

4. 文摘: 杂志发表的文摘字数多为几百字, 一般不超过千字。内容更加精炼, 但应吸取论文精华。

5. 综述: 经典的综述对课题从古到今加以回顾, 使人温故知新。目前国内极少发表此类综述, 而着眼于介绍课题新进展。写法是摘几点当代重视或有新进展的问题加以论述。最好能对问题说明来龙去脉, 兼有分析、评价和展望, 不但使人能了解目前情况, 也指出问题所在, 并展望未来的研究方向。综述要求说明文章出处, 一方面是为了言论有据, 另一重要作用是帮助读者查索文献。目前对文献数量多有限制。

6. 讲座: 写法有如教材, 使人全面了解某一课题, 无需援引作者和文献。

(二) 文章简练

科学论文的内容、用词、造句务求准确, 用最少的字数, 以最精确的方式表达。文章前言开门见山说明目的, 不用套话如“随着工业的发展, 此种化学物的应用日益增多, 重要性与日俱增, 对工人健康的影响逐渐引起重视。……”等等。《结果》的内容不要与《讨论》过多重复, 图与表、表与文字不要过多重复, 能用文字说清楚的不一定用图表。一句新话反复出现一次新, 三次烦。文章写好要多加修改, 删去不必要的话和表。

(三) 条理清晰

有了素材写文章, 要经过整理和组织, 众多的概念和数据要分门别类, 合理排列, 前后有序, 不致令人眼花缭乱。很多写法已约定俗成, 如走捷径。写病史由远及近, 按时间顺序; 写体检由头到足, 按系统

顺序; 写鉴别诊断, 由病因部位或病因类属, 由表及里, 层层剖析。说理有层次、有条理、有根据、无遗漏、不零乱, 合情、合理、合乎逻辑。

注意文章前后的关系, 避免重复、矛盾, 前后要统一, 彼此呼应。

(四) 文笔通顺

文体用一般科学论文写法, 用词统一, 叙述、说理清晰, 行文流畅, 读来顺口, 句子不宜太长, 因果关系交待清楚, 造句合乎汉语习惯。文字书写清楚, 包括标点符号, 以免发生误解。正确用字, 避免错别字, 使用经过正式颁布的通用简化字。绘图制表要求清晰、简练, 能一目了然。

三、投稿注意事项

投稿前要根据文章内容性质投给合适的杂志。考虑文章是高深的科研工作、动物实验、实用的临床报告, 还是科普资料。杂志有各自的读者对象, 投稿也要找对杂志。总之, 有的放矢, 事半功倍。

了解杂志的性质要看杂志发表的文章, 杂志的栏目, 特别要注意阅读杂志的稿约。稿约清楚说明征稿要求, 欢迎哪类稿件。此外, 对稿件字数、名词统一、简称、数量单位、参考文献篇数及写法、绘图制表、外文摘要, 以及用稿、退稿办法等都有具体规定。稿约各杂志要求不一, 请遵照要投杂志的稿约写稿。

《中国工业医学杂志》创刊伊始, 肯定会受到广大职业病防治工作者的爱护。欢迎大家投稿, 切磋琢磨, 交流经验, 积累资料, 为提高职业病防治工作水平而共同努力。

神经系统疾病的药物治疗

上海第二医科大学附属瑞金医院 徐德隆

1. 癫痫 全身性强直-阵挛性发作(大发作)或部分性发作, 常用抗癫痫药物如苯妥英钠、苯巴比妥和扑痫酮, 近年来酰胺咪嗪和丙戊酸由于疗效显著, 国外应用较广。酰胺咪嗪常用量为 5~25mg/kg, 一般用量为 600~1200mg/d。服酰胺咪嗪 3~4 天后即能达到血液稳定水平, 有效血浆浓度为 4~8 μ g/ml。酰胺咪嗪副作用较微, 有眼震、发音困难、复视、共济失调、嗜睡、恶心等。过敏性反应而有肝脏损害以及再生障碍性贫血和粒细胞缺乏症, 属于特异性反应较为罕见, 由于后果严重, 应该重视。酰胺咪嗪常与苯妥英钠合用以控制部分性癫痫和大发作。丙戊酸常

用量为 10~60mg/kg, 一般用量为 1200~2400mg/d 服药 2~4 天后即能达到血液稳定水平, 有效血浆浓度为 50~100 μ g/ml。副作用有恶心、呕吐、腹泻、嗜睡、震颤、秃发、体重增加等。血小板减少以及肝脏损害为罕见。丙戊酸对部分性癫痫、大发作、失神发作、异型小发作以及肌阵挛性癫痫均有效。氯硝安定常用量为 0.05~0.2mg/kg, 有效血浆浓度为 20~80ng/ml 副作用有嗜睡、共济失调、激动不安等。氯硝安定是强有力的抗癫痫药物, 主要用于小发作、肌阵挛性癫痫; 对婴儿痉挛有时有效。一般药物难以控制的顽固性癫痫, 氧异安定(clobazam)10~30mg/d 有时能取

