

技术·思维

精神分裂症 不同分期治疗目标应不同

□王俊成

精神分裂症是一组病因未明的重性精神障碍,常起病于成年早期(16~25岁),发病的高峰期男性为20~25岁,女性约为25岁。

该病多缓慢起病,病程迁延呈慢性化和精神衰退的倾向。患者病情发作时通常意识清晰,临床上主要表现为妄想、幻觉、思维(言语)紊乱、动作与行为异常、阴性症状这五大症状的一种或多种。

精神分裂症的预后不良,大约有1/3的患者长期存在慢性精神病性症状,社会功能损害明显,精神残疾率高。因此,让患者获得及时、正确、有效的治疗至关重要。

精神分裂症的规范化治疗是减少精神残疾的关键,一旦确诊,就需要尽早地实施有效的足剂量、足疗程的全程抗精神病药物治疗。

精神分裂症的规范化治疗分为急性期、巩固期、维持期治疗3个连续的阶段。

急性期治疗目标为快速控制精神病性症状和相关症状,降低不良反应发生率,并为长期治疗做准备。治疗一般持续8~12周,如果初始治疗的疗效不佳则急性期治疗应持续更长时间。

巩固期是在急性治疗后,为进一步缓解症状、促进恢复而进行的治疗,应继续使用急性期所有的有效药物至少3个月,同时应降低不良反应发生率,监测不良反应、提供支持,以降低复发的可能性。

维持期治疗目标为维持症状持续缓解,促进患者社会功能的恢复和生活质量的持续改善,预防复发。

急性期:快速控制症状

首发患者

首发患者的治疗非常重要,它直接关系到患者的预后和康复,治疗应该做到以下几点:

- 一、早发现、早确诊、早干预、早治疗。
- 二、积极采用全程治疗的概念。
- 三、应根据患者精神症状的特点及家庭经济状况,尽可能选用疗效确切、症状作用谱广泛、不良反应轻、便于长期治疗、经济上能够负担的抗精神病药物。
- 四、积极进行家庭健康教育,争取家属重视、配合对患者的全程治疗。

复发患者

针对复发患者,在开始治疗前应仔细

了解患者用药史,参考患者既往治疗时疗效最好的药物和有效剂量,在此基础上可适当提高药物的剂量、延长疗程,如果有效则继续治疗;如果治疗无效,应考虑换药或合并用药。

复发患者的维持治疗应尽可能延长,并进行家庭教育,宣传长期治疗的意义,以取得患者和家属的积极配合,提高患者服药依从性。

急性期患者

针对急性期患者,治疗时应注意以下几点:

- 一、在治疗开始前应详细询问病史,进行躯体、神经系统和精神检查,同时进

行各项实验室检查(包括血常规、肝肾功能、血糖、血脂、心电图等),了解患者的躯体状况。

二、若患者为首次使用抗精神病药物,医生还不了解患者对所选药物的反应,应从小剂量开始,逐渐加量,避免严重不良反应的发生。

三、首先进行单一药物治疗,除非两种单一药物治疗无效后才考虑其他方法。

四、避免频繁换药。因为抗精神病药物的起效时间一般在2~4周,所以不应在短于4周时终止已开始的治疗,除非患者出现严重的、无法耐受的不良反应。

巩固期:进一步缓解症状

巩固期治疗的药物剂量选择,原则上应维持急性期的药物剂量;除非患者因药物不良反应直接影响服药的依从性,或出

现较为明显的、无法耐受的不良反应时,可以在不影响疗效的基础上适当调整剂量。

巩固期治疗一般要持续3~6个月,除

非患者无法耐受药物不良反应或存在其他原因时,可以在不影响疗效的基础上适当缩短疗程。

维持期:预防复发

有研究证实,维持用药组的复发率(16%~23%)比未维持用药组的复发率(53%~72%)明显降低;维持期服药治疗组的复发症状较未服药维持组的症状轻。症状复发会直接影响患者的工作和学习,降低复发率有利于患者社会功能的维持。

维持期在疗效稳定的基础上,可以适当减少药物剂量。减少药物剂量可以降低患者的药物不良反应,增加服药的依从性

以及改善医患关系,有利于长期维持治疗。

减量宜慢,可逐步减少至原巩固量的1/3~1/2;也可以每6个月减少原剂量的20%,直至最小有效剂量。

一旦患者的病情稳定,并且能够耐受药物的不良反应,则抗精神病药物的维持治疗最好是每天单次给药,以增加患者对治疗的依从性。

维持期疗程一般遵循以下原则:

