

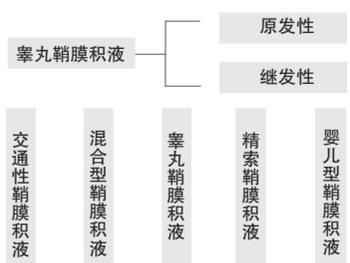
专家连线

小儿鞘膜积液的诊断与治疗

□贺双文

小儿鞘膜积液是小儿泌尿外科常见病, 中医学称为“水疝”。我国新生儿鞘状突尚未闭合发生率为80%~94%, 但随着年龄增长可逐渐闭合, 而出生后6个月以后闭合的可能性越来越小。长期的慢性鞘膜积液因张力大而对睾丸的血供和温度调节产生不利的影响, 严重的可引起睾丸萎缩, 如果积液严重, 影响双侧睾丸, 很可能影响孩子将来的生育能力。目前, 尚没有特效的西药可用于治疗该疾病。对于鞘膜积液的治疗, 目前多采用手术方式。

病因



睾丸鞘膜积液分为原发性和继发性两种。原发者病因不清, 病程缓慢, 病理学检查常见鞘膜慢性炎症反应。继发者则伴有原发疾病, 如急性者见于睾丸炎、附睾炎、睾丸扭转、创伤或高热、心力衰竭等全身疾病。慢性者多无明显诱因, 有时可见于阴囊慢性损伤或腹股沟区淋巴、静脉切除等局部手术以后, 亦可并发于阴囊内某些疾病, 如肿瘤、结核、梅毒等。在热带地区和南方地区的丝虫病、血吸虫病也可引起鞘膜积液。婴儿型鞘膜积液与鞘状突未闭及其淋巴系统发育迟缓有关。右侧睾丸下降比左侧略晚, 鞘状突闭锁也较迟, 故婴儿型鞘膜积液右侧发生概率较左侧多。根据鞘膜积液所在的部位与鞘状突闭合的情况将其分为睾丸鞘膜积液、精索鞘膜积液、混合型睾丸鞘膜积液、交通性鞘膜积液以及婴儿型鞘膜积液。

临床表现

小儿出现鞘膜积液的时候, 一般情况下阴囊或精索部位囊性肿物, 多数小儿无不适感, 大小可有很大差异, 多为卵圆形。原发性睾丸鞘膜积液的阴囊皮肤正常, 张力较大, 可透光。小儿在平卧时, 挤压积液可以使之逐渐缩小甚至完全消失, 鞘膜积液多数为单侧性。继发性鞘膜积液应警惕睾丸、附睾存在病变, 如结核、肿瘤及寄生虫感染等。

检查

1. 阴囊内可扪及大小不等的肿物, 囊性感。
2. 超声检查呈液性暗区, 对于鞘膜积液具有较好的诊断作用。
3. 透光试验若肿物内为清亮液体, 可看到肿物的透亮表现, 透光试验为阳性; 如肿物内是脓性、血性或乳糜性液体, 则看不到亮光, 透光试验为阴性。

鉴别诊断

根据阴囊内有囊性肿块, B超检查呈液性暗区, 鞘膜腔内可穿刺抽出蛋黄色清亮液体。小儿鞘膜积液中的液体多来源于腹腔, 并不是先天性的鞘膜积液, 把疝治疗好之后, 鞘膜积液也就自然好了。疝气是既可以看到又能摸到的, 会出现包块, 包块在睡觉时可能会消失, 而在哭闹时会变大, 这是疝的典型症状。辅助检查可资鉴别: 1. 透光试验阳性, 但在继发炎症出血时可为阴性。2. B超检查可进一步明确诊断。有助于鉴别鞘膜积液, 精索静脉曲张, 睾丸扭转等, 同时对疑为睾丸肿瘤等引起的继发性睾丸鞘膜积液有重要意义。

