) 遗传

如果家庭中有一位直系亲属（父亲或兄弟）患前列腺癌，其本人患前列腺癌的危险性会增加 1 倍；如有两位或两位以上直系亲属患前列腺癌，相对危险性增至 5-11 倍。

(3) 性活动

首次遗精年龄越小，危险性越大；有手淫习惯者危险性较高；性传播疾病，尤其是淋病，可增加前列腺癌的危险性 2-3 倍。

4.预防前列腺癌

虽然引起前列腺癌的危险因素尚未完全明确，但医学界普遍认为，前列腺癌与机体内维生素 E、维生素 D、胡萝卜素、硒等水平低下关系密切。

高动物脂肪饮食、肥胖、吸烟、过量饮用白酒、低植物摄入量等外源性因素，极有可能影响前列腺癌从潜伏型（无症状）到临床型（有症状）的进程。而大豆及豆制品、绿茶、番茄、红葡萄酒等则有可能降低前列腺癌发病率。

5.治疗前列腺癌

近年来，随着前列腺特异性抗原（PSA）用于前列腺癌普查、预防和治疗，前列腺癌整体的治愈率和生存率明显提高。

数据显示，自 1991 年以来远处转移前列腺癌病例数每年以 17.9% 递减；局限性前列腺癌病人 5 年生存率近 100%，远处转移病人 5 年存活率为 33.5%；1983 年至 1985 年间前列腺癌病人 5 年总体生存率为 75%，而 1995 年至 2000 年间提高到 99%。

三甲医院为何设立全科医学科

濉溪县医院全科医学科

关于大型综合医院要不要建全科，一直是医疗界争论不休的话题。

具体到三级甲等医院设立全科医学科，在很多人眼中，甚至包括一些医务人员看来，都颇为费解，不明白其真正的意义何在。

当然，这里抛开医院评级的需要（早在 2014 年，全国人大常委会副委员长陈竺曾公开表示，将来大医院如果没有全科医学科，就甭想评三甲），小编所说的“真正意义”，是就与人民群众医疗健康需求、医学模式转变、医学生职业发展等关联密切的层面而言。

那么，究竟三甲医院设立全科医学科意义何在呢？谜底在这里：

11月28~30日，国家卫生计生委医改调研组一行来到河南（调研组成员既有政府官员，又有专家教授以及30余家中央媒体、行业媒体、网络新媒体、地方媒体的记者及几位医疗自媒体大V），在实地调研中，来到了河南省人民医院，走访了该院全科医学科。

再来补充一点背景知识，2015年12月，河南省人民医院成立了独立的全科医学科，这是河南省综合医院首家独立设置的全科医学科，当时在全国也屈指可数。

成立后的全科医学科，可谓是两大重担一肩挑，一项重担是充分服务好到院就诊的患者，解决他们“反复挂号、不知道挂什么科、挂错科室、病因不明确、多病共存等情况”带来的难题；一项是承担起对全省全科医生师资培训、对全科住院医师规培学员的教学和培养、帮助多地市成立全科医学科、帮扶社区卫生服务中心做实家庭医生签约等任务。

可以说，相对于基层全科医学科解决常见病、多发病的群众就医问题，三级甲等医院的全科医学科，属于“升级版”，具有其他专科所不能及的独到之处。一方面，对于刚入院的复杂疾病患者，由全科医师对其病情进行综合的判断、评估，然后再转诊至相关专科，最大程度地保障患者就医的安全、高效；另一方面，对于接受专科治疗后，又不能立即出院的患者，全科医学病房不仅是“缓冲区”，还是下联社区

卫生服务机构的纽带，加强了区域医疗合作，也建立了规范、通畅、无缝衔接的双向转诊，对**医院管理者**而言，也是提高医院管理、回归三级医院定位的最优选择；整体层面上，由综合医院全科医学科培养的全科医生，是真正按照全科医学思维进行的教育与培养，破解了目前全科医生的培养仍是“专科医师培养全科医生”的难题，对于全科医生人才队伍来说，能够极大地提升我省全科医学人才的素质与数量。

具体来讲：

参加调研的国家卫生计生委体改司监察专员姚建红如此评价全科医学科：

顺应了医学本质发展的需要。追根溯源，医学除了技术上高度发展外，最重要的一条是以人为本。医学界有一个词叫德高医精，作为一个医生首先要道德高尚，其次才是医术精湛。我们要以人为本，提供系统、综合的医疗服务，不仅仅是医疗服务，应该把看护、健康教育、预防等各种相关的服务都融合在一起，把与健康相关的各种疾病因素都要考虑在一起。

河南重视全科医学的发展，重视家庭医生签约服务，都是顺应医学本质的需要。

国务院发展研究中心宏观经济研究部副研究员江宇点评：

设立全科医学科，真正做到了从转变医学模式的高度看全科医疗。

2008年世界卫生组织的报告指出，[全球医疗](#)体制面临三个问题：一是过度以专科和医院为中心，二是医疗体系条块分割、支离破碎，三是医疗体制商业化。这三点，恰也是中国医改面临的问题。其中，过度专科化的问题还没有引起重视，对全科医生还存在很多忽视和误解。

举办全科门诊所解决的问题，实际上，也是对现代西医分科过细、过于重视专科治疗模式的纠正。我国是发展中国家，不可能走西方国家那种过度依赖专科治疗的道路。要从这个高度，把全科医疗的理念，从基本医疗卫生的范畴，扩大到整个医疗卫生体系。

本宣传材料最终解释权归濉溪县医院所有。