

相关的文件,单独与其他部门协同完成感染预防的说明文件、操作标准手册以及宣传材料等;制定诸如“监督感染症发生”等的一年工作计划;实施一年工作计划,就重要事件与院内感染对策委员会沟通,定期向院长报告,并监督感染预防行动;组织、召开院内感染对策委员会会议,制作并向院长提交年度报告书,分析并指出存在的问题以及引起相关机构的注意;就医护人员的健康问题与劳动安全卫生部门进行联络;定期修改、监督并研究相关感染预防对策,搞好临床内部各部门间的联络。

以上所述是英国的感染预防对策方针中规定的感染控制组的主要作用,但是同时感染控制组也必须与其他各部门相互协作才能够完成上述目标。英国的感染对策方针中关于感染控制组的说明参见表 2。在日本,院内感染预防策略也逐渐被认识并付诸实施,主要内容包括全球预防(universal precaution)的观念、感染

危险性的认识以及消毒程度、感染途径的控制对策等。但在很多医院的实际的操作中尚存在不少系统、组织方面的问题,例如感染控制组以及感染控制医师、护士应成为医院内正式的组织及人员;院内感染对策委员会应定期与感染控制组及其他部门进行会议沟通,感染控制组的工作必须得到支持等。

表 2 英国感染预防对策方针中有关感染控制组的说明

感染控制组是感染预防对策的第一负责人(小组)。但并非由他们单独完成所有工作,而应与医院其他医护人员通力协作。

医院临床各部门的工作方针及操作手册,以及支持服务等都不应违背感染预防对策。

相关事项的决策及实施应由专业人员进行。即并非完全由感染控制组进行决策,而是由日常工作的相关医务工作者自行决定。因此这些决策应具有各部门自身的特点。

感染控制组制定医院整体的感染预防对策,但具体细节应与各部门协商沟通后共同完成。

胡 宜 译

79、流感脑炎/脑病

(Influenza-associated encephalopathy/ encephalitis)

1. 流行病学 小儿流感脑炎、脑病是一种非常严重的流行性疾病,在日本每年约发生 100 例,死亡率约 30%。近年来根据日本厚生劳动省流感脑炎、脑病研究组的调查发现,A/ H₃N₂ 香港型流感病毒引发本病的频率最高。1998 年进行的人口动态统计调查指出,1~4 岁年龄段的 10 万人口死因中流感排在第六位,其中主要为流感脑炎、脑病。可见应引起人们足够的重视。

2. 临床症状 患儿多为 5 岁以下,主要集中在 1~2 岁。从发热等流感症状到神经症状出现的间隔时间很短,往往只有 1~2 天。患儿最高体温可达到 39~40。主要症状除意识障碍外还可见到痉挛发作(70%~80%)。根据日本的流感脑病患儿家长组织“小生命”调查发现,伴随痉挛及意识障碍,患儿可出现幻视、幻听、异常兴奋等谵妄躁动症状。提示本病可能造成大脑边缘系统的损害。本病死亡率约为 30%;约 26% 患儿遗留轻重不等的后遗症,相当于 4 名患儿中会有 1 名遗留后遗症。

实验室检查中,血小板计数降低、AST、ALT、LDH 升高、凝血酶原时间延长等都是预后不佳的指标(表 1)。血红蛋白降低及 Cr 值的升高也是预后不良的观测因素。另外与 Reye 综合征不同,很多患儿可表现高血糖;而 NH₃ 升高的病例却不多。脑脊液检查很少见到细胞增多。脑 CT 出现低密度灶或急性期发生脑水肿的病例预后往往不佳。

3. 病理学研究 病理学特征为:可见高度脑水肿,但脑组织内很少见到炎症细胞浸润;脑组织内无病毒抗原;血管通透性增强,血浆成分明显向脑实质内漏出;约 1/3 病例可见到吞噬红细胞现象;支气管及肺的炎症变化不具致死性,缺氧性脑病为脑损害的病理基础证据尚不足等。

4. 解热剂的影响 1999 年日本劳动厚生省的流感脑炎、脑病研究指出,二氯苯胺苯乙酸钠(diclofenac sodium)及甲芬那酸(Mefenamic acid)可能会使本病的预后恶化。据其后调查结果,2001 年 5 月 30 日厚生劳动省的“药品、食品卫生审议会-医药品等安全对策会议”作出“未满 15 周岁流感患儿原则上禁用甲芬那酸”以及“禁止将二氯苯胺苯乙酸钠应用于治疗病毒感染疾病”的决定。上述决定在少儿发热性疾病的诊疗中是很重要的。有必要向全民宣传“针对流感应谨慎使用解热剂”的知识。

