

关注脑梗死(二)

三、临床表现类型

根据脑梗死发生的速度、程度、病情是否稳定以及严重程度,可将脑梗死分为以下 5 种类型。

(一)完全型脑梗死:指缺血血 6 小时内病情即达到高峰,常为完全性偏瘫,一般病情较重。

(二)进展型脑梗死:指缺血发作 6 小时后病情仍在进行性加重,此类患者占 40%以上。造成进展的原因很多,如血栓的扩展、其他血管或侧支血管阻塞、脑水肿、高血糖、高温、感染、心肺功能不全等。电解质紊乱多数是由于前两种原因引起。

(三)缓慢进展型脑梗死:起

病 2 周内症状仍在进展。

(四)稳定型脑梗死:发病后病情无明显变化者倾向于稳定型脑卒中,一般认为颈内动脉系统缺血发作 24 小时以上,椎-基底动脉系统缺血发作 72 小时以上者,病情稳定,可考虑稳定型脑卒中。此类型脑卒中脑 CT 扫描所见与临床表现相符的梗死灶机会多,提示脑组织已经有了不可逆的病损。

(五)可逆性缺血性神经功能缺损:是指缺血性局灶性神经功能障碍在 24~72 小时才恢复,最迟在 4 周之内完全恢复者,不留后遗症,CT 扫描没有相应部位的梗死病灶。

四、并发症

(一)肺部感染是主要并发症之一。重症卧床患者常合并肺部感染。

(二)上消化道出血是脑血管病的严重并发症之一,即应激性溃疡。发生机制为下视丘和脑干病变所致,现在认为与视丘下部、后部灰白结节及延髓内迷走神经核有关。自主神经中枢在视丘下部,但其高级中枢在额叶眶面、海马回及边缘系统。消化道出血的机制与上述部位原发或继发的病灶有关。

(三)褥疮主要是由于躯体长期不变动体位,而致局部皮肤及组织受到压迫时间过长而发生缺血、坏死的一系列表现。脑血管病患者,由于高龄患者较多,肢体瘫痪长期卧床,活动不便,容易对于骨隆起等部位压迫,使局部组织缺血及缺氧。

(四)脑血管病后抑郁症和焦虑反应。脑血管病后抑郁是脑血管病较为常见的情感障碍,临床应予高度重视。

1.抑郁反应的特征性症状:心情不好,心境悲观,自我感觉很坏;失眠、多梦或早醒;食欲减退,不思饮食;兴趣和愉快感丧失,对任何事情均动力不足缺乏活力;生活不能自理,自责自罪,消极想死;体重迅速下降;性欲低下,甚至没有性欲。

2.焦虑反应的特征性症状:持续性紧张不安和忧虑的心境;同时有心理症状,如注意力不集中、记忆力下降,对声音敏感和容易激惹;同时有躯体症状,包括交感神经兴奋症状,如血压升高、心跳加快、胸闷、呼吸加快、烦躁、坐卧不宁等和副交感神经兴奋的症状如多尿、胃肠活动增加而致腹泻。

(河南省疾病预防控制中心供稿)



骨髓移植治白血病或将步入“微”时代

在不久的将来,白血病骨髓移植治疗或将进入“高效微毒新时代”;骨髓移植前预处理对于患者的伤害更加“微小”,整个骨髓移植过程明显缩短,医疗花费显著降低。

解放军 307 医院血液科主任艾辉胜教授带领团队进行的白血病“微移植”研究获得突破性进展,由其主持的《半相合造血干细胞输注改善老年急性髓细胞白血病疗效》研究论文日前发表在国际权威学术杂志《血液》上,这是迄今我国血液病学领域学者在该杂志发表的第 3 篇临床论文。目前,该研究论文被来自美国哈佛大学等机构的 2500 多名各国科学家评为 2011 年“全球最具科学价值的生物和医学论文”。

艾辉胜说,“微移植”可以称为继清髓移植及非清髓移植后,白血病骨髓移植治疗的第二次革命。目前,国内广泛使用的清髓移植起始于上世纪五六十年代,该术式要对患者进行“致死性”的预处理,即通过化疗完全清除淋巴细胞和骨髓细胞,优点是较好地实现了供体正常造血干细胞的完全植入,产生移植物抗白血病的效应(GVL),缺点是间质性肺炎、感染等移植物抗属主病(GVHD)相关并发症发病率高,达 70%~80%,因此被认为属于“高效高毒”。随后,1997 年非清髓治疗白血病出现,被称为白血病骨髓移植治疗的第一次革命,即在预处理中完全清除淋巴细胞,部分清除骨髓细胞,由此虽然 GVHD 有所降低,但发生率仍高达 30%左右,被认为属于“高效减毒”。

