

肺毛霉菌病 一种致命的“杀手”

□马晓旭

肺毛霉菌病是由毛霉菌目致病菌引起的肺部感染。肺毛霉菌病发病急,进展快,病死率高。近年来,纤维支气管镜检查技术越来越多地应用于肺毛霉菌感染患者的诊断,大大提高了肺毛霉菌感染的诊断率。

肺毛霉菌病是由毛霉菌目致病菌引起的肺部感染。

肺毛霉菌病发病急,进展快,病死率高。毛霉菌在自然界中无处不在,主要分布于土壤及腐败的食物中,生长迅速,易形成大量孢子,进入呼吸道。毛霉菌的毒力很弱,机体对其有很强的免疫力。因此,在免疫力强的健康人中,毛霉菌病的发病率很低。高糖及酸性环境有利于毛霉菌的生长繁殖。因此,糖尿病酮症酸中毒患者吸入毛霉菌孢子后,很容易进展为肺毛霉菌病。另外,随着恶性血液病患者化疗的增加,以及造血干细

胞移植和实体器官移植等患者数量的增加,该病的发病率也明显上升。毛霉菌的侵袭性很强,对肺动脉具有特殊的亲和力。一旦真菌孢子在感染部位生长,它们的菌丝就会迅速向周围组织扩散,并且容易侵犯血管。在显微镜下观察,发现毛霉菌的菌丝较粗大,宽大无分隔或很少分隔。

肺毛霉菌病的症状无特异性,一般急性或亚急性起病,病情通常比较严重;临床表现有发热、咳嗽、咯血、胸痛和呼吸困难等。其常见的影像学表现为反晕征、空洞、结

节团块、胸腔积液。肺毛霉菌病患者常合并痰中带血和咯血。这是因为毛霉菌有嗜血管性,常侵蚀肺小动脉,形成肺动脉栓塞、肺梗死、肺动脉瘤及假性血管瘤,导致出血。一些患者常因致命性的大咯血而死亡。

目前,肺毛霉菌病的诊断仍较困难。痰液、针吸液及支气管肺泡灌洗液培养阳性率小于5%,血培养的阳性率更低。对该病的确诊主要依靠组织病理学检查。但是,近年来,纤维支气管镜检查技术越来越多地应用于肺毛霉菌感染患者的诊断,大

大提高了肺毛霉菌感染的诊断率。60%以上的患者,特别是糖尿病患者,可见气管内病变(如毛霉菌栓),通过支气管镜下的表现可初步判定为毛霉菌感染,同时可进行肺泡灌洗液病原学检查,进一步明确诊断。

一旦确诊为肺毛霉菌病,要立即开始抗毛霉菌感染治疗。目前主要用于毛霉菌感染治疗的药物有两性霉素B、两性霉素B脂质体、泊沙康唑、艾沙康唑。毛霉菌极易阻塞局部血管和支气管,药物很难在病灶部位达到较高的浓度,疗程很长,长达半年以上。如果患者可以耐受手术治疗,在急性症状得到控制后,应早期进行手术干预,切除病灶。

肺毛霉菌病患者的预后与基础病密切相关。恶性血液病、粒细胞缺乏患者合并肺毛霉菌病,进展快,预后差,病死率高达60%;而糖尿病患者合并肺毛霉菌病,则症状相对较轻,预后好,病死率在30%左右。目前较明确的是尽早启动药物治疗和手术治疗,可降低死亡率。

(作者供职于郑州大学第一附属医院呼吸与危重症医学科)

吞咽障碍患者怎么吃

□王丽君

什么是吞咽障碍

吞咽障碍是指由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构和(或)功能受损,不能安全有效地把食物输送到胃内。吞咽障碍可发生于中枢神经系统疾病、周围神经病变、神经肌肉接头疾病、肌肉疾病、口咽部器质性病变、消化系统疾病和呼吸系统疾病,以及口咽部放疗和手术后的患者。

吞咽障碍患者的进食原则是什么

食物选择应遵循软、稠、质地均匀爽滑,避免异相夹杂的原

则,通过咽和食管时易变形且很少在黏膜上残留。利用破壁机等,将液体食物、固体食物调整为糊状、泥状,增加吞咽的安全性和有效性。

吞咽障碍患者不能吃什么

未经专业评估,不能直接饮用液体,以防因流速过快而呛入气道;避免汤泡饭、泡鸡蛋糕、豆腐脑等异相夹杂的饮食,以防因食物流速不同、液固分离造成呛咳;不要吃黏性较强的食物,如糯米、粽子、糍粑等,不推荐使用未经增稠食物调节剂加工处理的米糊、芝麻糊等糊状食物,因为容易残留在口

