

合理用药

发热伴血小板减少综合征防治指南(2010版)

近年来,河南、湖北、山东、安徽等省相继发现并报告一些以发热伴血小板减少为主要表现的感染性疾病病例,其中少数重症患者可因多脏器损害,救治无效死亡。为确定该类患者的致病原因,中国疾病预防控制中心与有关省开展了流行病学调查与病原学研究。2010年5月,中国疾病预防控制中心在湖北、河南两省的部分地区启动了发热伴血小板减少综合征病例监测工作。经对患者血液中分离到的病毒进行鉴定、全基因组基因序列分析、急性期和恢复期双份血清抗体中和试验等实验室检测,发现两省报告的大部分病例标本中存在一种属于布尼亚病毒科的新病毒感染,并初步认定检测发现的发热伴血小板减少病例与该新病毒感染有关。由于该病毒命名和进一步确认工作还在进行之中,暂以发热伴血小板减少综合征命名此病毒感染所致疾病。为及时指导临床医生和疾病预防控制中心专业人员做好该病的诊断、报告、治疗、现场调查、实验室检测、疫情防控和公众健康教育工作,依据目前对该病的认识和研究进展制定本技术指南。

一、目的

(一)指导各级医疗机构开展发热伴血小板减少综合征的诊断和治疗,及时报告病例并做好个人防护工作。
(二)指导各级疾病预防控制中心开展发热伴血小板减少综合征流行病学调查、实验室检测和疫情控制工作。
(三)指导各地做好预防发热伴血小板减少综合征的公众健康教育工作。

二、疾病概述

(一)病原学。新发现的病毒属于布尼亚病毒科(Bunyaviridae)白蛉病毒属(Phlebovirus),病毒颗粒呈球形,直径80~100纳米,有脂质包膜,表面有棘突。基因组包含三个单股负链RNA片段(L、M和S),L片段全长为6368个核苷酸,包含单一读码框架编码RNA依赖的RNA聚合酶;M片段全长为3378个核苷酸,含有单一的读码框架,编码1073个氨基酸的糖蛋白前体;S片段是一个双义RNA,基因组以双向的方式编码病毒核蛋白和非结构蛋白。病毒基因组末端序列高度保守,与白蛉病毒属其他病毒成员相同,可形成锅柄状结构。

该病毒与布尼亚病毒科白蛉病毒属的裂谷热病毒Uukuniemi病毒的氨基酸同源性约为30%。

布尼亚病毒科病毒抵抗力弱,不耐酸,易被热、乙醚、去氧胆酸钠和常用消毒剂及紫外线照射等迅速灭活。

(二)流行病学。

1.地理分布。目前已在河南、湖北、山东、安徽、辽宁、江苏等省发现该病病例,病例主要

分布在以上省份的山区和丘陵地带的农村,呈高度散发。

2.发病季节。本病多发于春、夏季,不同地区可能略有差异。

3.人群分布。人群普遍易感,在丘陵、山地、森林等地区生活、生产的居民和劳动者以及赴该类地区户外活动的旅游者感染风险较高。

4.传播途径。传播途径尚不确定。目前,已从病例发现地区的蜱中分离到该病毒。部分病例发病前有明确的蜱叮咬史。尚未发现人传人的证据。急性期病人血液可能有传染性。

(三)临床表现。潜伏期尚不十分明确,可能为1~2周。急性起病,主要临床表现为发热,体温多在38摄氏度以上,重者持续高热,可达40摄氏度以上,部分病例病程可长达10天以上。伴乏力、明显纳差、恶心、呕吐等,部分病例有头痛、肌肉酸痛、腹泻等。查体常有颈部及腹股沟等浅表淋巴结肿大伴压痛,上腹部压痛及相对缓脉。

