基层适宜技术

细菌性痢疾的临床诊疗与预防

细菌性痢疾以结肠黏膜的炎症和溃疡为主要病理改变，临床以腹痛、腹泻、里急后重和黏液脓血便为典型表现，严重者可出现感染性休克或中毒性脑病，甚至危及生命。

常见病因

细菌性痢疾的病原体为志贺菌属，属于革兰阴性杆菌，无芽孢、无荚膜，有菌毛。根据生化反应和抗原结构的不同，志贺菌属可分为A群（痢疾志贺菌）、B群（福氏志贺菌）、C群（鲍氏志贺菌）和D群（宋内志贺菌）4种类型。

细菌性痢疾的传播途径主要为粪-口传播。患者和带菌者是主要传染源，粪便中含有大量的志贺菌，通过污染手、食物、水、生活用品等途径进入人体而引起感染。

临床特点

细菌性痢疾的潜伏期一般为1天~3天，短者数小时，长者可达7天。根据临床表现和病情轻重，可分为以下几种类型：

急性细菌性痢疾

普通型（典型）：起病急，高热，体温可达39摄氏度左右，伴头痛、乏力、食欲减退等全身中毒症状；随后出现腹痛、腹泻，腹痛多为左下腹阵发性绞痛，腹泻初为稀水样便，1天~2天后转为黏液脓血便，每天排便次数可达10次~20次，量少，常伴有里急后重感。体检可见左下腹压痛，肠鸣音亢进。病程一般为1周~2周，多数患者可以自行恢复，少数患者可能转为慢性细菌性痢疾。

轻型（非典型）：全身中毒症状较轻，体温正常或低热，腹痛、腹泻症状较轻，大便次数较少，每天3次~5次，为黏液稀便，无脓血，里急后重感不明显。病程一般为数天至一周，易被误诊为肠炎，若不及时治疗，可能转为慢性细菌性痢疾。

中毒型：多见于2岁~7岁儿童，起病急骤，病情凶险，全身中毒症状严重，而肠道症状轻微或缺如。根据临床表现可分为休克型、脑型和混合型。休克型以感染性休克为主要临床表现，患者出现面色苍白、四肢厥冷、血压下降、脉搏细速等；脑型以中枢神经系统症状为主要临床表现，患者出现烦躁不安、嗜睡、昏迷、抽搐等，严重者可发生脑疝；混合型同时具有休克型和脑型的临床表现，病情最为严重，病死率高。

慢性细菌性痢疾

病程超过2个月者称为慢性细菌性痢疾，多由急性细菌性痢疾治疗不彻底或机体抵抗力低下所致。根据临床表现可分为慢性迁延型、急性发作型和慢性隐匿型。慢性迁延型患者长期反复出现腹痛、腹泻、黏液脓血便，伴乏力、消瘦、贫血等症状；急性发作型患者在慢性病程中，因受凉、劳累等诱因再次出现急性细菌性痢疾的临床表现，但症状较急性细菌性痢疾轻；慢性隐匿型患者无明显的临床症状，但粪便培养可检出志贺菌，肠镜检查可见肠黏膜有炎症性改变。

诊断思路

细菌性痢疾的诊断，主要依据流行病学史、临床表现、实验室检查和影像学检查等综合判断。

流行病学史：发病前1周内有不洁饮食史，曾与细菌性痢疾患者密切接触，或到过细菌性痢疾流行地区等。

临床表现：出现腹痛、腹泻、里急后重和黏液脓血便等典型症状，或中毒型细菌性痢疾的全身中毒症状。

血常规检查：急性细菌性痢疾患者白细胞总数和中性粒细胞比例升高；慢性细菌性痢疾患者可有贫血表现，白细胞总数可正常或轻度升高。

粪便检查：粪便外观为黏液脓血便，镜检可见大量脓细胞、红细胞和巨噬细胞，这是诊断细菌性痢疾的重要依据。粪便培养检出志贺菌是确诊细菌性痢疾的“金标准”，培养时应在使用抗菌药物前采集新鲜粪便标本，尽快送检。

