

疱疹性咽峡炎的防治

□李 鹏 宋春兰 付书琴

近日,疱疹性咽峡炎悄然出动,瞄准易感人群狠狠“下手”。“俺娃这两天一直发热(今天体温近40摄氏度),嗓子疼,流口水,不吃饭,我们以

为是感冒了,吃药也不见好,把家里人都急坏了,赶紧来医院看看。医生查体发现孩子的口腔咽峡和上腭有很多疱疹,诊断为疱疹性咽峡炎。”

在河南省儿童医院南院区急诊科,一位患儿家长说。

什么是疱疹性咽峡炎? 疱疹性咽峡炎是由肠道病毒引起的儿童急性上呼吸道感染性疾病,该病发病率高,四季散发,而春夏季多见。

流行病学和临床表现

疱疹性咽峡炎由肠道病毒引起,主要致病血清型有柯萨奇病毒A组 CV-A2、4、5、6、8、10、16型和EV-A71型,柯萨奇病毒B组 CV-B1、2、3、4、5型也可致病,但较为少见。埃可病毒3、6、9、16、17、25、30型也可引起此病。肠道病毒适合在湿热的环境下生存与传播,在外环境中抵抗力较强。家庭用的洗手液、肥皂及75%酒精对肠道病毒无杀灭效果,紫外线及干燥环境可抑制病毒;高锰酸钾、含氯消毒剂、碘伏等,能杀灭肠道病毒。

人对肠道病毒普遍易感,不同年龄组的人群均可患病。本病多见于6岁以下学龄前儿童,其潜伏期为3天~5天,儿童可经粪-口途径、呼吸道飞沫、接触患儿口鼻分泌物以及被污染的手和物品而感染。本病在潜伏期就具有传染性,发病后第一周肠道病毒传染性最强,检出阳性率最高,以后逐渐降低,而患儿呼吸道在发病后1周~3周都可排出病毒,粪便持续排出病毒可长达两三个月,因此易造成病毒广泛传播。

疱疹性咽峡炎的流行无明显的地区性差异,托幼机构、早教机构、社区等易感人群较为集中的场所易发生聚集性病例。因此,托幼机构、早教机构进行晨检特别重要。对早期发现的疱疹性咽峡炎病例及时进行隔离,可有效预防疾病传播。

疱疹性咽峡炎常急性起病,主要临床表现为发热和咽痛。发热多为低热或中度发热,热程2天~4天;部分患儿为高热,体温达40摄氏度以上,可引起高热惊厥。患儿可伴有咳嗽、流涕、呕吐、腹泻等呼吸道或消化道症状;患儿因口腔内疼痛而出现流涎、厌食、吞咽困难等症状。个别患儿临床症状严重,可有持续发热且不易退热、易惊、肢体抖动、呼吸、心率增快等类似重症手足口病的临床表现。

局部体征:本病初起时,患儿咽部充血明显,咽腭弓、悬雍垂、软腭、扁桃体等处有2毫米~4毫米大小的散在灰白色疱疹,周围有红晕,疱疹破溃后形成小溃疡。

疱疹性咽峡炎患儿一般预后良好,在1周左右自愈,但个别重症患儿可出现脑炎、肺水肿和(或)肺出血、心肌炎等并发症,严重时可危及生命,此类患儿的疾病多由EV-A71型病毒引起。

诊断和鉴别诊断

疱疹性咽峡炎的诊断分为两种:临床诊断与病原学确诊。

临床诊断 患儿有流行病学史+临床表现。1.流行病学史:流行季节,当地托幼机构及周围人群中患有疱疹性咽峡炎或手足口病流行,有直接或间接接触史;2.临床表现:急性起病,突发咽痛和发热,口腔内可见疱疹或溃疡面。

病原学确诊 在临床诊断的基础上,有下列之一者即可做出病原学确诊:1.肠道病毒特异性核酸检测结果阳性;2.分离出肠道病毒;3.急性期血清肠道病毒IgM(免疫球蛋白M)抗体阳性;4.恢复期血清相关肠道病毒的中和抗体比急性期升高4倍及以上。

疱疹性咽峡炎要与下面几种疾病鉴别诊断。

由于病原学检查的应用存在一定局限性,疱疹性咽峡炎病例大部分为临床诊断病例。因此,该病需要和疱疹性口炎、溃疡性口腔炎、麻疹、水痘等发热出疹性疾病鉴别诊断。

1.疱疹性口炎:由单纯疱疹病毒引起的口腔黏膜感染性疾病,临床上以簇集性小水疱为特征,终年可见,无季节性,有发热和局部淋巴结肿大,口腔黏膜任何部位均可受累,邻近磨牙的上腭和龈缘处较明显,疱疹易破溃,形成大面积糜烂面。