少数病例病情危重,出现意识障碍、皮肤瘀斑、消化道出血、肺出血等,可因休克、呼吸衰竭、弥漫性血管内凝血等多脏器功能衰竭死亡。

绝大多数患者预后良好,但既往有基础疾病、老年患者,出现精神神经症状、出血倾向明显、低钠血症等提示病重,预后较差。

三、诊断、治疗和报告

医疗机构应当按照《诊疗方案》(附件2)和《中医诊疗方案》(附件3)做好诊断和治疗。

各级医疗机构发现符合病例定义的疑似或确诊病例时,暂参照乙类传染病的报告要求于24小时内通过国家疾病监测信息报告管理系统进行网络直报。疑似病例的报告疾病类别应选择“其他传染病”中的“发热伴血小板减少综合征”;对于实验室确诊病例,应当在“发热伴血小板减少综合征”条目下的“人感染新型布尼亚病毒病”进行报告或订正报告。

符合《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》要求的,按照相应的规定进行报告。

四、实验室检测

各级医疗机构发现疑似病例时,应当按照《实验室检测方案》(附件4)要求,采集病人急性期血清标本,并进行实验室检测。若诊断需要,当地疾病预防控制中心可协助医疗机构采集恢复期标本进行抗体滴度对比检测。无条件检测的医疗机构,应当将标本运送至当地疾病预防控制中心开展检测工作。当地疾病预防控制中心机构若无条件进行检测,应当将标本运送至上级疾病预防控制中心开展检测工作。疾病预防控制中心应当及时向医疗机构反馈检测结果。

在标本采集、运输及实验室工作过程中,

要按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》等相关规定,做好生物安全工作。标本采集时可进行一般性防护(穿戴口罩、手套和长袖工作服)。采集后应当将标本置于防漏容器中送检,注意不要污染容器的外表,并做好相应的消毒。进行血清学和核酸检测时,应当在生物安全Ⅱ级及以上的实验室开展。

五、流行病学调查

疾病预防控制中心接到病例报告后,应当按照《流行病学调查方案》(附件5),立即组织专业人员开展流行病学调查,追溯可能的感染来源,调查传播途径及相关影响因素,填写《流行病学个案调查表》(见附件5附表),并录入至EpiData数据库(中国疾病预防控制中心网站下载),由省级疾病预防控制中心每月底收集汇总本省(区、市)数据库,并及时上报至中国疾病预防控制中心邮箱cdcztb@gmail.com。

出现聚集性病例时,应当及时上报上级疾病预防控制中心,并由省级及以上疾病预防控制中心组织开展相关调查工作。

六、预防控制措施

(一)加强病例管理,降低传播风险。一般情况下无需对病人实施隔离。对病人的血液、分泌物、排泄物及被其污染的环境和物品,可采取高温、高压、含氯消毒剂等方式进行消毒处理。在抢救或护理危重病人时,尤其是病人有咯血、呕血等出血现象时,医务人员及陪护人员应加强个人防护,避免与病人血液直接接触。

(二)开展各级医疗卫生专业人员培训,提高防治能力。各地应当开展对医务人员和疾控人员的培训工作,提高医务人员发现、识别、报告和治疗能力;提高疾控人员的流行病学调查和疫情处置能力。

(三)加强检测,提高实验室诊断能力。发现疑似病例时,应当及时采集标本开展实验室检测。各省级疾病预防控制中心应当尽快建立对该病的实验室检测能力。已发生或可能发生疫情的地市级和县(区)级疾病预防控制中心和医疗机构也应当逐步建立该病的实验室诊断能力。

(四)做好公众健康教育,提高防病知识水平。积极、广泛地宣传疾病防治和蜱等媒介昆虫的防治知识,使广大群众掌握最基本的预防常识从而有意识地去保护自己,及时有效地采取预防手段,使公众正确对待疾病的发生,避免疫情发生后引起不必要的社会恐慌。蜱防治宣传要点见附件6。

(五)做好媒介控制工作,降低传播媒介密度。应当通过开展爱国卫生运动、进行环境清理,必要时采取灭杀蜱等措施,降低生、活环境中蜱等传播媒介的密度。(卫生部)