免疫学检查：采用免疫荧光抗体法、酶联免疫吸附试验等方法检测粪便中的志贺菌抗原，具有快速、简便的优点，可用于早期诊断，但特异性和敏感性不如粪便培养。

影像学检查：对于慢性细菌性痢疾患者，肠镜检查可观察到肠黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡等炎症性改变，有助于明确诊断。

治疗方法

细菌性痢疾的治疗原则是早期诊断、及时治疗，以抗感染治疗为主，同时辅以对症治疗和支持治疗，预防并发症的发生。

一般治疗

隔离：患者应进行消化道隔离，直至症状消失后1周或粪便培养连续2次阴性为止。

休息：急性细菌性痢疾患者应卧床休息，减少体力消耗。

饮食：给予高热量、高蛋白、易消化的流质或半流质饮食，避免食用辛辣、油腻、生冷等刺激性食物。呕吐、腹泻严重者应暂时禁食，给予静脉补液。

抗感染治疗 抗感染治疗是细菌性痢疾治疗的关键，应根据志贺菌的药敏试验结果选用敏感的抗菌药物。常用的抗菌药物包括喹诺酮类药物、头孢菌素类药物、磺胺类药物等。

喹诺酮类药物：如诺氟沙星、环丙沙星、左氧氟沙星等，具有抗菌谱广、抗菌作用强、口服吸收好等优点，是治疗急性细菌性痢疾的首选药物。成人每次0.2克~0.4克，每天2次~3次，口服，1个疗程为5天~7天。儿童应慎用喹诺酮类药物，可能影响骨骼发育。

头孢菌素类药物：如头孢曲松、头孢噻肟等，抗菌作用强，适用于对喹诺酮类药物耐药或过敏的患者，以及儿童、孕妇等特殊人群。成人每次1克~2克，每天2次，静脉滴注，1个疗程为5天~7天；儿童每天50毫克/千克~100毫克/千克，分2次静脉滴注。

磺胺类药物：如复方磺胺甲噁唑，适用于轻型细菌性痢疾患者。成人每次2片，每天2次，口服，疗程5天~7天。对磺胺类药物过敏者禁用。

对症治疗

高热：采用物理降温（如温水擦浴、冰袋降温等）或药物降温（如对乙酰氨基酚、布洛芬等）。

腹痛：给予解痉止痛药物，如阿托品、山莨菪碱等，但应注意其不良反应。

腹泻：一般不主张使用止泻药物，以免加重病情。但对腹泻严重者，可适当使用蒙脱石散等肠黏膜保护剂，以减少腹泻次数。

里急后重：可给予颠茄片等药物缓解症状。

支持治疗

补液：呕吐、腹泻严重者应及时补充水和电解质，纠正水、电解质紊乱和酸碱平衡失调。轻度脱水者可口服补液盐；中度、重度脱水者应静脉补液，常用的液体包括生理盐水、葡萄糖注射液、碳酸氢钠注射液等。

营养支持：对于慢性细菌性痢疾患者，应给予营养支持治疗，补充蛋白质、维生素、矿物质等营养物质，提高机体抵抗力。

中毒型细菌性痢疾的治疗

抗休克治疗：迅速补充血容量，纠正休克，给予生理盐水、低分子右旋糖酐等液体快速静脉滴注，同时应用血管活性药物维持血压。

防治脑水肿：给予甘露醇、呋塞米等药物降低颅内压，减轻脑水肿。

抗感染治疗：选用强效、广谱的抗菌药物，如头孢曲松、环丙沙星等，静脉滴注，剂量应适当加大。

对症治疗：高热者，给予物理降温或药物降温；抽搐者，给予地西泮等药物止惊。

慢性细菌性痢疾的治疗

抗感染治疗：根据药敏试验结果选用敏感的抗菌药物，疗程应适当延长，一般为2周~3周。也可以两种抗菌药物联合使用，以提高疗效。

对症治疗：对于腹痛、腹泻严重者，可给予解痉止痛、止泻等药物治疗。

调节肠道菌群：给予双歧杆菌、乳酸菌等益生菌制剂，调节肠道菌群平衡，促进肠道功能恢复。

其他治疗：对于肠黏膜有明显炎症、溃疡的患者，可给予灌肠治疗，如使用庆大霉素、地塞米松等药物灌肠，以减轻局部炎症反应。

预防措施

细菌性痢疾的预防，应采取以切断传播途径为主的综合性预防措施。

管理传染源：及时发现和隔离患者，对患者的粪便进行消毒处理。对密切接触者应进行医学观察7天，必要时给予预防性服药。

切断传播途径：加强饮食卫生和饮用水卫生管理，防止食物和水源被污染。养成良好的个人卫生习惯，饭前便后洗手，不喝生水，不吃生冷、不洁食物。加强环境卫生管理，及时清理垃圾和粪便，消灭苍蝇等传播媒介。

