

儿童肺炎支原体肺炎诊疗指南(2023年版)(下)

重症和危重症的早期预警指标

以下指标提示有发展为重症和危重症的风险:

治疗后72小时持续高热不退;存在感染中毒症状;病情和影像学进展迅速,多肺叶浸润;CRP(C-反应蛋白)、LDH(乳酸脱氢酶)、D-二聚体、ALT(谷丙转氨酶)明显升高,出现的时间越早,病情越重;治疗后低氧血症和呼吸困难症状难以缓解或有新进展;存在基础疾病,包括哮喘和原发性免疫缺陷病等疾病;大环内酯类抗菌药物治疗延迟。

治疗原则

重点是早期识别和治疗SMPP(重症肺炎支原体肺炎)和FMPP(暴发性肺炎支原体肺炎)。最佳治疗窗口期为发热后5天~10天,病程14天以后仍持续发热,病情无好转者,常遗留后遗症。

鉴于MPP(肺炎支原体肺炎)临床表现的异质性,应根据分型制定个体化的治疗方案。轻症患儿除抗MP(肺炎支原体)治疗外,不应常规使用全身性糖皮质激素治疗;重症患儿应采取不同侧重点的综合治疗(抗感染、糖皮质激素、支气管镜、抗凝等),既要关注混合感染,也要准确识别和治疗过强炎症反应及细胞因子风暴,若不及时控制,可能增加混合感染和后遗症的发生概率。

一般和对症治疗

轻症不需要住院,密切观察病情变化,检测血常规和炎症指标等,注意重症和危重症识别。

充分休息和能量摄入,保证水和电解质平衡。结合患者的病情给予适当氧疗。正确服用退热药,对高热状态并禁食者,需要补充水和电解质。干咳明显影响休息者,可酌情应用镇咳药物。祛痰药物包括口服和雾化药物,也可辅助机械排痰、叩击排痰等物理疗法。

抗MP治疗

大环内酯类抗菌药物为MPP的首选治疗药物,包括阿奇霉素、克拉霉素、红霉素、罗红霉素和乙酰吉他霉素。阿奇霉素用法:轻症可给予10毫克/(公斤·天),每天1次,口服或静脉点滴,疗程为3天,必要时可延长至5天;轻症也可以第一天10毫克/公斤,每天1次,之后5毫克/(公斤·天),连续应用4天。重症推荐阿奇霉素静脉点滴,10毫克/(公斤·天),每天1次,连续应用7天左右,间隔3天~4天后开始第2个疗程,总疗程依据病情而定,多为两三个疗程,由静脉滴注转换为口服给药的时机为患儿病情减轻、临床症状改善、体温正常时。对婴幼儿,阿奇霉素的使用尤其是静脉制剂要慎重。大环内酯类抗菌药物治疗后72小时,根据患儿的体温情况等初步评价药物疗效。克拉霉素用法:10毫克~15毫克/(公斤·天),疗程一般为10天左右。乙酰吉他霉素用法:25毫克~50毫克/(公斤·天),疗程一般为10天~14天。红霉素用法:多为30毫克~45毫克/(公斤·天),疗程为10天~14天。罗红霉素用法:多为5毫克~10毫克/(公

斤·天),疗程10天~14天。

新型四环素类抗菌药物主要包括多西环素和米诺环素,是治疗MPP的替代药物,对耐药MPP具有确切疗效,用于可疑或确定的MP耐药的MUMPP(大环内酯类药物无反应性肺炎支原体肺炎)、RMMP(难治性肺炎支原体肺炎)、SMPP治疗。由于可能导致牙齿发黄和釉质发育不良,仅适用于8岁以上儿童。8岁以下儿童使用属于超说明书用药,需要充分评估利弊,并取得家长同意。米诺环素的作用相对较强,多西环素的安全性较高,在推荐剂量和疗程内,尚无持久牙齿黄染的报道。多西环素:推荐剂量为2毫克/(公斤·次),每12小时1次,口服或者静脉注射。米诺环素:首剂4毫克/(公斤·次),最大剂量不超过200毫克,间隔12小时后应用维持量2毫克/(公斤·次),每12小时1次,口服,每次最大量不超过100毫克。一般疗程为10天。