治疗

原发病治疗
适用于病程缓慢, 积液少, 张力小而长期不增长, 且无明显症状者。针对原发疾病的治疗成功后, 鞘膜积液往往能自行消退而无须手术。此外, 2岁以内患儿的鞘膜积液往往能自行吸收, 无须手术。

手术治疗
手术指征: 2岁以下婴儿的鞘膜积液一般可自行吸收, 但当积液量大而无明显自行吸收者需手术治疗; 2岁以下婴儿的鞘膜积液, 伴有先天性腹股沟疝或者考虑睾丸有病变的可能, 早期手术是必要的; 2岁以上的患者有交通性鞘膜积液或较大的睾丸鞘膜积液有临床症状影响生活质量者应予手术治疗。但应排除附睾炎及睾丸扭转等引起的鞘膜积液。

主要手术方式: 手术是治疗睾丸鞘膜积液最安全可靠的方法。手术方式有: 睾丸鞘膜翻转术、睾丸鞘膜折叠术、鞘膜切除术, 交通性鞘膜积液常采用腹股沟斜切口在内环处高位切断及缝扎鞘状突, 精索鞘膜积液要将鞘膜全部剥离切除。

手术并发症: 手术并发症低, 主要是出血、感染、水肿, 输精管损伤及由于损伤精索动脉所引起的睾丸萎缩、不育等。

(作者供职于武汉市人民医院)

应用喹诺酮类抗菌药物注意事项

□葛金华

案例分析

患者, 男, 63岁。因咳嗽、咯痰3天就诊, 既往有癫痫全身强直一阵挛发作病史3年, 长期服用丙戊酸钠缓释片(0.2克, 每天2次, 口服), 近2年来无发作。

诊断: 急性支气管炎, 癫痫。
处方: 盐酸左氧氟沙星胶囊, 丙戊酸钠缓释片。服药3天后, 患者在家中突然出现全身性强直性阵挛发作, 发作时家人呼唤没有反应, 发作持续5分钟, 发作间隔约10分钟, 发作3次, 被送到医院后行静脉注射地西洋注射液10毫克, 痉挛消失, 意识恢复。停用盐酸左氧氟沙星胶囊, 继续应用丙戊酸钠缓释片, 患者未再发作(随访1年)。

笔者从喹诺酮类抗菌药物的适应证、禁忌证、药物间的相互作用、滴速等, 总结整理喹诺酮类抗菌药物的用药手册。

严格掌握适应证

喹诺酮类抗菌药物适用于敏感菌所致的泌尿生殖系统感染、呼吸系统感染、胃肠道感染、胆道感染、盆腔感染、骨关节感染、皮肤感染、伤寒和副伤寒等。

由于长期以来大量使用喹诺酮类抗菌药物, 细菌耐药迅速出现并且快速增长。多家医院内感染细菌耐药监测结果表明, 大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌对喹诺酮类抗菌药物耐药相当突出, 以这类细菌感染为主的医院内感染不适合选择作为经验治疗药物。

由于使用喹诺酮类抗菌药物已有报道发生严重不良反应, 对于急性细菌性鼻窦炎、慢性支气管炎急性发作、单纯性尿路感染患者, 喹诺酮类抗菌药物不作为首选, 可作为替代药。

鉴于国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类抗菌药物(环丙沙星、氧氟沙星、左氧氟沙星等)耐药率高, 应严格控制氟喹诺酮类抗菌药物作为外科手术期预防用药。

杜绝禁忌证用药

喹诺酮类抗菌药物有致动物软骨毒性作用, 导致动物软骨破坏, 生长受到影响。对该类药物过敏者、孕妇、哺乳期妇女、18岁以下患者禁用。

该类药会使所有年龄段患者的肌腱炎和肌腱断裂的风险增加。有肌腱疾病病史或发生过肌腱炎和肌腱断裂的患者应避免使用。

该类药可能会使QT间期(QT间期是指心电图上QRS波的起点到T波终点的间距)延长, 少数患者可出现心律失常。已知QT间期延长的患者和未纠正的低血钾患者应避免使用。