而在“微移植”中,患者几乎无需预处理,仅需接受能高效杀灭白血病和肿瘤细胞的化疗。随后,供体提供的造血干细胞经过体外“增效”,减少对受体副作用后输入患者体内,通过正常造血干细胞发挥“领导”作用,带动白血病细胞进行“渐进性改革”。结果显示,患者不

仅产生了较好的 GVL,而且几乎没有出现 GVHD,因此可称为“高效微毒”。

据介绍,此项研究共纳入 58 名年龄在 60 岁~80 岁的急性髓细胞白血病患者。在传统治疗中,老年急性白血病的治疗反应差,造血抑制时间长,并发症多,2 年生存率不到 15%,且近 20 年来无明显进步。但在接受“微移植”治疗后,上述患者的白细胞和血小板较单纯化疗组提前恢复 7 天~10 天,严重感染率降为 26.7%,完全缓解率达到 80%,2 年白血病存活率提高到 38.9%,且全部病例均未见 GVHD 等移植相关并发症,这是迄今为止国内外所有老年白血病研究治疗中的最好结果。不仅如此,患者住院治疗 3 周左右即可出院,因此,治疗费用仅为传统骨髓移植方法的 1/3 左右。

上述研究项目完成之后,艾辉胜等人又对 210 名年龄 8 岁~88 岁、人类白细胞抗原无相合位点供体的患者进行了“微移植”治疗,覆盖急性髓细胞白血病(AML)等 6 类血液病及部分恶性肿瘤。结果显示,中青年 AML 的 4 年无病存活率低危组由 60%提高至 78.8%,标危组由 46%提高至 66.5%。老年 AML(60 岁~88 岁)的完全缓解率由 50%提高至 80%,2 年无病存活率由 15%提高至 38%。

艾辉胜说,目前临床研究已证实“微移植”的 6 年疗效,且不受病人年龄和配型限制,家族或无关不相合供者均可应用,该研究已获得国家自然科学基金重点课题资助。但下一阶段还需要就“微移植”的病理、生理机制以及长期疗效等进行深入研究。(据《健康报》)



详细解读“流脑疫苗”

流脑(流行性脑脊髓膜炎)主要发生在冬春季节,2 月~4 月是发病高峰。流脑病菌存在于人体鼻咽腔分泌物中,通过说话、咳嗽、打喷嚏等方式经空气飞沫传播,与带菌者密切接触,如怀抱、喂奶等是 2 岁以下幼儿感染的重要途径。人感染流脑后往往没有症状,成为无症状的携带状态,只有不到 1%的人会出现临床症状。患者主要是 15 岁以下的少年儿童,6 个月~2 岁的婴幼儿尤其容易感染。

该病常表现为高烧、头痛、喷射状呕吐、脖子发硬。流脑双球菌也可以进入血液,引起败血症,皮肤出现紫色的淤点或淤斑。病死率为 5%~10%。脑膜炎引起脑部损伤而遗留听力下降或耳聋、智力低下等后遗症。

因此,孩子按时接种流脑多糖疫苗就显得非常重要。具体时

间为婴儿 6 个月~18 个月时接种第 1、2 剂,两剂次间隔时间不少于 3 个月;3 岁时接种第 3 剂,与第 2 剂接种间隔时间不得少于 1 年;小学四年级时接种第 4 剂,与第 3 剂接种间隔时间不得少于 3 年。

儿童接种流脑多糖疫苗后反应都比较轻微。局部可有些红晕和压痛,一般 24 小时内消退,少数人在注射局部还会出现小的硬块。大多数人没有全身反应的症状,偶尔有人出现短暂的低热。

中枢神经系统感染者;有高热惊厥病史者;有严重心脏、肝脏、肾脏疾病,尤其是脏器功能不全者;有精神系统疾病和精神病者;有过敏史者(包括药物和食物过敏);如发烧或正在处于疾病的急性期,不宜接种流脑疫苗,可以等康复后再补种。