喹诺酮类抗菌药物是治疗MPP的替代药物,对耐大环内酯类MPP具有确切的疗效,用于可疑或确定MP耐药MUMPP、RMMP、SMPP治疗。由于存在幼年动物软骨损伤和人类肌腱断裂风险,18岁以下儿童使用属于超说明书用药,需要充分评估利弊,并取得家长同意。左氧氟沙星:6个月~5岁,8毫克~10毫克/(公斤·次),每12小时1次;5岁~16岁,8毫克~10毫克/(公斤·次),每天1次,口服或静脉注射;青少年:500毫克/天,每天1次,最高剂量750毫克/天,疗程7天~14天。莫西沙星:10毫克/(公斤·次),每天1次,静脉注射,疗程7天~14天。妥舒沙星:口服6毫克/(公斤·次),每天2次,最大剂量180毫克/次,360毫克/天,疗程7天~14天。

糖皮质激素治疗

主要用于重症和危重症患儿,常规应用甲泼尼龙2毫克/(公斤·天),部分重症患儿可能无效,需要根据临床表现、受累肺叶数量、肺实变范围和密度、CRP和LDH水平、既往经验或疗效调整剂量,可达4毫克~6毫克/(公斤·天);少数患儿病情严重,存在过强免疫炎症反应甚至细胞因子风暴,可能需要更大的剂量。需要每天评估疗效,若有效,应用24小时后体温明显下降或正常;若体温降低未达预期,需要考虑甲泼尼龙剂量不足、混合感染、诊断有误、出现并发症或其他措施处置不当等因素;一旦体温正常、临床症状好转、CRP明显下降,可逐渐减停,总疗程一般不超过14天。甲泼尼龙减量过程中出现体温反复,有可能是减量过快、出现并发症、混合感染或药物热等因素。

支气管镜介入治疗,轻症患儿不推荐常规支气管镜检查和治疗。怀疑有黏液栓和PB(塑形性支气管炎)的重症患儿应尽早进行,以减少并发症和后遗症。患儿病情危重、一般情况差、预计黏液栓和塑形物取出难度大等情况存在时,需要全身麻醉,可采用负压吸引、活栓

钳、异物钳、冷冻、刷取等方法。因PB造成的严重呼吸衰竭,若常规机械通气不能缓解,可以在体外膜肺氧合(ECMO)下进行清除。

注意检查支气管镜禁忌证,怀疑合并肺栓塞者应慎用。已发生NP(坏死性肺炎)时,除非怀疑有PB,一般不建议进行手术。做好术前、术中和术后管理,避免气胸和皮下气肿,重症患儿术后有可能呼吸困难加重,需要密切观察病情变化。支气管镜介入治疗的次数应根据病情和疗程。

静脉注射免疫球蛋白(IVIG)治疗

合并中枢神经系统表现、重症皮肤黏膜损害、血液系统表现等严重肺外并发症,混合腺病毒感染,重症MPP或存在超免疫炎症反应,肺内损伤严重等推荐使用。建议1克/(公斤·次),每天1次,疗程1天~2天。

胸腔引流

中量胸腔积液到大量胸腔积液者应尽早进行胸腔穿刺抽液或胸腔闭式引流。单纯MPP一般不会发生胸膜增厚、粘连和包裹性胸腔积液,不需要外科治疗。

预防性抗凝治疗

存在D-二聚体明显升高,但无肺栓塞临床表现的重症者可考虑使用。多用低分子量肝素100单位/(公斤·次),每天1次,皮下注射,一般1周~2周。

混合感染治疗

抗菌药物治疗:如高度怀疑或已明确MPP合并SP(肺炎链球菌)、SA(金黄色葡萄球菌)感染,且耐药的可能性较低,可联合应用第2代、第3代头孢类抗菌药物,不推荐常规联合限制使用的抗菌药物,如糖肽类、噁唑烷酮类和碳青霉烯类药物;混合革兰氏阴性菌感染多见于免疫功能缺陷者或SMPP的后期。抗真菌治疗方案参考儿童CAP(社区获得性肺炎)、HAP(医院获得性肺炎)规范和指南。当所使用的抗MP药物对混合感染的细菌也敏感时,尤其是使用喹诺酮类药物,一般不建议额外再加用其他抗菌药物。

抗病毒治疗:混合腺病毒感染时,可应用IVIG治疗,是否应用西多福韦应根据药物可及性、免疫功能状态,以及病情决定。合并流感时,可应用抗流感药物。混合鼻病毒和RSV(呼吸道合胞病毒)等感染,可对症治疗。

