

专家连线

如何诊治真菌性皮肤病

□耿润成

真菌性皮肤病是指由真菌引起的人类皮肤、黏膜及毛发和甲部等皮肤附属器的浅部感染性疾病。临床上多呈水疱鳞屑型表现。该类疾病的共同特点是:发病率高、具有传染性、易复发或再感染性。

病因

真菌性皮肤病的主要致病菌为皮肤癣菌,包括黄癣菌、白癣菌、红色毛癣菌、石膏样毛癣菌、疣状毛癣菌等。真菌喜欢温暖潮湿的环境,当人体皮肤上有适合真菌生长繁殖的条件时,就容易发生癣病。

有些人容易出汗,且不及时擦净和保持干燥,则容易感染真菌而发生花斑癣。经常穿皮鞋、运动鞋,局部透气性差导致足部湿度和温度增高,若不注意足部清洁,极易发生足癣。

临床表现

临床上呈水疱鳞屑型表现,损害多局限于一侧,初发小水疱,疱液干涸后脱屑,范围不断扩大,久之脱屑处皮肤粗糙增厚,皮纹增宽,失去正常光泽,触之有粗砂感。常见的真菌性皮肤病有头癣、手足癣、股癣、花斑癣等。

头癣

由皮肤癣菌引起的头皮、毛发和毛囊的感染,可分为黄癣、白癣和黑点癣等。黄癣俗称“秃疮”“痢痢头”,皮损以有鼠臭味、碟形黄癣痂为特征,易形成永久性脱发。白癣的皮损呈圆形或不规则形灰白色鳞屑斑,病发根部有白色菌鞘包绕,易折断。黑点癣可见头皮点状炎症性鳞屑性斑片,稍痒;部分患者可有局灶性永久性脱发。

手足癣、股癣、体癣:手足癣表现为指(趾)间及掌(跖)皮肤的脱屑、瘙痒、糜烂及继发细菌感染导致的局部红、肿、痛。股癣一般从足癣或手癣自身传染引起,皮损形态多为不规则形或弧形,有苔藓样变或急性和亚急性湿疹样改变,易并发细菌感染,患者自觉瘙痒剧烈。体癣皮损初为红斑或丘疹,随后向四周扩散成环形,有的产生新的皮疹不断向外扩散形成同心环,有痒感,可并

发细菌感染

其他:真菌性皮肤病除了上述表现外,还有其他表现。如发生在甲部的真菌性皮肤病俗称“灰指甲”,表现为甲的颜色和形态异常。湿疹样癣菌疹特点为双侧掌面及指腹发生散在或群聚深在性水疱,疱壁不易破,患者自觉奇痒难忍。夏季多汗,由花斑癣菌引起的花斑癣又称“汗斑”,皮损为斑疹,表面附有微量糠状鳞屑。

但也有学者认为花斑癣菌不属于真菌的范畴。

检查

真菌显微镜检查:选取皮损边缘的鳞屑或病发,置于玻片上,加氢氧化钾溶液,加盖玻片,置于酒精灯上加热片刻,进行镜检观察。检查结果为阳性者,可作为确诊的依据;阴性者不排除癣的可能。

真菌培养:从病灶取来鳞屑、

毛发或疱膜进行接种、培养。5天左右有菌落生长,可进行菌种鉴定;若无菌落生长,即为培养阴性。

伍德灯检查:真菌在滤过紫外光照射下可产生带色彩的荧光,临床上对浅部真菌病,尤其是对头癣的诊断提供了重要参考依据。

诊断

根据病史,临床水疱鳞屑型表现,初发小水疱,疱液干涸后脱屑,久之脱屑处皮肤粗糙增厚等可作出诊断。必要时,可进行真菌显微镜检查、真菌培养或伍德灯检查。

鉴别

该类疾病需与脂溢性皮炎、银屑病、汗疱疹、慢性湿疹、掌跖脓疱病等鉴别。

治疗

全身治疗:可选用广谱抗真菌唑类药,包括酮康唑、伊曲

康唑等。

局部治疗:对未累及毛发或甲板的浅部真菌病,可选用特异性弱的广谱抗真菌剂外用治疗,如咪唑唑、益康唑、白咪唑等制成的霜剂。花斑癣患者用咪唑唑类霜剂能获得满意效果。

其他:花斑癣患者还可外用硫代硫酸钠溶液外涂;湿疹样癣菌疹患者可按过敏性皮肤病的治疗原则处理,局部不必用抗真菌药,尤其忌用刺激性较强的药膏,可选用温和的氧化锌油或硼酸水湿敷。

