

濉溪县医院医共体

健 康 宣 传 材 料

--2018年第2期--

“感冒”知多少

—濉溪县医院呼吸内科

在临床工作中，经常会出现两种不同的情况，有的患者对“感冒”不以为然，而有的患者则谈“流”色变，为什么会出现这种情况，因为流感和普通感冒的很多症状相似，但实际上有很多明显的区别。那么在社区工作中，我们应该如何初步加以区分，以便选择正确的治疗方案呢？

首先两种疾病的病原体不同，流感由流感病毒引起，流感病毒包括甲型、乙型和丙型三种；普通感冒可由多种病原体引起，如鼻病毒、腺病毒、细菌及支原体等，一般人在受凉、雨淋、过度疲劳后，因抵抗力下降时容易发病。

其次，两种疾病的临床表现不同。与流感相比，普通感冒主要表现为打喷嚏、流鼻涕等上呼吸道症状，全身症状较轻，不发热或仅有低热，一般3至5天痊愈。流感的表现全身症状较重，突然畏寒、发热、头痛、全身酸痛、鼻塞、流涕、干咳、胸痛、恶心、食欲不振，婴幼儿或老年人可能并发肺炎或心力衰竭。中毒型流感病人则表现为高热、说胡话、昏迷、抽搐，有时可以导致人死亡。

第三，流感与普通感冒的传染性不同。流感病毒存在于病人的呼吸道，在病人咳嗽、打喷嚏时经飞沫传染给别人，流感的传染性很强，由于这种病毒容易变异，即使是患过流感的人，当下次再遇上流感流行，仍然会感染，所以流感容易引起暴发性流行。普通感冒较流感传染性要弱得多，往往是个别出现，很少像流感流行那样病人成批大量出现。

第四，流感与普通感冒的流行特点不同。流感的流行有明显的季节性和周期性，常易发生暴发、流行甚至大流行。流行季节常在某些局限的范围，如社区或单位发生暴发；当新的亚型产生时则可出现大流行甚至世界性大流行，如目前流行的甲型H1N1流感。普通感冒只是个别散发出现。

第五，流感有季节性和周期性。在温带和寒温带地区，流感的流行通常发生在冬春季，而在热带和亚热带地区，则更多是在夏季流行。大流行时季节性不明显。由于甲型流感病毒抗原的易变性、人类对流感免疫的不持久性及流感疫苗的有限性，致使流感流行呈现周期特点，一般3至4年一次小流行，10至15年一次大流行。乙型、丙型流感周期性不明显。

第六，在一定条件下，流感可能大流行或暴发。当流感病毒发生变异产生新的亚型时，由于人群普遍缺乏免疫力，可以发生跨越一省、一国、一个大洲，乃至遍及全世界的流行，称为大流行或世界大流行。在流感流行季节经常会发生在一个局部地区或单位，特别是学校和托幼机构，短时间内突然有很多人发病称为暴发。

最后，我们要知道：接种流感疫苗是防控流感的有效手段，而普通感冒没有预防用疫苗。对流感要做到早发现、早报告、早隔离和早治疗。早发现、早报告有利于病人早隔离，及时控制传染源，防治进一步传染他人；早治疗有利于病人早康复，防止病情恶化，减少并发症和死亡。此外，最好避免到人群拥挤的公共场所，勤洗手，注意室内通风，在公共场所戴口罩，加强身体锻炼，平衡膳食，增强体质，避免受凉、雨淋、过度疲劳，注意个人卫生等，对预防流感和普通感冒均有效果。

乙肝治疗的 5 大误区

—濉溪县医院感染疾病科

乙型肝炎是我国发病率较高的传染病之一。由于对乙肝的治疗的认知有限，部分患者无法正确甄别“虚假广告”，听信了夸大宣传，乱用药物导致肝脏损伤加重，给后续治疗带来了更大的麻烦；所以在治疗上一定避免以下误区。

误区一：乙肝可以快速治愈

现有的治疗手段均不可能快速治愈慢性乙肝。号称快速治愈的非法医疗机构常使用的伎俩包括：①大量使用降酶药物，短期内使转氨酶下降或转为正常。但事实上肝内炎症依旧存在，乙肝病毒仍在复制，一旦停药，必然反弹；②利用部分急性乙肝患者自然恢复的特点。临床上确实可见有一部分快速治愈的乙肝患者，但他们很多并不是慢性乙肝，而是急性乙肝。