抗真菌治疗:原发性免疫功能缺陷患儿,病程长且长期应用大剂量糖皮质激素、气管插管等患儿,可能合并曲霉菌或念珠菌感染。肺炎球菌感染病情较轻或氟康唑敏感者首选氟康唑,病情较重或氟康唑耐药者可应用卡泊芬净、伏立康唑或两性霉素B(含脂质体)。肺曲霉感染采用伏立康唑或两性霉素B(含脂质体)治疗。

中药治疗

根据辨证施治的原则,MPP可联合使用清热宣肺等中药治疗。其他并发症治疗:PE(肺栓塞):确诊肺栓塞及高度怀疑且生

命体征不稳定者需要立即治疗。无论是否合并其他部位栓塞,血流动力学稳定时,以抗凝治疗为主,常用低分子量肝素钙皮下注射:100单位/(公斤·次),每12小时1次,不需要特殊实验室监测。血流动力学不稳定时,应用普通肝素抗凝,负荷量75单位/公斤,静脉点滴(大于10分钟)。初始维持量:≥1岁,20单位/(公斤·小时),泵入药物。溶栓时,普通肝素保持在10单位/(公斤·小时),溶栓后30分钟增至20单位/(公斤·小时),应根据活化部分凝血活酶时间(APTT)调整普通肝素用药方案,目标为正常值1.5倍~2倍。对于全身或局部溶栓治疗,建议多学科协作。少数患儿需要介入或手术取栓治疗。病情平稳后可以选择口服抗凝剂(华法林和利伐沙班)或低分子肝素,疗程3个月左右,应根据病情适当调整疗程。

NP:关键是治疗关口前移,对具有NP高风险患儿,应积极治疗MPP,降低发生风险。大部分NP转归良好,不需要手术切除肺叶。

支气管哮喘急性发作:急性期抗MP治疗的同时,使用糖皮质激素、支气管舒张剂等;缓解期治疗可参考支气管哮喘诊疗指南。

神经系统并发症:应根据临床综合征类型给予抗MP,全身使用糖皮质激素或IVIG治疗等。其中,阿奇霉素疗程一般不少于2周。病情重者,应用糖皮质激素联合或不联合IVIG。常规剂量应用甲泼尼龙,剂量1毫克~2毫克/(公斤·天),疗程3天~7天。大剂量激素冲击治疗仅限于个别危重或常规剂量无效的患儿,2周内减停。

皮肤黏膜损害:史蒂文斯-约翰逊综合征内科治疗包括抗感染、糖皮质激素(剂量、疗程应结合肺内病变综合考虑)、IVIG等。皮肤处理,防治眼部并发症很重要,外用含凡士林软膏覆盖糜烂面,皮损区域应用络合碘或含氯己定的抗菌溶液消毒;有眼部损伤者予以广谱抗生素和糖皮质激素眼用制剂;可外用糖皮质激素软膏缓解局部红斑、水肿和疼痛。

危重MPP的治疗原则

MPP诊治中面临的最大问题是其重症和危重症病例,以及遗留的后遗症,可发展为儿童和成人慢性肺疾病,个别危重症患儿甚至会死亡。

呼吸支持 呼吸衰竭是FMPP最常见的器官功能障碍,呼吸支持是FMPP最主要的生命支持治疗。轻度呼吸衰竭患者可采用经鼻持续气道正压通气或高流量鼻导管吸氧。无创通气不能缓解的呼吸衰竭或中度呼吸衰竭,应予以气管插管、有创通气。有创通气应采用肺保护性通气策略。呼吸机参数的设置应根据每个患儿发生呼吸衰竭的具体机制和原因决定,常规机械通气不能缓解的呼吸衰竭,可采用ECMO(体外膜肺氧合)治疗。

其他生命支持治疗 根据并发症的类型和脏器功能障碍的具体情况选择,如有休克者,应

根据休克类型和原因给予抗休克等循环支持治疗;急性肾损伤Ⅱ期以上、液体超负荷>10%且利尿剂治疗无效、危及生命的酸碱平衡和电解质紊乱者,应以肾替代治疗(RRT);支气管镜清除塑形物;大量心包积液,应立刻进行心包穿刺或引流;有血栓形成者,及时给予抗凝和(或)溶栓治疗等。