协会发言人艾略特·安特曼博士认为,为了降低因服用止痛药导致的心脑血管疾病风险,非甾体类抗炎药应尽量用最小剂量,并且尽量缩短用药时间。(志中)

耐多药结核病的三种治疗方案

耐多药结核病近年来在临床上越来越多见。据估算,全国每年新发耐药肺结核病患者约56万,其中单耐药肺结核病患者约31万,多耐药肺结核病患者约12万,耐多药肺结核病患者约12万,广泛耐药肺结核病患者约1万。在所有患者中,耐异烟肼和链霉素患者的比例明显高于耐其他药物的比例。

化疗仍然是耐药结核病的主要治疗手段。目前耐多药肺结核病化疗的基本策略有三种:

标准化治疗方案 在缺乏个体化药敏试验的情况下,要根据有代表性的患者耐药监测数据设计治疗方案,同一组或同一类别的所有患者使

用同一治疗方案。优点是药物订购简单,对高技术实验室依赖性低,能使更多患者得到治疗。缺点是未考虑个体因素。

个体化治疗方案 根据患者抗结核治疗史和个体药敏试验结果确定每个方案。优点是可以避免使用已经耐药的、毒性大、价格贵的药物。缺点是费用高,药品采购复杂,对实验室要求较高,需要对二线药物进行药敏试验。

经验性治疗方案 根据患者既往抗结核治疗史以及有代表性的患者耐药监测资料分别设计每一方案。

化疗方案的设计应根据患者用药史、耐药情况以及本地区耐药菌株的流行情况等

综合制定,方案应包括至少4种有效或基本有效的药物。如果对某种药物的有效性不清楚,在方案中可以包含此药物,但治疗不能依赖这种药物,切忌“假联合”。注射剂(氨基糖苷类或卷曲霉素)至少使用6个月,总疗程应为培养阴转后至少18个月。

现常采用标准化治疗,或者先应用标准化治疗,随之个体化治疗,或者先使用经验性治疗,随之个体化治疗。当出现方案中某一药物或可疑药物导致不良反应时,治疗效果不佳(治疗6月痰菌检查仍阳性),已有药敏结果证实方案中某一药物耐药等情况时,应选择敏感或可能敏感的药物进行替代。(杨国峰)

卡介菌多糖核酸注射液治疗小儿反复呼吸道感染

我院在2006~2009年用卡介菌多糖核酸注射液治疗小儿反复呼吸道感染,并与常规治疗作比较,效果满意。

选择反复呼吸道感染患儿60例,年龄8个月~8岁,分为治疗组 and 对照组各30例。

治疗 治疗组用卡介菌多糖核酸注射液,8个月~3岁每次0.5毫升,3~8岁每次1毫升,肌肉注射,每周两次,3个月为一疗程;常规抗感染、平喘、止咳、祛痰治疗;急性期给予对症处理。对照组除不用卡介菌多糖核酸注射液外,其他同治疗组。

疗效判定 显效:1个疗程内不再复发。好转:1个疗程内反复上呼吸道感染和(或)下呼吸道感染次数较治疗前明

显减少,且发作时病程缩短,症状减轻。无效:1个疗程内反复呼吸道感染次数、症状及病程没有改变。

结果 治疗组显效19例,好转10例,无效1例。对照组显效4例,好转6例,无效20例。治疗组的显效率明显高于对照组,且两组在治疗过程中均未发现明显副作用和并发症。

小儿反复呼吸道感染与机体免疫功能降低有关,笔者认为有以下原因:一、免疫功能还未健全。二、反复、长期使用抗生素对T细胞转化有抑制作用。三、病毒、细菌反复刺激,T细胞处于疲惫状态。卡介菌多糖核酸是新一代免疫调节药,主要通过调节机体内的细胞免疫、体液

