



专家连线

如何诊疗小儿肠道病毒感染

□李长青



概述

肠道病毒包括埃可病毒、柯萨奇病毒和脊髓灰质炎病毒等。自脊髓灰质炎减毒活疫苗广泛应用后,脊髓灰质炎的发病率明显下降,而其他两种肠道病毒感染相对地增多而引起注意。这两种病毒感染流行临床可引起脑膜炎、脑脊膜炎、心肌炎、心包炎、呼吸道感染、肌炎、腹泻等全身各系统、各脏器的损害。

病因

肠道病毒均属微小核糖核酸(RNA)型病毒,直径20纳米~30纳米呈球形,居于人类肠道内,对一般理化因素的抵抗力强。

临床表现

肠道病毒感染时,临床表现极为多样化,病情轻重差异悬殊,同型病毒有不同临床表现,不同型病毒可有相似症状,故单从临床表现难以判定型别。常为多种表现同时存在。

神经系统感染:一般认为埃可病毒、柯萨奇病毒可引起

肺炎及无细菌性脑膜炎综合征。一般发病急,均有发热,轻重不等,以轻型为多。轻者无脑膜炎的临床表现及体征,脑脊液检查异常才被发觉。常见症状和体征有恶心、呕吐、头痛、脑膜刺激征等。同时伴有咽痛、腹痛、腹泻等非特异性表现。脑脊液所见与其他病毒引起的脑膜炎相似,细胞数轻度增高,分类早期以中性粒细胞为主,后期以淋巴细胞为主。脑脊液中糖含量和氯化物正常,蛋白轻度增高。

瘫痪疾病:与脊髓灰质炎相比,这两种病毒引起瘫痪的发生率低,症状轻,恢复快,预后好。

心脏疾病:可引起心肌一心包炎,侵犯心内膜者少。新生儿患病可为宫内感染,病情重,预后差,可发生猝死或慢性充血性心力衰竭。心肌一心包炎的轻重程度悬殊,轻者仅有心电图改变,重者出现面色苍白、发绀、咳嗽、呼吸困难,心率增快,各种心律失常,心脏扩大,心音低钝,可闻及杂音(心尖部收缩期),肺部啰音,肝脏增大。临床根据心电图摩擦音,卧位透视心腰部增宽,B超心包腔有积液而诊断为心包炎。部分病例可发展为慢性心肌炎、心肌病、狭窄性心包炎和心内膜纤维化纤维增生症。心肌缺血和梗死是导致猝死的主要原因。

呼吸道感染:埃可病毒及柯萨奇病毒的许多型可引起上呼吸道感染,少数引起下呼吸道感染。由于型别不同,同一患儿可多次发生。突然出现的发热、咽痛、头痛、腹痛、咽部充血,继而出现灰白色疱疹,疱疹破溃,形成黄色溃疡。可见于扁桃体前弓,软

腭,悬雍垂及扁桃体上,但不出现于齿龈及颊黏膜处。4天~6天可自愈,少数为2周左右。

发疹性疾病:皮疹出现于其他部位感染时,仅为一种表现。皮疹的形态、数量和分布变化多。可为斑疹、斑丘疹、水疱疹、荨麻疹、偶见瘀点。部位不定。口腔黏膜也可见到,可形成溃疡。一般2天~4天消退,不留痕迹。有一种手足口病,主要由柯萨奇病毒A16、A5、A10引起。多见于4岁以内幼儿。其特点为口腔内见小疱疹或溃疡,位于舌、颊黏膜及硬腭处,偶见于软腭、牙龈、扁桃体、四肢,尤以手足部可见斑丘疹或疱疹,偶见腿、臂和躯干,数量多少不定,病程短,可伴发热,以低热为多。

腹泻:可见于四季,尤以夏季、秋季为多。多见于婴幼儿,为婴幼儿腹泻的常见病因。大便多为黄色或黄绿色稀便,可带黏液,偶见少量血液。每天5次~6次甚至10余次,出现脱水者少,多在1天~2天恢复。