但是并不是说接种了流脑多糖疫苗就能完全预防流脑的发生。流脑双球菌有 A、B、C、D、X、Y、Z、E、H、J、K、L、W 等 13 个菌群,以 A、B、C 群为多见。常规接种的疫苗是针对 A 群,对于其他群不具抵抗力。所以如果去国外或是流行其他菌群的脑膜炎的地区,要及时注射疫苗。在流行期间,少带宝宝去公共场所。

(据《母子健康》)



都是奶瓶惹的祸 4 岁小妞坏了 15 颗牙

本报记者 陈锦屏

在 4 岁儿童媛媛的 20 颗牙中,有 15 颗是坏牙,而且,上边的两颗门牙和下面正中的一颗牙已经脱落。

媛媛妈妈说,这孩子是她家收养的弃婴,姥姥特别娇惯她,从小养成了习惯,不舍奶嘴睡不着觉。郑州市口腔医院听到孩子的来历,决定救助这个孩子,治疗费用减免一半。

媛媛患了奶瓶龋

郑州市口腔医院儿童牙科科主任李路平告诉媛媛妈妈,孩子的龋齿就是含着奶瓶睡觉造成的,也叫奶瓶龋。

妈妈不解地问,含着奶瓶睡觉就会毁了牙?

李路平说,孩子在吸吮奶液的过程中,奶瓶的奶嘴正好顶在腭部,使所有的上门牙都浸泡在奶液里,孩子的小牙齿也在不知不觉中遭到腐蚀。由于夜间唾液分泌减少,口腔的自洁作用减弱,再加上夜间的

腔温度适宜,残留在牙面及牙间隙的奶液更容易被口腔内的细菌作用分解,引起牙齿脱钙,迅速发展为龋齿。

奶瓶龋不仅对乳牙本身有危害,直接造成牙齿缺损,可继发牙髓病、尖周病,最终会导致残冠、残根、缺牙,使孩子降低或者丧失咀嚼功能,而且奶瓶龋对恒牙也有危害,它能殃及以后生出的恒牙,使继承的恒牙或相邻的恒牙也容易患龋齿,同时会出现恒牙萌出困难。

不仅对牙齿,乳牙龋齿对全身也会造成危害,使咀嚼功能下降,对食物的切割、磨细不充分,加重胃肠负担,影响消化吸收功能和全身生长发育。龋齿成为感染病灶后,有害代谢产物或细菌毒素可经血液或淋巴带到其它器官,产生风湿性关节炎、心内膜炎、慢性肾炎等全身疾病。

听到这里,媛媛妈妈说,不治真不行啊!

使用奶瓶不能超过 15 分钟

李路平说,不仅要治,还要预防。首先,控制幼儿每次使用奶瓶的时间,一般限在 10~15 分钟以内,千万不要让孩子含着奶瓶睡觉(同样,也不能含着妈妈的奶头睡觉);其次,每次给幼儿喂奶后再喂少量白开水,以稀释口内及牙间隙残留的奶汁,起到清洁口腔的作用;



再次,尽早停止使用奶瓶,一般 1 周岁以后就应改用水杯喂奶或小匙喂奶。让孩子养成良好的饮食习惯,少吃甜食,控制蔗糖摄入量;还要让孩子学会刷牙,从 2 岁开始养成刷牙的习惯。

早发现 早治疗

李路平介绍,孩子患了奶瓶龋,应该早发现、早治疗,否则龋齿会随着时间的推移加重。如果出现疼痛等症状时,既增加孩子的痛苦,又增加了治疗的难度。治疗时需要将有炎症的牙髓做彻底处理,然后再做充填,经 2~3 次治疗才能将牙补好。



近些年来,肝癌的发病率在全球呈上升趋势。在美国,肝癌是近年来恶性肿瘤中发生率上升最快的一种肿瘤,而且据预测,未来 10 年也将仍然保持这一现状。肝癌同时也是我国一个重大的问题,中国的肝癌病例数占全世界总数的 55%。

如何预防肝癌

北京协和医院肝脏外科主任医师 毛一雷

目前中国肝癌防治的现状

据世界卫生组织调查显示,全球每新增两例肝癌,就有一例在中国,所以肝癌在中国的发病率非常高。同时肝癌和其他慢性病相比,给国家带来的社会和医疗负担要大得多,DALY 指数(疾病对社会造成的负担指数)显示:肝癌排名第一。从某种意义上说,称肝癌是我们自己国家的病也不是没有根据的。