其他治疗 抗MP、丙种球蛋白、糖皮质激素使用等同前。

转诊标准

判断为重症或危重症MPP患儿,缺乏生命支持技术及支气管镜介入技术不熟练或其他治疗经验不足,应转入上级医院进行治疗。

呼吸器后遗症的早期诊断及治疗

MPP的后遗症有闭塞性支气管炎、闭塞性细支气管炎(包括透明肺)、支气管扩张、肺不张、机化性肺炎等。

闭塞性细支气管炎(bronchiolitis obliterans,BO)对于容易发生BO的高危人群,当MPP急性炎症控制后,应密切关注本病的发生,并间隔2周~4周进行随访。一旦出现下列三项之一,应考虑本病,并进行胸部CT检查确诊,运动耐力下降,或持续喘息或新出现喘息、呼吸费力;肺部固定湿性啰音,胸骨上窝凹陷;肺功能检查提示小气道阻塞。

除了对症治疗和康复治疗外,早期及时应用糖皮质激素治疗是关键,其他药物的治疗效果尚不明确。病情重者可用冲击疗法,甲泼尼龙10毫克~30毫克/(公斤·天),连用3天,每个月1次,持续3个月~6个月甚至更长时间;也可采用甲泼尼龙静脉注射(根据病情采取不同剂量),病情稳定后口服序贯治疗。中度患儿可口服泼尼松治疗。轻度患儿仅需要糖皮质激素雾化吸入治疗。若激素疗效不佳,应及时停用。

闭塞性支气管炎 对于容易发生闭塞性支气管炎的高危人群,当MPP急性炎症控制后,无论有无持续咳嗽或气促表现,当出现以下表现之一时,可诊断本病:支气管镜下发现亚段及次亚段支气管远端阻塞,一些患儿伴有近端管腔扩张;超过6个月以上病程,胸部影像学显示肺不张未完全吸收,近3个月内病情变化不明显。对于发生时间短、气管走行无迂曲的膜性闭塞性支气管炎病例,可采用激光消融、活瓣钳夹及球囊扩张等介入方法实现气道再通。对于镜下诊断>3个月、闭塞远端小气道走行不清、闭塞累及气道广泛者,不建议介入治疗。糖皮质激素具有抑制纤维组织增生,促进其吸收的作用,病程早期(膜性闭塞性支气管炎期)应用可能有效。

其他部分MPP引起的支气管扩张可恢复,超过6个月未恢复者考虑后遗症,支气管扩张常与闭塞性支气管炎、闭塞性细支气管炎并存。机化性肺炎常与闭塞性支气管炎,以及支气管扩张并存。目前尚无确切的治疗方法。

(据国家卫生健康委员会发布资料)

健康教育处方

乳腺癌患者健康教育处方

乳腺癌是发生于乳腺上皮组织的恶性肿瘤。乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤,男性乳腺癌比较少见。乳腺癌的早期表现包括乳房内肿块、乳头溢液、乳头回缩或糜烂、乳房皮肤凹陷或隆起等,晚期可出现远处转移,常见的转移部位为骨、肺、肝、脑等,转移造成的多器官功能衰竭可危及生命。

乳腺癌的病因尚未完全清楚,已知的患病因素包括乳腺癌家族史、遗传因素,月经初潮早、绝经晚、独身、晚婚、初产年龄大、未哺乳、绝经后肥胖,长期使用雌激素,长期吸烟等。但是,乳腺癌的发生常为多种因素综合作用的结果。

早期诊断,尽早治疗,可以降低治疗成本,延长寿命。保持健康的生活方式,积极治疗和康复训练,有助于改善患者的生活质量。

健康的生活方式

避免服用含雌激素的药物(如某些避孕药、保健品等)。

控制体重。尤其是绝经后超重或肥胖患者,需要通过健康饮食、合理运动等方式控制体重。

食物多样化,营养均衡,多吃新鲜的蔬菜、水果,避免高糖、高脂饮食。

不吸烟,不饮酒。

避免过度劳累,规律作息,保证睡眠充足。

患者身体状况允许时,可在医生指导下进行适度运动,但以不引起劳累和不适为宜。

保持心情舒畅、情绪稳定,减轻精神压力。

治疗与康复

术后,患者在专业医生指导下逐渐进行上肢功能锻炼,如上肢旋转、屈伸等动作。在康复过程中患者如有疼痛加剧等不适症状,应及时咨询专科医生。

术后患侧上肢避免长时间下垂,避免负重、抽血、静脉输液、皮下注射、测量血压,避免蚊虫叮咬,休息和睡眠时避免压迫患侧手臂,避免佩戴过紧的戒指、手镯、手表等,以免影响淋巴回流。如已发生上肢淋巴水肿,患者需要及时就诊。