其他疾病:可见流行性胸痛或肌痛,以胸痛为主者以胸、腹及膈肌附着点处明显,尚有四肢肌肉酸痛,全身肌痛。疼痛程度不等,轻者有紧压样及胀痛,重者似刀割、针刺。胸腹痛时咳嗽及深呼吸时加剧,腹部可有压痛,甚至腹肌痉挛及强直。尚有发热、咽痛、头痛、咳嗽、呕吐、腹泻等表现。流行性急性结膜炎,由新发现的肠道病毒70型引起。主要表现为眼结膜红、肿、痛,流泪伴脓性分泌物,病程1周~2周。肠道病毒感染的表现是多方面的,几乎涉及各个系统。

检查

1.血常规检查白细胞计数多在正常范围,分类亦无明显变化。

2.脑脊液检查脑膜炎、脑炎患者的脑脊液可呈非化脓性炎症改变。压力轻度增高,白细胞计数轻度增多,多为(100~300)×10⁶/升,很少超过500×10⁶/升,初期以多核细胞为主,2天后淋巴细胞占90%左右。脑脊液的糖含量和氯化物无变化,蛋白轻度增加。

3.病毒分离用组织培养和动物接种分离病毒。如能从患儿血液、脑脊液、心包液、疱疹液及组织中分离到病毒则可作为确诊依据。如从粪便及呼吸道分泌物中分离出病毒则需结合血清学检查加以判断,因咽部和肠道有健康带菌者。

4.血清学检查特异性高的抗体为中和抗体,患病后2周开始升高,3周时达高峰,可维持3年~6年,故不能用于早期诊断。近年来已建立了检测特异性IgM(免疫球蛋白M)抗体的方法。

5.分子生物学检查用RT-PCR(逆转录PCR)方法扩增临床标本(如咽拭子、血液、脑脊液)中的少量病毒核酸,可达到病原学早期诊断的目的。该方法敏感性、特异性高,可快速诊断。

6.其他辅助检查根据临床需要选择X线、B超、心电图等辅助检查。

医者在诊断婴幼儿感染性疾病时要想到该病的可能。同时结合流行病学史,结合实验室检查确诊。但健康人可带有该病毒,不能从咽拭子或粪便中分离出病毒就作为

最后诊断的依据。抗原-抗体测定有诊断价值,但因分型过多,无法测定所有的类型。

治疗

对症处理:临床治疗以对症处理为主。如急性期宜加强护理,注意休息,保持适当进食和水分;吐泻者要纠正脱水、酸中毒;有颅内压增高时可用20%甘露醇;惊厥和严重肌痛者给予镇静止痛药;急性心肌炎伴心力衰竭应快速洋地黄化,及时供氧,积极抢救;轻瘫时注意肢体温度,保持功能位,予以相应理疗、针灸;对体弱者,婴幼儿危重者,支持疗法不应忽视;应预防继发感染。

抗病毒治疗:重症者可考虑使用干扰素、利巴韦林等核苷类抗病毒药物。免疫球蛋白白蛋白中含有多种肠道病毒的中和抗体。高危患儿(母亲分娩前1周内疑似肠道病毒感染,新生儿室内有肠道病毒感染)出生后肌肉注射血清丙种球蛋白250毫克,可减少发病及减轻病情。也可静脉应用人血丙种球蛋白,3天~5天,早期可阻止肠道病毒在患儿体内复制,且可刺激机体产生相应抗体;应用流涎液、恢复期患者血清制备的免疫球蛋白也有治疗效果。

未明确病原体前,可酌情使用抗生素。

预后

该病与病变部位、病毒毒力、患儿年龄及有无并发症有关,暴发性全身感染患儿预后差,病死率高。

(作者供职于新郑市人民医院)

董男:由家常闲聊入手,揣摩「弦外之音」

□王婷 席娜

谈起自己过去10年的工作感受,郑州市第八人民医院(以下简称郑州市八院)主治医师董男的回答很简单,那就是“痛并快乐着”。他形象地把自己从医经历比作“升级、打怪、赚经验”,每当遇到棘手问题,他总能静下心来细细钻研,最终在一个个思维迷雾中拨云见日、柳暗花明。

由家常闲聊入手,再切到专业心理层面。首先要充分建立信任,然后在层层深入洞悉真相。面对精神疾病这类特殊患者,董男一般会选择这样的“迂回战术”。在他看来,精神疾病患者的心思非常细腻,有时候,需要揣摩他们的“弦外之音”,有时候还要跟他们“斗智斗勇”。

