



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2021.04.022

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.04.022

• 病例报告 •

隐匿性内分泌功能减退手术诱发危象二例

熊盟 罗艳 舒艾娅

[关键词] 垂体危象; 肾上腺危象

[中图分类号] R586.1, R584.2

[文献标识码] B

病例 1, 男, 48 岁, 因“胆囊切除术后呕吐 7 天, 寒战、高热 6 小时”于 2018 年 3 月 9 日急诊入院 ICU。患者 2018 年 2 月 20 日因右上腹疼痛于外院诊断为慢性结石伴胆囊炎, 2 月 21 日在全身麻醉(简称全麻)下行腹腔镜下胆囊切除术, 术后 4 天出现反复呕吐、进食差, 对症处理后症状未见明显好转, 患者及家属要求出院, 出院后患者症状加重, 出现进食后呕吐, 故于 3 月 1 日再次住院, 期间予营养支持、止吐治疗, 但进食后呕吐仍无好转。3 月 9 日, 患者突发高热伴畏寒转入我院。患者体型消瘦, 平素血压偏低, 仅能从事较轻体力劳动, 20 年前诊断为肺结核, 抗痨治疗 2 年后痊愈。入院体格检查: T 39.5℃, P 165 次/分, R 40 次/分, Bp 89/53 mmHg(使用去甲肾上腺素 0.5 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 升压)。体型消瘦, 皮肤色泽呈棕黑色, 神志清楚, 精神萎靡; 双肺可闻及细湿啰音, 心音低钝, 未闻及心脏杂音; 舟状腹, 未见肠型及蠕动波, 腹部切口愈合差, 伴少量渗液, 腹肌软, 右中上腹轻压痛, 无反跳痛, 叩诊鼓音, 振水音阳性, 肠鸣音 0~1 次/分。辅助检查: 乳酸 12.9 mmol/L(0.5~2.2 mmol/L, 括号内为正常参考值范围, 以下相同), 血糖 1.0 mmol/L(3.8~6.1 mmol/L); 电解质检查结果正常; 血常规: WBC 计数 $10.25 \times 10^9/\text{L}$ ($3.50 \sim 9.50 \times 10^9/\text{L}$), 中性粒细胞百分比正常, Hb 120 g/L($130 \sim 175 \text{ g/L}$), 降钙素原 0.384 ng/ml($0 \sim 0.05 \text{ ng/ml}$); 凝血功能: 凝血酶原时间(PT) 15.1s($9.0 \sim 14.0 \text{ s}$), 部分凝血活酶时间(APTT) 52.8s($20 \sim 40 \text{ s}$), 纤维蛋白原 5.12 g/L($2.00 \sim 4.00 \text{ g/L}$), D-二聚体 3.6 mg/L($0 \sim 0.5 \text{ mg/L}$), 凝血酶时间(TT) 正常; 肾功能: 肌酐 118 $\mu\text{mol/L}$ ($40 \sim 100 \mu\text{mol/L}$); 甲状腺功能: 促甲状腺素(TSH) 9.76 mIU/L($0.49 \sim 4.90 \text{ mIU/L}$), 游离甲状腺素(FT_4)及游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3)均正常。结合患者休克相关临床特征及辅助检查结果, 初步诊断: 脓毒症、感染性休克、多器官功能障碍综合征、肠梗阻可能, 立即给予纠正低血糖、液体复苏抗休克、广谱抗生素抗感染治疗, 治疗后患者循环趋于稳定, 生命体征明显好转, 心率 105 次/分, $0.7 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 去甲肾上腺素维持血压, 乳酸 1.2 mmol/L。急诊完善胸部、全腹部 CT 平扫检查示: 1. 双肺陈旧结核, 双肺上叶以钙化、纤维及增殖灶为著, 纵隔淋巴结肿大; 2. 胆囊切除术后改变, 胆囊窝区似见少许积液及游离气体影; 3. 胃窦及十二指肠球部区域显示欠清。排除机械性肠梗阻, 不排除肺结核, 故于 2018 年 3 月 10 日转至