误区二：没有症状就不用治疗

并不是所有乙肝患者都有症状。感染乙肝病毒后，可表现为不发病，但又不能清除病毒，病毒与人体处于和平共处状态，成为无症状乙肝病毒携带者。但是因为乙肝病毒表面抗原依然存在，病毒仍可在肝脏内复制。多数慢性肝炎患者在转氨酶轻度升高时并无明显症状。不像感冒发烧或腹泻，患者本人不能根据自己的症状来判断自己是否应该治疗。因此，我们常说乙肝病毒是体内潜伏的“特务”，乙型肝炎病毒感染者应该随时保持警惕，定期到医院检查肝功能和乙肝病毒学指标，一旦发现异常，应立即就医，根据医生的治疗方案进行抗病毒治疗。

误区三：保肝药物多多益善

抗病毒治疗是乙肝治疗的关键，是最好的保肝治疗。抗病毒治疗的同时一般不建议使用保肝药物，因为一旦乙肝病毒得到了抑制，肝脏的炎症也能得到改善。ALT（谷丙转氨酶）明显升高或肝组织学提示有明显炎症坏死的患者，在抗病毒治疗的基础上可适当选用抗炎保肝药物，建议选用 1~2 种即可，不宜同时应用多种抗炎保肝药物，以免加重肝脏负担和因药物间相互作用而引起的不良反应。因此，保肝药应在医生的指导下谨慎使用。

误区四：治疗期间不需要监测

抗乙肝病毒的药物是否达到了效果，是否产生了耐药，主要依靠治疗期间的监测。如果治疗 3 个月以上，患者的 HBV DNA 滴度未见下降，说明这种抗病毒药物治疗无效，就应该更换其他抗病毒药物治疗；如果用药期间出现 HBV DNA 和 ALT 的反跳，可能是因为病毒发生了变异，对药物产生了耐药。另外，有些抗病毒药物在治疗期间可能会发生一些不良反应，如干扰素可能引起白细胞下降和肝功能异常，个别患者可出现甲状腺功能异常等。这些不良反应都需要在治疗中定期检查才能及时发现。

误区五：指标降下来就可以停药

治疗一段时间后，看到一定疗效，指标降下来后，也不可以自己随便停药。漏服或自行停药可能会引起病毒反弹、病情加重甚至肝衰竭而造成严重后果。因此务必遵照医嘱服药。停药需要和医生沟通，即使停药后仍需定期到医院复诊以监测病情变化。

乙肝治疗尚是世界性难题，由于目前无特效药物，医务工作者正在努力研究更新的药物，为攻克乙型肝炎开辟了更多的途径。但所有药物都有其适应证，尤其是一些新药，应该在医生的指导下治疗，避免滥用，定期监测，减少不良反应，才能达到其最佳效果。

高血压患者最容易犯的错

—濉溪县医院神经外科

我国是个高血压大国，最新数据显示：我国 18 岁以上居民高血压患病率为 25.2%，估计 2.6 亿人患病。

其中，1.3 亿人不知道自己血压高；剩下 1.3 亿“知情者”中，有 3000 万没有治疗，治疗者中有 75% 的血压没有达标。更且，民众对高血压存有不少似是而非的观念，常让医生头痛。

一、根据症状估计血压高低，凭感觉用药

有的人认为，只要没有不适症状，高血压就不用治疗，这是非常错误的。

血压的高低与症状的轻重不一定有关系，大部分高血压患者没有症状，有些人血压明显升高，但因为患病时间长，已经适应了高的血压水平，仍没有不适的感觉，直到发生了脑出血，才有了“感觉”。

高血压是用血压计量出来的，不是感觉出来或估计出来的。因此，没有不适感觉，并不能说明血压不高；高血压患者应定期测量血压，如每周至少测量血压 1 次，不能“跟着感觉走”估计血压。

高血压的诊断标准是：非同日 3 次测量，收缩压 \geq 140 mmHg 和（或）舒张压 \geq 90 mmHg。

二、不愿意过早服药

很多年轻患者被诊断为高血压后，不愿意服药，担心降压药会产生“抗药性”，用得过早会导致以后用药无效，趁现在症状不重就不用药——这都是非常错误、而且十分危险的观念。

降压药不会产生耐药性。除非早期的轻度高血压，通过严格坚持健康的生活方式而降压达标者不需要用药外，其他患者都是越早服药治疗获益越大。

血压升高的主要危害是不知不觉中损害全身的大、中、小血管，损害心、脑、肾等多个器官的功能，血压控制得越早，能越早地保护血管，预防心、脑、肾损害，其远期预后越好；不要等到发展到心、脑、肾脏器损害时再用药，那时，就已失去了最佳治疗时机。

