

成人重型流行性乙型脑炎 16 例临床分析

时晓庆¹, 郭明亮¹, 唐万菊², 张宏伟³

(1. 庆城县人民医院感染中心, 甘肃 庆城 745100;

2. 福泉市第一人民医院, 贵州 福泉 550500;

3. 首都医科大学附属北京佑安医院, 北京 100069)

【关键词】 流行性乙型脑炎; 成人; 临床表现

【中图分类号】 R512.32 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2015)01-0102-02

流行性乙型脑炎(Epidemic encephalitis B, EEB)简称乙脑, 又称日本脑炎(Japanese encephalitis, JE), 是一种急性传染病, 其病原体是 JE 病毒, 主要通过蚊叮咬而传播, 人群普遍易感。病变以脑实质炎症为主, 以高热、意识障碍、抽搐、病理反射及脑膜刺激征为特征, 病死率高, 部分病例可留有严重的后遗症^[1]。根据中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会的疫情报告^[2], 2012 年全国共报告流行性乙型脑炎 1 763 例, 死亡 59 例, 2013 年升至 2 178 例, 死亡 64 例, 发病率和死亡率均有所增加。为了加强对重症流行性乙型脑炎的认识, 本文报道了北京某三甲传染病医院 2013 年 9 月份收治的 16 例重症乙脑患者。

1 资料与方法

1.1 病例选择 16 例重症乙脑患者中男性 7 例, 女性 9 例, 年龄 19~68 岁, 平均 45 岁。10 例未接种过疫苗, 8 例是否接种乙脑疫苗情况不详。

1.2 诊断标准 全部病例临床诊断符合第 6 版《传染病学》制定的乙脑诊断标准^[3], 在北京市疾控中心检测乙脑 IgM 抗体阳性。诊断要点: ①发生于乙脑流行季节; ②临床出现脑炎症状, 符合重型乙脑的特点; ③白细胞总数及中性粒细胞升高; ④脑脊液呈非化脓性变化; ⑤血清学诊断乙脑 IgM 阳性。

1.3 方法 采集临床资料, 对患者的临床表现、诊治和预后进行回顾性分析。

2 结果

2.1 临床表现 16 例均有高热, 体温均高达 40℃ 以上, 伴头痛、恶心、呕吐, 意识障碍 10 例, 呼吸衰竭 12 例, 偏瘫 5 例, 抽搐 4 例。

2.2 辅助检查 16 例患者白细胞均值为 $16.5 \times 10^9/L$, 其中, 白细胞和中性粒细胞升高者 14 例。18 例外周血中抗 JEV-IgM 均阳性。18 例患者均行脑脊液检查, 压力在 160~330 mmH₂O (1 mmH₂O = 0.098 kPa), 14 例细胞计数升高, 范围是 40~130 × 10⁶/L。13 例蛋白升高 (0.6~1.5 g/L), 糖和氯化物均正常。

2.3 治疗及转归 全部病例均给予降温、脱水、预防继发感染治疗, 伴有抽搐者给予止惊药物, 并注意保持水、电解质平衡; 12 例患者均使用机械通气, 其中气管切开 2 例。治愈 4 例, 好转 6 例, 死亡 2 例; 自动出院 4 例。

3 讨论

乙脑是一种虫媒传染病, 主要通过蚊虫叮咬而传播, 乙脑在热带地区全年均可发生, 在亚热带和温带地区有严格的季节性, 80%~90% 的病例集中在每年的 7~9 月, 这主要与蚊虫繁殖、气温和雨量等因素有关^[4]。本文报道的病例均发生于 9 月末, 符合乙脑流行的季节。文献报道显示^[5], 随着气候的变化, 一些地区的发病高峰可后移至 10 月初。

重型乙脑起病急骤, 发展迅速, 通常表现为高热、颅高压症状、频繁抽搐、意识障碍、呼吸衰竭甚至脑疝。病初外周血白细胞计数及中性粒细胞均增高, 这点与其他病毒性脑炎不同, 血中抗乙脑 IgM 抗体可在病后 3~4 d 出现, 适用于早期诊断^[6]。本组患者均有高热、颅高压症状、频繁抽搐、意识障碍和呼吸衰竭, 病情严重。因此, 在夏秋季节, 特别是 7~9 月份, 遇到高热、颅高压症状明显、频繁抽搐、意识障碍、外周血白细胞计数及中性粒细胞均增高的患者, 临床医师要考虑到乙脑可能, 及时检测血清或脑脊液中乙脑抗体, 尽早明确诊断。根据国内最近的一项调查, 后遗症发生率为 14.9%~17.0%^[4]。

乙脑的治疗至今尚无特效药物, 利巴韦林、干扰素等早期抗病毒治疗并没有确切的循证学依据, 控制高热、抽搐、脑水肿及呼吸衰竭仍是治疗关键。高热、抽搐、呼吸衰竭是危及患者生命的 3 种主要症状, 且互为因果, 形成恶性循环^[7]。在本项研究中, 针对高热, 以物理降温为主, 伴有反复抽搐者, 可给予亚冬眠治疗; 针对抽搐, 根据具体情况给予降温、脱水和镇静处理; 而呼吸衰竭则给予机械通气支持。