- 一、针对首发患者,1989年的国际共识建议维持期治疗时间在1~2年。
- 二、针对复发患者,维持期治疗的长短应根据患者的情况决定,一般为2~5年。
- 三、针对有严重自杀企图、暴力行为和攻击行为的患者,维持期治疗应适当延长。

(作者系南乐县第二人民医院精神病学主任医师,濮阳市专业技术拔尖人才,濮阳市学术技术带头人)

医学检验

“突然降低”的血红蛋白数值

□朱曼



血常规是一项在临床广泛开展检验项目。作为检验医师,我们对其包含的各项指标的临意义并不陌生。但是,这一次,就是这样一项看似简单的项目,其检验结果结合患者的情况,我们却不能给

出合理的解释。这是为什么呢?

事情经过

患者,女,67岁,以“确诊食管癌1个月余,化疗一个周期后半个月余”为主诉入院。1个月前,患者被确诊为食管鳞癌,因病变局部范围较大,医务人员给予TP方案(一种化疗用药方案)辅助化疗一个疗程。在这期间,患者出现中度胃肠道反应,病情好转后出院。现在,患者为了进一步治疗来院就医。

患者对查体配合且无异常,精神尚可,进食较以前好转,睡眠尚可,大小便正常,体重无明显变化。

2019年1月7日,患者接受“食管胃部分切除,食管胃左颈吻合术”。手术成

功,患者术中出血量200毫升;术后引流通畅,恢复良好。

这个病例看似很普通,但我们来看看她术前、术后的血常规检验结果。

1月8日,术后第一天,患者白细胞数值升高,以中性粒细胞为主,符合手术后机体的正常反应;血红蛋白数值也较以前升高,这似乎有些不合情理。

1月11日,术后第四天复查血常规,患者白细胞数值趋于正常,此时血红蛋白数值明显下降。临床医生反映患者术后恢复良好,引流液量正常。

我们查验了当天的血常规标本,标本合格,直方图也未提示异常,但是血红蛋白数值为何突然降低呢?

这一现象最早是临床医生发现的,在我们确认结果无误后,结合患者的情况,

医生给出的解释是患者手术后渗出较多,体质虚弱。输血去白红细胞悬液1个单位后,1月12日,患者的血红蛋白数值上升且稳定。

案例分析

人体是一个统一的整体,各系统间存在紧密的联系。

在上述病例中,患者在受到手术创伤刺激后,骨髓造血功能在一定程度上被激活,刺激造血,所以术后第一天患者出现反应性的红细胞和血红蛋白数值升高;随后,由于术后渗出,加上患者年纪大,体质虚弱,所以红细胞和血红蛋白数值逐渐下降。

(作者供职于安阳市肿瘤医院)

临床笔记

今天,我向大家介绍一下手术中动脉意外破损的缝合方法——如果动脉意外离断或严重损伤需要吻合,则另当别论。

一般来说,普外科医生常遇到的两处血管意外损伤为:髂血管、腹腔干相关属支。我曾经十多次因为这两处血管意外损伤在本院及外院的急诊中上台急救。

在这里,我向大家介绍一下上台急救的缝合方法。

上台时首先不要慌,尤其是急救的时候。这时,整个手术室的氛围都很紧张,上台急救的专家一定要用自己的镇静让大家平静下来,以利于接下来更好地开展协调抢救。

同时,要查看患者的一般情况,评估手术进程、出血量及备血量。

对条件尚好、有数百毫升再出血条件者,可以在第一时间开始处理血管。

如果患者生命垂危,但出血控制效果满意,应等待输血后患者生命体征稳定了再予以处理。

如果患者生命垂危且出血控制效果不满意,则应全力输血、输液,同时争分夺秒拼一把!

.....

在这里,我和大家分享一下有数百毫升再出血条件的患者的血管处理方法。

第一步:交换出血控制——将此前在台上压迫止血的医生换到助手的位置或替换下台,交由急救医生控制。这一步很重要,往往损伤血管是在主刀位置发生的,处理损伤时在主刀位置更有处理优势。

第二步:“看清楚”出血血管的位置、破损大小及周围组织情况。这一步在“看”时往往可能不需要一秒种。

第三步:尽可能改由一个手指(最好是左手食指)压迫,并由助手调大吸引器,持续吸引保持术野清晰。

第四步:从破口外侧3~4毫米处开始缝合。建议使用5~0号滑线进行缝合,有利于多针缝合后收紧。最开始的1~2针缝合于正常血管壁,这看似没有直接缝合破口,实则有利于破口收拢,为后续缝合血管破口提供有利条件。

第五步:左手食指尖退边缝合,直到破口收拢或基本收拢。(第一轮缝合不要求完全封闭破口,只要能让出血量大幅下降即可,后续再补1~2次缝合就可完全止血。)

如果没有滑线,1号或4号丝线救命时也能用,只是不能进行连续缝合。建议一针一线缝合,不建议“8”字缝合,因为单针缝合更有价值!

