

在本实验过程中,随着 V_T 的变化,并未出现 HR、血压的明显下降,亦未出现恶性心律失常,实验动物无寒战、抽搐等不适症状。该实验仅反映机械通气对正常心脏的影响,尚难完全反映机械通气对心功能低下者的影响。

综上所述,正常心功能动物,当 V_T 升高至大 V_T (≥ 15 ml/kg) 时,即会对血流动力学及容量参数产生明显的抑制作用,主要表现为 CI 和 ITBVI、SVRI 的明显改变; V_T 增加,CVP、MBP、HR 改变不明显,但可明显增加 Pmean。 V_T 的变化对正常心脏收缩功能无明显影响,在相同 V_T 水平下 ($V_T \leq 15$ ml/kg),容量控制模式和压力控制模式对正常心功能的血流动力学影响无差异。因此,测定 ITBVI 应保持 V_T 的相对恒定。

参考文献

- [1] 张纳新,秦英智,徐磊,等.连续血流动力学监测技术在机械通气患者中的应用研究.中国危重病急救医学,2006,18:359-362.
- [2] Hedley-Whyte J, Pontoppidan H, Morris MJ. The response of patients with respiratory failure and cardiopulmonary disease to different levels of constant volume ventilation. J Clin Invest, 1966, 45: 1543-1554.
- [3] Leatherman JW, Lari RL, Iber C, et al. Tidal volume reduction in ARDS, effect on cardiac output and arterial oxygenation. Chest, 1991, 99: 1227-1231.
- [4] Cheifetz IM, Craig DM, Quick G, et al. Increasing tidal volumes and pulmonary overdistention adversely affect pulmonary vascular mechanics and cardiac output in a pediatric swine model. Crit Care Med, 1998, 26: 710-716.
- [5] Pöyhönen M, Syväoja S, Hartikainen J, et al. The effect of carbon dioxide, respiratory rate and tidal volume on human heart rate variability. Acta Anaesthesiol Scand, 2004, 48: 93-101.
- [6] Boutellier U, Farhi LE. Influence of breathing frequency and tidal volume on cardiac output. Respir Physiol, 1986, 66: 123-133.
- [7] 徐磊,王书鹏,张纳新,等.不同呼气末正压水平对绵羊急性呼吸窘迫综合征模型肺复张效果及血流动力学的影响.中国危重病急救医学,2005,17:679-682.
- [8] 李敏,秦英智,马丽君.不同呼气末正压设定对机械通气患者血流动力学及心功能的影响.中国危重病急救医学,2007,19:86-89.
- [9] Wiesenack C, Prasser C, Keyl C, et al. Assessment of intrathoracic blood volume as an indicator of cardiac preload: single transpulmonary thermodilution technique versus assessment of pressure preload parameters derived from a pulmonary artery catheter. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2001, 15: 584-588.
- [10] Shekerdeman L, Bohn D. Cardiovascular effects of mechanical ventilation. Arch Dis Child, 1999, 80: 475-480.
- [11] Pinsky MR. Cardiovascular issues in respiratory care. Chest, 2005, 128: 592S-597S.
- [12] Steingrub JS, Tidswell W, Higgins TL. Hemodynamic consequences of heart-lung interactions. J Intensive Care Med, 2003, 18: 92-99.
- [13] Jellinek H, Krenn H, Czernski W, et al. Influence of positive airway pressure on the pressure gradient for venous return in humans. J Appl Physiol, 2000, 88: 926-932.
- [14] Blevins SS, Connolly MJ, Carlson DE. Baroreceptor-mediated compensation for hemodynamic effects of positive end-expiratory pressure. J Appl Physiol, 1999, 86: 285-293.
- [15] 展春,秦英智,张纳新,等.急性心源性肺水肿机械通气治疗效果及对血流动力学的影响.中国危重病急救医学,2006,18: 350-354.
- [16] 张伟,黄玲,秦英智,等.急性心源性肺水肿机械通气患者呼气末正压设定的临床研究.中国危重病急救医学,2006,18: 367-369.
- [17] Renner J, Cavus E, Gruenewald M, et al. Myocardial performance index during rapidly changing loading conditions: impact of different tidal ventilation. Eur J Anaesthesiol, 2008, 25: 217-223.
- [18] Auler Júnior JO, Carmona MJ, Silva MH, et al. Haemodynamic effects of pressure-controlled ventilation versus volume-controlled ventilation in patients submitted to cardiac surgery. Clin Intensive Care, 1995, 6: 100-106.
- [19] Gurevitch MJ. Pressure-controlled inverse ratio ventilation. What have we learned? Chest, 1993, 104: 664-665.
- [20] 徐磊,张纳新,秦英智,等.低辅助通气不同通气模式对心功能低下患者血流动力学的影响.中国危重病急救医学,2006,18: 363-366.
- [21] 罗显荣,曾国兵,刘树仁,等.适当呼气末正压及不同通气模式对肝移植患者血流动力学和氧代谢动力学的影响.中国危重病急救医学,2007,19:404-407.