免疫,刺激网状内皮系统,激活单核—巨噬细胞功能,增强巨噬细胞吞噬能力,增加溶菌酶活力,从而增强机体抗病能力。另外,卡介菌多糖核酸还能促进白介素-1产生,因而可增强辅助T细胞功能,并能选择性提高巨噬细胞杀伤细菌的能力。卡介菌多糖核酸通过稳定肥大细胞封闭免疫球蛋白功能,减少脱颗粒细胞释放活性物质,具有抗乙酰胺胆碱所致的支气管痉挛作用,甚至对抗敏及平喘作用。所以认为,早期或预先使用卡介菌多糖核酸注射液,能明显减少反复呼吸道感染次数,且呼吸道感染时症状及病程也会明显减轻、缩短。(向伟 陈芬)

新诊断出糖尿病的患者早用二甲双胍

近年来,美国糖尿病学会和欧洲糖尿病研究学会达成共识并一致建议,新确诊的2型糖尿病患者,在进行生活方式干预的同时,尽量早期应用二甲双胍治疗,并将这一治疗贯穿全过程。我国2007年颁布的《中国2型糖尿病防治指南》中也指出,二甲双胍可与生活方式干预同时进行;同时指出,二甲双胍是超重及肥胖的2型糖尿病患者的一线药物,也可以是正常体重患者的一线药物之一。

为何新诊断的糖尿病患者要早用二甲双胍?医学专家的解释包括两方面。

第一,是病情需要。糖尿病的发生与发展并非一蹴而就,而是经历了胰岛素抵抗—糖耐量减低—糖尿病的“三部曲”过程,由于这一发展过程早期患者可以没有任何症状,也不会出现明显不适,不进行专门检查是不会发现的,所以

一旦等到患者出现多饮、多尿、多食、消瘦等典型“三多一少”症状,方才被查出时,往往已有胰岛素功能的明显缺陷,单纯生活方式干预难以有效控制血糖,更无法做到血糖达标。所以,对绝大多数2型糖尿病患者来说,从明确诊断时起就应该给予降糖药物治疗,并将其与生活方式的干预密切结合起来,以减少并发症,更好改善预后。

第二,二甲双胍用于新诊断糖尿病的早期治疗具有其独特优势。二甲双胍的主要降糖机制是改善肝脏和肌肉的胰岛素抵抗。在肝脏,二甲双胍可减少肝糖原输出,抑制肝糖原异生和分解,从而降低血糖。在肌肉,二甲双胍可促进肌细胞葡萄糖无氧酵解,增加肌肉组织对葡萄糖的摄取,并通过抑制脂肪分解,降低游离脂肪酸水平,从而增强组织对胰岛素的敏感性。临床研究表

明,二甲双胍的应用能够胰岛细胞功能,取得有效降糖疗效,作用温和,不增加患者体重,不仅适用于超重及肥胖患者,也可用于体重正常患者。另外,二甲双胍与任一降糖药的联合应用均可增加降糖疗效,相对副作用少,这为其成为2型糖尿病的首要治疗药物奠定了良好的基础。尽管从理论上讲,二甲双胍可引起乳酸酸中毒,但只是见于大剂量或有严重肝肾功能受损时,而在通常情况下,常规剂量的应用是不会引起乳酸酸中毒的。

新诊断出的糖尿病患者,不必对药物治疗顾虑过多,应及时将生活方式干预与药物治疗结合起来。患者进行药物治疗时,最好首选二甲双胍,开始每次0.25克,每天2~3次,以后根据疗效逐渐加量,可达到每天1~1.5克。注意,必须在餐中服药,以减轻胃肠道反应。(魏开敏)

传统医药

小儿腹泻中医诊疗技术

小儿腹泻是一组由多病原、多因素引起的,以大便次数比平时增多及大便秘状有改变(如稀便、水样便、黏液便或脓血便)为特点的儿童常见病。6个月~2岁婴幼儿的发病率较高,多发生在夏秋季节,若不及时治疗,可危及生命。小儿腹泻是造成小儿营养不良、生长发育障碍及死亡的主要原因之一。在我国虽然由于儿童营养情况及医疗条件的改善,由腹泻病引起的死亡率明显地下降,但其发病率仍高。小儿腹泻为儿科重点防治的四大病之一。小儿腹泻属中医“泄泻”范畴。

