

埃博拉出血热离我们远吗?

前不久,探访一位传染病学界前辈。老前辈的一番话如雷贯耳:人类与病原体的斗争生生不息,老的解决了,新的又来了;世界是个地球村,随着国际贸易、旅游、运输频繁,国外发生的病毒感染不能排除有个别输入性病例的散发个案发生,所以传染病的防控永无休止。

而今,曾首发于西非刚果(金)一条名不见经传的埃博拉河畔的疫情病毒,果然再次逃出潘多拉魔盒,肆虐非洲十余个国家,导致千余人死亡。埃博拉病毒感染引起的埃博拉出血热以其“可人际传播、病死率高、尚无疫苗”三大险恶征象,成为地球村民当下心腹大患……

欧盟官员近日表示,不能排除感染者进入欧洲大陆的可能性。一时,“防控埃博拉”上升为国际公共卫生紧急事件。

埃博拉病毒为何有如此杀伤力?这种疾病有哪些特点?如何严加防范?本市知名传染病专家、上海市公共卫生临床中心卢洪洲教授,为此专门解读埃博拉病毒传染的要素,介绍最新疫情动态,力求知己知彼,筑牢个人防范堤坝。

卢洪洲教授介绍,埃博拉病毒可侵犯人类和其他灵长目动物(猴子、大猩猩和黑猩猩)。在近40年时间里,该病毒已经在非洲国家引发了25次不同规模的散发



或暴发疫情,前24次共死亡1600人,病死率高达55%-60%,而且至今尚无证实有效的特异性治疗药物或疫苗,因而被世卫组织称为地球上最致命的病毒性传染性疾病。分析目前疫情,埃博拉出血热仍是区域性、地方性的疫情,埃博拉病毒近期在全球大范围传播可能性极低。这次疫情是自1976年该病毒在刚果(金)初现以来迄今最大的一次。世界卫生组织8月20日称,因感染埃博拉病毒而死亡的人数增加到1350人。

人类感染这种病毒主要是通过接触病人和当地感染野生动物的血液、汗液、唾液等体液分泌物直接接触传播,而不像SARS、肺

结核等通过空气传播。另外两种可能的传播途径为气溶胶传播和性传播,因为动物实验证实了气溶胶传播的可能,并且患者的精液分离出了病毒。尤其医务人员在救治感染患者或处理患者尸体,因没有个人防护装备,未采取感染控制防护措施,而极易感染。

值得关注的是,埃博拉病毒的易感人群为所有人,尤其是成人,性别无明显差异,发病也无明显的季节性差异。

埃博拉出血热的潜伏期为2到21天,通常为8到10天,潜伏期病例无传染性。典型症状包括突然发热、极度乏力、呕吐、腹泻、肌肉疼痛、头痛和咽喉痛。随后会

出现皮疹、结膜出血、呃逆、咳嗽、咽喉痛、胸痛、呼吸困难、吞咽困难和各种部位的内、外出血。一旦开始出现症状,就具有传染性。

埃博拉出血热早期诊断较困难,因为起病初期的上述症状与体征都是非特异性临床表现,医生一般很难立刻做出判断。卢洪洲教授强调,流行病学史的采集非常重要,确诊需要实验室检测,包括抗原、抗体检测、病毒分离。埃博拉病毒感染只有通过实验室检测才可确认。

对患者的隔离治疗是预防急性传染性最简单、最经济的措施之一,预防埃博拉病毒也是如此。避免探望医院里的病人,避免接触病人或其体液、周围物品。动物制品(血和肉)被食用前应确保熟透。卢洪洲教授特别提醒大家避免前往有埃博拉病毒流行的地区进行非必要的旅行,如曾去过该地区旅行或与已知或疑似患有埃博拉出血热的人员接触过,回沪三周内如出现症状,应立即就医并主动告知医生旅行史。如果医务人员怀疑有人患有该病时,应立即向所在区县的疾控中心报告。市卫计委目前已组建市级专家组,接报后将及时进行会诊,并指定上海市公共卫生临床中心为本市埃博拉出血热定点医院。

严晓慧(上海市公共卫生临床中心)