化疗期间遵医嘱按时进行血常规、生化等检查;注意休息,适当活动;注意饮食卫生,保持营养均衡,适量摄入富含优质蛋白质的食物;保持口腔

清洁;远离有呼吸道传播疾病的患者,必要时佩戴口罩。

放疗期间避免放疗区域皮肤摩擦,保持局部皮肤干燥、清洁;避免使用过热的水洗浴;避免穿紧身内衣;照射区域避免日光照射,以及热敷或冰敷等刺激;照射区域不可擅自涂抹药膏、粘贴胶布。如有皮肤红肿、瘙痒、疼痛、水泡、破溃等症状,患者需要及时就诊。内分泌治疗期间要按时服药,适当补钙,遵医嘱定期复查妇科彩超、骨密度、血生化等检查。

在靶向治疗期间患者要遵医嘱定期进行心电图、超声心动图等心脏检查,如有胸闷、气短等症状需要及时就诊。

在放疗及内分泌治疗期间,患者应严格避孕,建议采用工具避孕。有生育需求的年轻患者可在化疗开始前向医生咨询卵巢功能保护措施。治疗结束后,患者如有生育计划,建议备孕前先咨询专科医生。遵医嘱定期复查。

紧急处理

化疗后出现不良反应时,患者应及时咨询医生。如果出现严重不良反应,如严重呕吐、腹泻,白细胞明显减少等严重骨髓抑制现象,高热等,或出现其他严重情况,患者应尽快到医院就诊。

检查血常规等,警惕骨髓抑制(如白细胞明显减少等);平时遵医嘱进行阴道冲洗,以免出现阴道粘连;一般在放疗后3个月~6个月可能出现放射性膀胱炎和直肠炎,表现为血尿、便血或腹泻,需要及时就诊。

长期康复计划。患者需要长期随访,遵医嘱定期复查。每次随访时,患者应主动告诉医生有无阴道排液、盆腔疼痛、浅表肿块、大小便不通畅、下肢肿胀等情况。

全方位康复计划。患者应积极做好自我管理,与病友交流分享治疗经验,互相鼓励和支持,树立积极治疗信念。

紧急处理

如果晚期乳腺癌表面发生大血管破裂,可能导致严重的突发大量出血。一旦遇到这种情况,患者应立刻到附近医院就诊。

(中国健康教育中心提供)

宫颈癌患者健康教育处方

宫颈癌是发生于子宫颈上皮组织的恶性肿瘤。宫颈癌是我国女性生殖道常见的恶性肿瘤,常见类型为鳞状细胞癌、腺癌等。宫颈癌的早期可以没有症状,有时表现为同房出血、白带增多等,晚期可出现水样白带、阴道大量流血、肾盂积水、盆腔疼痛等。宫颈癌的主要危险因素包括持续感染人乳头瘤病毒(HPV)、多个性伴侣、吸烟、性生活过早(<16岁)、患有性传播疾病、口服避孕药或免疫抑制剂等。有性生活的女性需要定期接受宫颈癌筛查,一旦发现癌前病变需要及时诊治。

早诊断、早治疗,可以降低治疗成本,延长寿命。患者采取健康的生活方式,积极治疗和康复训练,有助于身体康复,改善生活质量。

健康的生活方式

食物多样化,营养均衡,多吃新鲜的蔬菜、水果、奶类、豆制品,适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉。