(收稿日期:2009-07-07) (本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志对作者署名的一般要求

同时具备以下 3 项条件者方可署名为作者:①参与选题和设计,或参与资料的分析与解释者;②起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;③能对编辑部的修改意见进行核修,在学术上进行答辩,并最终同意该文发表者。

仅参与研究项目资金的获得或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。对文章中的各主要结论,均必须至少有 1 位作者负责。作者中如有外籍作者,应征得本人同意,并在投稿时向编辑部提供相应证明材料。集体署名的文稿,在题名下列出署名单位,并于文末列出整理者姓名,并须明确该文的主要负责人,在论文首页脚注通信作者姓名、单位、邮政编码及 Email 地址。通信作者一般只列 1 位,由投稿者确定。如需注明协作组成员,则于文末参考文献前列出协作组成员的单位及姓名。

作者的具体排序应在投稿前即确定,在编排过程中不应再改动,确需改动时必须出示单位证明。

2010,36:33.

[7] Peter JV, John P, Graham PL, et al. Corticosteroids in the prevention and treatment of acute respiratory distress syndrome (ARDS) in adults; Meta-analysis. *BMJ*,2008,336:1006-1009.

[8] The National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome(ARDS) Clinical Trials Network. Efficacy and safety of corticosteroids for persistent acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*, 2006,354:1671-1684.

[9] The Australia and New Zealand Extracorporeal membrane oxygenation (ANZ ECMO) Influenza Investigators. Extracorporeal membrane oxygenation for 2009 influenza A (H1N1) acute respiratory distress syndrome. *JAMA*, 2009,302:1888-1895.

[10] Peek GJ, Mugford M, Tiruvoipati R, et al. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 2009,374:1351-1363.

[11] 杜斌,席修明. 呼气末正压与急性肺损伤及急性呼吸窘迫综合征 赞成:急性肺损伤及急性呼吸窘迫综合征机械通气应用高呼气末正压. *中华医学杂志*, 2005,85:65-67.

[12] Patel M, Dennis A, Flutter C, et al. Pandemic (H1N1) 2009 influenza: experience from the critical care unit. *Anaesthesia*,2009,64:1241-1245.

[13] Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *JAMA*,2009,302:1872-1879.

[14] Li G, Yilmaz M, Kojicic M, et al. Outcome of critically ill patients with influenza virus infection. *J Clin Virol*, 2009,46:275-278.

[15] Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med*,2009,361:680-689.

[16] Liang T, Lee KL, Poon YS, et al. The first novel influenza A (H1N1) fatality despite antiviral treatment and extracorporeal membrane oxygenation in Hong Kong. *Hong Kong Med J*,2009, 15:381-384.

[17] Gill JR, Sheng ZM, Ely SF, et al. Pulmonary pathologic findings of fatal 2009 pandemic influenza A/H1N1 viral infections. *Arch Pathol Lab Med*,2010, 134:235-243.

(收稿日期:2010-02-14)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志对医学名词及术语的一般要求

医学名词应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词,可选用最新版《医学主题词表(MeSH)》、《医学主题词注释表》、《中医药主题词表》中的主题词。对于没有通用译名的名词术语,在文内第一次出现时应注明原词。中西药名以最新版《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》(均由中国药典委员会编写)为准。英文药物名称则采用国际非专利药名。在题名及正文中,药名一般不得使用商品名,确需使用商品名时应先注明其通用名称。中医名词术语按 GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语疾病部分、证候部分、治法部分》执行,经络针灸学名词术语按 GB/T 16751.2-1997《经穴部位》和 GB/T 16751.3-1997《耳穴名称与部位》执行。中药应采用正名,药典未收录者应附拉丁文。冠以外国人名人的体征、病名、试验、综合征等,人名可以用中译文,但人名后不加“氏”(单字名除外,例如福氏杆菌);也可以用外文,但人名后不加“s”。

