

恙虫病并脑炎9 例临床及治疗分析

杜曾庆 李凌媛 王艳春
(云南省昆明市儿童医院 昆明 650021)

关键词:恙虫病;脑炎;诊断;治疗

中图分类号:R 513.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.034

恙虫病又称丛林斑疹伤寒,是由恙虫病东方体所致的急性自然疫源性传染病。恙虫病是人畜共患病,本病国内疫区在不断扩大,波及范围较广,发病率呈上升趋势。我科 2006 年 1 月~2009 年 12 月收治住院的 71 例恙虫病,其中并发脑炎 9 例(12.7%)。现将恙虫病并发脑炎的 9 例报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 发病年龄 2~13 岁,其中 2 岁 1 例,3~6 岁 6 例,12 岁、13 岁各 1 例。病人来自昆明市农村 5 例,专县农村 4 例。发病月份 6~11 月,其中 6、10、11 月各 1 例,8 月 3 例,9 月 3 例。9 例均到过田间草地,有被叮咬病史。9 例均有发热,体温 39.5℃~41.2℃,其中 39.5℃~40℃ 7 例,>40.0℃ 2 例。入院时发热时间 5~10d,其中 1 例 5d,8 例 7~10d,平均发热时间 7.4d。全部病例均有叮咬部位焦痂,焦痂部位分别在颈部、腋窝、阴囊、大腿内侧、腹部、耳后等。眼睑浮肿 2 例,肝脏肿大 9 例,脾脏肿大 8 例。全部病例均有精神差、饮食差,精神萎靡、烦躁 3 例,头痛 7 例,呕吐 6 例,嗜睡 6 例,咳嗽 2 例,便秘 2 例。9 例均有颈部抵抗。

1.4 结果 本组 132 例病人全部插管成功,无 1 例误入气管及食道穿孔。

2 讨论

吞咽困难患者,直视下食管入口呈关闭状态,仅为凸面向背侧的新月型裂隙,此部为食管最狭窄处,如没有吞咽动作,向食管内插胃管会遇到抵抗力。常规方法放置胃管是借助病人的吞咽动作送管,插管时间长,容易引起恶心、呕吐、呛咳,配合不好或方法不当易误入气管或因呕吐导致误吸,对昏迷病人、不主动配合的病人、恶心反射过于敏感的病人,插管难以成功^[1,2]。

普通胃管质地柔软,操作时易在口腔中盘曲,可控制性差。应用导丝可增强胃管的硬度,避免胃管盘曲在口腔内,使胃管顺利插入^[3]。胃管近胃端必须留有一定无导丝距离,且插管动作轻柔,避免野

1.2 实验室检查 5 例血白细胞总数升高,>10.0×10⁹/L(最高 26.4×10⁹/L),其中中性升高 4 例,治疗后复查均正常;白细胞总数正常 4 例,其中分类增高 2 例。血小板正常 1 例;8 例减少,22.4~93.0×10⁹/L,平均 59.9×10⁹/L,治疗后复查正常。CRP 检查:均升高,42~200mg/L,平均 113.3mg/L,治疗后复查均正常。6 例作了血培养,培养结果均无细菌生长。心电图检查 8 例:正常 2 例,窦性心动过速 6 例,其中 1 例有部分 T 波改变。9 例做了肝、肾功能心肌酶检查:除丙氨酸转氨酶(ALT)及心肌酶异常外其余均正常。异常检查结果:8 例 ALT 升高,66.3~134.2U/L,平均 105.2U/L;9 例天冬氨酸转氨酶(AST)升高,45.7~348.1U/L,平均 146.5U/L;9 例乳酸脱氢酶(LDH)均升高,425.4~2 476.0U/L,平均 1 064.8U/L;7 例乳酸脱氢酶同工酶 1(LDH1)升高,145.0~355.0U/L,平均 213.9 U/L;3 例肌酸激酶(CK)升高,225.0~387.0 U/L,平均 213.9U/L;6 例羟丁酸脱氢酶(HBDH)升高,484.0~2 214.0U/L,平均 1 064.8U/L。7 例均有颈部抵抗。

胃管的置入过程对鼻咽、食管、胃是一个很强的刺激过程,对患者的心理、生理会造成许多不良影响,如恶心呕吐、心跳加快、血压升高、肌群紧张,如多次插入失败,更加重以上症状,致使患者恐惧,不能很好配合,严重时可引起喉部痉挛胃管难以插入。对喉反射明显的病人可使用表面麻醉剂,但由于表麻作用缓慢,很少应用。切勿对昏迷病人进行野蛮的盲插,必须看到食道开口方能操作。

参考文献

[1]张会娟,支文艳,刘瑛.喉镜、导丝引导置入胃管行电动洗胃术的护理 5 例[J].中国实用护理杂志,2006,22(2): 18
[2]聂林华,彭贵祖.导丝辅助与常规方法放置鼻胃管对比观察[J].实用护理杂志,1999,15(12): 37
[3]辛维凤.超滑支撑导丝在吞咽功能障碍患者经鼻胃管插入中的应用研究[J].中国实用护理杂志,2008,24(1): 43
[4]王红艳,彭贺新.呼吸机支持患者两种胃管插入方法的比较[J].中国危重病急救医学,2004,16(6): 370

(收稿日期: 2009-12-31)