不吸烟,不饮酒。

避免过度劳累,规律作息,保证睡眠充足。

身体状况允许时,患者可在医生指导下适度运动,以不引起劳累和不适为宜。

保持心情舒畅、情绪稳定,减轻精神压力。宫

颈癌治疗结束后,患者可以适度过性生活。

治疗与康复

需要药物治疗者严格遵医嘱用药。

宫颈锥切术后盆底康复。术后,患者可能出现尿频、尿急(排尿不畅)或尿失禁等表现。轻度尿潴留或尿失禁患者可进行盆底功能锻炼,以改善症状。

下肢淋巴水肿康复。下肢淋巴水肿是根治性手术和放疗后常见的并发症,表现为下肢肿胀或腹股沟(大腿根部)肿胀,有时影响走路。患者下肢要避免长时间下垂、运动,可以每天抬高患肢,穿弹力袜以减少淋巴水肿有一定效果;如已发生下肢淋巴水肿,可进行按摩以促进淋巴回流,或到专业科室进行咨询。

化疗期间康复。在化疗期间,患者的免疫功能受到抑制,身体抵抗力下降,容易感冒。在化疗的间歇期(即每次化疗后的空档时间,一般为3周~1个月),患者要居家休息,减少亲友探望,避免到人多、通风不良的环境,外出时佩戴口罩,按时进行血常规、血生化等检查,必要时进行升白细胞、保肝等药物治疗。

放疗期间康复。根治性放疗患者要根据医嘱



胃肠型感冒和急性肠胃炎怎样区分

刘增福

胃肠型感冒和急性肠胃炎都是常见的消化系统疾病,在症状和病因上有一些相似之处,却是不同的两种疾病。

主要病因

胃肠型感冒又称病毒性胃肠炎,因感染病毒引起的胃肠道炎症。引起胃肠型感冒的常见病毒有轮状病毒、诺如病毒、腺病毒等。胃肠型感冒主要通过飞沫和食物、饮水传播。

急性肠胃炎可以由多种原因引起,如细菌感染、寄生虫感染、食物中毒等。细菌感染常见的是大肠杆菌和沙门氏菌,导致急性肠胃炎的寄生虫有蛔虫、钩虫等。急性肠胃炎主要通过食物、饮水或直接接触进行传播。

症状表现

胃肠型感冒的主要症状包括呕吐、腹泻、恶心和腹痛。一般来说,感冒病毒引起的胃肠型感冒症状较轻,持续时间较短,通常在一周内症状会逐渐缓解。此外,胃肠型感冒可能伴有轻度的发热和乏力。

急性肠胃炎的主要症状包括腹痛、腹泻、恶心、呕吐和发热。与胃肠型感冒不同,急性肠胃炎通常由细菌或寄生虫感染引起,症状较为严重,并且持续时间较长,患者可能需要一周或更长时间才能完全康复。

预防措施

了解胃肠型感冒和急性肠胃炎的区别,有助于医生准确诊断和采取适当的治疗措施。对于患者来说,随着症状的发展,对饮食和生活方式的调整也很重要。及时补充水分,避免摄入高脂肪、高纤维食物,选择易消化的食物有助于缓解症状。此外,保持良好的个人卫生习惯,勤洗手,避免与患者共用餐具和毛巾,也是预防感染的有效措施。

在预防传染病方面,加强健康教育对于群众的健康意识提高和疾病预防非常重要。遵循正确的饮食卫生和个人卫生习惯,定期清洁用具,进行食品消毒,环境消杀,能有效减少感染风险。

治疗方法

胃肠型感冒是自限性疾病,一般不需要特殊治疗。患者除了休息和饮食调节外,保持摄入足够的水分也非常重要。此外,由于胃肠型感冒往往伴有腹泻和呕吐,选择易消化的食物(如米粥、面条、土豆等),避免油腻和刺激性食物,有助于减轻症状。

对于急性肠胃炎的治疗,重点是控制症状和根除病因。首先,根据病原体的不同,采取相应的治疗措施。如果是细菌感染引起的,可能需要使用抗生素治疗。对于寄生虫感染,使用抗寄生虫药物进行治疗。其次,摄入充足的水分非常重要,防止脱水。此外,低脂、低纤维的饮食有助于减轻胃肠系统负担,选择易消化的食物(如米饭、面条、面包和水果泥等),避免食用过热或刺激性食物,有助于缓解症状。

胃肠型感冒和急性肠胃炎虽然在症状和病因上有相似之处,但通过其定义、病因和症状,我们可以发现两种疾病之间的区别。了解这些区别有助于准确诊断和采取适当的治疗措施,以便患者早日康复。如果出现严重的症状或持续时间较长,患者应及时就医,以获得专业的诊断和治疗建议。

(作者供职于菏泽市立医院)