症状是正确诊断的前提

常年在医院工作,董男见过患者们的各种性情和举动。他现在的封闭病区来说,有一些患者夸张外放,还有一些患者总是一个人坐在角落里默默无语或自言自语。董男说,面对这些或冲动、或拒食、或木僵状态的患者,除了治疗,更重要的是找到与她们的最佳相处之道,才能对症下药。

袁女士一家原本过着安稳和谐的小日子,3个月前,她莫名开始怀疑丈夫有了外遇,每天在丈夫回到家后,她总是像个“侦探”似的查这查那。根据自己的猜测,袁女士把矛头指向了丈夫单位的一名女同事。此后,两人天天为这事吵架,有一次,袁女士直接跑到丈夫单位,指责辱骂那个女同事,甚至动手打人。丈夫忍无可忍,怀疑妻子是不是心理出了毛病,于是带她到郑州市八院就诊。

根据袁女士妄想、多疑、冲动的表现,董男初步考虑其为精神分裂症,然而经过观察发现,每次触发她冲动的因素有很多随机性,这不符合常规精神分裂症的典型症状。经会诊后,袁女士的诊断结果被调整为双相情感障碍,但用药一段时间后,仍不见好转。最后,董男建议袁女士尝试无抽搐电休克治疗。几次治疗下来,再联合使用两种抗精神病药物,袁女士急性期症状最终得到控制,一个多月后康复出院。

都说症状是正确诊断的前提。然而在现实中,精神科也会遇到像袁女士这种症状并不典型的案例,甚至还会伴随一些精神病性症状,想要在首诊时就准确识别并不容易。而对于这类患者,董男通常会把“战线”拉长,边治疗边观察,密切关注患者细微的情绪变化,他相信只要够用心、够细心,一定能够发现关键证据,探明真相。

摆脱幻听重在心理治疗

相比一般人,精神科医生看得更真、更透,他们知道如何在最短的时间内,与不同性格的人融洽相处。先后在八病区、七病区、二病区、四病区待过的董男,接触过的患者数以千计,而令他深有感触的是,患者其实很聪明,他们虽然受病态支配,但清醒的时候,也在试探和考验着医生的专业能力。

“比如同样是封闭病区,但管理男、女患者时,医生所要具备完全不同的‘气场’。”董男说:“对待女患者需要有一定的威慑力,而这一点在男患者身上却不奏效,相反,要转变医生的角色,以朋友的身份去相处,以专业水平去服众。”

曾经有一名精神分裂症患者小吴,因在开放病区冲动不配合治疗转到封闭病区,董男接诊后询问患者病史得知,小吴的幻听非常严重,且已经长达五六年。这个声音总是命令他做一些不对的事,如果不照办,这个声音就会威胁他。

在症状的支配下,小吴变得暴躁,经常动不动就骂人、打人,当他冷静下来的时候,总是将自己锁在房间不敢出门,总感觉街坊邻居在对他指指点点。几年来,幻听反复纠缠,他分不清到底哪个才是真实的自己,痛苦万分。经药物加心理支持治疗,小吴急性期症状得到控制,幻听明显减少,但未完全消失。董男建议他不要刻意去和幻听较劲,要树立坚定的意志,不去理会它。后来,小吴在家人的帮助下,开了一家熟食店,过上了还算安稳的日子。

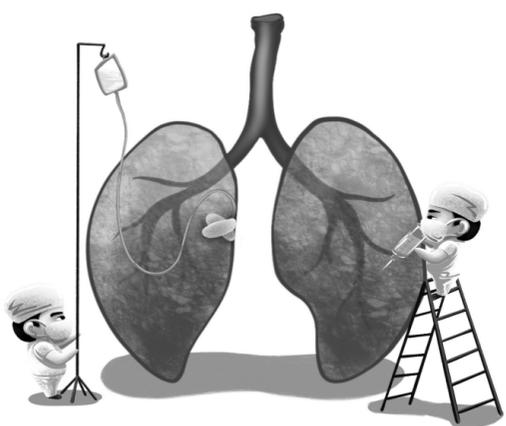
董男说,幻听是精神分裂症患者的典型症状,一开始,患者可能对凭空而来的声音半信半疑,但随着幻听发病次数的增多和内容的丰富,会对幻听丧失自知力而坚信不疑。对于幻听严重的患者,后期的心理支持治疗很重要。随着时间的推移,幻听也可能完全消失,也可能不消失,患者要学会与自己和解,与症状和解。因为精神疾病治疗的最终目的是让患者重建社会功能,提高生活质量。