2.溃疡性口腔炎:主要是由革兰氏阳性菌导致的感染性口炎,婴幼儿易发病。发病初期口腔黏膜充血、水肿,随后形成大小不等的糜烂面或

溃疡,溃疡处疼痛明显。全身症状轻重不一,患儿多有发热、烦躁、食欲减退或因局部疼痛而不能进食。

3.麻疹:由麻疹病毒感染引起的急性呼吸道传染性疾病。典型的麻疹症状包括高热、咳嗽、流眼泪,口腔内可见麻疹黏膜斑(Koplik斑),直径0.5毫米~1.0毫米,外有红色晕圈。首发症状出现3天~5天后,患儿出现全身斑丘疹,出疹期间发热更高。黏膜斑在皮疹出现后逐渐消失。

4.水痘:病原体为水痘-带状疱疹病毒,皮疹呈向心性分布,躯干、头部较多,四肢处较少,部分患儿口腔黏膜也可看到疱疹,疱疹破溃后形成的溃疡常有疼痛。全年均可发生,以冬春季节多见,呈散发性,传染性极强。

疱疹性咽峡炎和手足口病

它们都是由肠道病毒引起的传染性疾病。两种疾病在临床症状上有很多相似之处,而最大的区别是:疱疹性咽峡炎的疱疹出现在口腔内;

手足口病的疱疹除了口腔,还出现在手、足、臀部,甚至膝关节、肘关节等其他部位。部分手足口病患儿早期仅表现为疱疹性咽峡炎,因此对疱疹性

咽峡炎的患儿要严密观察手、足等部位有无出现皮疹。与疱疹性咽峡炎相比,手足口病重症病例病情进展迅速,短时间内有可能恶化。

住院指征

疱疹性咽峡炎为自限性疾病,患儿一般预后良好,门诊治疗即可。

如果患儿出现神经系统受累(如精神差、嗜睡、吮吸无力、易惊、烦躁、肢体抖动、肌

无力、颈项强直等神经系统症状),或出现呼吸系统受累(如呼吸增快、减慢或节律不整齐、口唇发绀等呼吸系统症状),抑或出现循环系统受累(如心率增快、出冷汗、四肢末

梢发凉、皮肤发花、血压升高、毛细血管再充盈时间延长等循环系统症状),则为重症病例,需要住院治疗。

对于重症患儿,医生要严密监测其生命体征。

预防和治疗

日常预防要做到饭前便后、外出回家后,用肥皂或含氯洗手液、流动水给宝宝洗手;注意宝宝用品及环境卫生,要勤通风,勤晒衣被,餐具要充分清洗和消毒,吃熟食;要保证早睡早起的规律生活作息,多运动,提高免疫力;户外运动时要去阳光充足的地方,因为阳光中的紫外线有杀毒作用,尽量减少带孩子去人员密集、环境密

闭的公共场所,避免接触疱疹性咽峡炎患者或隐性感染者。

疱疹性咽峡炎的治疗以对症治疗为主,包括以下措施:患儿体温>38.5摄氏度,可给予物理降温,如退热贴、头部冷敷等;如果体温不降,可给予口服退热药物,如布洛芬或者对乙酰氨基酚等,两次用药的最短间隔时间为4小时,24小时内不超过4次。

对于既往有高热惊厥病史的患儿,要特别注意监测体温,及时退热。一旦患儿抽搐发作,需要及时进行镇静止抽搐治疗,首选咪达唑仑缓慢静脉注射或肌肉注射,每千克体重每次0.1毫克~0.3毫克,体重<40千克者,每次最大剂量不超过5毫克;体重>40千克者,每次最大剂量不超过10毫克。亦可选择苯巴比妥肌肉注射,每

千克体重每次10毫克;地西泮缓慢静脉注射,每千克体重每次0.3毫克~0.5毫克,每次最大剂量不超过10毫克,注射速度1毫克/分钟~2毫克/分钟;可使用水合氯醛灌肠止惊治疗。

目前对疱疹性咽峡炎无特效抗病毒药物,不推荐使用阿昔洛韦、更昔洛韦、单磷酸阿糖腺苷等药物治疗疱疹性咽峡炎。由于利巴韦林的不良反

应和生殖毒性,在疱疹性咽峡炎的治疗上不常规推荐。干扰素a为皮肤黏膜局部抗感染免疫的关键调节因子,黏膜给药可发挥局部抗病毒和免疫调节作用,用重组人干扰素a2b喷雾剂进行喷雾缩短病程,且不良反应少,用药便捷,儿童易接受。重组人干扰素a2b喷雾剂:100万单位/天,每1小时~2小时一次,疗程3天~4天。