预防

加强卫生宣传教育;注意个人卫生,保持皮肤清洁、干燥;家庭成员或宠物有癣病时,应积极治疗,对污染衣物进行消毒处理;糖尿病患者易发生癣病,应加强皮肤防护。

(作者供职于登封市人民医院)

经验分享

化疗药物的肝脏毒性

化学药物治疗即化疗,是恶性肿瘤治疗的主要手段之一。近年来,随着医学、药学和相关学科的发展,抗肿瘤药正从传统的细胞毒性药物向新型的靶向药物发展。但是在恶性肿瘤化疗过程中,抗肿瘤药的毒性作用仍是限制其应用的主要因素。肝脏作为主要的药物代谢器官,易受到抗肿瘤药的损害。患者在应用抗肿瘤药的过程中,可因抗肿瘤药导致的急性或慢性肝脏损害而影响生存质量和存活率。

转氨酶升高

大剂量甲氨蝶呤应用前转氨酶升高5倍或以上者需要延迟给药;其他疗程单纯ALT(谷丙转氨酶)/AST(谷草转氨酶)升高不超过正常高限的10倍者,化疗可不进行调整;ALT/AST达正常高限的10倍或以上时可延缓化疗,一周后仍有异常者可在严密观察下进行化疗。“保肝药”的作用并不明确,国际上各大临床系列均不常规使用“保肝药”,且没有增加化疗安全性的报道,另外“保肝药”和化疗药物可能出现的相互作用会增加化疗药物代谢的复杂性,因此不推荐辅助性使用“保肝药”。只有在发生严重肝功能异常时予以相应保护肝细胞的药物治疗。

胆红素升高

化疗期间直接胆红素升高者若能排除白血病浸润所致可按下表调整化疗剂量,否则化疗照常进行。每一个疗程前的直接胆红素≥24摩尔/升者(正常值1.5倍),可以延迟化疗1周,若胆红素仍不能下降到理想水平也可按下表调整化疗剂量开始化疗。直接胆红素≥24摩尔/升时,柔红霉素和长春新碱应作相应调整,直接胆红素恢复到<24摩尔/升后应恢复全剂量;直接胆红素≥24摩尔/升时,大剂量甲氨蝶呤应该停药或减量,同时有黏膜炎症时应停药。

胆红素异常时化疗的调整	
直接胆红素剂量	
24~<51 摩尔/升	减量50%
51~<85 摩尔/升	减量75%
≥85 摩尔/升	停药

(作者供职于新乡市中心医院)

李文峰:在坚守中,责任成为惯性

□王婷 席娜

从事一种职业15年之久,总要为着点儿什么,热爱也好,情怀也罢,然而对于郑州市第八人民医院主治医师李文峰来说,都不是。用他的话说,与精神科的缘分,始于一次阴差阳错的选择。从理论学习到走上工作岗位,从对精神科患者的想象到实地“过招”,他越发体会到精神科医生的艰辛与不易。15年来,李文峰也不是没挣扎过,然而,时间越长,他越发现自己难以离开。因为“心里放不下患者”,所以坚持变成了责任,责任成为惯性。

救命心 轻生少女重启人生

入职以来,李文峰轮转过医院所有的病区,对各病区的特点非常熟悉。就他目前所在的封闭女病区来说,收治的多是抑郁症、精神分裂症、双相情感障碍等重型精神疾病患者,急性期的患者情绪波动较大,容易出现冲动伤人、自残自伤等突发状况。作为医生,不光要做好治疗,还必须高度警惕,随时准备与患者“斗智斗勇”。“别过来,过来我就跳下去!”几年前,13岁的小姑娘梦梦因患重度抑郁症,跑到住院