中国肝癌发病率高与我国有非常庞大的乙型肝炎患者人群有关,而我国的乙肝病毒携带者已超过了 9400 万。据 2008 年 4 月 14 号卫生部发布的数据显示:目前我国乙肝携带者为 7.18%。虽然随着国内乙肝疫苗的普及,乙型肝炎病毒携带者比例较之前已有所下降(从近 10%降至 7.18%),但形势仍不容乐观。

在预防方面,小儿乙肝疫苗属国家强制注射疫苗,基本已经普及,乙肝在低年龄群体的发病率已经接近西方国家。在高危人群(即多年乙肝病毒

感染者,肝硬化患者或家族史中直系亲属有肝癌的人群)中,随访、跟踪和筛查的工作正在进行,但受各种因素的限制,目前很难在短时间内做到十分规范,因此在这个方面还有改善的空间,需要努力。

如何实现肝癌的早发现、早治疗

肝癌早期患者一般没有特殊症状,往往容易被误诊为胃肠炎等疾病,大多数患者就诊时已到疾病的中晚期,治疗效果不佳。其早期诊断的最佳途径是对高危人群进行筛查,应该每半年做一次常规普查,这种普查可以发现你是否有得肝癌的趋势,以求尽早发现病变。若想做到早发现、早治疗,肝癌的全民普查非常重要,这一点在国外虽没有现成的经验可以借鉴,但是他们“乳腺癌”、“结肠直肠癌”、“胃癌”的发病率很高,在这些方面是值得参考的。日本胃癌的发病率非常高,他们在这方面做了很多筛查工作,到目前为止,这个问题已经被攻克了,这就是一个很好的例子。

典型的诊断肝癌的方法大概分两大类:

第一类是影像学:包括 CT、核磁共振、B 超等;

第二类是血清学。传统的血清学测试为甲胎蛋白(AFP),目前广泛用于肝癌的诊断。但 AFP 的敏感性一般在 50%~60%,不令人满意。近年来涌现很多肝癌血清标记物。目前我们针对高尔基跨膜蛋白 2(GP73)进行大规模研究,结果显示 GP73 对肝癌的敏感性在 74%左右,特异性也很好。手术切除后,GP73 显著下降,随访中当肝癌复发时,有相当部分 GP73 会再次上升,因此我们认为 GP73 对于肝癌的早期诊断和术后随访可能有更大的优势。(据好大夫在线)



癫痫是神经系统常见疾病之一,在住院癫痫患者中,儿童占相当大的比例。住院期间,患儿症状虽然得到控制,但是回家后由于患儿自身缺乏保护能力,家长或疏于照料,或对患儿用药的认识存在误区,导致患儿癫痫发作频繁,住院次数增加。儿童正处于生长发育的最佳阶段,如果癫痫治疗、护理不当,不但会影响孩子的正常身体发育,还会严重影响孩子的身体健康,所以家长在癫痫患儿服药方面一定要避免一些误区。

误区一:未认识到坚持服药的重要性

患儿出院后,有些家长由于工作忙等原因,对孩子的服药不重视,不能按时给孩子服药,或未按医生的要求定时复诊,导致患儿症状不能得到很好的控制。

正确的做法是:抗癫痫药不能停药,如果漏服,一般要及时补上,并将下次服药时间适当后推。对于那些短效药物,如安定类最好不要两次同服。

误区二:轻信广告,用药不科学

目前,有些广告以夸张的宣传博取患儿家长的信任,不少人见广告就信,广告上说什么药好就买什么药。吃一段药不好再换一种,有的患儿竟服药 7~10 种,还有的家长有病乱投医,道听途说,一会儿去看中医,一会儿去服用包治除根的“祖传秘方”,结果用药种类杂乱,有的甚至都不知道服用的是什么药,导致疗效不佳。

正确的做法是:到正规医院,遵医嘱正确服药。

误区三:担心副作用,自行减药停药

有些家长看到孩子停止发作一段时间,担心长期服药副作用大,对孩子身体有影响,便急于减药或停药,而不考虑停药造成的更为严重的损伤。其实,家长未认识到孩子停止发作一个阶段,实际上是癫痫发作的间歇期。突然停药极易诱发癫痫持续状态,可造成更为严重的脑损伤,神经系统后遗症等。