感染科治疗, 患者循环进一步好转, 但停用去甲肾上腺素后血压无法维持, 收缩压可降至 40~70 mmHg, 且仍反复呕吐, 凝血功能异常进一步加重, 间断低热, 肌酐水平恢复正常。患者 3 月 13 日突发意识丧失、心电监护示室颤, 予心肺复苏、电除颤后再次转入 ICU, 转入后仍反复出现 5 次室颤, 行床旁心电图示 QTc 间期延长(507 ms), 结合患者进食差、呕吐症状, 不排除电解质紊乱, 查电解质示: 镁 0.28 mmol/L($0.70 \sim 1.10 \text{ mmol/L}$), 钾 3.18 mmol/L($3.50 \sim 5.30 \text{ mmol/L}$), 为严重低镁血症及低钾血症, 予静脉补镁、补钾, 纠正电解质紊乱治疗, 经纠正后未再出现恶性心律失常, 但此时患者循环需大剂量去甲肾上腺素($1.0 \sim 2.0 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$)维持, 乳酸 1.2 mmol/L, 复查甲状腺功能: 三碘甲状腺原氨酸 0.83 nmol/L($1.01 \sim 2.48 \text{ nmol/L}$), TSH 12.26 mIU/L, FT_4 、甲状腺素、 FT_3 均正常。完善血培养结果示: 革兰阳性球菌屎肠球菌(+)。使用万古霉素抗感染, 同时由于患者使用大剂量血管活性药物维持血压, 故加用氢化泼尼松 25 mg 每 8 h 1 次。因患者呕吐原因未明确, 且发病期间一直存在, 故 3 月 16 日完善上、下腹部增强 CT 检查示: 胃内大量积液, 十二指肠内少许液平, 胆囊切除术后改变, 原胆囊窝区少许游离气体影已不确切, 双侧肾上腺缩小。明确无梗阻因素, 且术区局部情况好转, 手术所致可能性小, 患者双侧肾上腺缩小, 结合其平素血压偏低、怕冷、消瘦、皮肤色泽呈棕黑色、入院时低血糖、循环需大剂量血管活性药物维持、乳酸水平无显著增高且全麻术后出现高热、呕吐、低血压, 考虑其存在肾上腺皮质功能危象相关临床表现, 完善皮质醇水平检测示: 下午 4 时 250.40 nmol/L($0 \sim 276.00 \text{ nmol/L}$), 午夜 0 时 113.61 nmol/L($55.00 \sim 166.00 \text{ nmol/L}$), 早晨 8 时 174.48 nmol/L($185.00 \sim 624.00 \text{ nmol/L}$); 血清促肾上腺皮质激素(ACTH)检测示: 午夜 0 时 136.30 pg/ml($< 20.00 \text{ pg/ml}$), 早晨 8 时 35.67 pg/ml($6.00 \sim 40.00 \text{ pg/ml}$), 考虑可能是因全麻手术诱发肾上腺皮质危象导致一系列相关临床症状, 予患者静脉滴注氢化可的松 100 mg 每 12 h 1 次, 后减量至 50 mg 每 12 h 1 次; 口服左甲状腺素钠 25 μg 每日 1 次, 48 h 内去甲肾上腺素逐步减量至 $0.1 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ 。患者精神状态明显好转, 呕吐症状基本缓解, 逐步可进食, 病情稳定。3 月 19 日复查皮质醇(下午 4 时) $> 1716 \text{ nmol/L}$ 、血清 ACTH(下午 4 时) 4.36 pg/ml($3.00 \sim 30.00 \text{ pg/ml}$)。垂体激素检查示: 黄体生成素(LH) 34.76 mIU/ml($1.24 \sim 8.26 \text{ mIU/ml}$), 卵泡刺激素(FSH) 14.88 mIU/ml($1.27 \sim 19.26 \text{ mIU/ml}$), 血清泌乳素 12.87 mIU/L($55.97 \sim 278.35 \text{ mIU/L}$), 人生长激素

