
关于脊髓灰质炎诊断及鉴别诊断

全球消灭脊灰进展

- 目前仍有多个本土流行国家——巴基斯坦、阿富汗、印度、尼日利亚、缅甸、尼泊尔等。
- 有多个重新输入国家。

我国已通过证实无WPV病例

- 1994年9月以来 中国已成功阻断本土脊灰野病毒传播，1994年9月发生最后1例本土野病毒病例
- 已具备能迅速发现和对输入野病毒病例快速反应能力
 - 1995年11月~1996年4月 发现4例输入野病毒病例
 - 1999年（青海）1例输入野病毒病例都能及时发现并在病例周围大范围“扫荡式”免疫和AFP病例主动搜索，未再发现野病毒传播的证据

WHO西太区证实无脊灰

- 通过开展OPV常规免疫、强化免疫，人群中建立有效免疫屏障
2000年10月29日WHO西太区消灭脊灰证实委员会（RCC）在日本京都宣布：西太区所有国家和地区已经阻断脊髓灰质炎野病毒的传播
- 标志我国消灭脊灰工作**进入无脊灰阶段**。

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN
PACIFIC

Manual on National Documentation for
Certification of Poliomyelitis
Eradication

Western Pacific Region of the World Health
Organization
Manila
(03/02/99)