吞咽障碍患者有哪些进食注意事项

- 1. 进食环境 确保进食时照明适宜、环境安静,减少干扰。
2. 进食体位 卧位进食;至少30度仰卧位,头部前屈,将偏瘫侧肩部用枕头垫起,喂食者位于患者健侧,手持食物与患者头部同高,避免患者仰头进食,增加误吸风险。坐

位进食;进食时患者坐直,头位于正中或向前俯下少许。进食后,患者坐位或半坐位休息30分钟~40分钟。

- 3. 进食方法 把食物放在口腔最能感觉食物的位置,即健侧舌中后部或健侧颊部。观察或触摸到患者已完成前一口吞咽后,再喂下一口,避免患者在着急和疲倦时进食。进食时,患者的口不宜太大,应每口2毫升~3毫升。
一次进食的总量也不宜过多,最好为50毫升~100毫升,少食多餐。
4. 误吸的识别与处理 如果患者出现在进食后声

音改变,声音变嘶哑或喉中发出“咕咕”的潮湿声,或者进食后出现自主咳嗽减弱、痰液增多、呼吸不畅、脸色发紫或苍白、意识不清等,护理人员应迅速撑开患者的口腔,掏出食物或刺激其咽喉部,使患者反射性呕吐,或者将患者置于头低侧卧位,叩击患者的背部,使患者咯出食物。必要时,可使用海姆立克急救法。

- 5. 口腔清洁 可用清水漱口或用生理盐水棉球擦拭,清除口腔内的食物残渣。
(作者供职于河南省人民医院康复科一病区)

儿童发热,家长有哪些认知误区

□王凤园

儿童发热对机体会产生一定影响,但也是自身抵抗致病菌的一种表现形式,是自我保护的反应之一。在儿科急诊,我经常遇到焦急的家长带着发热的孩子来就诊。其实,在孩子发热的过程中,家长可能存在一些认知误区。

如何判断是否发热

一些妈妈发现孩子有些不对劲时,常常用手孩子的额头来判断是否发热,如果孩子皮肤发烫,就认为是发热了。其实,这样判断孩子是否发热是不准确的。一些妈妈使用体温计测量孩子的体温,当孩子的体温超过

37摄氏度时,就认为发热了,匆忙带孩子去医院就诊。

通常以小儿腋下体温来衡量:36摄氏度~37摄氏度为正常,37.3摄氏度~38摄氏度为低热,38摄氏度~39摄氏度为中度发热,39摄氏度~41摄氏度为高热,超过41摄氏度为超高热。当孩子发热且体温在38摄氏度以下时,家长应密切观察宝宝体温变化,不必急着让孩子服用退烧药,如果轻易退烧,会降低孩子的机体抵抗力,掩盖病情,对诊断治疗不利。但是,发热持续时间过长或体温过高,可使孩子体内调节功能失常,防御感染的能力下降,不利于康复。因此,如果孩子高

热,家长应适时采取降温措施。

发热后能立刻服用抗生素吗

多数家长认为,小儿发热就是机体存在炎症反应,及时应用抗生素可达到退热的目的。但是,一部分发热是由病毒感染导致的,随着疾病的发展还可能合并细菌感染等情况。因此,小儿发热后立刻服用抗生素,此种做法是错误的。

发热时能要求静脉输液吗

对川崎病、肺炎、传染性疾病需要及时治疗,进行静脉输液可缓解患儿机体不适情况。但

是,轻度的上呼吸道感染等,患儿可进行口服药物治疗。

发热时,能同时使用两种退烧药吗

不建议同时使用,有增加不良反应的风险,可导致肝肾功能损害。退烧药起效时间在半小时至1小时之间,孩子头部或颈部有汗时说明有效。如果退烧药用了不到4小时,又发热了怎么办?可以用物理降温的方法。出现高热时,在体温上升期,孩子的手脚比较冰凉,可以使用温水擦浴孩子的手脚,保持手脚温暖。在高热持续期,解开孩子的衣服进行散热,可以擦拭