文中应尽量少用缩略语。已被公知公认的缩略语可以不加注释直接使用,例如:DNA、RNA、HBsAg、CT、MRI 等。不常用的、尚未被公知公认的缩略语以及原词过长在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。不超过 4 个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。

《中国危重病急救医学》杂志对计量单位及数字的要求

《中国危重病急救医学》杂志执行 GB 3100~3102-1993《量和单位》中有量、单位和符号的规定及其书写规则,具体写作方法可参照中华医学会杂志社编写的《法定计量单位在医学上的应用》。注意单位名称与单位符号不可混用。组合单位符号中表示相除的斜线多于 1 条时应采用负数幂的形式表示,组合单位中斜线和负数幂亦不可混用,例如:ng/kg/min 应采用 $ng \cdot kg^{-1} \cdot min^{-1}$ 的形式,不宜采用 $ng/kg^{-1} \cdot min^{-1}$ 的形式。在叙述中应先列出法定计量单位数值,括号内写旧制单位数值;如果同一计量单位反复出现,可在首次出现时注出法定与旧制单位换算系数,然后只列法定计量单位数值。参量及其公差均需附单位,当参量与其公差的单位相同时,单位可只写 1 次,即加圆括号将数值组合,置共同单位符号于全部数值之后。例如:“75.4 ng/L±18.2 ng/L”可以表示为(75.4±18.2) ng/L。量的符号一律用斜体字,如吸光度(旧称光密度)的符号“A”。根据国家质量技术监督局和卫生部联合发出的质技监局量函[1998]126 号文件《关于血压计量单位使用规定的补充通知》,凡是涉及人体及动物体内的压力测定,可以使用 mm Hg 或 cm H₂O 为计量单位,但首次出现时应注明 mm Hg 或 cm H₂O 与 kPa 的换算系数(1 mm Hg=0.133 kPa,1 cm H₂O=0.098 kPa)。

对于数字的表示,本刊执行 GB/T 15835-1995《出版物上数字用法的规定》。公历世纪、年代、年、月、日、时刻和计数、计量均用阿拉伯数字。百分数的范围和偏差,前一个数字的百分符号不能省略,例如:5%~95%不能写成 5~95%,(50.2±0.6)%不能写成 50.2±0.6%。附带尺寸单位的数值相乘,按下列方式书写:4 cm×3 cm×5 cm,不能写成 4×3×5 cm³。

创机械通气治疗失败的又一重要原因。甲型 H1N1 流感合并 ARDS 患者一旦无创机械通气治疗效果不佳,应尽早建立人工气道,不应长时间观察等待。有创机械通气有其不可替代的优势,如可进行呼吸力学监测、有效清除气道分泌物,尤其重要的是有创条件下可以使用镇静剂控制理想的镇静状态,解除焦虑,降低氧耗。对伴 ARDS 患者,采用肺保护通气策略如小潮气量通气,将气道平台压限制到一定范围内,塌陷肺泡能否复张又是 ARDS 治疗的关键^[4]。而肺复张术能够维持肺泡稳定,使塌陷肺泡复张,同时改善呼吸系统顺应性。最佳 PEEP 的选择应以既能达到最大限度的肺复张,最大的氧合状态,又不影响心排量及诱发肺损伤为基本原则^[5]。在纠正缺氧的同时纠正代谢性酸中毒也很重要,因为酸中毒时 Hb 氧合曲线右移,降低胎儿 Hb 的携氧能力。④合并 ARDS 的确诊患者可使用糖皮质激素。尽管目前专家就甲型 H1N1 流感患者使用糖皮质激素的时机、剂量、疗程等尚未达成共识,但在严重急性呼吸综合征(SARS)、H5N1 禽流感的治疗中多数国内外学者使用了糖皮质激素,取得了较好的疗效。杨靖等^[6]在治疗甲型 H1N1 流感时使用