部楼顶企图跳楼自杀。这样的一幕,令李文峰至今难忘。

事发当时,正在值夜班的李文峰和梦梦的主管医生立即赶到,发现梦梦正坐在天台边缘,两条腿伸在外面,十分危险。为避免发生意外,他们立即拨打“110”和“119”请求支援,同时耐心与梦梦沟通,问她有什么需求,医院都会尽量满足。就在对话的间隙,李文峰趁其不备一把将梦梦拉了回来。

为防止类似情况再次发生,原在开放病区的梦梦被转到了封闭病区,在询问中李文峰发现,梦梦的自杀念头特别强烈,光靠药物难以在短时间内控制症状,经科室会诊后,为其进行了无抽搐电休克治疗,几次下来,梦梦的情绪稳定了不少,配合药物加心理治疗两个月后,逐渐走出阴霾,重新回到了学校。

“青春是抑郁症的高发时期”,李文峰说,“这个阶段的孩子,面对来自学习和家庭的压力,心理防线很容易崩溃,经常出现烦躁、抑郁等负面情绪,性格和学习都会受到影响。性格外向的孩子,其心理问题容易被家长发现,而性

格内敛、敏感的孩子,没有情绪宣泄的出口,久而久之,怨积成疾。”

梦梦之所以会这样,和其家庭教育方式不无关系。原来,梦梦的父母都是老师,平时对其要求很高,梦梦又是个自尊心极强的姑娘,一旦达不到父母的预期,便懊恼自责。对此李文峰建议,对待青春期的孩子,家长一定要把握好教育的“度”,鼓励教育和挫折教育相结合,如果孩子已经患上了抑郁症,一定要陪伴、理解,用科学的态度做好照护。

精神分裂症切忌擅自停药

有一类人群,明明没有人说话,他们却听到了声音;眼前什么都没有,他们却看到了“妖魔鬼怪”。他们将自己置身于种种不合理的语境中,任你如何辩解,仍对自己的认知深信不疑。这其实是患了精神分裂症。在李文峰的诊室,这类患者不在少数。

20多岁的小樊是个被收养的姑娘,但养父母对她疼爱有加,为培养她学钢琴付出了很多心血,小樊也很争气,一路过关考级,远赴俄罗斯进修深造,毕业后在当地一家培训机构教

钢琴。

这样顺风顺水的人生,足以羡慕众人,然而,命运的“玩笑”却来得如此突然。小樊的行为举止变得异常,她常常能想出一些荒谬的“剧情”,觉得自己是个公主,有人要谋杀她,三番五次和同事发生矛盾,在当地就医被确诊为精神分裂症。为了方便治疗,小樊回到国内。

在郑州市第八人民医院,小樊先后治疗过三四次,均因为回家之后擅自停药而导致病情反复,她从害怕“有的人”发展到害怕周围的邻居、亲戚,甚至父母。最严重的一次,她还把邻居打伤了。

再次入住封闭女病区后,李文峰给她做了很多思想工作,鼓励她抓住最后的治疗机会好好配合。口服药物1个月

后,小樊逐渐恢复了自我意识,在进行系统的心理治疗后,妄想症状消失,接受自己有病的事实并愿意坚持服药。3个月,小樊能正常上班了,她又找到了一家钢琴培训班,开始了新生活。

据李文峰介绍,精神分裂症是一种慢性精神疾病,1年复发率为50%,5年复发率达80%,需要长期服药控制。而在现实中,很多患者服药一两周后觉得没什么效果,就会不规律服药、随意加减药量、擅自停药等。随着病程的进展,患者的精神功能偏离正常,并且每复发一次都会对患者造成损伤,治疗的难度也会加大。因此,精神分裂症的治疗一定要遵医嘱,患者家属也要做好监督,多鼓励,帮助患者坚定信心。



协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
疫情防控心理援助热线(0371) 55622625

前列腺增生的介入治疗

□王艳丽 韩新巍

何为前列腺增生

前列腺增生也称前列腺肥大,是引起中老年男性排尿困难的常见疾病。表现为尿急、尿频、排尿费力、排尿时间延长、排尿不尽感等症状,尤其夜间小便频繁,一夜如厕数10次,严重影响睡眠,对老年人的生活产生了严重不良影响。据统计,50岁以上的男性中有50%存在前列腺增生,65岁以上男性中有80%患者有前列腺增生。在逐渐老龄化的中国,超过1亿的男性有前列腺增生,小便困难等症状,严重影响老年人的幸福生活。