三、降压治疗，血压正常了就停药

有些患者服药后血压降至正常，就认为高血压已治愈，而自行停药。这是非常有害的做法。

高血压和伤风感冒不同，高血压不能治愈，只能通过综合治疗被控制，这就需要长期、甚至终生服降压药，“坚持服药是高血压患者的长寿之路”。停药后，血压会再次升高，血压波动过大，对心、脑、肾靶器官的损害更严重。

正确的做法是，在长期的血压控制达标后，小心地逐渐减少药物的剂量和种类，一般只对那些能够严格坚持健康生活方式的患者可以减药量；在减药的过程中，必须监测血压的变化。

四、只服药、不看效果

有些人以为只要服药就万事大吉，不关注自己的血压值，不定期测量血压，这样不能保证血压长期平稳达标。

另外，降压原则强调个体化用药，其中一项便是坚持定期对血压进行监测并记录，以便掌握用药与血压变化的关系；了解需要用多大剂量或怎样联合用药，才能使血压稳定在理想水平。

五、自行购药服用

有些人患高血压后，不按医嘱服药，而是按药店的推荐用药，或者偏信广告中的“好药”；有些人认为价格越贵的药越是“好药”，一味追求那些新药、特药；有些人看别人服用什么降压药有效，就照搬过来为己所用，自行购药服用，这些做法都是盲目性的，有害的，也不安全。

目前，治疗高血压的药物种类繁多，每种药物降压机制各不相同，都有其适应证，也有一定的不良反应。

降压药物的选择一定要经过医生的判断、做必要的化验检查，兼顾到患者的血压水平、并存的其他危险因素、伴随的靶器官损害的情况，选择能有效降压、对患者无不良影响而且能保护靶器官的药物。在医生指导下治疗，才是合理的治疗方法。

六、靠输液治疗高血压

有的患者希望依靠输几天液达到降压的目的。除了高血压急症如高血压脑病、主动脉夹层等，需要静脉点滴降压药以快速降压外，一般的高血压不需要输液治疗。

有的患者认为输液能活血化淤、改善循环、预防血栓，其实平常输液对预防血栓

是没有作用的。长期坚持规律地口服降压药并综合干预其他危险因素（必要时降糖、降脂、服小剂量阿司匹林等）是最好的治疗方法。

七、血压降得越快、越低越好

有些人认为血压高了，降压应该越快越好、越低越好，其实不然。除非血压急剧升高导致危险、必须快速降压外，其他情况下血压并不是降得越快、越低越好。一般来讲，降压治疗要掌握缓慢、平稳的原则，4~12周达到目标值。血压下降过快、过低，易发生缺血性事件，甚至并发脑梗死等严重后果，尤其对老年人而言。

八、相信“灵丹妙药”可根治高血压

高血压一经确诊，绝大多数患者需要长期、终生坚持非药物和药物治疗。不少广告宣称，某种药物、高科技产品、保健食品或保健仪器能根治高血压，不必再吃降压药，这些都是伪科学宣传。

目前，全世界尚没有哪一种药物、保健品、保健仪器能够根治高血压。不管在何地何种媒体宣传的能根治高血压的“灵丹妙药”，都是虚假宣传，干扰高血压的规范治疗，非常有害，有的人因此而延误治疗，甚至丧命。

九、高的那个血压（收缩压）高一点没关系，因为低的血压（舒张压）正常比较重要。

舒张压和收缩压一样重要。尤其 50 岁以后，收缩压比舒张压更重要。

过去有舒张压比收缩压重要的说法，认为低的血压不超过 90 mmHg 就不算高血压。但研究调查显示，年龄超过 50 岁的高血压病人，要降低心血管疾病的危险性，控制收缩压比舒张压更重要。

高血压究竟要控制在多少才理想？

根据最新标准指出：要降低高血压并发症，应将血压控制 140/90 mmHg 以下，对于已经有糖尿病或肾脏病的患者要求更严格，应控制在小于 130/80 mmHg。