该类药可能会加重重症肌无力患者的肌无力症状, 有重症肌无力病史的患者应避免使用。

氟喹诺酮类药物通过血-脑屏障进入脑组织及神经细胞内, 可抑制脑内抑制性递质γ-氨基丁酸与其受体结合, 使中枢神经兴奋性增高, 可导致痉挛和癫痫等严重不良反应的发生。该类药偶尔会引起抽搐、癫痫、意识改变、视力损害等严重中枢神经系统不良反应, 在肾功能减退或有中枢神经系统基础疾病的患者中易发生。因此, 不宜用于有癫痫或其他中枢神经系统基础疾病的患者。有周围神经病变病史的患者应避免使用。

避免不良的相互作用

依诺沙星、环丙沙星、左氧氟沙星与茶碱类药物合用时, 由于前者对细胞色素P450酶结合部位的竞争性抑制, 导致茶碱类药物清除减少, 茶碱血药浓度增高, 出现茶碱中毒症状, 如恶心、呕吐、抽搐、心悸等, 应避免合用。

与非甾体抗炎药合用时, 非甾体抗炎药可增强氟喹诺酮类药物对GABA受体的抑制作用, 容易诱发痉挛发作。另外, 某些非甾体抗炎药(双氯芬酸)可显著增加氟喹诺酮类抗菌药物的血药浓度。

与Ia类(奎尼丁、普鲁卡因胺)或III类抗心律失常药(胺碘酮、索他洛尔)、西沙必利、大环内酯类、抗精神病药和三环类抗抑郁药联用, 可增加QT间期延长的风险, 尽量避免联用, 老年患者更容易引起药物相关的QT间期的影响。有基础疾病且使用强心苷的患者, 不应联合使用喹诺酮类抗菌药物。

依诺沙星、培氟沙星与华法林联用可减少后者的清除, 使其血药浓度升高, 若联用时应严密监测患者的凝血酶原时间。

与环孢素联用可致其血药浓度升高, 加重免疫抑制剂和肾毒性, 尽量避免联用, 若联用时应监测环孢素的血药浓度。

与含有金属离子的药物(碳酸钙、氢氧化铝、三硅酸镁、硫酸亚铁、葡萄糖酸锌等)合用, 可在胃肠道中与钙、铝、铁、锌等金属离子形成不溶性螯合物, 使喹诺酮类抗菌药物吸收减少。

抗胆碱药(山莨菪碱等)、H₂受体阻断药(西咪替丁等)可减少胃酸分泌, 使胃内的pH值(酸碱度)升高, 使喹诺酮类抗菌药物吸收减少。

肾功能减退需要减量用药

肾功能减退患者应用本类药物时, 需要根据肾功能减退程度减量用药, 以防止发生由于药物在体内蓄积而引起抽搐等中枢神经系统的不良反应。

单独静脉滴注要避免滴速过快

喹诺酮类抗菌药物注射剂不宜与其他药物同瓶混合静脉滴注。如果使用同一条静脉通路连续输注其他药物, 给药前后要冲管, 以防止与其他药物发生相互作用。

注射剂滴速过快易引起静脉刺激症状或中枢神经系统反应, 滴注时间为每100毫升至少60分钟。

应用左氧氟沙星和加替沙星要监测血糖

左氧氟沙星和加替沙星可引起低血糖和高血糖, 多发生于同时口服降糖药或使用胰岛素的糖尿病患者, 所以要严密密切监测其血糖变化情况。

出现严重不良反应立即停用

喹诺酮类抗菌药物可能引起周围神经病变。如果患者出现神经病变的症状如疼痛、烧灼感、针刺感、麻木和(或)无力或其他感觉错乱时, 应立即停止使用, 以免发展为不可逆性损伤。