保护易感人群：对于免疫力低下者，可适当加强营养，增强机体抵抗力。在细菌性痢疾流行季节，避免前往疫区，减少感染机会。

（文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供）

每周一练

（四环素类药物及氯霉素、人工合成的抗菌药、氨基糖苷类抗生素、抗结核药）

一、患者为男性，50岁，因持续高热，剧烈头痛入院，用青霉素、链霉素治疗3天，无明显效果，发病第5天于胸、肩、背等处发现直径为2毫米~4毫米的圆形鲜红色丘疹，经进一步检查诊断为斑疹伤寒，宜选用

A. 庆大霉素
B. 磺胺嘧啶
C. 头孢他啶
D. 林可霉素
E. 四环素

二、对立克次体感染最有效的药物是

A. 四环素
B. 氟康唑
C. 妥布霉素
D. 利巴韦林
E. 林可霉素

三、可能引起二重感染、再生障碍性贫血和灰婴综合征的抗生素是

A. 灰黄霉素
B. 两性霉素
C. 四环素
D. 氯霉素
E. 制霉菌素

四、由于新生儿、早产儿肝发育不全，应用下列哪种药物可出现循环衰竭

A. 氯霉素
B. 青霉素
C. 四环素
D. 红霉素
E. 喹诺酮类药物

五、喹诺酮类药物的抗菌作用机制是

A. 抑制细菌蛋白质合成
B. 抑制DNA（脱氧核糖核酸）螺旋酶，阻碍DNA合成
C. 竞争二氢叶酸合成酶，使敏感菌的二氢叶酸合成受阻
D. 抑制二氢叶酸还原酶，影响核酸合成
E. 抑制细菌细胞壁黏肽合成酶，阻碍细胞壁黏肽合成

六、第三代喹诺酮类药物的抗菌机制是抑制了细胞的

A. 蛋白质合成
B. 细胞壁合成
C. DNA螺旋酶
D. 二氢叶酸还原酶
E. 二氧叶酸合成酶

七、磺胺类药物的抗菌机制是

A. 抑制细菌DNA回旋酶
B. 改变细菌细胞膜通透性
C. 破坏细菌细胞壁的合成
D. 抑制二氢叶酸合成酶
E. 抑制二氢叶酸还原酶

八、TMP（甲氧苄啶）与磺胺类药物合用增强抗菌作用的原因是

A. 增加磺胺类药物的吸收
B. 减少磺胺类药物的排泄
C. 减少磺胺类药物代谢
D. 减少尿中磺胺结晶析出
E. 双重阻断细菌叶酸代谢

九、治疗艾滋病患者隐球菌性脑膜炎的首选药是

A. 两性霉素
B. 克霉唑
C. 酮康唑
D. 氟胞嘧啶
E. 氟康唑

十、对于产生钝化酶的绿脓杆菌感染，可选用以哪种药物治疗

A. 青霉素G
B. 四环素
C. 阿米卡星
D. 链霉素
E. 妥布霉素

十一、可引起周围神经炎的药物是

A. 利福平
B. 异烟肼
C. 阿昔洛韦
D. 吡嗪酰胺
E. 卡那霉素

十二、异烟肼的抗菌作用特点是

A. 对静止期结核分枝杆菌无抑制作用
B. 对其他细菌也有效
C. 对细胞内结核分枝杆菌也有杀菌作用
D. 单用不易产生耐受性
E. 与其他同类药间有交叉耐药性

本期答案

一、E	二、A	三、D	四、A
五、B	六、C	七、D	八、E
九、E	十、C	十一、B	十二、C

基层医疗卫生机构高血压儿童青少年随访管理

□于铭洋

在儿童青少年群体中，高血压问题渐趋凸显，既影响其当下的健康，更可能为成年后心血管疾病埋下隐患。社区卫生服务中心、乡镇卫生院作为基层医疗卫生机构，肩负患高血压的中小学生长期随访管理的职责。构建科学系统的管理体系，可有效控制学生血压，促进其健康成长。