前列腺是男性特有的性器官,随着年龄增长,前列腺也在逐渐增生。从前列腺中间穿流而过的尿道受挤压变窄,排尿困难;如不及时治疗,排尿困难将进一步加重,排成滴沥状,甚至突然无法排出尿液,导致尿潴留,患者膀胱过度充盈,令患者憋胀、难受。尿潴留还可继发肾脏损害、反复尿路感染、血尿等。

前列腺增生的诊断

50岁以上男性出现排尿不适症状时,应高度怀疑前列腺增

生,如排尿不畅、尿频、夜尿增多、排尿迟缓、尿流细而无力、射程短、尿滴沥,排尿困难呈进行性加重,严重时尿潴留、充盈性尿失禁。

直肠指检可触及增大的前列腺,经腹壁或经直肠超声检查结果显示,能够准确测量体积大小、膀胱残余尿量,还可以了解有无膀胱结石,有无肾积水、输尿管积水。尿流动力学检查可以通过尿流率了解尿道梗阻程度,了解逼尿肌功能。磁共振成像检查结果可以清晰了解前列腺增生部位、大小以及对尿道的压迫。

前列腺增生的治疗

目前,主要有药物治疗、外科手术及前列腺动脉介入栓塞治疗3种方法。

一、药物治疗是轻中度前列腺增生的首选措施。常用药物是α1-受体阻滞剂以及5α-还原酶抑制剂,这两类药物可单独应用或联合应用,能在一定程度上减轻排尿困难症状,但对于中重度前列腺增生引起的严重排尿困难,疗效有限。

二、手术治疗是流行了几十年的经典技术。开放性手术切

除前列腺,由于创伤大、并发症多,排尿迟缓、尿流细而无力、射程短、尿滴沥,排尿困难呈进行性加重,严重时尿潴留、充盈性尿失禁。

较大,术后可能会引起疼痛、尿失禁、尿潴留、尿血和性功能障碍等并发症,尤其是性功能障碍让众多男性无法忍受。还有中老年人合并高血压病、冠心病、脑血管狭窄等手术高危因素,往往无法承受全身麻醉的风险。

三、前列腺动脉介入栓塞术。近年来,国外学者均倾向采用微创的前列腺动脉栓塞术治疗前列腺增生。该手术最早用于治疗前列腺癌根治术后出血的患者,随着技术的成熟和经验的积累,国内外学者成功用于治疗前列腺增生。

介入治疗操作流程

患者在局部麻醉下经股动脉穿刺,引入导管至前列腺的供血动脉,注入栓塞微粒,阻断前前列腺体的血液供应,使增生的

较大,术后可能会引起疼痛、尿失禁、尿潴留、尿血和性功能障碍等并发症,尤其是性功能障碍让众多男性无法忍受。还有中老年人合并高血压病、冠心病、脑血管狭窄等手术高危因素,往往无法承受全身麻醉的风险。

三、前列腺动脉介入栓塞术。近年来,国外学者均倾向采用微创的前列腺动脉栓塞术治疗前列腺增生。该手术最早用于治疗前列腺癌根治术后出血的患者,随着技术的成熟和经验的积累,国内外学者成功用于治疗前列腺增生。

患者在局部麻醉下经股动脉穿刺,引入导管至前列腺的供血动脉,注入栓塞微粒,阻断前前列腺体的血液供应,使增生的



新乡市第二人民医院

副主任医师易振恒:

如何治疗动脉硬化



扫码看视频



易振恒,医学硕士,副主任医师,新乡市第二人民医院神经外科副主任;擅长出血性脑卒中、缺血性脑卒中早期干预;擅长脑血管畸形、脊柱脊髓损伤等常见病、多发病,以及疑难重症的临床诊断与治疗;熟练掌握缺血性脑卒中再通手术,脑血管畸形搭桥手术,颅内动脉瘤夹闭手术,脊髓损伤、颈椎微创手术等复杂疑难手术;发表专业学术论文10余篇,主持参与新乡市科技攻关项目两项。

稿约

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞
电话:13783596707
投稿邮箱:5615865@qq.com
邮政编码:450000

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。