十、高血压药吃愈少颗愈好，副作用也少得多。

不一定。现今高血压治疗趋势，的确偏向一天吃一次长效型药物，但多数高血压病患需要 2 种或 2 种以上降压药物才能达到理想血压值。

高血压药物进步快速，选择慢慢释放药效、一天吃一次的长效型降压药，可以增加病人长期服用意愿。而大部份高血压患者需 2 种或 2 种以上降压药才能控制血

压在理想范围。

有些病患常抱怨吃了降压药，出现头晕、干咳、脸红等副作用。最好在下次就诊时告诉医生，因为降压药种类繁多，真有不适应，医生可以改处方，千万不要自己停药。

【健康科普】唐筛只筛查唐氏综合征？

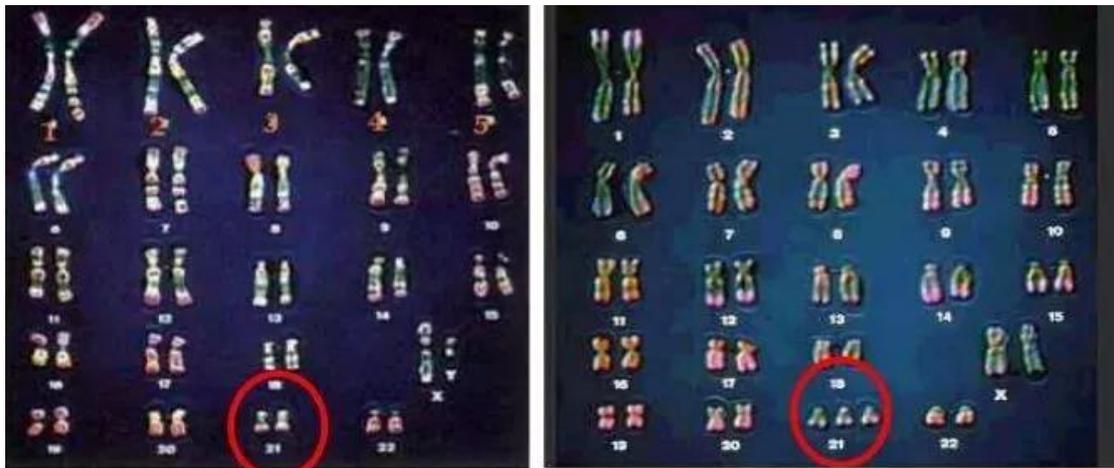
—濉溪县医院妇产二科

说到抽血做唐筛检测，很多人可能只想到唐氏综合征（21 三体综合征）。其实产前血清学检测不仅仅筛查唐氏综合征，还可以筛查 18 三体综合征和神经管缺陷。

唐筛不仅仅筛唐

早期唐筛（11 周-13 周+6）可以筛查 21 三体和 18 三体，中期唐筛（15 周-20 周+6）可以筛查 21 三体，18 三体和神经管缺陷。

有人可能会问，“21 三体”和“18 三体”是什么鬼？其实他是我们人类染色体的编号，正常情况下是一对一对（两条）存在的，“三体”就是发生突变了。



正常人的染色体

患者的染色体

什么是 18 三体综合征？

18 三体综合征（18-trisomy syndrome, Edwards syndrome）是次于 21 三体综合征的第二种常见染色体三体征。1960 年由 Edwards 等首先报道，故又称爱德华氏综合征。

经染色体检查，18 三体综合征患儿的核型有 3 条 18 号染色体，而正常人只有两条。发病原因为细胞分裂过程中第 18 号染色体不分离，常与孕妇高龄，卵细胞

老化有关。正是由于多出来的这条 18 号染色体，导致患儿多发畸形，智力障碍等严重临床综合征。

18 三体综合征的死胎，死产率很高，存活者常有多发畸形，常见为心脏结构异常，其他脏器的异常有泌尿系统畸形、消化道畸形、脐膨出、膈疝、唇裂、中枢神经系统畸形、桡骨发育不良、手畸形等，其中草莓头、手指重叠是 18 三体综合征的特有征象，且智力低下，容易早夭，预后极差。故产前诊断尤为重要。

如何诊断 18 三体综合征？

如果孕妇早期或者中期唐筛显示 18 三体临界风险或者高风险，则孕妇需要进行进一步的检测来确诊胎儿是否是 18 三体。无创产前基因检测可以快速筛查胎儿 18 三体，准确率可以达到 99%。

目前，18 三体综合征确诊方法主要是超声引导下绒毛、羊水、脐血穿刺取样做细胞培养后进行染色体核型分析。

本宣传材料最终解释权归濉溪县医院所有。