正确的做法是:抗癫痫药的使用必须遵循在医生指导下缓慢和逐渐减量的原则,一般应在完全控制发作 4 年~5 年后,根据患者情况,逐渐减量,一般需要半年甚至一年的时间才能完全停药,绝对不能突然停药。

误区四:未正确掌握药物的服用方法

有些患儿家长因患儿服药不配合,往往将药物研碎,强行给患儿灌下;有些家长认为药物均应在饭后服用,效果会更好。其实这些想法是不完全正确的,因胃内食物可能会稀释或吸附药物,或与药物结合,从而影响药物的吸收。缓释片不可研碎服用,如丙戊酸钠缓释片、丙戊酸镁缓释片研碎后服用会降低药效;丙戊酸钠餐后吸收延缓,宜于餐前服用;苯妥英钠与食物同服,其吸收加快,卡马西平与食物同服可增加吸收,故此两种药物宜于食物同服。

总之,癫痫患儿出院后,家长一定要按照医生、护士交代的服药方法正确服药,按时复诊,这样才能使孩子的病情得到很好的控制,以获取更好的生活质量。



精神卫生之窗

河南省卫生厅疾控处 主办
河南省精神卫生中心 协办
咨询电话: (0373)3373990 3373992
地址:新乡市建设中路 388 号

乙肝患者能否正常生育

北京妇产科医院 王慧霞

有肝病史的孕妇在怀孕前,一定要权衡一下。如果身体状况不允许,病毒复制活跃,肝功能异常,应在产科和传染科大夫的共同会诊后,适时终止妊娠,以免因怀孕造成病情恶化。

经医生允许可妊娠者,在孕前做相关的肝脏检查,最好到专科医院做一个检查,全面检查一下自己的肝功能的情况,另外还要做一个肝胆脾的 B 超,查一下乙肝的 DNA,根据检查的结果,医生会对你的肝功能和母婴传播的风险给一个评价。妊娠期间应注意以下问题:一、定期复查肝功能及全面评估肝脏功能,密切注意肝病有无加重的迹象;二、加强孕期保健,包括自我保健和定期产前检查,及时发现有无胎儿异常和产科异常情况,有无并发症发生,如妊娠高血压综合征、贫血;三、注意休息,生活要规律,避免过重的体力劳动;四、平衡饮食营养,进食低脂、高蛋白、高维生素饮食,多食粗粮,多吃新鲜的蔬菜、水果、豆类、蛋、奶等;五、在医生的指导下服用保肝药物,出现疲乏、无力、食欲减退、尿色加深、眼巩膜发黄及发热等症状时要及时就诊。

乙肝母婴传播率是很高的,如果不干预,60%的婴儿都会被传染上,如果是 e 抗原阳性、“大三阳”的母亲,母婴传播的概率可能高达 90%。如果我们做了母婴阻断的干预,传播率可以降低到 10%以下,甚至到 5%以下。爸爸是乙肝阳性的时候,他生活中密切接触的传播,也可以把乙肝传给他的孩子。

乙肝患者或乙肝病毒携带者有以下几种情况,比如像肝炎的急性或慢性活动期,肝功能异常,特别是肝硬化失代偿,免疫功能低下,合并其他的内科疾病的情况下,最好不妊娠,因为此时怀孕,不但母婴传播风险高,对妈妈的生命也造成了一定的威胁,所以不要在这个时候选择妊娠。以上这些时期经过治疗,病情好转可以考虑要孩子。如果自己没注意到,意外怀孕了,最好到专科医院进行检查,然后根据检查情况向大夫做一个咨询,听听大夫的意见,自己权衡一下利弊,决定是终止妊娠,还是继续要孩子。经过治疗,肝功能正常了,病情好转,可以要孩子。抗病毒治疗后,停药一段时间,一般停药半年以后,才可以要孩子,如果到专科医院去咨询,医生都会把这些告诉你的。至于用药后停药多长时间适宜要孩子,出现疲乏、无力、食欲减退、尿色加深、眼巩膜发黄及发热等症状时要及时就诊。

乙型肝炎传播率是很高的,如果不干预,60%的婴儿都会被传染上,如果是 e 抗原阳性、“大三阳”的母亲,母婴传播的概率可能高达 90%。如果我们做了母婴阻断的干预,传播率可以降低到 10%以下,甚至到 5%以下。爸爸是乙肝阳性的时候,他生活中密切接触的传播,也可以把乙肝传给他的孩子。

传染病防治