5. 病理生理 目前普遍认为在中枢神经系统内不会观察到流感病毒的增殖。重症患儿体内可观察到细胞凋亡、高细胞因子血症及高细胞因子脑脊液等现象。特别是 IL-6、TNF- α 、IL-1 等前炎症性细胞因子(pro-inflammatory cytokines)表达增多,明显参与本病的形成。另外,血管内皮细胞源性选择素(E selectin)及凝血调节因子(thrombomodulin)的表达同样增多。提示血管内皮细胞受到损害,可能与血管通透性增强有关。

动态与消息

美国高血压协会最新修订的高血压诊疗方针(JNC7)

(关于高血压的预防、发现、诊断以及治疗的第七次报告)

经美国高血压联合委员会修订的新高血压诊疗方针(JNC7)于5月21日在JAMA杂志上发表。这次修订是自1972年第一次报告后的第六次修订,但与上一次修订即第一次报告(1988年)相比,变化很大。这里向读者介绍JNC7中比较受关注的修正点。

1. 相对简单的血压分级 JNC7中首先应指出的是新的血压分级方式,作为高血压诊断的基础,血压分级变得更加简单(表1)。旧方针(JNC)中120/80mmHg以下称为“理想血压”,新方针(JNC7)中改为“正常血压”。另外,新增了“高血压前驱症”的分类,与旧方针中“正常”和“正常高值”基本相符。新方针中指出,如果血压超过115/75mmHg,心血管疾病发病率就开始上升,并提出55岁以上正常血压者,今后高血压发病率高达90%。“高血压前驱症”的概念正是为了强调高血压预防的必要性而提出的。

表1 18岁以上成人的血压分类

分类	收缩压 mmHg	并且	舒张压 mmHg
正常血压	<120	并且	<80
高血压前驱症	120~139	或	80~89
1期高血压	140~159	者	90~99
2期高血压	160	或	100

此外,高血压分期从以前的三期减为两期,仍规定超过140/90mmHg为高血压,但旧方针以160/100mmHg、180/110mmHg两个分界点将血压分为三期,而新方针中废除3期,凡超过160/100mmHg都归为2期。新方针中还指出,50岁以上收缩压超过140/90mmHg的患者,作为评价心血管疾病危险性的指标,收缩压比舒张压更有意义。

2. 强调含利尿药的联合用药方案的作用 在高血压的治疗方面,引进了最近在临床颇有成绩的新方案。初期药物治疗中推荐优先使用噻嗪类利尿药以及提倡降压药的合用。

业已报道的大规模临床试验大多已显示出以利尿药为基础的治疗法的预后改善效果,而且去年发表成

果的 ALLHAT (The Antihypertensive and Lipid-lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial 抗高血压及降脂治疗预防心脏病发作试验)中,证明噻嗪类利尿药发挥着Ca拮抗剂、ACE阻断剂所没有的作用。基于这些资料,新方针推荐大部分高血压患者都可使用价格低廉的噻嗪类利尿药。但这并不意味着只凭噻嗪类利尿药就可以控制血压。从以往的疗效看,单独使用试验药很难将血压降至目标值,几乎所有的试验都联用其他降压药,联合应用率也很高。新方针考虑到这些因素,提出2期的初期治疗可以两药联用,在医生的指导下,1期初期也可以联合用药。

3. 对合并糖尿病、脑卒中病例的建议 初期药物治疗中,作为需要“最适应”的疾病如心力衰竭、心肌梗塞既往史、冠脉疾病高危因素(心绞痛等)、糖尿病、慢性肾疾病、预防脑卒中再发等,都有各自相应的药物(表2)。其中值得注意的有,合并糖尿病患者选用含Ca拮抗剂降压药;预防脑卒中再发选用利尿剂和ACE阻断剂;心力衰竭和心梗后治疗选用醛固酮拮抗剂。这些都是基于最新临床试验结果而得出的。

表2 积极适应的降压药

推荐药物 积极适应	利尿药	阻断剂	ACE抑制剂	ARB	Ca拮抗剂	醛固酮拮抗剂
心力衰竭	*	*	*	*		*
心梗既往史		*	*			*
冠脉疾病高危因素	*	*	*		*	
糖尿病	*	*	*	*	*	
慢性肾疾病			*	*		
脑卒中再发预防	*		*			

最后,新方针中 阻断剂从可使用的降压药列表中消失。这可能是由于其在 ALLHAT中无改善效果的缘故。但在其他主要一些高血压治疗方针中, 阻断剂是首选药物之一。对此,今后可能会引起争议。

藤田 敏郎:日本医事新报 No 4129:13,2003年6月14日 赵 谨 译

6. 治疗 2001年12月日本向全国发布了《流感脑炎、脑病特殊治疗方针(草案)》的修订本。本治疗方针的基本点是抑制重症病例的细胞因子表达及防止多器

官衰竭的发生。期待着能早日评估这些治疗方法的效果,并最终制定出最佳的治疗方案。

胡 宜 译