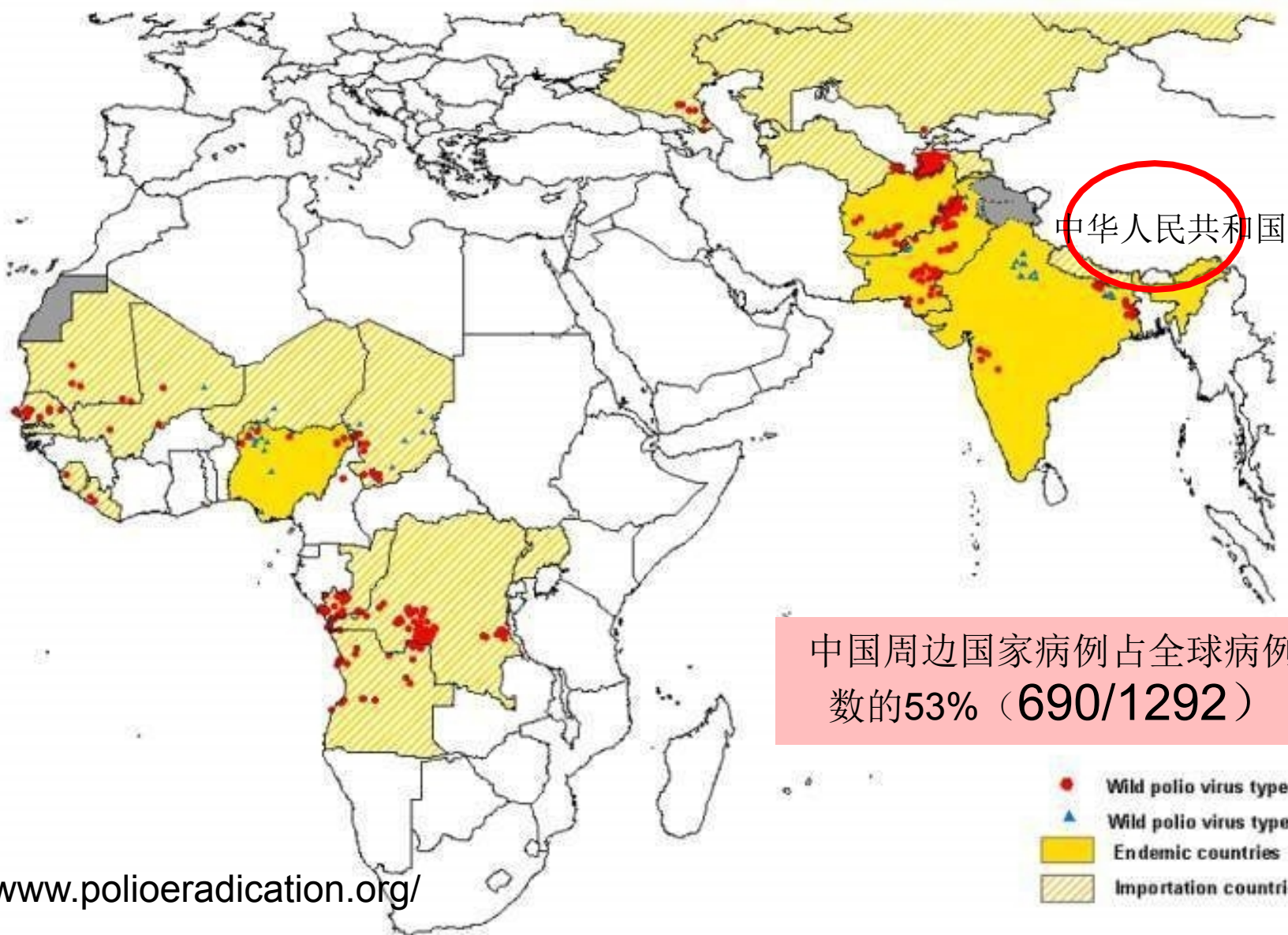


为何目前一再强调输入性脊灰野病毒病例监测

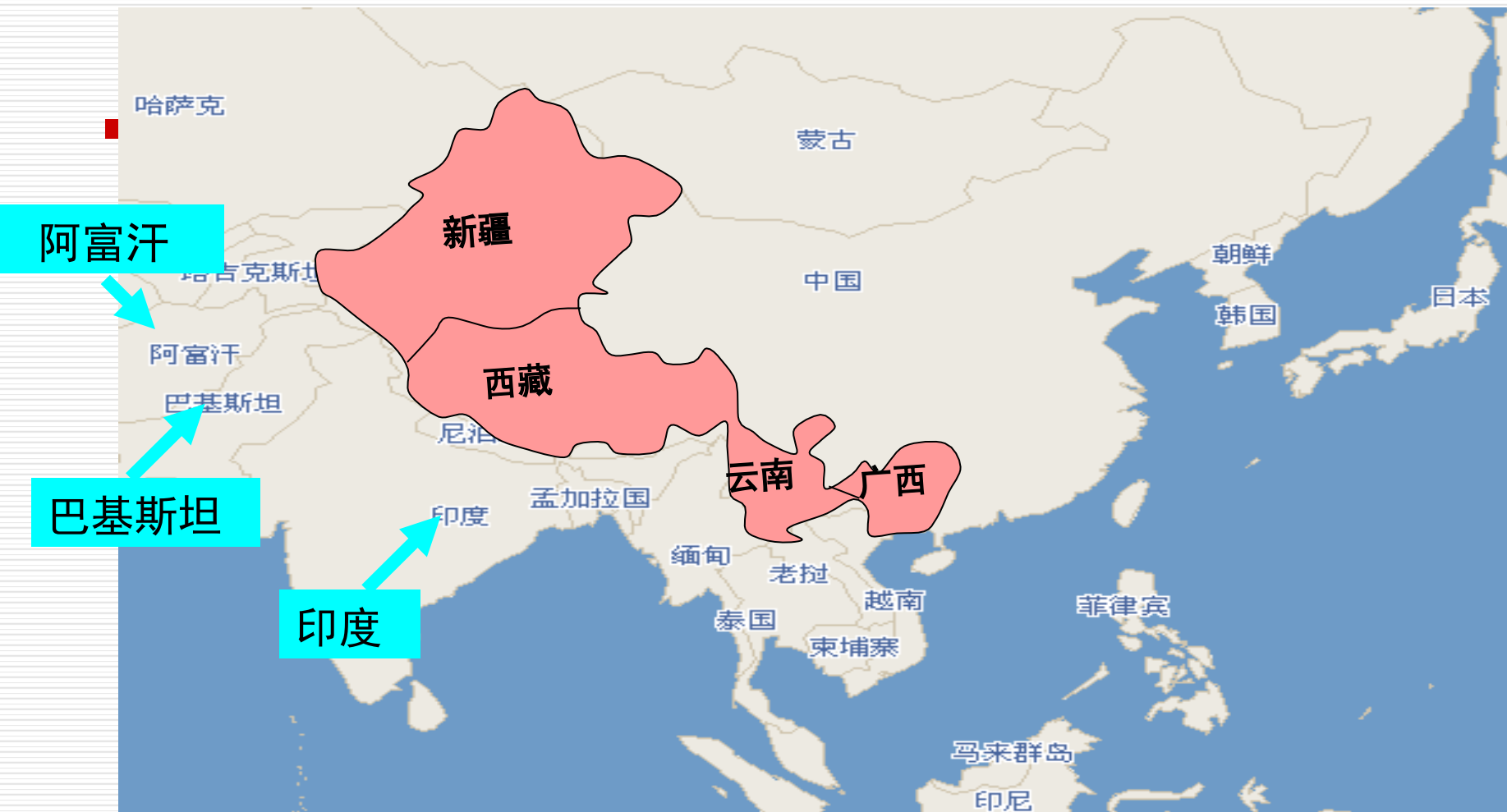
- 对于无脊灰国家，输入性脊灰野病毒或病例成为当前脊灰的主要传播方式
- 成人脊灰病例的存在
- 输入病毒与输入病例并存

