

孕妇特别要预防戊型肝炎

◆ 叶荣森

戊型肝炎(戊肝)是由戊型肝炎病毒(HEV)引起的一种急性肠道传染病,戊型肝炎的发病率在我国有明显增高的趋势,2002 年全国报告戊肝 6830 例;2003 年增至 9655 例,上升 40%;2004 年更增至 16444 例,比 2003 年又上升 70%。有人对我国 17 个城市 2548 例急性散发性病毒性肝炎血清学调查发现,戊肝占 3.4%~26.3%,平均 9.7%。1986~1988 年我国新疆曾发生一起水源型戊肝流行,发病 119280 例,死亡 707 例,是迄今为止世界上最大的—次流行。

病程较长

戊型肝炎患者以青壮年为主,其临床表现虽与甲型肝炎相似,大多预后也良好,一般不发展为慢性,但戊肝患者病情多数较甲肝为重,其肝脏病理损害明显,恢复缓慢,病程也较长,大多为 3~4 个月,甚至超过半年,由于病程迁延,肝功能不易恢复,常出现血浆白蛋白降低或球蛋白比例倒置,重型肝炎和急性淤胆型肝炎的发生率相对较高。据北京医科



大学对我国 11 个城市 1819 例急性散发性戊肝统计,其死亡率为 2.5%,另有报告可达 5%,明显高于甲型肝炎(0.1%)和急性乙型肝炎(0.9%)。

威胁孕妇

孕妇患戊肝后病情更重,妊娠戊肝重症肝炎的发生率高达 25%~30%,产妇往往在分娩或流产后病情立即加重,或分娩前一天急剧恶化,迅速发生肝性脑病(肝昏迷);而对 379

例孕妇戊肝患者随访发现,早、中、晚期孕妇戊肝的病死亡率分别高达 1.5%、8.5%和 21.0%,可常见流产和死胎;还有报告 12 例(晚期妊娠 10 例、未满 1 个月产褥期 2 例)妊娠重症戊肝,11 例死亡,仅 1 例存活,死亡率高达 90.9%,10 例晚期妊娠者 7 例发生死胎,2 例新生儿死亡,仅 1 例早产新生儿存活。可见,戊型肝炎对孕妇,尤其是妊娠晚期的孕妇具有极大的威胁,必须予以高度重视。

怎样预防

由于人体感染 HEV 后所产生的抗体不持久(短的仅保持 1 年),因此,人体丙种球蛋白对戊肝无预防作用,而戊肝疫苗尚在研究中,因而预防戊肝的关键是管理好传染源和切断传播途径。

管理传染源:加强对病人和亚临床感染者(隐性感染者)的管理,早发现、早隔离、早治疗,隔离期自发病之日起不少于 3 周,尽量减少对家庭成员和其他密切接触者传播的机会,尽量避免续发病例的发生;对可疑者和密切接触者,应在接触病人 6 周内接受医学观察,在此期间,接受定期检查,一旦明确发病,即应隔离治疗。

切断传播途径:①预防“病从口入”,普及预防戊肝等肠道传染病的知识;②保护水源,严防水源污染,不喝生水;③搞好个人卫生,饭前便后及外出归来要洗手,食具、茶具及生活用具等要经常消毒,提倡分开使用;做到不进食不洁食品,不在无卫生条件保障的排档等地方进餐,尤其不进食生、半生水产品;④加强饮食行业的卫生管理;⑤消灭可传播戊肝等肠道传染病的媒介昆虫,如苍蝇、蟑螂。

特别要提醒孕妇,如果你一个月左右前曾有过不洁饮食史,尤其进食过生、半生水产品,或与戊肝患者有过密切接触,出现恶心厌食、疲乏无力等症时,切莫以为是妊娠反应而掉以轻心,应高度警惕感染戊型肝炎的可能,要及时到医院作相关检查,一旦明确诊断,应立即治疗,力争避免向重症肝炎进展。

(作者为上海市公共卫生中心主任医师)

早期发现恶性淋巴瘤

恶性淋巴瘤常发生于青壮年,对劳动力影响很大,已经引起了医学界的特别重视。据世界卫生组织统计,目前全球每年约有 35 万新发淋巴瘤患者,死亡患者人数超过 20 万。我国淋巴瘤发病率为 0.02‰,每年新增患者约 2.5 万人,死亡 2 万人,呈上升趋势。

恶性淋巴瘤是原发淋巴系统肿瘤,来源于淋巴细胞或组织细胞的恶变。目前,按照国际上的统一标准把它分为两大类:非霍奇金淋巴瘤(简称为 NHL)和霍奇金淋巴瘤(简称为 HD)。近 20 年来,随着科学技术的发展,对淋巴瘤也有了更深层次的研究。在临床上,由于新药的增多,综合治疗经验的不断积累,无论是近期疗效还是远期生存都有了相当的进展,恶性淋巴瘤已成为某种程度上的可治愈之症。

淋巴瘤组织恶变一般先侵犯表浅或纵隔、腹膜后、肠系膜上的淋巴结,也可以同时侵犯这些部位的淋巴结。少数病人可原发于淋巴结外的淋巴器官。多数患者在早期表现为无痛的颈部淋巴结肿大,以后其他部位如颌下、腋窝淋巴结也会陆续被发现。淋巴结可从黄豆大到枣大,中等硬度,坚韧、均匀而丰满。到疾病后期,淋