辨证论治

一、常证

伤食泻证 症候:大便酸臭,或如败卵,腹部胀满,口臭纳呆,泻前腹痛哭闹,多伴恶心想吐,舌苔厚腻,脉滑有力。治法:消食化积,和中渗湿。方药:保和丸加减。伤于肉食者重用山楂;伤于面食者重用莱菔子;伤于谷食者重用神曲;脾胃薄弱者加白术、谷芽;腹痛较剧及气弱者,加木香、厚朴以理气消胀;呕吐较甚者加藿香、生姜、竹茹降逆止吐。

风寒泻证 症候:大便色淡,带有泡沫,无明显臭气,腹痛肠鸣,或伴鼻塞,流涕,身热,舌苔白腻,脉滑有力。治法:疏风散寒,化湿和中。方药:藿香正气散。表寒较重者加荆芥、防风;肢体酸痛者加羌活、秦艽;寒邪直中太阴者加炮姜、砂仁,去生姜;如腹痛较甚者,加木香、砂仁以理气止痛;纳差者,加山

楂、神曲以消食导滞;小便短少者,加泽泻、猪苓以渗湿利尿。

湿热泻证 症候:泻如水样,每天数次或数十次,色褐而臭,可有黏液,肛门灼热,小便短赤,发热口渴,舌质红,苔黄腻,脉数。治法:清热利湿。方药:葛根苓连汤合六一散加减。伴腹痛甚者,加白芍药、木香以理气止痛;呕吐频者,加半夏、生姜汁以降逆辟秽;高热、烦渴引饮者,加石膏、寒水石以清热除烦;湿邪偏重,口不甚渴,舌苔厚腻者,加厚朴、苍术以健脾燥湿。

脾虚泻证 症候:久泻不止,或反复发作,大便稀薄,或是水样,带呈有奶瓣或不消化食物残渣,神疲纳呆,面色少华,舌质偏淡,苔薄腻,脉弱无力。治法:健脾益气,助运化湿。方药:参苓白术散。伴腹痛者,加木香、香附以理气止痛;大便秘结或水谷不化者,加干姜以温中散寒;久泻不止,而无夹杂积滞者,加诃子、赤石脂以固涩止泻。

脾肾阳虚泻证 症候:大便稀薄,完谷不化,形体消瘦,或面目虚浮,四肢欠温,舌淡苔白,脉细无力。治法:补脾温肾,固涩止泻。方药:附子理中汤合四神丸。脱肛者,加黄芪、炙升麻以升提中气;久泻不止者,加诃子、赤石脂、禹余粮以收敛固涩。

二、变证

伤阴证 症候:泻下无度,质稀如水,色黄混浊,小便短少,皮肤干燥或枯瘦,目眶及前凶凹陷,啼哭无泪,精神萎靡或烦躁不安,

口渴引饮,齿干唇红,舌绛无津或起芒刺。治法:健脾益气,酸甘敛阴。方药:连梅汤。余邪未清者,可去生地黄、麦冬、阿胶,改用白芍药、石斛、芦根、甘草以清养胃阴。

阳阳证 症候:暴泻不止,便稀如水,面色苍白,神疲气弱,表情淡漠,四肢厥冷,冷汗自出,舌淡苍白,脉象沉细。治法:挽回阳回,救逆固脱。方药:参附龙牡救逆汤。泄泻不止者加干姜、白术以温中扶脾;久泻、暴泻者,除阳回外,还有伤阴症状,可合用连梅汤以阴阳两补。

经验方

验方一 药物组成:生姜6克,茶叶3克,食盐1.5克。适应症:泄泻腹胀、轻度脱水者。用法用量:煎汤频服。

验方二 药物组成:焦山楂、鸡内金各等份。适应症:伤食腹泻。用法用量:研为细末,每次服1~2克,每天3次。

保和汤加减 药物组成:茯苓9克,泽泻6克,桔梗6克,苍术6克,陈皮6克,炒神曲9克,山楂6克,大腹皮6克,莱菔子6克,甘草3克。适应症:伤食腹泻。用法用量:每天1剂,分两次服。