出现皮疹、黄疸或任何其他过敏表现时应立即停药, 并且采取相应措施。

多饮水且避免阳光曝晒

喹诺酮类抗菌药物在尿液中溶解度降低可出现结晶, 引起结晶尿、血尿, 严重者导致急性肾衰竭。因此, 患者在用药期间应多饮水, 每天进水量应在1200毫升以上。

光敏反应是喹诺酮类抗菌药物最常见的不良反应, 临床症状主要为光线暴露部分的皮肤出现痒性红斑、水肿、水泡, 严重者可引起皮肤脱落、糜烂。

总之, 医师应严格掌握适应证, 详细了解禁忌证、注意事项、不良反应、药物相互作用、特殊人群用药等信息, 合理使用喹诺酮类抗菌药物。

(河南中医药大学供稿)

无知的父亲把女儿推向深渊

□席娜

在郑州市第八人民医院门诊, 几个大人正拉着一个衣着不整、嘴里不停叫骂的女孩前来就诊。在诊断室内, 女孩非常不配合检查, 几个大人的手上都被女孩抓有伤痕。根据精神病学检查, 该女孩存在幻听、被害妄想等精神症状, 被确诊为精神分裂症。悔恨交加、悲痛欲绝的父亲撕心裂肺地哭着说: “是我害了女儿, 我该死呀……”

该女孩15岁, 叫玲玲(化名), 在她出生不久后被重男轻女的父亲送回农村老家, 由年迈的奶奶抚养, 直到3岁时才会说话, 6岁该上学时, 父母才把

她从老家接回到身边抚养。玲玲上学后发现自己根本不会跟其他小朋友交往, 每天像个惊弓之鸟一样躲在教室的角落里, 学习成绩也一直不好。平时玲玲的妈妈工作比较忙, 无暇顾及她的学习和生活, 性格暴躁的父亲对玲玲要求特别严, 看她学习成绩一直不好, 对她非打即骂, 还经常以不让她吃饭来惩罚, 玲玲的身上也经常被打得青一块紫一块的。玲玲在这样的环境慢慢长大。由于学习成绩不好, 导致玲玲连续辍学, 15岁时才上到小学五年级。有一次玲玲考试又是全

班倒数第一名, 恨铁不成钢的父亲把她锁到门外, 不让她回家, 第二天还是邻居在地下室里发现了被吓得哆哆嗦嗦、精神恍惚的玲玲。邻居赶忙把她送回西, 目光呆滞, 时而自言自语, 时而傻笑, 父亲却认为她是为了逃避学习而装出来的, 对她不管不问, 他还想着等玲玲闹过之后再好好教训她。就这样又拖延了一段时间, 直到有一天玲玲像疯子一样扑向上班的父亲, 把他的手和脸抓得鲜血淋漓时, 他才意识到问题的严重性。

郑州市第八人民医院主任医师孔德荣说, 玲玲的精神疾病对家人来说是残忍的, 如果父亲在教育上对玲玲不那么苛刻, 如果他多了解一些精神卫生知识, 遇到孩子行为异常时, 及时

到专科医院寻求心理援助或及时治疗, 也许玲玲就不会发展到目前这种状态。玲玲遭遇给家长们敲响了警钟, 她的悲剧应该让每个做父母的认识到, 不管平时多忙, 关心孩子、爱护孩子都不能有一丝一毫的懈怠, 否则受伤的不仅仅是孩子。愧疚也是一种杀伤力很强的武器, 会在很长的时间使人能自拔, 然而时光不能倒流, 家长的好多过错, 都是无法弥补的。