糖皮质激素,患者肺部病灶快速吸收消散,病情得以及时控制。⑤重症甲型 H1N1 流感患者病程中后期易合并细菌性肺炎。本组有 6 例患者 7~10 d 出现肺部继发感染,其中铜绿假单胞菌 3 例,耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 2 例,阴沟肠杆菌 1 例。故应重视患者的细菌学检查,尤其是发热得到控制后再次反复者及血象增高、痰液性状发生变化、肺部影像学检查又出现新病灶等情况下,应考虑可能合并细菌感染或真菌、非典型病原体感染。⑥产科治疗的及时介入,对妊娠期甲型 H1N1 流感患者的救治是至关重要的。妊娠中晚期耗氧量明显增加,腹压增大,膈肌上抬,致心脏移位,肺功能残气量减少,使得 ARDS 纠正困难,预后差。本组 2 例患者因孕周短,未能终止妊娠,短时间不能改善缺氧而最终死亡。12 例痊愈患者在氧合情况暂得到改善时立刻行剖宫产术,胎儿娩出后患者心肺功能得到改善,术后血氧饱和度上升较快,再次证明结束妊娠可显著改善重症甲型 H1N1 流感患者病情^[7]。⑦对于合并感染性休克的患者应按照“2008 国际严重脓毒症和脓毒性休克治疗指南”中的建议进行救治,并根据不同患者的具体情况适当调整。合并 ARF 者应在纠

正休克、改善氧合等其他救治措施不能纠正时选择血液净化治疗,但对于产科患者,尤其是近期手术者应避免出血,可选择相对安全的低分子肝素作为抗凝剂,或使用枸橼酸加钙剂做局部抗凝,并严密监测患者凝血功能。

参考文献

[1] 杜卉. 妊娠期甲型 H1N1 流感患者应如何处置? IDSA 专家为您解答. 中国医学论坛报, 2010-1-28(A13).
 [2] 狄小丹. 甲型 H1N1 流感与妊娠. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26: 67.
 [3] 叶谢智华, 辛维藩. 高原缺氧环境下重症急性胰腺炎的临床特点. 中国危重病急救医学, 2007, 19: 500-501.
 [4] 邱海波. ICU 主治医师手册. 南京: 江苏科学技术出版社, 2007: 123.
 [5] 滕小宝, 韩明锋, 时健, 等. 机械通气治疗重症人禽流感 H5N1 亚型的体会. 中国医师杂志, 2007, 9: 656-657.
 [6] 杨靖, 卿国忠, 彭登高, 等. 甲型 H1N1 流感危重症 1 例成功救治体会. 中国危重病急救医学, 2009, 21: 754.
 [7] 李秋玲, 张志涛. 妊娠合并甲型 H1N1 流感重症肺炎预防及处理方法探讨. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26: 58.

(收稿日期: 2010-02-12)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志对文后参考文献著录格式的要求

《中国危重病急救医学》杂志参考文献的著录格式,基本参照执行 GB/T 7714-2005《文后参考文献著录规则》。采用顺序编码制著录,依照文献在文中出现的先后顺序用阿拉伯数字标出,并将序号置于方括号中,排列于文后。尽量避免引用摘要作为参考文献。引用文献(包括文字和表达的原意)务必请作者与原文核对无误。日文汉字请按日文规定书写,勿与汉字及简化字混淆。

同一文献作者不超过 3 人,全部著录;超过 3 人,可以只著录前 3 人,后依文种加表示“等”的文字(如西文加“et al”,日文加“他”)。作者姓名一律姓氏在前,名字在后,外国人的名字采用首字母缩写形式,缩写名后不加缩写点;不同作者姓名之间用“,”隔开,不用“和”、“and”等连词。引用日期、获取和访问途径为联机文献必须著录的项目。书籍出版项中的出版地(者)有多个时,只著录第一出版地(者)。出版项中的期刊名称,中文期刊用全称;外文期刊名称用缩写,以 Index Medicus 中的格式为准。每条参考文献均须著录起止页码。著录格式示例如下。