0.773 ng/ml (0.003 ~ 0.971 ng/ml), TSH 1.26 mIU/L。遂于 3 月 21 日转至内分泌科,次日患者再次出现高热、呕吐、低血压,立即请 ICU 会诊后发现转入后仅给予患者 1 次氢化可的松 50 mg 静脉滴注,可能用量不足,立即再次予静脉补充氢化可的松,患者症状迅速消失,凝血功能恢复正常。3 月 27 日改用口服醋酸氢化可的松 (60 mg 早晨 8 时、60 mg 下午 4 时) 维持治疗,停用抗生素,病情基本稳定,于 4 月 5 日出院。出院诊断:1. 原发性肾上腺皮质功能减退症 (Addison 病); 2. 肾上腺危象; 3. 脓毒症; 4. 休克 (低血容量性、内分泌性); 5. 低血糖; 6. 贫血; 7. 电解质代谢紊乱: 低钾、低镁血症; 8. 室颤; 9. QTc 间期延长; 10. 代谢性酸中毒; 11. 急性肾损伤; 12. 凝血功能异常; 13. 陈旧性肺结核; 14. 腹腔镜下胆囊切除术后。出院医嘱: 醋酸氢化可的松 (60 mg 早晨 8 时、40 mg 下午 4 时), 出院后 3 个月随访患者已恢复至术前状态。

病例 2, 女, 68 岁, 独居。因“股骨内固定术后间断呕吐 1 月余, 意识障碍 1 天”于 2019 年 3 月 28 日入院。患者于 2019 年 3 月 1 日不慎摔伤致左侧髌部疼痛, 至当地中心卫生院诊断为左侧股骨骨折, 于 3 月 6 日行股骨内固定术。术后患者出现间断发热, 反复出现恶心、呕吐, 经抑酸护胃、止吐、抗感染对症处理后症状间断缓解, 发热好转, 体温恢复正常。患者 3 月 14 日无明显诱因出现胡言乱语、迫害妄想、攻击行为, 故于 3 月 15 日急诊转入我院 ICU, 急查 Hb 67 g/L, 经镇静镇痛、补液、抗感染、输血治疗后次日患者神志清楚、对答切题、无精神症状, 3 月 16 日进一步完善颅脑、胸部 CT 检查示: 1. 脑实质未见确切挫伤、出血灶; 2. 额骨偏右侧及右侧颞顶骨局部缺如并见骨锁影, 请结合临床; 3. 轻度脑萎缩改变, 空蝶鞍; 4. 双肺散在感染。左股骨正侧位 X 线检查示: 左股骨上段骨折内固定术后改变。甲状腺功能: FT₄ 2.84 pmol/L (7.64 ~ 16.03 pmol/L), FT₃ 2.60 pmol/L (3.28 ~ 6.47 pmol/L), TSH 1.4 mIU/L; 凝血功能: D-二聚体 4.43 mg/L, PT、APTT、TT、纤维蛋白原正常。患者呼吸、循环稳定, 电解质正常, 意识障碍考虑可能为短期大量失血、脑缺血导致, 于 3 月 17 日转至全科医学科治疗。3 月 24 日查电解质示: 钠 132 mmol/L (137 ~ 147 mmol/L), 钾 3.39 mmol/L, 镁、氯、钙正常, Hb 107 g/L, 感染相关指标正常, 遂于 3 月 25 日出院, 出院诊断: 1. 缺氧缺血性脑病; 2. 中度贫血; 3. 冠心病; 4. 心功能不全; 5. 肺部感染; 6. 电解质代谢紊乱: 低钾、低钠、低钙血症; 7. 胸腔积液; 8. 左股骨骨折内固定术后; 9. 高甘油三酯血症; 10. 双眼白内障; 11. 甲状腺功能减退症待排。患者 3 月 27 日再次出现反复、频繁呕吐, 伴意识模糊, 故 3 月 28 日再次急诊入我院消化内科。既往史: 2013 年曾行开颅手术 (具体手术方式未提供)。入院体格检查: T 36.6 °C, P 83 次/分, R 20 次/分, Bp 150/68 mmHg。神志模糊, 查体欠合作, 语言交流困难。双肺未闻及干湿啰音, 心律齐, 未闻及杂音; 腹部平坦, 腹肌软, 无压痛、反跳痛, 肠鸣音正常; 左侧股骨手术切口愈合可。完善辅助检查: 颅脑、胸部、上腹部 CT 平扫检查示: 1. 额骨偏右侧及右侧颞顶骨局部缺如并见骨锁影, 较前相似; 2. 轻度脑萎缩改变, 空蝶鞍; 3. 双肺散在感染灶; 4. 胆囊结石。脑钠肽 3 470 pg/ml (0 ~ 900 pg/ml); 电解质: 钠 110.5 mmol/L, 氯 82.8 mmol/L (99.0 ~ 110.0 mmol/L), 镁 0.65 mmol/L, 钾、钙正常; 血糖 4.2 mmol/L; 凝血功能: D-二