“坐如钟”,是一个既简单又复杂的问题。如果单纯讲坐姿是比较简单的,但要联系到参禅打坐的话,那么三天三夜也讲不完。这里先从简单的讲起。

日常生活中,比较好的坐姿是平坐。首先,要调整好凳子的高度,坐时小腿与地面垂直,大腿与地面平行。若凳子太高,要将脚下垫高;若凳子太低,则将臀部垫高。然后,再来调整身体,两脚平行,开肩宽;髋部放松,重心下沉;虚膝实足,十趾抓地;虚灵顶劲,头正身直,目视前方;沉肩垂肘,含胸拔背,直腰蓄腹;两手掌心向下,自然放于大腿上面,也可以双手重叠,掌心向内,置于腹前。

如果需要伏案工作,则只是将两手置于桌面上做各种操作,身体的其他部分应尽量保持上面的要求。

要保持良好的坐姿,首先尽量不要依赖椅子的靠背,特别是那些所谓根据人体工程学原理制作的带着各种曲线的靠背椅,只能助长不良坐姿,满足人们追求安逸之心,久而久之,反倒引起腰酸背痛等一系列问题。正确的坐法是,只坐在凳子前面一半或1/3的部分,如果累了,可以站起来活动一下;或者索性坐到凳子底部,整个后背与椅背贴住。

常见的不良坐姿主要有整个人窝在沙发里,或是半坐半躺靠在椅背或床上,这样会使颈部和腰部过度承受比较大的负担,时间长了就会引起脊柱损伤。

詹红生(上海中医药大学附属曙光医院骨伤科主任医师、教授)

坐卧立行皆功夫——坐如钟

正确诊治尿道下裂 还孩子幸福人生 身体缺陷小儿矫治外观更要治疗根本

小明出生后医生发现他的外生殖器跟正常孩子不一样,诊断为“尿道下裂”,3岁时进行了手术治疗,手术效果还不错,看上去和正常孩子差不多,家长也就放心了,未再进行其他任何检查。可是到了青春期,别的男孩子都长高变声了,小明却没有任何发育的迹象,外生殖器自手术后似乎也没什么太大的变化。妈妈带着小明来到儿科内分泌就诊,经过仔

二病例故事

细的体格检查和辅助检查,确诊小明是因为基因缺陷所引起的尿道下裂,手术只是矫正了外形,没有针对病因治疗,小明的生殖器只能停留在“小孩子”状态,也不会有正常的青春发育。到了青春期再开始治疗的效果也会有折扣。小明妈妈后悔不已,原本以为“看起来正常就没事”的错误想法耽误了孩子的最佳治疗期。

每当孩子出生时,医生会马上宣布是男孩或女孩,这是简单根据宝宝的外生殖器认定的。但有时候情况会比较复杂,医生也许会告诉家长:“是个男孩,但是存在外生殖器畸形,有尿道下裂。”有些家长认为做个手术矫治畸形就可以了。实际情况真是如此吗?

治疗尿道下裂不能仅治外观

尿道下裂是由于胚胎期的外生殖器发育异常所致,除尿道开口异常外,还伴有其他生殖异常,如小阴茎、隐睾及睾丸发育不全、阴囊分裂等。尿道下裂在新生儿男婴的发病率约为5.8/10000,近年来呈现增长趋势,且经济发达的沿海地区明显高于经济欠发达的边远地区。

尿道下裂病因复杂,涉及遗传学、内分泌学、分子生物学等方面。目前认为遗传因素、母体因素和环境因素都会造成影响。无论何种原因导致的尿道下裂,是否伴有其他畸形,如果没有得到及时有效的治疗都会不同程度地影响其以后的青春期发育和生育功能。

查清病因后才能确定矫治方案

尿道下裂需通过外科手术矫正畸形,但绝不可以只依赖手术治疗,错误地认为手术可以“一劳永逸”。要明确尿道下裂的病因,不同的病因有不同的治疗方法。有些是由于胚胎期性激素及相关酶的缺陷所致,这就需要进行内科药物治疗,促进睾丸和阴茎的发育及功能的维护,辅以外科手术矫治畸形。从选择手术的时间到手术前后阴茎及睾丸功能的维持和保护都必需内科参与。术前需查明病因,若尚未查明病因即轻率手术,更会引发二次手术的危险,不仅加重家庭

经济负担,更会给孩子身心都带来二次伤害。

成人面对患儿如何各司其职

家长需多观察:面对新生命降临的喜悦也不能忽视对孩子健康的警惕。出生时症状不明显的轻度尿道下裂,常需要家长仔细地观察才能发现。比如孩子小便时尿线下移或者小男孩即使在家长的帮助下也特别容易尿湿裤子时则需警惕是否存在尿道开口位置异常。如有疑惑,需带孩子到儿科内分泌门诊就医,通过专业医师的检查来确定是否存在异常。