- 1 期刊著录格式: 主要责任者. 题名. 刊名, 年, 卷(期): 起页-止页。
- 2 图书著录格式: 主要责任者. 题名. 版本项(第 1 版不著录). 出版地: 出版者, 出版年: 引文起页-止页。
- 3 会议论文汇编(集)著录格式: 主要责任者. 题名. 出版地: 出版者, 出版年: 引文起页-止页。
- 4 析出文献著录格式: 析出文献主要责任者//专著、会议文献主要责任者. 专著、会议题名. 版本项(第 1 版不著录). 出版地: 出版者, 出版年: 析出文献起页-止页。
- 5 学位论文著录格式: 论文作者. 题名. 学位授予单位所在城市: 学位授予或论文出版单位, 年份。
- 6 专利文献著录格式: 专利申请者或所有者. 专利题名: 专利国别, 专利号. 公告日期或公开日期。
- 7 标准(包括国际标准、国家标准、行业标准等)著录格式: 主要责任者. 标准编号 标准名称. 出版地: 出版者, 出版年. 注: 标准编号与标准名称之间留 1 个汉字的空隙。
- 8 报纸文章著录格式: 主要责任者. 题名. 报纸名, 出版日期(版次)。
- 9 电子文献著录格式: 主要责任者. 题名[文献类型标志/文献载体标志, 是必选著录项目]. 出版地: 出版者, 出版年(更新或修改日期)[引用日期]. 获取和访问途径。
- 10 待发表材料: 对于已明确被杂志接受的待发表文献,可以标明期刊及年代,其后标注: 待发表,或 In press。
- 11 以电子版优先发表的文献著录格式示例: Kurth T, Gaziano JM, Cook NR. Unreported financial disclosures in a study of migraine and cardiovascular disease [published online ahead of print July 18, 2006]. JAMA, 2006, 296: E1.

2.3 胸部病变范围 X 线影像学变化: 23 例患者中, 1 例病变范围 < 30% (占 4.3%); 22 例病变范围均超过全肺面积的 30%, 其中 30%~49%者 6 例 (占 27.3%), 为双肺受累; 50%~69%者 7 例 (占 31.8%), 为双肺受累; 70%~89%者 7 例 (占 31.8%), 死亡 1 例; ≥ 90%者 2 例 (占 9.1%), 死亡 1 例。

2.4 胸部影像学病变在肺野内各部位出现的频率: 疾病极期时病变出现频率由高至低依次为: 右下中肺野; 右下内、外肺野, 左下内、中、外肺野; 左中中肺野; 右中中、外肺野, 左中外肺野; 右中内肺野, 右上外肺野; 左中内肺野; 左上外肺野; 右上内、中肺野, 左上中肺野; 左上内肺野。

3 讨论

2009 年 3 月自墨西哥爆发的甲型 H1N1 流感疫情已迅速在全球范围内蔓延。自 2009 年 9 月以来, 我国各地重症患者不断增多。本院收治 45 例患者中有重症 23 例, 死亡 2 例, 其中 21 例出现在 2009 年 9 月以后。甲型 H1N1 流感主要感染对象为儿童及青年, 美国 5 514 例住院患者中, ≥65 岁 282 例, 死亡者的中位年龄为 37 岁; 65% 的患者伴有医学危险因素, 其中肥胖因素受到关注。本组 23 例重症患者主要为中、青年, 确诊的重症患者年龄中位数为 39 岁; 30.4% 伴有基础疾病; 52.2% 出现合并症, 其中 75.0% 为 ARDS, 需要机械通气治疗; 心肌病变是主要的致死原因。

胸部影像学表现不仅是诊断重症甲型 H1N1 流感的重要依据, 而且也是监测患者病情变化、评价预后的主要手段。在美国加州住院病例中, X 线胸片提示 60% 伴有肺炎, 13% 需机械通气, 肺部表

现为进展性肺炎及 ARDS^[2]。来自墨西哥的尸检报告表明, 甲型 H1N1 流感患者肺部主要病理改变为 ARDS, 表现为支气管壁坏死、中性粒细胞浸润、弥漫性肺泡损害伴透明膜病变, 未发现细菌感染证据; 其次表现为原发性病毒性肺炎, 包括弥漫性肺泡损伤、细支气管及血管周围淋巴细胞浸润、气道增生改变和闭塞性细支气管炎; 其中 2 例死亡患者肌活检还显示骨骼肌有坏死^[3]。由于病毒损伤肺泡微血管导致肺出血与血栓形成以及机体的免疫过度而致“甲型 H1N1 流感相关性 ARDS (FLAARDS)”是甲型 H1N1 流感重症患者的主要并发症及致死原因, 重症患者往往在症状发生后 3~5 d 内病情开始快速恶化, 许多患者在 24 h 内即发生呼吸衰竭, 需要接受机械通气治疗^[4], 部分患者还可能出继续发性感染。本组 23 例重症患者中 21 例均有不同程度的肺部影像学表现, 平均在 3 d 时出现极期表现。对患者胸部影像学动态变化规律的观察结果显示, 其中 1 例患者出院后 2 个月复查胸部 CT 显示病灶完全吸收, 但是否甲型 H1N1 流感重症患者均可达到完全吸收尚待进一步研究证实。