止泻1号 药物组成:野党参4.7克,焦白术4.7克,茯苓6克,陈皮4.7克,泽泻4.7克,苍术6克,法半夏3克,炙甘草1.6克。适应症:单纯性消化不良(伤乳泻及伤食泻)。用法用量:每天1剂,分4次服。

(据《中国中医药报》)

治膝关节滑膜积液新方

膝关节滑膜积液,肿胀疼痛久治不愈,中医称为“鹤膝风”,和西医骨科诊断的膝关节骨性关节炎或为增生性膝关节炎相似。主要症状是膝关节滑膜两侧或一侧肿胀,持续性钝痛,屈伸功能受限,有痛如针刺,行走上下楼梯明显受限,大多遇寒疼痛加重,得温痛减。此病治疗颇难,现代医学至今无理想治愈之法。笔者深入探究近代护国大师吴佩衡白通四逆辈十方和业师朱良春“培养肾阳治杂病”方药,用两法合璧,创“膝痛煎散”,内服或内外兼治,疗效急速,治愈者甚众,充分体现传统中医“煎散”剂型的优势。

“膝痛煎散”融吴朱两家之法,膝痛重者一方内外兼治,方由白制附子、九蒸煨姜、

甘草、麻黄、桂皮、肉桂、白芍药、茯苓、炒苍术、黄柏、防风、柴胡、淫羊藿、仙茅、山药组成,等量共粉过60目筛。每天内服33~38克,加水500~600毫升,水开后3~5分钟,连汤带药分3~4次服。重症者除内服之外,加小葱根白30枚,炒白芥子粉30克共放纱布袋,加水1000毫升、白醋500毫升,文火煎6~10分钟倒出,连续3天用纱布蘸药汁湿敷膝关节滑膜肿痛处。此方乃融“茯苓四逆汤”、“麻黄附子甘草汤”、“桂枝汤”、“东垣”苍术汤以及朱师“培补肾阳方”于一炉,临床按患者个体差异,即寒热虚实偏胜,灵活调整部分主药的量比。服药期间忌食所有水果、饮料、牛奶、豆浆、酸冷寒凉食物、绿茶,忌空调、沐浴(可用热毛巾



上肥皂擦洗身体),忌引动肝风食物如鸡、虾蟹之类、咸菜、咸鱼等。

重症患者加小葱白根须、炒白芥子、白醋,煎汁外敷,直入膝关节皮里膜外,祛湿通络化痰退肿。内外合治,内补外攻,内调外引,法简效宏,尤对老年患者,稳中心功。体弱久病虚中夹实,创用“煎散”剂型,且味香甜微辣,患者多乐于坚持和配合。(邢志济)

专家提示复方甘草片含服治疗效果好

复方甘草片,由于其价格低廉,服用方便,疗效较好,所以成为治疗上呼吸道感染、急性支气管炎等疾病所致咳嗽的常用药。由于复方甘草片味涩难闻,因此有些患者往往将其药片直接用水送服。实际上,该药最佳的使用方法是含服。

因为患者在含服该药片时,其主要成分之一的甘草

流浸膏(末梢性镇咳药)可覆盖在患者发炎的咽部黏膜表面并起到镇咳、保护作用。同时,甘草流浸膏还可促进咽喉及支气管的分泌功能,使痰易于咯出。而且在含服过程中,其另一主要成分阿片粉(中枢性镇咳药)可直接被患者的口腔黏膜吸收,可使药物充分发挥药效。否则药物被吞服后,需经消化道吸

收,在肝脏代谢分解,进入血液循环的有效药量就会减少。因此,患者在服用复方甘草片时最好将药片含服,以便能更快、更好地发挥镇咳祛痰的作用。

一般而言,成人每次含服3~4片,每天3次。该药不宜长期服以防成瘾,一般最多连续服用5天即应停药。(李锡岩)