聚体 5.93 mg/L, APTT 51.50 s, PT、TT、纤维蛋白原正常; 动脉血气分析: pH 7.47 (7.35 ~ 7.45), 二氧化碳分压 22.0 mmHg (35.4 ~ 45.0 mmHg), 氧分压 129 mmHg (80.0 ~ 99.8 mmHg), 二氧化碳总量 16.7 mmol/L (23.0 ~ 27.0 mmol/L), 碳酸氢根 16 mmol/L (22.0 ~ 29.0 mmol/L), 全血碱剩余 -5.7 mmol/L (-3.0 ~ 3.0 mmol/L), 标准碳酸氢根 20.5 mmol/L (21.3 ~ 24.8 mmol/L), 氧饱和度 99.0% (91.9 ~ 99.0%), 乳酸 1.6 mmol/L。给予静脉补钠、补液治疗后, 患者神志无明显好转, 次日上午出现持续高热, 最高体温达 40.2 °C, 给予药物降温对症处理, 3 月 29 日下午血压降低至 69/38 mmHg, 给予多巴胺升压后转入 ICU。转入后查看患者前次住院病史, 并再次询问补充病史: 患者 2013 年因视力下降行开颅手术治疗, 术后长期口服强的松 (5 mg 每日 1 次, 且间断自行停药), 反复出现低钾、低钠血症住院治疗, 冬季即出现怕冷、纳差需住院治疗。此次患者因骨折术后出现纳差、呕吐、意识障碍, 未正确处置进而出现严重电解质代谢紊乱、高热、低血压。转入 ICU 后体格检查示 (阳性体征): 神志模糊, R 41 次/分, P 112 次/分, Bp 78/48 mmHg; 双侧瞳孔等大等圆, 直径 5 mm, 对光反射迟钝; 皮肤色泽基本正常, 腋毛、阴毛稀少; 双下肺可闻及少许湿啰音。入科主要诊断: 意识障碍; 垂体危象可能。对患者立即建立中心静脉通道、血管活性药物维持血压, 完善垂体激素、皮质醇、血培养备查后给予氢化可的松 100 mg 每 6 h 1 次及抗感染、补液、纠正电解质代谢紊乱治疗, 患者去甲肾上腺素剂量逐步减量, 转入 ICU 24 h 后停用血管活性药物, 血压稳定, 体温降至正常, 且未再发热, 神志清楚, 电解质代谢紊乱已纠正, 凝血功能恢复正常, 恶心、呕吐症状明显好转。检查结果回报示: 垂体激素: LH < 0.01 mIU/ml (10.87 ~ 58.60 mIU/ml), FSH 0.75 mIU/ml (16.74 ~ 113.505 mIU/ml)、血清泌乳素 90.35 mIU/L (58.09 ~ 416.37 mIU/L)、人生长激素 0.05 ng/ml (0 ~ 8.00 ng/ml)、TSH 1.96 mIU/L; 血清 ACTH (午夜 0 时) 1.82 pg/ml, 皮质醇 (午夜 0 时) 130.24 nmol/L; 甲状腺功能: FT₄ 4.64 pmol/L, FT₃ 2.46 pmol/L, TSH 0.93 mIU/L。氢化可的松逐步减量至 100 mg 每日 1 次。血培养结果示: 革兰阳性球菌中间型葡萄球菌 (+)。使用万古霉素抗感染治疗后, 转至内分泌科进一步治疗, 改用口服醋酸泼尼松龙 (5 mg 早晨 8 时, 2.5 mg 下午 2 时) 维持治疗。补充检查性腺激素: 雌二醇 < 0.01 pmol/L (73 ~ 147 pmol/L), 孕酮 < 0.001 nmol/L (15.04 ~ 161.35 nmol/L), 睾酮 < 0.001 nmol/L (0.35 ~ 2.60 nmol/L), 硫酸脱氢表雄酮 0.20 μg/dl (12.00 ~ 133.00 μg/dl), 复查皮质醇 (早晨 8 时) 46.34 nmol/L, 血清 ACTH (早晨 8 时) 1.33 pg/ml。4 月 3 日患者出现反复便血, 经止血、抑酸、生长抑素、美沙拉嗪治疗后好转, 大便色黄 (未行胃肠镜检查)。4 月 6 日再次出现恶心、呕吐, 伴低血糖 (3.7 mmol/L), 故在口服基础上静脉补充氢化可的松 50 mg 每日 1 次。4 月 8 日患者感染指标基本降至正常病情稳定, 于 4 月 10 日停用静脉氢化可的松, 4 月 11 日停用抗生素, Hb 91 g/L, 4 月 14 日出院。出院诊断: 1. 腺垂体功能减退症; 2. 垂体危象; 3. 脓毒症; 4. 休克 (内分泌性、低血容量性); 5. 电解质代谢紊乱: 低钠、低氯、低镁血症; 6. 贫血; 7. 凝血异常; 8. 低血糖; 9. 冠心病; 10. 心力衰竭 [纽约心脏病协会 (NYHA) 心功能分级 III 级]; 11. 肺部感染; 12. 左股骨骨折内固定术后; 13. 颅咽管瘤术后; 14. 双眼白