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

视网膜中央动脉阻塞的介入治疗

□李腾飞 韩新巍

视网膜中央动脉阻塞的危害

视网膜中央动脉阻塞多由血栓栓塞所致, 也有血管痉挛等原因引起的, 是导致急性失明的眼科急症。当发生视网膜中央动脉完全阻塞时, 视力几分钟至十几分钟内会完全消失, 部分患者有先兆症状, 无痛性一过性失明, 几分钟后缓解, 反复发作数次后忽然视力急剧下降, 就像前面陈阿姨的症状一样。多数患者眼底可见视盘及视网膜色苍白, 黄斑呈樱桃红色, 部分患者可见栓子。这里要提醒一些爱美女性, 在应用美容填充物(玻尿酸等)注射时, 可能会因操作不当侵入血管造成视网膜阻塞, 这种外来填充物阻塞视网膜后几乎无法治疗。

视网膜是颈内动脉进入颅内的第一个分支, 视网膜有两个供血血管网, 都起源于眼动脉。视网膜中央动脉供应视网膜内部, 脉络膜血管网则是供应视网膜外部。由于视网膜中央动脉是视网膜内层营养的唯一来源, 属于终末动脉分支, 与其他动脉分支间没有吻合分支, 一旦发生阻塞, 视网膜内层血供中断出现急性缺血变性, 视力会迅速下降, 若不快速

恢复动脉血流则预后不良。视网膜中央动脉阻塞诊断与治疗是否及时, 直接关系到患眼视力能否恢复。视网膜中央动脉阻塞发生后最好在2个小时内就医, 并及时给予抗凝、溶栓、改善循环等处理后, 视力才可恢复正常或得到不同程度改善, 就医时间越晚则视力恢复可能性越小。

视网膜中央动脉阻塞的诊断

患者存在高血压病、糖尿病、动脉硬化性基础疾病病史, 部分患者视力突然丧失, 可仅存光感或无光感。眼底检查: 视盘色淡, 边缘模糊, 后期萎缩苍白; 视网膜动脉如线状, 血栓可呈节段状或念珠状; 视网膜后极部呈乳白色混浊水肿; 黄斑呈樱桃红色; 压迫眼球无动脉搏动出现。若病情允许, 可做眼电生理检查呈典型负相波; 眼底荧光血管造影可见动脉充盈延迟, 视网膜动静脉回流时间延长, 中央动脉无灌注等。

视网膜中央动脉阻塞的介入治疗

视网膜中央动脉阻塞是眼科急重症之一, 与脑血管阻塞一样会争分夺秒地进行

抢救和治疗, 在视网膜组织结构没有缺血坏死前恢复视网膜的血液供养及其功能, 对于挽救视力至关重要。目前, 所有治疗策略都是围绕恢复视网膜血流进行的, 比如消除可能的血栓栓子, 增加视网膜供血, 增加视网膜的氧浓度, 防止视网膜缺血损伤等。患者一经确诊, 应立即急诊救治:

1. 扩血管药物。改善视网膜血液循环, 常用药物有硝酸甘油, 亚硝酸异戊酯等。
2. 降低眼压。提高眼内的血流灌注压, 减少视网膜动脉灌注阻力, 解除视网膜动脉痉挛, 方法有前房穿刺术、按摩眼球, 降眼压药物等。
3. 抗凝抗血小板治疗。阻止血栓进一步加重。
4. 静脉溶栓。在急诊动脉溶栓前进行静脉溶栓可以减轻血流阻塞程度, 为

动脉溶栓争取时间。

5. 经动脉局部介入溶栓。可以迅速使血管流通并利于建立侧支循环供血, 为视网膜中央动脉阻塞患者带来复明的希望。Schumacher(音译:舒马赫)等在1991年首次报道动脉内介入溶栓治疗视网膜动脉阻塞取得显著疗效。

介入治疗—超选择性眼动脉插管接触溶栓治疗, 经股动脉穿刺插管, 导管导丝依次经股动脉、主动脉、颈总动脉、进入颈内动脉颅内段, 在微导丝辅助下微导管超选择性插管送至眼动脉主干内, 通过微导管向眼动脉缓慢灌注高浓度尿激酶30万单位~60万单位进行局部动脉接触溶栓, 直至视网膜中央动脉恢复血流, 视网膜区域均匀显影, 患者视力明显改善。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