反复患疱疹性咽峡炎的原因

同一个孩子会有多次患疱疹性咽峡炎的情况,因为感染疱疹性咽峡炎的肠道病毒有许多不同的血清型,如CV-A2、4、5、6、8、10、16型和EV-

A71型等,感染后所获得的特异性免疫力仅对同血清型病毒产生比较牢固的免疫力,但不同血清型之间没有交叉保护,机体可先后或同时感染不

同血清型肠道病毒导致的重复发病。

对于疱疹性咽峡炎患儿要注意隔离,因为疱疹性咽峡炎症状消失后会有1周~2周

的后续传染期,应居家隔离2周。保持室内清洁及空气流通,清淡饮食,饭后用淡盐水或生理盐水漱口。发热患儿要多饮水,及时更换汗湿的衣

服;勤监测体温,警惕高热惊厥发生,密切观察患儿的精神状况,如有无精神差、嗜睡、烦躁不安、面色苍白等,防止发展成重症病例。

(作者供职于河南省儿童医院)

临床笔记

真是化疗药给多了吗

□王启鸣

一天,一位患者家属找到我,问:“如果两位肺腺癌患者同时做手术切除,其中一个人的分期是Ⅱa期,另一个是Ⅱb期,是不是分期晚给的药量就多很多?”

这位患者家属为什么会有这种疑问,我很清楚。

事情是这样的。他的母亲和另一位女患者住在同一间病房里,两个人年龄差不多大,并且都是第一周期手术后辅助化

疗。对于这两位患者,我给的方案都是最常用的静脉滴注培美曲塞加顺铂,用的药一样,但是剂量不同。例如,另一位女患者,我给的是800毫克剂量的培美曲塞;而给这位患者家

属的母亲,用的是1000毫克剂量的培美曲塞。这两位患者的用药剂量差得确实不少。

我想,这位患者家属应该是在和其他患者家属进行沟通时发现了药物剂量不同,同时他的母亲用药后有比较明显的恶心、呕吐等反应,他就怀疑是剂量给多了,最后没忍住来找我咨询。

化疗药用量主要取决于体表面积

我把化疗药给多了吗?应该没有。

要知道,这些化疗药虽然大多无色无味,但是杀伤力巨大,给少了没用,还可能帮助恶性肿瘤产生耐药性;给多了要命,是真能直接把患者“毒死”

了。因此,我每次给药,对剂量是小心翼翼的。

我们是如何计算化疗药的剂量呢?

让我们先看看药品的使用说明书上关于剂量的要求:

培美曲塞的用量:500毫克/体表面积(平方米)。

顺铂的用量:70毫克/体表面积(平方米)。

注意看,这两个药的用量被同一个数值所影响,这个数值就是体表面积。体表面积越大,所需药物剂量就越大。

什么是体表面积呢?顾名思义,就是人的体表面积。为什么药物的使用剂量和体表面积有关呢?打个比方就比较好理解了。比如,我们粉刷一间

屋子,200平方米的屋子和90平方米的屋子相比,所用的涂料量是不一样的。

体表面积和大便的关系

如何计算体表面积呢?

计算体表面积的方法有很多。在国内,教科书上介绍的计算公式是将成年人和儿童分开的。在临床上,我们常用的是许文生氏(Stevenson)公式:体表面积(平方米)=0.0061×身高(厘米)+0.0128×体重(千克)-0.1529。以某患者(身高160厘米,体重50千克)为例,应用该公式,算出其体表面积约为1.46平方米。

不管用哪种方法计算,体表面积都和患者的身高、体重

有关。我们知道,在短时间内,一个成年人的身高是不变的,那每次用药的时候,影响最大的变量就是体重了。因此,当一位患者要化疗时,我问他的第一句往往是:“今天拉了吗?”如果没有拉,那就要等他拉完大便再说,甚至如果患者实在没有拉大便的感觉,就让护士给患者来一支开塞露。反正这大便是必须拉出来的;否则,当天测量的体重就会增加,由此计算出来的体表面积也会增加,最后导致开出来的化疗药剂量跟着增加。