甲型 H1N1 流感重症患者胸部影像学变化的分布规律显示, 肺部病变处于极期时, 病变可分布于肺野的各个区域, 但是双侧中下肺野略多于上肺野, 以双下肺和右肺多见, 外周分布较多, 病变进展迅速, 在 1~3 d 内, 局灶改变迅速转变为累及单侧或双侧的多发病变。本组重症患者有较明显的肺间质性改变, 表现为肺纹理增多、增粗、紊乱, 形成网状阴影甚至出现间质性结节, 肺野的透过度减低, 流感病理性改变是出现此征象

的原因, 它具有病毒性肺炎^[5]的共同特点, 即病变累及肺间质为主, 有炎性细胞浸润。墨西哥的尸检结果也证明了此点。

综上所述, 本研究表明, 甲型 H1N1 流感重症患者主要感染对象为中、青年, ARDS 是其主要并发症, 心肌病变是主要致死原因; 胸部影像学表现具有一定特征, 胸部 X 线检查与 CT 扫描结合应用是甲型 H1N1 流感诊断、观察病情动态变化、评价治疗效果及预后的有效手段。病毒损伤、机体免疫反应强弱及有效治疗干预时机的掌握, 是决定患者病情发展方向、疗效及预后的主要影响因素。

参考文献

- [1] 卫生部办公厅. 甲型 H1N1 流感诊疗方案 (2009 年第 3 版) [EB/OL]. [2009-10-13]. http://www.gov.cn/gzdt/2009-10/13/content_1437636.htm.
- [2] Aijan AM, Quiney B, Nicolaou S, et al. Swine-origin influenza A (H1N1) viral infection; radiographic and CT findings. *AJR Am J Roentgenol*, 2009, 193: 1494-1499.
- [3] Perez-Padilla R, de la Rosa-Zamboni D, Ponce de Leon S, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. *N Engl J Med*, 2009, 361: 680-689.
- [4] Grasselli G, Foti G, Patroniti N, et al. A case of ARDS associated with influenza A H1N1 infection treated with extracorporeal respiratory support. *Minerva Anestesiol*, 2009, 75: 741-745.
- [5] Marchiori E, Zanetti G, Hochegger B, et al. High-resolution CT findings in a patients with influenza A (H1N1) virus-associated pneumonia. *Br J Radiol*, 2010, 83: 85-86.

(收稿日期: 2009-12-16)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志对来稿的一般要求

文稿应具有科学性、创新性、实用性和导向性。要求资料真实、可靠, 数据准确, 必要时应进行统计学处理; 文字精炼, 层次清楚; 论点明确, 论据充分, 结论清晰。应特别注意对研究过程和方法陈述的严谨性、逻辑关系的严密性、文字表述的流畅性。

来稿需经第一作者或通信作者所在单位审核, 并附单位推荐信。推荐信应证明稿件内容和数据资料的真实性, 注明对稿件的评审意见以及无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项, 并加盖单位公章。如涉及保密问题, 需附有关部门审查同意发表的证明。需要特别说明的是, 科研论文一般具有职务作品的属性。为了保护知识产权, 对于原创性研究论文, 本刊要求稿件推荐信须由享有该研究知识产权的单位 (即科研立项单位、病例资料所在单位) 出具; 多中心研究的推荐信可由作为该项研究主持者的第一作者或通信作者的所在单位出具。述评、综述、论坛类稿件不受上述规定限制。

欢迎作者通过 Email 投稿, 《中国危重病急救医学》杂志的投稿信箱: cccm@em120.com。对于 Email 投稿, 还需再寄纸质稿件 2 份以及各类基金项目复印件。

《中国危重病急救医学》杂志一般不退还原稿, 请作者自留底稿。若作者要求退还文中原始图片, 请在投稿时特别声明。为了便于必要时编辑部与作者及时取得联系, 请在文稿后注明第一作者或通信作者的联系方式 (移动电话及 Email)。