内障;15. 急性下消化道出血。出院医嘱:醋酸泼尼松龙(5 mg 早晨 8 时,2.5 mg 下午 2 时),出院后 2 个月随访患者无特殊不适。

讨 论

内分泌系统是一涉及多系统、多学科交叉的复杂系统,内分泌疾病通常以其他系统的症状为首发临床表现,且呈非特异性和多样化,而发生内分泌危象时的临床表现容易与其他严重疾病相重叠^[1-2],多数临床医师对该类疾病认知不足,易于误诊。分析此两例患者的误诊原因:病例 1 由于肾上腺基础疾病史,因临床表现出高热、循环衰竭,且有腹部手术史伴消化道症状,而早期误诊为脓毒症,后期因发现肾上腺萎缩伴内分泌危象相关临床症状转而怀疑肾上腺危象,故患者因病情极其隐匿而延误诊断。而病例 2 既往有垂体手术病史,但由于其独居、又因意识障碍入院,因而既往病史未能详细提供。患者早期临床症状少而不典型,仅表现反复呕吐、发热伴意识障碍,且症状程度较轻、症状迅速好转后出院,而后期因病情进一步加重,随之出现内分泌危象临床症状,结合既往病史进而明确诊断,故患者因早期临床症状相对隐匿而延误诊断。

慢性肾上腺皮质功能减退症在感染、手术、创伤等应激状态下,如未补充足够的肾上腺糖皮质激素,则可诱发肾上腺危象^[3]。此 2 例患者均因手术诱发,且均以恶心、呕吐的临床症状起病。食欲下降、消瘦、恶心、呕吐等症状是肾上腺皮质功能减退症的常见症状,原因是皮质醇不足时胃蛋白酶及胃酸分泌减少,影响消化吸收导致相关症状的发生。另外,皮肤色素沉着是原发性慢性肾上腺皮质功能减退症的早期特征性症状,几乎可见于所有病例,但继发于腺垂体功能减退症者无此症状,原因在于肾上腺皮质功能减退时,糖皮质激素分泌减少,对 ACTH 和促黑素细胞激素的负反馈抑制作用减弱(两者均由腺垂体的嗜碱性细胞分泌),导致 ACTH 和促黑素细胞激素过度分泌;与此同时,ACTH 的部分片段与促黑素细胞激素的活性片段基本相同,可引起皮肤及黏膜下黑色素沉着,而继发于垂体者则 ACTH 分泌减少故而无色素沉着^[4]。因此,病例 1 皮肤呈棕黑色,病例 2 患者则无皮肤色素沉着。

此两例患者均存在凝血异常。病例 1 入院后急诊查凝血功

能即存在 APTT 明显延长、PT 轻度延长,且纠正代谢性酸中毒后仍存在凝血功能显著异常;而病例 2 第一次入院时症状较轻,未表现出内分泌危象症状,入院时凝血功能未见明显异常;而在第二次入院时处于内分泌危象状态,凝血功能示 APTT 明显延长,且无明显代谢酸中毒;除此以外,两例患者均无肝功能损害、未予抗凝治疗,因此可排除导致其凝血异常的一般常见原因。经正确诊断及治疗后(均未输注血浆或冷沉淀),两例患者的凝血功能均恢复正常。但肾上腺皮质功能减退症患者一般表现为低血糖、低钠血症、高钾血症、贫血、淋巴细胞及嗜酸性粒细胞增多^[5],通常无凝血功能异常表现,我们分析凝血功能异常的原因可能为内分泌危象引起的休克导致,亦不排除感染相关。