化疗药“伤敌一千,自损八百”,怎么谨慎都不为过。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

肺结节和结节病,不仅仅是一字之差

□崔东文/图

一天下午,一位患者到河南省胸科医院就诊。这位患者拿着许多检查资料,说是因为肺结节前来就诊。然而,我仔细查阅患者的检查资料后,发现该患者因为纵隔淋巴结肿大在外院做了一系列检查,结果提示结节病,并不是临床上常见的肺结节。恰巧,胸外科二病区有一位住院患者,因为肺结节做了胸腔镜微创手术,术后病理检查结果提示肺部微浸润性腺癌。她和病友交流时,把自己的病说成了结节病。

肺结节与结节病,一字之差,二者到底有什么区别呢?今天,我就给大家详细讲解一下。

病因

肺结节:多种疾病都会形成肺结节,比如炎性假瘤、错构瘤、真菌感染、硬化性肺细胞瘤等良性病变;有时也可能是肺部的恶性肿瘤,包括原位癌、微浸润性腺癌、浸润性腺癌,肺转移瘤等。因此,对肺结节形成的原因要具体分析,对每一位患者都要进行个体化的精准研判,以决定不同的治疗方式。

结节病:结节病的病因目前尚不清楚,缺乏证据支持,可能与自身免疫性疾病有关。有的学者认为,结节病是一种在某些未知抗原的作用下,由巨噬细胞启动细胞免疫反应,巨噬细胞释放多种因子,使其炎症细胞趋化、聚集,同时成纤维细胞受刺激开始增生,导致炎症细胞在受累器官内增生而形成肉芽肿。

症状

肺结节:大部分肺结节是在人们体检时被偶然发现的,一般没有任何症状。但是,由感染性因素造成的肺结节患者,会有咳嗽、咯痰,偶尔见痰中带血和胸闷症状。

结节病:临床表现差异很大,约2/3的患者无症状,有症状的患者表现多为咳嗽、胸痛、低热、乏力等,严重时可以累及眼、皮肤、肝脏、脾脏、心脏等部位。

治疗

肺结节:需要根据病情和病因进行治疗。多数肺结节患者病情稳定,无须治疗,有的甚至可以自行吸收,感染性肺结节可以抗炎治疗。对于倾向肿瘤的肺结节,推荐参考肺结节诊治中国专家共识和非小细胞肺癌临床指南,对患者严密随访观察,必要时进行胸腔镜微创手术治疗。

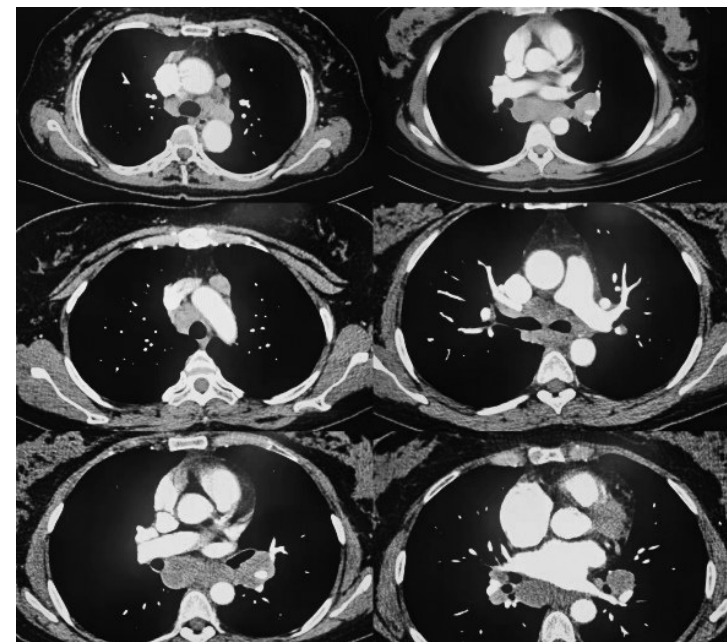
结节病:治疗的关键是明确病理诊断。结节病易与淋巴瘤等疾病混淆,而鉴别诊断的金标准就是病理活检。活检的手段有经皮穿刺活检、超声内镜TBNA(经支气管镜淋巴结活检)及纵隔镜活检。其中,纵隔镜活检可以直接观察气管前、气管旁、肺门部淋巴结,并在直视下进行淋巴结活检,被认为是明确结节病病理诊断的最佳方法。确诊结节病后,部分患者需要应用糖皮质激素进行治疗。

综上所述,肺结节和结节病有显著差异。如果您遇到与这两种疾病有关的问题,建议咨询专科医师。医师会为您做出准确的判断,提供合理的治疗建议。

(作者供职于河南省胸科医院)



肺结节



结节病

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾老师
电话:(0371)85967002
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部