孩子的颈部、腋窝、腹股沟等处,让孩子多喝些温水。在体温下降期,孩子可能出现大汗淋漓,需要适量饮水,补充水分,要为孩子擦干身上的汗液。

退热后立刻停药吗

孩子体温恢复正常后不代表痊愈,只是代表病情有所好转,感染的病毒与细菌还没有完全被清除,仍需用药一段时间才可彻底清除,以免疾病反复发作。因此,退热后不可立刻停药,应遵医嘱用药或者按疗程继续服药。

(作者供职于驻马店市中心医院急诊儿科)

如何预防及诊治自发性气胸

□刘稳

自发性气胸属于气胸的一种,自发的意思是指在没有任何外界因素(如胸外伤)的影响下产生的。在正常情况下,随着呼吸进入肺内的气体,是无法进入胸膜腔的;当肺组织和脏层胸膜自发性破裂,空气便进入胸膜腔,导致胸腔中积满气体,这就是我们所说的自发性气胸。此类患者常常突发胸痛、胸部压榨感,可表现为单侧或双侧,会出现刺激性咳嗽,严重时出现呼吸困难等,如果治疗不及时,可以危及生命;如果治疗及时,可以治愈。

青少年人群,一般男性多于女性,多见于右侧肺。这种身材的人胸腔较大,一旦肺部发育不健全,存在先天性肺大疱,从事剧烈运动时,就会使肺内压力骤然升高,容易使肺大疱突然破裂,导致空气从肺部进入胸腔。提拿或高举较重的物品也容易诱发气胸。同时,自发性气胸还多见于长期吸烟人群,以及患有慢性肺部疾病的老人。这些人的肺部也容易产生肺大疱,在咳嗽、哮喘、剧烈活动及闭气后出现肺大疱破裂,引起自发性气胸。

胸部X线检查是诊断气胸最可靠的方法,可显示肺萎陷的

程度、有无胸膜粘连、胸腔积液及纵隔移位等。胸部X线平片可以显示无肺纹理的均匀透亮区的胸腔积气带。大部分患者的肺就像慢慢漏气的气球,越来越小,最后缩成一团,胸腔里全是空气,而少量气体往往局限于胸腔上部,常被骨骼掩盖。此时,让患者深呼吸,使萎陷的肺更加缩小,密度增高,与外带积气透光区形成更鲜明的对比,从而显示气胸带。大量气胸时,患侧肺被压缩,聚集在肺门区,呈球形阴影。在有些患者的胸部X线平片上可以见到肺尖部肺大疱。必要时,可以让患者进行胸

部CT扫描,可以更清晰地显示胸腔积气的范围、积气量和肺被压缩的程度。

对于初次自发性气胸患者,如果胸腔积气量少,无须特殊处理,胸腔内积气一般在2周内可自行吸收;如果胸腔积气量多,必须立即进行闭式胸腔引流术,通过胸壁在胸腔里放入一根引流管,但大多数患者,特别是患有肺大疱的患者还会复发,甚至有的患者左边气胸好了,右边又发生气胸。因此,自发性气胸临床复发率非常高,部分患者可能在首次发病后一个月内复发。

因此,有过自发性气胸的人

平时要注意预防上呼吸道感染(尤其是剧烈咳嗽);饮食方面要注意补充营养,摄入充足的蛋白质、维生素,适当进食富含粗纤维的食物,保持大便通畅(避免屏气);锻炼时应选取舒缓的运动,避免打篮球、踢足球等需要突然发力的剧烈运动;吸烟者应戒烟,防止发生上呼吸道感染,避免剧烈咳嗽。另外,瘦高者如果在剧烈咳嗽或用力过猛之后出现胸痛和呼吸困难,要警惕自发性气胸的可能,及时到医院就诊,以免延误治疗时机。

(作者供职于河南省人民医院)

肺移植手术的适应证及注意事项

□陈瑞云

哪些情况需要做肺移植手术

肺移植手术的适应证有慢性阻塞性肺疾病、肺间质纤维化、肺动脉高压、肺气肿、尘肺等。发生不可逆的终末期病变,导致肺功能无法恢复,不能担负日常生活,这时候就需要考虑换肺了。