疫苗接种是预防乙脑的有效措施。我国为乙脑

基金项目: 2012 年北京市卫生系统“十百千”卫生人才“百”层次人才项目

通讯作者: 张宏伟。E-mail: hongwei9988@sina.com

胸大肌皮瓣与股外侧皮瓣 用于全舌切除后组织缺损修复重建的效果比较

陈井鑫¹, 邓伟¹, 陈集敏², 王涛¹, 符良斌¹

(海南省人民医院口腔颌面外科¹、病理科², 海南 海口 570311)

【摘要】 目的 对比胸大肌皮瓣和股外侧皮瓣修复舌全切后的优缺点,为临床合理选择修复方案提供思路。**方法** 回顾性分析我科从2009年1月至2013年8月期间所有舌全切后选择胸大肌皮瓣修复的患者9例和股外侧皮瓣修复的患者5例,对比分析两种术式患者的性别、年龄、术式、术后近远期并发症、术后供皮区舒适度、术后平均恢复时间。**结果** 所有患者皮瓣均成活,胸大肌皮瓣修复患者术后平均恢复时间较股外侧皮瓣修复患者长3 d,平均恢复时间为16.5 d,胸大肌皮瓣修复患者术后均感觉胸部紧缩不适,5例股外侧皮瓣患者均未述取皮区不适。**结论** 对于舌全切患者,股外侧皮瓣较胸大肌皮瓣更合适修复缺损,值得大力推广,而胸大肌皮瓣可作为二线皮瓣,在不适合带血管蒂皮瓣修复时采用。

【关键词】 胸大肌皮瓣;股外侧皮瓣;舌全切;修复重建

【中图分类号】 R739.86 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2015)01-0103-03

舌癌是口腔癌中最常见的恶性肿瘤,是缺损在1/3~1/2的早中期舌癌,以往最常用游离前臂皮瓣修复,晚期舌癌常因侵犯口底肌等多器官,往往需要切除全舌及口底肌肉组织及行下颌骨方块切除或者部分切除,术后局部组织缺损明显,需要采用有足够组织厚度的皮瓣修复,临床以胸大肌皮瓣为经典选用瓣,覆盖创面及恢复口底丰满度的效果良好。自1993年Koshima等开始应用股外侧皮瓣头颈部缺损修复后^[1],我国冯崇锦等2001年最先开始报道采用股外侧皮瓣修复口腔手术缺损^[2],近年来越来越多的报道采用股外侧皮瓣修复口腔组织缺损取得良好效果。本文通过回顾分析我科2009年1月至2013年8月期间两种皮瓣修复全舌切除后的优缺点,希望对全舌切除

后临床修复的选择提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共14例晚期舌癌行舌全切患者,其中男性12例,女性2例,年龄32~69岁;初治舌癌13例,舌癌综合治疗后复发1例。其中胸大肌皮瓣修复患者共9例(包括舌癌综合治疗、放疗后1例),均为男性;股外侧皮瓣修复患者共5例,男性3例,女性2例。所有患者术前病理检查均确诊为鳞状细胞癌,手术在全麻下进行,患者均气管切开保持气道通畅,病理报告颈淋巴结转移的常规术后补充放疗。

1.2 手术方法

1.2.1 股外侧皮瓣设计及切取 髌骨外缘与髌前上棘连线中点(O点)附近即为血管穿支的体表标记

通讯作者:陈井鑫。E-mail:chjx2003201@sina.com

的高发区,20世纪50~70年代乙脑呈现周期性流行,1971年乙脑发病数高达17万例。20世纪70年代后,由于大规模使用乙脑疫苗,基本上控制了乙脑在全国范围的流行,局部地区时有爆发或流行发生^[6]。本组患者均无明确的乙脑疫苗接种史,提示在乙脑流行区域,乙脑疫苗接种不仅要覆盖儿童,对于没有明确接种的成人或乙脑抗体阴性者也应纳入计划免疫,同时总结临床工作经验,提高诊治水平,降低死亡率^[7]。

参考文献

[1] 李兰娟,任红. 传染病学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013:86-92.
[2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2013年度全国法定

传染病疫情情况[EB/OL]. [2014-02-13]. <http://www.nhfpc.gov.cn/jkj/s3578/201402/26700e8a83c04205913a106545069a11.shtml>.

[3] 黄鑫,刘辉. 2007年丹东地区乙脑18例临床分析[J]. 中国医药导报,2009,15:158-159.
[4] 刘桂芳,刘尧,宋立志,等. 流行性乙型脑炎病例临床转归的随访调查[J]. 中国疫苗和免疫,2011,17(1):45-48.
[5] 高化国. 80例流行性乙型脑炎临床治疗体会[J]. 中国现代药物应用,2012,6(2):40-41.
[6] 胡勇,陈清. 流行性乙型脑炎的病原学和流行病学研究进展[J]. 疾病控制杂志,2005,9(6):619-622.
[7] 裴旭东,朱喜增,韩冰. 2006年南阳市流行性乙型脑炎发病情况

及临床分析[J]. 中外健康文摘:医药月刊,2007,4(4):29-30.

(收稿日期:2014-05-21)