此外,针对手术过程中动脉意外损伤出血,一般不要使用止血钳,以免造成更大的损伤,甚至导致无法简单缝合修复的后果。正确的急救方法是用手指直接压迫。因为动脉压力高,纱布一般很难完全使其止血。等待急救的过程中,开放通道,输血、输液保持患者生命体征稳定最重要。

最后,我要说的是:求人不如求己,如果能克服心理障碍,自己沉着冷静处理意外出血,不失为一次进步。当然,如果把握不大,则应果断求援!

(作者供职于河南省肿瘤医院;原文略有删节,详细内容可关注微信公众号“赵玉洲”)

本版图片为资料图片

手术中,动脉意外破损的缝合方法

□赵玉洲

结核病防治论坛之五十六

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 王侃

结核病是一种病因明确、治有办法的疾病。它一年四季均可发病,15~35岁的人群是该病的高发人群,其潜伏期为4~8周,其中80%发生在肺部,其他部位也可继发感染。

该病主要经呼吸道传播,传染源是接触排菌的肺结核患者。抗结核药物具有杀菌、灭菌或抑菌作用,通过化疗直接进行抗菌治疗效果显著。

但是,结核病的诊断较为困难。现在,我们可以利用多种实验室诊断技术来诊断结核病,提高结核病诊断的特异性和敏感性。

其中,分子生物学检测技术是近年来广泛应用的一种技术。目前,多种分子生物学检测方法正在研发和评估之中,其敏感性较高,诊断快速,越来越受到广大临床医生

的青睐。

聚合酶链反应技术

聚合酶链反应(PCR)技术可以将标本中微量的结核杆菌DNA(脱氧核糖核酸)加以扩增。一般情况下,显微镜检查仅能检测到104~105条菌/毫升,而PCR技术可检测到1~100飞克的结核杆菌的DNA,相当于1~20条菌/毫升。

但是,在DNA提取过程中容易遭到污染等技术原因,从而导致检验结果出现假阳性。此外,PCR技术无法区分死菌和活菌。

因此,PCR技术不能作为结核杆菌治疗效果的评估依据,以及用于流行病学调查等。

目前,我们在采用PCR技术的同时,可以对结核杆菌耐药相关基

因(如与利福平耐药相关的rpoB基因、与异烟肼耐药相关的katG基因等)进行检测。

分子药物敏感性试验,也是应用PCR技术进行检测的,这是对耐药位点突变的一种检测方法。它包括直接测序、高分辨率溶解曲线分析、线性探针杂交、基因芯片检测技术,以及新近在国际上广泛应用的半巢式实时多聚酶链式反应技术等。

其中,全自动封闭操作的半巢式实时多聚酶链式反应技术检测方法,除了可以鉴定结核杆菌之外,还能检测利福平耐药的分子标记,被世界卫生组织推荐应用于临床治疗前的快速分子药物敏感性检测与菌种的鉴定。

线性探针杂交方法与基因芯片检测技术比较烦琐,但是能对一线和二线的抗结核药物敏感性进行快

速检测,并且能够应用于在非结核杆菌的菌种鉴定上面。

半巢式实时多聚酶链式反应技术

全自动封闭操作的半巢式实时多聚酶链式反应(Xpert MTB/RIF)技术是一种自动化的、以实时定量PCR扩增为基础的方法,以rpoB基因为靶基因,检测标本中是否含有结核杆菌以及利福平是否耐药。整个检测过程大约需要2小时,并且具有良好的生物安全性和操作简便性。

国外有一项多中心的研究结果显示,以培养为参考标准全自动封闭操作的Xpert MTB/RIF技术,其敏感性为92.2%,特异性为99.2%。

也就是说,Xpert MTB/RIF技术的假阳性率和假阴性率非常低。

因此,世界卫生组织推荐对疑似多重耐药结核病患者或者HIV(人类免疫缺陷病毒)相关结核病患者,其最初诊断应当采用Xpert MTB/RIF技术,以获得分子药物敏感性试验的结果,并根据其结果进行精准的治疗。

Xpert MTB/RIF技术也被推荐应用于疑似肺外结核患者的首选初始的检测方法。

我们相信,将来会有更多的分子生物学检测方法应用于临床,为不同国家和地区结核病的检测提供更多、更为准确和便捷的选择。