建立高血压专病门诊是随访管理的基础。基层医疗卫生机构应配备高血压专业医生，他们需要具备扎实的儿科与心血管疾病知识，熟悉儿童青少年高血压的诊断标准、病因及治疗方法。专病门诊要制定规范的诊疗流程，对首次就诊的学生开展全面检查，包括询问病史、家族史，进行体格检查、血压测量、实验室检查等，明确高血压的类型与病因，为后续治疗和随访管理提供依据。

以家庭医生签约服务推动家校联动，是长期随访管理的关键。家庭医生与学生所在家庭签约后，定期了解学生的血压控制情况，向家长普及高血压相关的营养、运动知识。例如，告知家长，儿童青少年每日食盐摄入量应控制在5克以下，鼓励多食用新鲜的蔬菜、水果和全谷物类食物，减少高油、高糖、高脂食物的摄入量；指导家长依据孩子的年龄和身体状况，制定合理运动计划，如每天保证30分钟以上中等强度有氧运动（如快走、慢跑、游泳等）。通过提升家长的干预意识，促使其为儿童健康成长创造良好的家庭环境。同时，家庭医生要与学校密切联系，了解学生在校饮食、运动情况，与学校共同督促学生养成健康生活习惯，形成家校合力。

建立激励机制，可以调动各方的积极性。针对配合度高的学校、班级、教师、家长、儿童，制定不同奖励机制。对学校，给予一定奖励，用于改善体育设施或开展健康教育活动，授予“健康促进示范学校”等荣誉；对班级，表彰为“健康管理优秀班级”；对教师，在绩效考核中加分，授予“健康指导优秀教师”荣誉；对家长，给予健康体检优惠券等奖励，评为“健康管理优秀家长”；对学生，给予学习用品、运动器材等奖励，授予“健康小卫士”等荣誉。这些机制能激发参与热情，提升随访管理效果。

心理医生可以帮助患高血压的孩子建立信心，消除自卑情绪。儿童青少年处于心理发展关键期，患高血压可能使其产生焦虑、自卑等心理问题，影响身心健康与社交能力。心理医生定期到学校开展心理讲座，普及高血压防治知识，让学生了解积极配合医务人员管理就能有效控制血压，减少对疾病的恐惧。同时，对有心理困扰的学生进行有针对性的辅导，倾听心声，助其调整心态，树立积极乐观生活态度。

以学校为单位组建微信聊天群，为家长与心理医生搭建在线交流咨询平台，及时解决问题。微信聊天群邀请患高血压的学生及家长加入，心理医生定期推送高血压防治知识、健康生活方式指导等内容。家长在监督指导孩子饮食、运动、血压测量等方面有疑问时，可以在微信群进行咨询，心理医生要及时进行解答。这样能有效提高家长的健康管理能力，增强对心理医生的信任，有助于提升随访管理的依从性。

通过上述措施，基层医疗卫生机构可构建全方位、多层次的儿童青少年随访管理体系。其中，专病门诊提供专业诊疗，家校联动形成管理合力，奖励机制调动参与积极性，心理干预保障心理健康，线上平台提供便捷服务。各方协同发力，为孩子的健康成长保驾护航。

（作者供职于阜外华中心血管病医院）

老药新用

补中益气丸新用

□刘云琦

补中益气丸主治饮食劳倦、脾虚气弱、内伤寒热引起的头昏自汗、少气懒言、久痢等，现代则广泛用于虚证疾患，诸如营养不良、贫血等。近年来，该药经中医辨证后治疗下列疾病也有良效。

老年气虚感冒：取苏叶3克，捣碎后用沸水浸泡，作为药引送服补中益气丸1丸，每天早、晚各1次。

白细胞减少症：对于因化疗或放疗引起的白细胞下降，党参、白术有促其回升的功效。治法是补中益气丸每次2丸，每天3次，15天为1个疗程，连续用药三四个疗程，直到血常规检查结果正常为止。