- 8月26日新疆和田地区发现脊髓灰质炎野病毒疑似输入性疫情
- 我国维持无脊灰工作的压力明显增加

当前全球脊灰疫情 (截至2011年3月8日)



<http://www.polioeradication.org/>



应对输入性脊灰野病毒病例的关键

- AFP监测系统是否足够敏感，在第一时间识别、发现
- 采取快速正确的反应阻断传播

措施

- 及时实验诊断、尽早启动灵敏的监测和持续快速的免疫补充活动（SIAs）
- 加大OPV疫苗覆盖的比例，维持人群有效的抗WPV的免疫力

以上是控制WPV蔓延和终止暴发的关键

- 不存在WPV流行的国家都应该保持警惕

MMWR 2009,58(14):357-362

Cur Info Pub Health 2009,5(8):5-7

监测病例定义

急性弛缓性麻痹（AFP）病例

- 任何小于15岁出现急性弛缓性麻痹（AFP）症状的病例，和任何年龄临床诊断为脊髓灰质炎的病例均作为AFP病例。
- AFP病例不是一个单一的疾病种类，而是以急性起病、肌张力减弱、肌力下降和腱反射减弱或消失为主要特征的一组症候群。
- AFP监测是症状监测。

高危AFP病例

凡满足下列条件之一，定为高危AFP病例：

- (1) 年龄小于5岁、接种口服脊髓灰质炎减毒活疫苗（OPV）次数少于3次或服苗史不详、未采或未采集到合格粪便标本的AFP病例；
- (2) 临床高度怀疑为脊灰的病例（年龄小于5岁，发热3天后出现弛缓性麻痹，麻痹时伴有发热，退热后，出现躯体或四肢肌张力减弱、深部腱反射减弱或消失，并出现不对称性或双侧弛缓性麻痹，重症伴有呼吸肌麻痹，无感觉障碍，后期肌肉萎缩，临床上不能排除脊灰的AFP病例）。