得明显疗效。

2. **血管疾病** 有效的抑制血小板功能的药物是阿司匹灵(乙酰水杨酸)、苯磺唑酮(sulfinpyrazone)、双嘧啶胺醇(潘生丁dipyradamole)和右旋糖酐。氯苄噻啉(tidopidine)和萘氧唑酮(nafazatrom)也有一定疗效。抗凝治疗除肝素和苄丙酮香豆素外,抗栓蛇毒也有抗凝作用。溶解血栓药物仍以尿激酶和链激酶最有效。纤维蛋白溶酶激活剂也有显著作用。硝苯吡啶(nimodipine)和硝苯吡啶(nifedipine)对脑血管供血不足的疗效不及心血管。对短暂性脑供血不足的预防,用药意见尚不一致,多数认为小剂量阿司匹灵50mg/d,潘生丁可增加血管壁的前列环素,与阿司匹灵合用以预防短暂脑缺血发作(TIA)。蛛网膜下腔出血在早期和后期均可有脑血管痉挛,血管痉挛后果严重,解除血管痉挛可用钙离子拮抗剂,硝苯吡啶为脂溶性,易通过血脑屏障,作用于脑血管,首次剂量为0.7mg/kg,以后0.35mg/kg,每4小时口服,连续服用21天。

3. **锥体外系统疾病** 基底节生理和生化以及神经介质等方面富有成果的研究,帕金森病药物治疗进展较大,但复方多巴(左旋多巴+卡别多巴或左旋多巴+苄丝肼)仍是治疗该病的首选药物。最近研究表明早期溴麦角环肽(溴隐亭)与复方多巴合并应用能减少长期服用复方多巴的副作用,同时有研究表明单胺氧化酶B型抑制剂左旋丙炔苯丙胺(1-deprenil)能增强复方多巴的疗效。长效复方多巴制剂 Madopar-HBS和CSⅡ左旋多巴-卡别多巴对症状波动和“开关”现象有良好疗效。特发性震颤是一种常见的良性疾病,治疗用 β 阻滞剂,其中以内源拟交感作用较弱而膜稳定性强的心得安最有效,剂量为60~240mg/d,心得安疗效不理想可改用其他 β 阻滞剂arotinolol,剂量为30mg/d。扑痫酮375mg/d也有一定疗效。治疗肝豆状核变性(威尔逊病)以排铜为主,二巯基丁二酸钠为有效排铜剂,但口服青霉胺既方便又有效,用量0.75~2.0/d,如疗效不够显著可加用醋酸锌150mg/d。亨丁顿舞蹈病治疗异常不自主动作亦以氟哌啶醇和丁苯喹啉(tetrabenazine)最有效。扭转痉挛目前无有效针对性药物,安定、对氯苯氨基丁酸(baclofen)、酰胺咪嗪、金钢烷胺、氟哌啶醇、丁苯喹啉均有治疗成功病

例。有报导左旋多巴、大剂量苯海索(benzhexol)有一定疗效。秽语综合征(Gilles de la Tourette)药物效果不佳,常用氟哌啶醇(2~8mg/d),哌迷清(pimozide, 7~16mg/d)以控制异常动作。

4. **肌肉疾病** 肌萎缩性侧束硬化症曾用 α -干扰素1000000单位鞘内注射,每周一次,7~24周,无明显疗效。左旋咪唑也无效。神经节甙酯(ganglioside)从牛脑中提取,每日40mg肌肉注射,用药长达6月之久也无明显疗效。促甲状腺激素释放激素(TRH)鞘内连续灌注是试用中最有希望的药物。运动神经元病而有异常丙种球蛋白血症者应用血浆置换疗法或免疫抑制剂均有效,硝苯吡啶能减轻萎缩性肌强直的肌肉张力。Duchenne型肌营养不良症试用硫氮草酮(diltiazem)8mg/d似有一定疗效。重症肌无力除胆碱酯酶外,肾上腺皮质激素以及免疫抑制剂如硫唑嘌呤均能使症状缓解。免疫抑制剂中以环孢菌素(cyclosporin)作用最强,有用环孢菌素每日5~10mg/kg,7月后改用每日5mg/kg,持续用药24~34月有较好疗效。肌无力综合征,肾上腺皮质激素、硫唑嘌呤均能使症状改善。血浆置换疗法有效。但有些学者仍认为盐酸胍(guanidinehydrochloride)剂量每日25~50mg/kg是治疗该病的主要药物。家族性周期性麻痹,无论是低钾性或高钾性均可用醋氮酰胺(acetazolamide, dia-mox)治疗。低钾性麻痹一般用口服氯化钾5~10g,有时口服不能奏效,临床上常用氯化钾加于葡萄糖溶液作静脉滴注,由于葡萄糖刺激胰岛素分泌,从而使血钾含量更降低,如以氯化钾加于5%甘露醇溶液滴注能使血钾含量升高,因为甘露醇不刺激胰岛素分泌。

5. **头痛与疼痛** 偏头痛可用心得安、阿米替林、二甲麦角新碱(methysergide)、氯压定(clonidine)、赛庚啶、苯噻啶等,上述药物疗效均不恒定。对顽固难治的丛集性头痛可试用碳酸锂。有时肾上腺皮质激素如强的松有良好的疗效。最近有学者报导硝苯吡啶和硝苯吡啶是预防各型偏头痛的有效药物。对丛集性头痛以及严重偏头痛,其他药物未能收效时可试用丁双苯哌啶(budipine)。三叉神经痛仍以酰胺咪嗪600~1200mg/d最有效。带状疱疹后神经痛用阿米替林有较好疗效。