脱肛：补中益气丸能增强肠道平滑肌能力，治疗脱肛及无力性疾病有良效。治疗时用补中益气口服液（也可用丸剂），每次1剂，每天2次~3次，一般用药15天~20天即可取得疗效。

褥疮：在补中益气丸配方中，黄芪可以提高免疫力，增强皮肤营养，促进创伤组织肉芽形成，制止化脓，扩张周围血管，改善血液循环；当归，提高机体免疫力、解热、镇痛和镇静作用，有利于褥疮恢复。每次1丸，每天3次。

（作者供职于河南省汝州市梅宁村卫生室）

糖尿病与肺结核的关联及应对措施

□何梦雅

结核病是慢性传染性疾病，属于感染性疾病；糖尿病是慢性非传染性疾病，属于代谢类疾病。这两种疾病看似没有关联，却常常共存，严重影响患者的身心健康，给患者带来双重负担。有研究表明，全球5%~30%的肺结核患者的同时患糖尿病，在我国这两种疾病的并发率为16%~24%。

糖尿病患者为什么更容易发生肺结核

主要有以下几个原因。

1. 糖尿病患者体内糖分水平升高，为结核分枝杆菌的生长与繁殖创造了有利的条件。

2. 糖尿病患者脂代谢紊乱，脂肪分解代谢加强，过多的甘油和酮体为结核分枝杆菌的生长繁殖提供了能量来源；同时，也削弱了单核吞噬细胞的功能，进一步降低机体免疫力。

3. 糖尿病引发的糖、蛋白质和脂肪代谢异常，会导致营养不良，使机体免疫力下降，促使结核病变进一步发展并恶化。

4. 糖尿病患者体内多种维生素缺乏，其中维生素A的缺乏会使呼吸道黏膜的防御功能减退，结核分枝杆菌更容易定位和繁殖。

糖尿病患者如何预防肺结核

1. 控制好血糖。糖尿病患者应遵医嘱，将血糖控制在较为理想的范围，减少糖尿病对机体免疫力的损伤。同时，糖尿病患者注意合理饮食，少吃含油、糖量高的食物，多吃新鲜的蔬菜、水果等食物，适度运动，保证充足睡眠。

2. 做好个人防护。尽量少去人员密集、空气不流通的场所，必须前往时应佩戴口罩；尽量不要与已知的传染性肺结核患者密切接触，若必须接触时应做好防护措施；保持居住环境干净，勤开窗通风。

3. 定期检查。糖尿病患者应定期检查，一旦发现有咳嗽、咯痰、发热等症状，应及时前往结核病定点医院就医，做到早发现、早诊断、早治疗。

4. 预防性治疗。糖尿病患者如果合并感染结核分枝杆菌，应接受预防性治疗，以降低发病风险。

糖尿病患者如果出现肺结核怎么办

糖尿病合并肺结核患者应格外注意以下四个方面。

1. 在接受结核病治疗时，患者需要主动告知自身糖尿病并发症的发生情况。糖尿病患者容易出现视神经、末梢神经、肾脏等组织器官的损伤，抗结核药物可能加重糖尿病本身的并发症。因此，要提前告知医生，以便制定个性化的治疗方案。

2. 抗结核治疗的疗程适当延长。肺结核与糖尿病共病患者更容易出现抗结核药物不良反应和较高的治疗失败率。因此，对于强化治疗2个月的末痰抗酸杆菌检查结果仍为阳性者，肺部病变广泛且发生空洞者，以及血糖控制效果差且临床症状缓解不明显者，要延长抗结核治疗的疗程。

3. 血糖监测是糖尿病管理中的重要组成部分。患者不仅要遵医嘱口服降糖药物或应用胰岛素，也要严格监测血糖；若有异常情况，及时向医生反馈，以便医生进一步优化治疗方案。

4. 肺结核与糖尿病共病的患者发生药品不良反应概率高于普通肺结核患者，常见的不良反应有肝损伤、胃肠道反应和皮疹等。共病患者应密切关注自身相关症状的发生情况，在出现相应症状时加强血糖监测，并寻求医生帮助。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）

征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿应注重实践操作，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。

邮箱：5615865@qq.com **联系人**：朱忱飞
电话：13783596707

本版药方需要在专业医生指导下使用