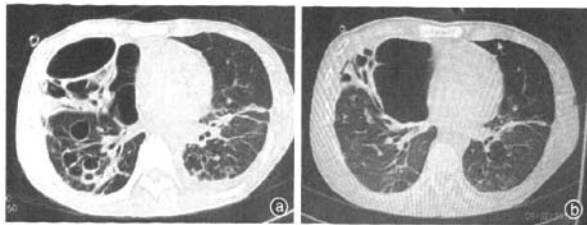


图2 1例24岁男性危重症甲型H1N1流感患者胸部CT 2010年1月4日显示右肺包裹性气胸,双肺多发不规则片状、条索状致密影,双肺多发大小不一气囊,以右侧为甚(a);1月20日显示右肺包裹性气胸较前缩小,双肺多发不规则片状、条索状致密影明显吸收消散,双肺多发大小不一肺气肿明显减少(b)

有气体逸出,1月13日转出到胸外科治疗,1月20日复查胸部CT提示局限性气胸已复张(图2b),1月21日拔除胸腔闭式引流管,1月26日痊愈出院。

2 讨论

甲型H1N1流感与季节性流感相似,对于轻症患者无需特殊治疗,大多数患者能痊愈。对于重症或危重症患者需要住院治疗,并要高度警惕和重视,否则可能出现病情迅速恶化而死亡。本例患者在数小时内WBC迅速下降,24h内PLT也明显下降,胸片改变从小斑片状阴影发展到大片致密影,可见其变化速

度之快,并且可以迅速发展成多器官功能障碍综合征(MODS),累及呼吸、循环、血液、代谢系统,以呼吸系统最为严重,先是出现血性胸腔积液,之后又出现张力性气胸,胸部CT还提示多发性气囊。甲型H1N1流感引起的血性胸腔积液还未见报道,自发性气胸已有报道^[1],而如此严重的自发性气胸可能与肺组织严重损伤及其机械通气所致的肺损伤有关,呼吸机撤离后气体逸出的量明显减少。此外,有报道甲型H1N1流感患者容易继发细菌感染,从而使病情加重,并能增加病死率,耐甲氧西林金黄色葡萄球

菌(MRSA)为最常见的致病菌^[2-3]。本例患者严密监测病原菌培养结果,及时调整抗感染治疗用药,效果更好。

抢救治疗过程,有些现象仍需要进一步研究。患者在PaO₂正常情况下,不管是早期面罩吸氧还是使用机械通气以后,自主呼吸频率、心率均非常快,给予降温、持续深度镇静、镇痛后仍无明显改善,这在其他患者是比较少遇到的,这也许是病毒本身所引起严重炎症反应的表现。另外,本例患者病毒核酸检测阳性持续时间较长,因此,我们使用抗病毒药物的时间也比较长(26d),这是否必要或其合理疗程是多长,也需要进一步研究。

参考文献

- [1] 唐时元,许树云.甲型H1N1流感并发双侧气胸1例.中国危重病急救医学,2009,21:737.
- [2] Domínguez-Cherit G, Lapinsky SE, Macias AE, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. JAMA, 2009, 302:1880-1887.
- [3] Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. JAMA, 2009, 302:1872-1879.

(收稿日期:2010-02-17)

(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

《中国危重病急救医学》杂志对运用统计学方法的有关要求

- 1 统计学符号:按GB 3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。
- 2 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。例如:调查设计分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究;实验设计应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等;临床试验设计应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等。主要做法应围绕重复、随机、对照、均衡4个基本原则概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
- 3 资料的表达与描述:用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表达近似服从正态分布的定量资料,用中位数(四分位数间距)[$M(Q_R)$]表达呈偏态分布的定量资料。用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚。用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则。用相对数时,分母不宜小于20,要注意区分百分率与百分比。
- 4 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析。对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散点图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
- 5 统计结果的解释和表达:当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$)时,应对对比组之间的差异具有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性(或非常显著性)差异;应写明所用统计学方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体值(如: $t = 3.45, \chi^2 = 4.68, F = 6.79$ 等);在用不等式表示 P 值的情况下,一般情况下选用 $P > 0.05, P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 3种表达方式,无须再细分为 $P < 0.001$ 或 $P < 0.0001$ 。当涉及总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果的同时,应再给出95%可信区间。

读者·作者·编者

刊名: 中国危重病急救医学 ISTIC PKU
英文刊名: CHINESE CRITICAL CARE MEDICINE
年, 卷(期): 2010, 22(3)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgwzbjyx201003028.aspx