产科医生要勤检查:这是第一个接触孩子的医生,在孩子出生时应认真检查新生儿性器官发育状况,注意有无外生殖器畸形伴发小阴茎、小睾丸、隐睾,如有这些情况要告知家长不可掉以轻心,应至儿科内分泌门诊随访。

儿科内分泌专科医师应查明病因:对患儿应详细地询问病史并进行体格检查,包括外生殖器是否合并存在小阴茎、小睾丸等畸形,还要进行血液性激素水平、染色体检查以及确定睾丸功能的激发试验等个体化检查以明确病因。针对尿道下裂的诊断及治疗,儿科内分泌专业可以开展基因突变筛查,同时筛查父母基因,以明确患儿的根本病因及遗传来源。根据不同年龄和病因进行个体化治疗,随访至青春期,努力维护睾丸功能,促发其成人期性功能及生育功能。

有一部分孩子来到这个世界,身体或许是不完美的,但是在家长和医生的共同努力下,我们希望孩子都能健康地成长,拥有幸福快乐的人生!

陈立芬 董治亚(主任医师)(上海交通大学医学院附属瑞金医院儿内科)

读懂甲状腺 B 超报告



40%-61%的乳头状癌。但也可见于其他良性和恶性病变。粗钙化多见于良性结节,尤其是结节性甲状腺肿。但在部分甲状腺乳头状癌中亦可出现。边缘钙化指位于甲状腺结节边缘部位的钙化,常见于结节性甲状腺肿,常是良性结节的标志。但也见于乳头状癌和未分化癌。

结节周边回声正常多见于甲状腺瘤和甲状腺癌,而不正常多见于结节性甲状腺肿,可表现为回声增多、增粗、不均匀。极低回声对诊断甲状腺癌的特异性极高(92.2%-94.3%)。后方回声增强多见于囊性结节或甲状腺良性病变,衰减可由结节内大片钙化或恶性结节本身引起。

“医生,我的甲状腺有结节,是吃药还是开刀?”当得知甲状腺有结节的时候,患者都会紧张地发问。B超是发现甲状腺结节的重要帮手。结节去留的处置问题,B超检查有优先“发言权”,“发言”的依据是一系列B超描述。医生凭此初步判断某个甲状腺结节是否需要外科手术。每个拿到B超检查报告的人更要有必要了解甲状腺传递的信息。

甲状腺结节的数目、形态、边缘、大小、钙化、回声等B超描述容易引起患者的疑问。一般情况下,单发结节多见于甲状腺腺瘤、甲状腺癌;多发结节多见于结节性甲状腺肿,偶见于多发性腺瘤及多灶性恶性肿瘤。从结节形态上,椭圆形、类圆形结节较多见,一般是良性结节,少部分为乳头状甲状腺癌、滤泡型甲状腺癌等;不规则形结节需警惕恶性的可能。相对而言,恶性结节边界模糊较良性结节发生率增高。大小的动态变化对结节诊断具有一定的意义,所以甲状腺B超的定期随访很重要。

患者看到B超报告上的“钙化”两字都非常焦虑。其实,钙化分为微钙化、粗钙化和边缘钙化。前者大多为砂粒体或髓样癌内部淀粉样沉积物继发的钙化和纤维化,而后二者一般是由营养不良引起的。微钙化多表现为点状强回声,可见于

同时,超声检查甲状腺周围及颈部淋巴结,也很有必要。即便是早期的甲状腺乳头状癌,颈部淋巴结转移也十分常见。甚至转移淋巴结先于原发灶被发现。

因此,除了发现甲状腺结节,B超也是初步判断其良恶性的重要手段。如今,甲状腺结节B超检出率越来越高。尽管其带病生存率较高,但仍有5%-15%的癌变率,故应引起我们高度重视,健康教育干预尤为重要。甲状腺结节常无自觉症状,多在体检中被发现,故定期健康体检是发现甲状腺结节的主要途径。初次查出甲状腺结节的患者要牢记定期随访,一般3-6个月复查一次,以后依据实际情况,每6-12个月复查一次。对高度怀疑恶性结节者,可行超声引导下甲状腺细针穿刺。早期发现病灶并鉴别其良恶性对临床治疗及手术选择有重要意义。

可见,有些甲状腺结节可以继续观察,不作处理,并不是所有结节都需要开刀。本版图片 TP 李伟伟(上海交通大学医学院附属瑞金医院卢湾分院超声诊断科)