

国家卫健委印发《猴痘诊疗指南(2022年版)》

早期识别 规范治疗

自今年5月以来,世界多个国家报告了猴痘病例,且存在社区传播。为做好猴痘医疗应对工作准备,提高临床早期识别和规范诊疗能力,国家卫生健康委会同国家中医药管理局组织制定了《猴痘诊疗指南(2022年版)》,主要内容如下。

一 病原学

猴痘是一种由猴痘病毒感染所致的人兽共患病毒性疾病,主要流行于中非和西非。猴痘病毒归类于痘病毒科正痘病毒属,是对人类致病的4种正痘病毒属之一,另外3种是天花病毒、痘苗病毒和牛痘病毒。

猴痘病毒的主要宿主为非洲啮齿类动物,如非洲松鼠、树松鼠、冈比亚袋鼠、睡鼠等。猴痘病毒耐干燥和低温,在土壤、痂皮和衣被上可生存数月。对热敏感,加热至56℃30分钟或60℃10分钟可灭活,紫外线和一般消毒剂也可使之灭活,对次氯酸钠、氯二甲酚、戊二醛、甲醛和多聚甲醛等敏感。

二 流行病学

1. 传染源 主要传染源为感染猴痘病毒的啮齿类动物,灵长类动物(如猴、黑猩猩、人等)感染后也可成为传染源。

2. 传播途径 病毒经黏膜和破损的皮肤侵入人体。人主要通过接触感染动物病变渗出物、血液、其它体液,或被感染动物咬伤、抓伤而感染。人与人之间主要通过密切接触传播,也可通过飞沫传播,接触被病毒污染的物品也有可能感染,还可通过胎盘垂直传播。尚不能排除性传播。

3. 易感人群 人群普遍易感。既往接种过天花疫苗者对猴痘病毒有一定程度的交叉保护作用。

三 临床表现

潜伏期为5~21天,多为6~13天。发病早期可出现寒战、发热,体温多在38.5℃以上,可伴头痛、

嗜睡、乏力、背部疼痛和肌痛等症状,多数患者会出现颈部、腋窝、腹股沟等部位淋巴结肿大。发病后1~3天出现皮疹,皮疹首先出现在面部,逐渐蔓延至四肢及其他部位,可累及口腔黏膜、消化道、生殖器、结膜和角膜等,数量从数个到数千个不等。皮疹经历从斑疹、丘疹、疱疹、脓疱疹,到结痂脱落大致需要2~4周。结痂脱落后可遗留红斑或色素沉着,甚至瘢痕,瘢痕持续时间可长达数年。部分患者还可引起并发症,包括皮损部位继发细菌感染、支气管肺炎、脑炎、角膜感染、脓毒症等。

猴痘为自限性疾病,大部分预后良好,严重病例常见于年幼儿童、免疫功能低下人群。预后与感染的病毒分支、病毒暴露程度、既往健康状况和并发症严重程度等有关。

四 实验室检查

1. 一般检查 外周血白细胞正常或升高,血小板正常或减少。部分患者可出现转氨酶水平升高、血尿素氮水平降低、低蛋白血症等。

2. 病原学检查 ①核酸检测:采用核酸扩增检测方法在皮疹、疱疹液、痂皮、口咽或鼻咽分泌物等标本中可检测到猴痘病毒核酸;②病毒培养:采集上述标本进行病毒培养可分离到猴痘病毒。

五 诊断和鉴别诊断

1. 诊断标准 出现典型临床表现,且同时具备以下任一项者,可视为疑似病例:①发病前21天内有境外猴痘病例报告地区旅居史;②发病前21天内与猴痘病例有密切接触;③发病前21天内接触过猴痘病毒感染动物的血液、体液或



分泌物。猴痘病毒核酸检测阳性或培养分离出猴痘病毒者,可视为确诊病例。不论是疑似病例,还是确诊病例,都应该按相关要求进行治疗。

2. 鉴别诊断 要和水痘、带状疱疹、单纯疱疹、麻疹、登革热等其它发热出疹性疾病鉴别,还要和皮肤细菌感染、疥疮、梅毒和过敏反应等鉴别。

六 治疗

目前尚无特异性抗猴痘病毒药物,主要是对症支持和并发症的治疗。

1. 对症支持治疗 卧床休息,充分补充营养及水分,维持水、电解质平衡。体温高者,物理降温为主,超过38.5℃,予解热镇痛药退热,但要防止大量出汗引发虚脱。保持皮肤、口腔、眼及鼻等部位清洁及湿润,避免搔抓,以免继发感染。疼痛严重时可予镇痛药物。