常见AFP病例报告主要包括几类疾病

1. 14类疾病

(1) 脊髓灰质炎

(2) 格林巴利综合征（感染性多发性神经根炎，**GBS**）

(3) 横贯性脊髓炎、脊髓炎、脑脊髓炎、急性神经根脊髓炎

(4) 多神经病（药物性、有毒物质引起、原因不明）

(5) 神经根炎

(6) 外伤性N炎（包括臀部药物注射引发）

(7) 单神经炎

常见AFP病例报告主要包括几类疾病

- (8) 神经丛炎
- (9) 周期性麻痹（包括低钾性、高钾、正常钾性）
- (10) 肌病（包括全身型、中毒性、原因不明性肌病）
- (11) 急性多发性肌炎
- (12) 肉毒中毒
- (13) 四肢瘫、截瘫和单瘫（原因不明）
- (14) 短暂性肢体麻痹

为什么上述疾病都要列入AFP报告范围？

- 上述疾病早期即有运动障碍，呈不同程度急性弛缓性瘫，可由各种原因引起。
- 经过病史分析、实验室相关检查、病程经过观察，最终明确：病变累及中枢、周围N、肌肉系统。
- 病初无法明确，无确凿证据可除外脊灰病毒感染

急性弛缓性麻痹诊断与鉴别诊断

□ AFP病例诊断要点

- (一) 详细了解病史
- (二) 区别真假麻痹和上下运动神经元麻痹
- (三) 加强对脊髓休克的认识

表1 上、下运动神经元性瘫痪的鉴别

种类	上运动神经元性瘫痪	下运动神经元性瘫痪
症状特点		
损害部位	皮质运动区或锥体束	颅神经运动核及其纤维、脊髓前角细胞或前根、脊神经
瘫痪部位	常较广泛	常较局限
肌张力	增高	减低
腱反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无
肌萎缩	早期无，晚期为废用性	早期即有
电变性反应	(-)	(+)
同义名称	痉挛性瘫，中枢性瘫，硬瘫	弛缓性瘫，周围性瘫，软瘫

脊髓休克期

- 急性与严重的上运动神经麻痹可有一休克期，如脊髓受累，称脊髓休克期。病变虽累及上运动神经元，但表现肌张力低，腱反射消失，**无病理反射**。数小时或几周，休克期解除，渐出现肌张力高，腱反射**亢进**，病理反射阳性。

神经系统及相关实验检查

□ 神经系统检查要点

运动检查

神经系统疾病中常出现运动障碍

AFP患儿重点检查下列项目

1. 肌萎缩 指肌肉体积变小

方法：与对侧相同肌肉及邻近肌肉比较

可用带尺测量肢体的周径

运动检查

2. 肌张力 指安静状态下肌肉的紧张度

方法：触摸肌肉的硬度

做被动运动体会其肌紧张度，了解其阻力

肌张力增强：触摸肌肉较坚硬，被动运动阻力大

提示锥体束损害，称痉挛性肌张力增高

肌张力减弱：肌肉弛缓松软，被动运动阻力减退，

关节运动的范围增大

■运动检查

3. 肌力 指肌肉收缩的力量

肌力分级（按六级记录）

0级：完全瘫痪

1级：可见肌肉轻微收缩而无肢体运动

2级：肢体能平移动，但不能抬起

3级：肢体能抬起，但不能抗阻力

4级：能作低抗一定阻力的运动

5级：正常肌力

AFP相关实验检测要点

1. 脑脊液(CSF): 细胞蛋白分离, 蛋白细胞分离
2. 肌酶: GPT、GOT、CPK(CK)、CKMB、LDH
3. 血生化: K(3.4~4.7)、Na(138~145)、
Ca(2.2~2.7)、P(1.45~1.78); 单位mmol/L
4. 肌电图:
5. 影像学: 脑MRI、脊髓MRI

AFP相关实验检测的临床意义

- CSF 帮助判断病变由炎症、变性、肿瘤浸润所致
- 肌酶 帮助判断是否肌肉系统病变所致
- 血生化 是否因低钾、钠、钙等电解质紊乱所致
- 肌电图（EMG） 判别肌源性或神经源性损害
- 影像学(CT、MRI) 对脑、脊髓检查
了解是否存在脑、脊髓病变致瘫痪

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/918071123016006054>