肺移植手术前评估的内容有哪些

在做肺移植手术前,一般需要评估两方面内容:1.明确手术的适应证;2.排除手术禁忌证:严重的感染、重要脏器功能不全、合并肿瘤等。

肺移植的手术方式有哪些

肺移植的手术方式大致包括4种:单肺移植、双肺移植、心肺联合移植和亲体肺叶移植。手术方式的选择受许多因素影响,包括受体的疾病、年龄、体质、病情严重程度、供体的稀缺性等。

肺移植手术后的注意事项有哪些

肺移植手术后较常见的两大并发症是排斥和感染。术后管理对患者的预后和生存质量十分重要。肺移植手术后应注意以下几点:

- 1. 遵医嘱服药,终身服用抗排斥药物,严密监测血常规、肝肾功能,注意免疫抑制剂的副作用;严密监测血液抗排斥药物浓度,并及时告知专职随访医生。
2. 严格保持环境卫生,加强自我防护,戴口罩,少聚集,积极预防感染。
3. 减少久坐,坚持肺康复训练,降低术后并发症发生率。
4. 定期到门诊复诊,按照医生的要求做胸片、胸部CT、肺功能、气管镜、血气分析、心脏彩超、骨密度检查等。
(作者供职于河南省人民医院胸外科)

有关疼痛评估 你知道多少

□贾红影

疼痛是一种令人不愉快的感觉和情绪上的感受,伴随着现有的或潜在的组织损伤。相关研究显示,几乎每个人都有疼痛的经历。疼痛是主观的。因此,日常生活中,我们经常会听到周围人说某个部位很痛,但是让当事人具体描述或者评估的时候,却有种种无从说起的感受。这是怎么回事呢?我们应该怎样正确表达自己的疼痛呢?

下面,我跟大家简单讲一讲疼痛是怎么评估的,你怎样表达才能让医生和护士了解你的疼痛。

1. 疼痛的部位。让患者指出疼痛的确切部位,包括牵涉痛、放射痛部位。但是,深部组织疾病的疼痛部位往往不确切。

2. 诱发因素。询问患者的疼痛是否由身体活动而诱发,询问患者是否因为疼痛而影响日常生活,如睡眠、活动、饮食、心情等。

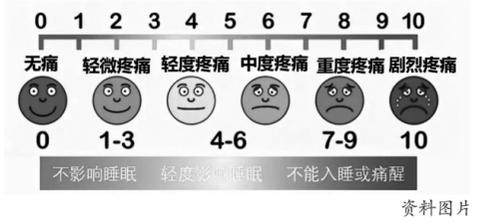
3. 疼痛的强度、性质、发生与持续时间。

疼痛的性质是医生找到患者疼痛病因的重要参考,临床上常见钝痛、隐痛、胀痛、抽痛、麻痛、电击样痛、痉挛性痛、绞痛、刀割样痛、针刺痛、烧灼痛等。要求患者用自己的语言详细描述疼痛的性质,只有当患者难以描述时才给予举例,进行疼痛性质的确认。要询问患者疼痛是间歇性的还是持续性的,每次疼痛间歇、持续多久,有无周期性或规律性,以前有无相似的疼痛经历。

4. 疼痛的缓解因素。如果患者以前有过相似的疼痛经历,了解患者的疼痛既往是如何缓解的。比如,在药物或非药物的治疗过程中,患者服用药物后多长时间开始缓解,可以维持多长时间。如果是非药物治疗(如物理治疗、心理咨询),了解患者对治疗方案的依从性。

5. 将疼痛程度用0-10表示,0表示无疼痛,10表示想象中最剧烈的疼痛。让病人自己选择一个最能代表自身疼痛程度的数字,或由医护人员协助病人理解后选择相应的数字描述疼痛。其中,0分是无痛,1-3是轻度疼痛,4-6是中度疼痛,7-10是重度疼痛。

疼痛评估是疼痛治疗的前提,包括以下几个方面:评估患者的疼痛程度,给予正确的疼痛干预和处理;明确诊断;在疼痛的诊疗过程中,结合病人的主观感受,提供比较客观的依据,及时调整治疗方案;在疼痛研究工作中,对科研成果做出判断分析和对照比较。疼痛评估工具是医护人员了解病人疼痛状态的桥梁。疼痛评估工具的正确选用和科学使用,决定了评估结果的可靠性,是有效镇痛的基础。(作者供职于河南省人民医院疼痛科)



资料图片