2. 并发症治疗 继发皮肤细菌感染时,给予有效抗菌药物治疗,不建议预防性使用抗菌药物。出现角膜病变时,可应用滴眼液,辅以维生素A等治疗。出现脑炎时给予镇静、脱水降颅压、保护气道等治疗。

3. 心理支持治疗 患者常存在紧张、焦虑、抑郁等心理问题,应加强心理支持、疏导和相关解释工作,或请心理专科医师会诊并参与疾病诊治,必要时给予相应药物辅助治疗。

4. 中医治疗 发热者可以使用升麻葛根汤、升降散、紫雪散等;高热、痘疹密布、咽痛、多发淋巴结肿痛者可以使用清营汤、升麻鳖甲汤、宣白承气汤等。

——据国家卫生健康委员会官网



ICU的病人为什么要“被绑住”?

不少家属在ICU探视患者时,经常会看到患者手脚被“绑”着,心中不免生出疑问和不满:“为什么要将病人绑住呢?”的确,在ICU病房中,有不少患者需要用腕带等物品进行约束性保护措施,变成家属眼中“被绑住”的状态,原因主要有以下几点。

首先,有些患者因疾病需要进行一些有创的抢救措施,如气管插管、胸腔闭式引流等,虽然予以了解释、镇痛、镇静等处理,但患者有时仍无法配合,具有拔管倾向时,就需要给予约束性保护。因为ICU的置管治疗是关乎患者生命安全的,是一定要确保所有管道固定到位、不能脱落的。

其次是疾病本身的原因。有些患者因患有某些严重的疾病,如脓毒性脑病、肝昏迷、代谢性脑病等,导致谵妄、躁动,存在跌落、自伤等潜在隐患时,也需要通过一定的措施将患者制动和保护起来。

第三,某些特殊的治疗需要将局部肢体或部位做制动保护处理,如为了保证连续血液净化的顺利进行,需要对留置了穿刺血透管道的肢体适当约束制动。不过,家属请放心,医生一定会尽全力让患者尽快转危为安,从而减少由此给患者带来的不适。

广东医科大学附属第一医院重症医学科主任医师 佟琳

健康卡通



吸“二手烟”更易中风

美国一项研究发现,相对于烟民来说,他们身边被迫吸“二手烟”的人更容易中风,且“二手烟”的数量越多,中风的可能性越高。统计资料表明,烟民的妻子中风几率比非烟民的妻子高28%~62%。因此,想要预防中风及肺部疾病,就要尽早戒烟,远离“二手烟”。

图/文 陈望阳

超五成头晕是耳内疾病引起

很多人都有过头晕的经历——突然眩晕,头重脚轻,严重者天旋地转、恶心呕吐。头晕究竟是什么引起?如果去医院检查该看哪个科呢?统计发现,五成以上的头晕是由耳内疾病引起,因此,去医院检查时可以先去耳鼻喉科,排除耳内疾病。

1. 耳石症 是最常见的引起眩晕的病因,主要表现为患者起床、躺下、翻身等体位改变时出现旋转感,时间一般不会超过1分钟。

2. 前庭神经炎 主要表现为突然出现的持续重度眩晕,可持续数天,也可以表现为一动就晕、不动不晕,多伴有恶心、

呕吐、走路不稳等,通常听力是正常的。

3. 梅尼埃病 表现为反复发作的眩晕,听力时好时坏,多数伴有耳鸣和耳闷胀感。

4. 迷路震荡 一般发生于震荡性头部创伤后导致的外周性前庭受损,也可发生于头部运动急剧改变时,不一定与撞击有关。

5. 耳部带状疱疹(亨特综合征) 可能是由膝状神经节的潜伏带状疱疹病毒激活所致,除了表现为急性眩晕和(或)听力损失外,同侧面瘫、耳痛以及耳廓和耳道的水疱是其典型特征。

6. 其他 如突聋伴眩晕、迷路

炎、听神经瘤、前庭阵发性、上半规管裂综合征、外淋巴瘘等,均可引起头晕。

除耳内疾病外,颅内疾病也可引起头晕,如中风、颅内肿瘤、偏头痛相关性眩晕、脱髓鞘病变、多系统萎缩、多发性硬化、II型发作性共济失调等,占20%~30%。其次,焦虑、抑郁等精神心理因素也可以导致头晕,是加重或使得头晕不容易改善的重要因素。另外,直立性低血压、感染、心律失常、甲状腺功能异常、低血糖症等也可引起头晕,但较为罕见。

华中科技大学同济医院耳鼻咽喉头颈外科副主任医师 冰丹