心灵驿站

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

肺部小结节的诊断与介入治疗

□韩新巍 路慧彬 文/图



增高的阴影,可单发或多发,边界清晰或不清晰的病灶。不同密度的肺结节,其恶性概率不同,依据结节密度将肺结节分为实性结节、部分实性结节和磨玻璃密度结节。其中,部分实性结节的恶性概率最高,依次为磨玻璃密度结节及实性结节。磨玻璃密度结节是指肺内模糊的结节影,结节密度较周围肺实质略增加,但其内血管及支气管的轮廓尚可见。实性结节是指其内全部是软组织密度的结节,密度较均匀,其内血管及支气管影像被掩盖。部分实性结节是指其内既包含磨玻璃密度结节,又包含实性软组织密度的结节,密度不均匀。

议采用低剂量扫描技术以降低放射损伤。但由于肺小结节临床表现缺乏特异性,形态特征又不明显,定性诊断依然是个难题。CT或锥形束CT引导下经皮穿刺活检是目前公认的一种安全、准确的肺结节微创定性诊断技术。对于20毫米以内的肺结节并进行CT引导下肺穿刺活检肺小结节患者,穿刺成功率为100%,准确率达82.6%。

治疗方法

对于不同类型或危险度的结节,治疗方案不同。鉴于部分实性结节的恶性概率在三种结节中最高,因此其肺癌风险评估评价标准不同。对于肺部中危结节,建议3个月、6个月、12个月和24个月持续CT检测,结节具有生长性建议手术切除,无变化或缩小建议继续长期CT随访,随访时间不小于3年。对于低危结节,建议年度CT复查观察生长性。结节具有生长性建议手术,无变化或缩小建议继续长期CT随访,随

诊断及评估方法

肺结节的评估方法主要包括个体或临床特征、影像学方法和临床肺癌概率。临床评估包括患者的病史和体征检查,包括年龄、性别、职业、吸烟史、慢性肺部疾病史、个人和肿瘤家族史、职业暴露史等。临床的信息可为肺结节的鉴别诊断提供参考依据。影像学检查方法包括胸部X线、CT及MRI(磁共振成像)等,可以检测到肺结节,但鉴于胸部CT的高空间分辨率及成像方便快捷的优势,应以胸部CT检查作为肺结节检查方法的“金标准”。对胸部不定性结节常需要进行多次随访,建

定义及分类

肺结节是指肺内直径小于或等于3厘米的类圆形或不规则形病灶,影像学表现为密度

访时间不小于3年。而对于高危结节,应由胸外科、肿瘤内科、呼吸科和影像医学科医师进行多学科会诊,决定是否需要进行进一步检查。必要时经皮肺穿刺活检明确诊断,或手术切除,或3个月后进行CT复查。若结节3个月后有缩小或增大时,考虑为恶性可能,建议手术切除。若结节缩小,建议6个月、12个月和24个月持续CT监测,无变化者建议长期年度CT复查,随访时间不小于3年。

若明确为恶性肺结节,首选外科切除治疗。若患者年龄较大,无法耐受手术,可进行介入局部消融治疗。

总之,如果您体检发现肺部有小结节,到底该怎么办?要不要治疗?是不是恶性?诸如此类问题,建议您去正规的医院进一步就诊,可咨询介入科、胸外科、呼吸科及影像科医生,他们会给您一个合理的诊疗建议。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

郑州大学第三附属医院
围产医学中心主任崔世红:
预防出生缺陷
保护母婴健康
扫码看视频

健康访谈
崔世红,郑州大学第三附属医院(河南省妇幼保健院)围产医学中心主任,产前诊断中心主任,主任医师,博士生导师;国务院颁发的政府特殊津贴专家,二级教授,河南省“省管专家”,中国医师奖获得者;中华医学会围产分会常委,《中华围产医学杂志》编委;从事妇产科临床、教学、科研工作近40年;获省科技进步奖8项,出版医学专著8部,发表专业学术论文70余篇;对产前诊断,高危妊娠等相关疾病诊治经验丰富。

健康你我 原装生活
JIANKANGNIWO YUANZHANGSHENGHUO