962.9U/L。脑电图检查:7 例异常(弥漫性慢波增多),2 例正常。8 例头颅 CT 检查:4 例正常,4 例异常(脑沟回增宽、加深)。2 例 X 线胸片报告为肺炎。全部病例根据临床表现及体征入院后当天确诊为恙虫病,入院当天或次日作脑脊液检查:脑脊液糖、氯化物均正常,5 例脑脊液白细胞数增高(16~36×10⁶/L)、蛋白轻度增高(0.45~0.94g/L),1 例脑脊液单项目蛋白轻度增高(0.67g/L),3 例脑脊液正常者均有脑炎的临床表现及脑电图检查异常。

2 治疗与转归

2.1 治疗 全部病例入院前均用过头孢三代治疗,病情无好转。本组病例确诊恙虫病并脑炎后,给多西环素口服,3~4mg/(kg·d),同时加用甘露醇、激素 CoA、ATP、维生素 C,并发肺炎者加用抗生素。7 例 2~6 岁患儿在选用多西环素时,都向患儿家长告知其不良反应,经患儿家长同意后选用。

2.2 结果 入院后经积极的治疗,全部病例病情逐渐好转,体温逐渐恢复正常,肝脾回缩,临床症状消失,血小板恢复正常,ALT、心肌酶恢复正常,全部病例治愈出院,未发生药物不良反应。退热时间 2~4d,平均 2.8d,住院天数 5~14d,平均 8.2d。

3 讨论

恙虫病是由恙虫病东方体(也称东方立克次体)所致的急性自然疫源性传染病,是人畜共患性传染病,人类是其病原体的偶然的宿主^[1]。本病的传染源为野鼠和家鼠,一般家畜如猪、兔、家禽等也可感染本病,成为传染源。恙螨既是本病的传播媒介,也是恙虫病的原始宿主,感染恙虫病立克次体的恙螨幼虫叮咬人或鼠时,可将病原体传染给人和鼠。本病主要流行于亚洲太平洋地区,有明显的季节性,我市以 7~10 月为主要发病季节,与恙螨及鼠的密度增加有关。本文 1 例发生在 11 月,临床应引起重

视。人对本病普遍易感,近年来小儿感染恙虫病的病例有所增加,与接触疫区的草地有关。当恙螨幼虫叮咬人体时,即把病原体接种到人体内,病原体在叮咬处的局部开始繁殖,局部出现丘疹,以后发生溃疡,溃疡继而变为黑色焦痂,焦痂可见于体表任何部位,焦痂对诊断最具意义^[2]。病原体从恙螨叮咬处侵入人体,先在叮咬局部组织内繁殖,引起局部的皮肤损害,继而直接或经淋巴系统进入血液,形成恙虫病东方体血症,血流中的病原体侵入血管内皮细胞和单核吞噬细胞内生长繁殖,产生毒素,引起全身毒血症状和多脏器的病变。恙虫病病死率各地报告差异较大,未用抗生素时病死率为 9%~60%,应用有效抗生素治疗后已降低至 1%~5%^[2]。本病严重威胁小儿的健康,从本组病例中可看出小儿恙虫病并脑炎病情重,持续高热不退,肝脾肿大,易引起多器官损伤,治疗不及时可危及生命。儿科医师应加强对本病的认识,本组患儿在入院前平均病程 7.4d,均没有得到确诊,未得到及时治疗,病情加重,增加了患儿的痛苦及治疗难度。结合临床表现、流行病学史及特异性焦痂,早期诊断、早期治疗是降低恙虫病死亡率、提高治愈率的关键。

多西环素为治疗恙虫病的特效药,疗程 7d,口服吸收良好,对 <8 岁的儿童有可能造成牙齿黄染的不良反应,在对 <8 岁的儿童应用该药时必须对患儿家长讲明,取得家长的同意后方可应用,确保医疗安全^[3]。本组选用多西环素治疗,平均退热天数 2.8d,未发现明显的毒副作用,疗效满意,全部治愈。

参考文献

[1]胡亚美,江载芳.实用儿科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2002.1 038-1 039
[2]彭文伟.传染病学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.118-121
[3]杜曾庆,刘晓梅,杨震,等.小儿恙虫病 42 例临床及治疗分析[J].儿科学杂志,2006,12(6):49-50

(收稿日期:2010-04-16)

水针注射治疗颈肩肌筋膜炎 65 例

吴克光

(江西省贵溪市中医院 贵溪 335400)

关键词:筋膜炎;颈肩肌;水针注射

中图分类号:R 686.3

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.035

颈肩肌筋膜炎又称颈肩肌筋膜疼痛综合征,是伤科常见病。主要病因为长时间一种姿势工作,颈项肌、肩背肌过度疲劳,多发于长期俯案、低头工作的人群,如会计、作家、打字员等;感受风寒湿邪,也是本病发生的诱因。其主要症状为:颈、肩及背部广泛性疼痛、酸胀、沉重感、麻木感,疼痛常呈持续性,

晨起较重,活动后可减轻,可因感染、受凉、受潮及过度疲劳而加重,遇热常减轻。体检常可见:颈、肩及背肌肉紧张、僵硬,有固定压痛点或压痛较为广泛,常可触及条索状改变,或痛性结节,X 线检查无阳性征象。2007 年 10 月~2009 年 10 月,我科采用正清风痛宁水针注射治疗颈肩肌筋膜炎 65 例,疗