内分泌功能减退症通常慢性起病,在各种应激状态(如创伤、感染、手术等)下可诱发危象。此两例患者病程中血培养均培养出革兰阳性球菌,且经抗感染治疗后体温、感染相关指标均好转,提示内分泌危象可因感染诱发,亦可在病程中出现感染,患者伴感染时需针对性抗感染治疗,同时糖皮质激素的替代治疗对自身抗感染能力的恢复至关重要^[6]。

综上,内分泌危象起病急骤,临床表现非特异、多样化,诱发因素的疾病症状可掩盖其临床表现,往往可因首发症状导致误诊误治。因此,对于临床中不明原因的恶心、呕吐,需及时与此类疾病鉴别,早期诊断及治疗对改善患者预后至关重要。

参 考 文 献

- [1] 任婵,王雨平,代冬梅,等.重症患者内分泌危象的临床分析[J].中国医师进修杂志,2014,37(4):51-53.
- [2] 高惠娟,刘斌,刁迎斌,等.腺垂体功能减退症的临床治疗体会[J].医药前沿,2014,4(33):111-112.
- [3] 马纪琳,张雅.慢性肾上腺皮质功能不全并反复肾上腺危象误诊一例[J].临床内科杂志,2012,29(2):137-138.
- [4] 张晓娟,周亚茹,刘宽芝,等.特发性肾上腺皮质功能减退症误诊 1 例[J].中国临床医生杂志,2016,44(3):109-110.
- [5] 郑鹏杰,张少玲.肾上腺皮质功能减退症的诊治现状[J].内科急危重症杂志,2019,25(1):73-79.
- [6] 周晓惠,沈山梅,华艳,等.颅咽管瘤术后复发合并全垂体功能减退及重症感染一例[J].临床内科杂志,2016,33(12):854-855.

(收稿日期:2019-12-04)

(本文编辑:张一冰)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

2021 年 4 期《临床内科杂志》综述与讲座——“消化系统疾病与感染性疾病”栏目导读

人体胃肠道拥有复杂多样且动态变化的微生物种群,包括细菌、真菌、病毒等,参与机体的代谢、营养、免疫等生理过程,在促进营养物质吸收、维持机体免疫、代谢稳态及预防病原体感染中发挥重要作用。肠道微生物群及其代谢产物异常与多种消化系统疾病及感染性疾病的发生发展密切相关,如炎症性肠病、感染性肠炎、功能性胃肠病、恶性肿瘤等。本期“综述与讲座”栏目特邀四川大学华西医院甘华田教授为“消化系统疾病与感染性疾病”专题组稿,邀请消化内科及感染科知名专家撰稿。武汉大学人民医院消化内科董卫国教授在《具核梭杆菌与炎症性肠病相关性的研究进展》中提到,近年来具核梭杆菌被发现可在肠道富集、定植,并参与肠黏膜屏障功能损伤和免疫反应激活,与炎症性肠病的发生发展有关,并从具核梭杆菌的概述、具核梭杆菌与炎症性肠病的相关性及影响炎症性肠病发生发展的机制 3 方面进行论述;随着近年来测序技术的快速发展,越来越多的研究提示肠道真菌可能在炎症性肠病的发生发展中发挥作用,浙江大学医学院附属第一医院传染病诊治国家重点实验室阮冰教授撰写的《炎症性肠病患者的肠道真菌改变及其致病机制探讨》从真菌感染角度对炎症性肠病患者的肠道真菌改变、作用机制及相关治疗进展进行综述,并对未来治疗方向提出展望;当下新型冠状病毒肺炎抗疫时期,病毒感染与胃肠道疾病的关系再次引发关注,武汉大学人民医院消化内科于红刚教授和安萍教授在《成人胃肠道疾病与病毒感染》中对 EB 病毒、巨细胞病毒及新型冠状病毒与胃肠道疾病间的研究进展分别论述,旨在为特殊时期消化系统疾病患者的病毒感染治疗和管理提供指导。限于篇幅,更多精彩内容请参阅本期杂志“综述与讲座”栏目各篇文章。您可登陆万方数据库、中国知网、维普网及本刊官方网站(www.lcnkzz.com)搜索本期杂志。感谢您持续关注《临床内科杂志》!