巴结会长到很大,并互相融合成块。纵隔也是恶性淋巴瘤的好发部位之一,多数病人在疾病初期常无明显症状,胸部 X 线检查才会发现有中纵隔和前纵隔的分叶状阴影。大约有 50%的 NHL 会侵犯肝脏。部分病例可以肝脾肿大为首发症状,但因为这部分病人的肝功能大多无明显异常,并且由于肿块弥散,肝脏扫描也少有大占位病变,因此有时不容易被发现。

恶性淋巴瘤除了这些病变局部的表现以外,还有肿瘤所致的

全身表现,大约有 10%的患者以发热、皮疹、盗汗和消瘦等全身症状为最早出现的临床表现。有的患者长期不规则发热的原因不明,几年以后才发现有浅表淋巴结肿大,经过检查才确诊。也有少数患者伴有比较隐匿的病灶,但常常会有周期性低热。持续发热、多汗、体重下降等多种症状的存在可能标志着疾病的进展。此外,神经系统、皮肤、骨髓等也常常被累及。

恶性淋巴瘤的表现比较隐匿,不易被察觉,能够早期发现症

◆ 洪小南

状,及时就诊,治愈率会大大提高。一些早期信号特别值得重视:(一)无明显原因的进行性淋巴结肿大,尤其是在部位、硬度、活动度方面符合前面所讲的恶性淋巴瘤的特点的。(二)“淋巴结结核”经正规疗程的抗结核治疗、“慢性淋巴结炎”经一般抗炎治疗无效的。(三)淋巴结肿大和发热经治疗有时好转,但经常有反复,并且总的趋势为进展性。(四)不明原因的长期低热或周期性发热应考虑恶性淋巴瘤的可能性,特别是伴有皮疹、多汗、消瘦,以及发现浅表淋巴结肿大。

如果身体出现这些异常情况,千万不要自作主张,一定要及时到正规医院就诊检查,以免延误病情。

(作者为复旦大学附属肿瘤医院肿瘤内科教授)

[相关链接]

9 月 15 日上午 9 时,由中国抗癌协会临床肿瘤学协作委员会主办的第四届世界淋巴瘤日活动将在本市人民公园举办,届时将有专家义务咨询活动。请拨打免费淋巴瘤咨询热线 8008205712 和 4008205712 或登录淋巴瘤网站:www.lbl.com.cn 下载或领取免费请柬。

不要忽视『双相情感障碍』

◆ 陈平

双相情感障碍又称躁郁症,是一种兼有躁狂/轻躁狂和抑郁发作的情感障碍。临床上单纯的躁狂症极为少见,故躁狂发作应视为双相情感障碍。

躁狂症主要表现为明显而持久心境高涨、思维奔逸和精神运动性兴奋:

心境高涨 病人常表现兴高采烈、喜形于色的神态,好像人间从烦恼事。病人常自称是“乐天派”。情绪反应可能不稳定、易激惹,可因细小琐事或意见遭驳斥、要求未满足而暴跳如雷,可出现破坏或攻击行为。

思维奔逸 联想过程明显加快,概念接踵而至,说话声大量多,滔滔不绝。因注意力分散,话题常随境转移,可出现观念飘忽。病人常有“脑子开了窍”、“舌头跟思想赛跑”的体验。

自我评价过高 自我感觉良好,往往过高评价自己的才能,可出现夸大观念。

精神运动性兴奋 躁狂病人兴趣广,喜热闹,交往多,主动与人亲近,与不相识的人也一见如故。凡事缺乏深思熟虑,兴致所至狂购乱买,每月工资几天一扫而光。

病人精力显得异常旺盛,睡眠需求减少。

作为情感障碍,躁狂症有别于精神分裂症。精神分裂症患者虽有言语、动作增多,但对周围事情不关注,无情感高涨,往往情感、思维与动作不协调,意志与行为之间出现障碍,活动减少,缺乏主动性,孤僻,有退缩、冲动的行为。一旦患者被确诊是躁狂症,应该完全排除其患精神分裂症的可能,否则将影响患者的病史记录。

大部分双相情感障碍的患者即使是最严重的形式,经过恰当的治疗也能从情绪的波动和其他相关症状中恢复到情感的持续稳定。由于双相情感障碍是一种周期性复发性疾病,因此专家建议采取长期的预防性治疗。药物治疗联合心理治疗是应对双相情感障碍的长期治疗中可选的最佳方案。

被称为“心境稳定剂”的药物常常有助于控制双相情感障碍患者的病情。有多种不同类型的心境稳定剂可供选择。锂剂是第一种获得美国食品与药物管理局(FDA)批准用于治疗躁狂的心境稳定剂类药物,能迅速有效地控制躁狂并预防躁狂和抑郁发作的复发。抗惊厥类药物,例如丙戊酸钠或卡马西平,也有稳定情绪的作用,特别是对难治性双相情感障碍有效。抗惊厥药物可以与锂剂合并使用,或者两种抗惊厥药物一起使用,以使疗效最佳。

同时,社会心理治疗是药物治疗的辅助措施。社会心理治疗包括各种形式的心理疗法(或“访谈治疗”)对双相情感障碍患者及其家庭起到提供支持、教育和指导的作用。已有研究表明,社会心理干预能增加患者的情绪稳定性,减少入院治疗,并能在多个领域改善功能。

