

## 基层适宜技术

# 尿路感染的诊断与治疗

尿路感染是指病原微生物侵入尿路内异常繁殖所致的尿路炎、慢性炎症,多见于育龄女性、老年人、免疫功能低下者和尿路畸形者;根据感染发生的部位,分为上尿路感染(主要是肾盂肾炎)和下尿路感染(主要是膀胱炎)。以下主要介绍细菌性尿路感染。

病原微生物:革兰氏阴性杆菌为主要的致病菌。大肠埃希菌最常见于无症状性细菌尿,非复杂性尿路感染,或首次发生的尿路感染。变形杆菌常见于伴尿路结石者,铜绿假单胞菌多见于尿路器械检查后,金黄色葡萄球菌常见于血源性尿路感染。近年由于抗生素和免疫抑制剂的广泛应用等因素的影响,革兰氏阳性菌及耐药菌所致的尿路感染有增加趋势。

基础疾病与易感因素:各种原因(如尿路畸形、肿瘤、结石、膀胱输尿管反流等)引起的尿路梗阻是尿路感染的最易感因素;医疗器械操作(如导尿、膀胱镜等)可以损伤尿道黏膜,并直接将病菌而致病;合并糖尿病、长期应用免疫抑制剂、长期使用糖皮质激素等使机体免疫力低下,不仅尿路感染发生率增加,同时与尿路感染反复发作有关。

感染途径:上行感染,占尿路感染的95%以上;血行感染,约占3%,多发生于患有慢性病或接受免疫抑制剂治疗的患者;直接感染、淋巴道感染,临床比较少见。

**急性肾盂肾炎**  
诊断与鉴别:患者如突然发生一侧或两侧腰痛,有明显全身症

状,如高热、寒战、恶心、呕吐等,甚至伴随败血症、低血压时,应想到此病。约30%的尿路感染患者合并膀胱炎,可有膀胱刺激症状。通常脊柱肋脊角有触痛(压痛)。尿显微镜检查有白(脓)细胞、红细胞、上皮细胞,可见到白细胞管型。尿蛋白阴性或微量。

年老体弱者的尿路感染,可以没有尿路刺激症状而表现为发热,甚至低血压。还有些尿路感染患者完全没有症状而存在有意义的细菌尿,罕有伴随发生急性肾乳头坏死或肾周围脓肿。尿液细菌学检查,对本病诊断帮助较大。

尿液标本的收集:收集新鲜清洁的中段尿液标本,或经耻骨上膀胱穿刺取尿。收集完毕后,标本应及时送检。

真性菌尿的标准:新鲜中段尿沉渣革兰氏染色油镜观察,细菌>1个/HP(每高倍视野);新鲜中段尿细菌培养,菌落计数>10<sup>5</sup>/毫升;膀胱穿刺取尿,尿培养结果为阳性。

影响尿培养结果准确性的因素:假阴性,多见于近1周内使用过抗生素者;尿液在膀胱停留时间不足6小时;饮水过多,尿液稀释;标本被污染;标本收集完毕后,未能及时送检。

上、下尿路感染的鉴别:根据临床表现,有发热(往往>38摄氏度)或腰痛、肾区叩痛者,多为肾盂肾炎。根据实验室检查,尿沉渣镜检有白细胞管型、尿NAG酶升高、

尿β<sub>2</sub>-微球蛋白升高、尿渗透压降低,多提示肾盂肾炎。经抗生素治疗后症状消失,但是不久后又复发者,多为肾盂肾炎(多在停药后6周内)。经治疗后仍留有肾功能损害表现并能排除其他原因所致者,或肾盂造影有异常改变者,为肾盂肾炎。

治疗方法:  
1.用药前应先做尿培养、菌落计数及药敏试验,为选用有效抗菌药物做准备。在未得到尿培养结果前可选用对革兰氏阴性杆菌有效的药物。72小时显效者无须换药,否则按药敏试验结果更换抗生素。

2.急性肾盂肾炎患者应选用血、尿药物浓度均高的药物。常用药物包括喹诺酮类、头孢菌素类及半合成青霉素类,重症患者可联用两类药物,如半合成青霉素类与头孢菌素类合用,且多采用静脉给药方式,治疗持续10天~14天。

3.用药后症状消失,尿常规检查无异常,尿菌转阴,疗程结束2周后复查。再出现症状者,需要重新评估。

4.对反复感染者,曾使用尿路器械或因其他疾病住院患者,需要注意耐药菌与L型细菌所致感染。在这种情况下,尿培养、药敏试验对治疗会有帮助。

**慢性肾盂肾炎**  
诊断与鉴别:长期反复发作的上尿路感染不一定是慢性肾盂肾炎。诊断慢性肾盂肾炎,需有诱因(易感因素);包括尿路畸形、尿

路梗阻(如结石、肿瘤等),机体免疫功能降低(如糖尿病患者或应用肾上腺皮质激素者,尿道口及其周围炎症患者等)。在此基础上反复尿路感染病史超过半年,有以下任何一项者可诊断为慢性肾盂肾炎:静脉尿路造影有肾盂、肾盏狭窄变形者(此项检查阳性率不高);肾外形表面凹凸不平,两个肾脏大小不等;持续性肾小管功能受损,如尿浓缩功能减退、夜尿增多、晨尿比重和渗透压降低、肾小管酸化功能减退等。

治疗方法:单纯抗菌治疗不可能有明显的效果,必须同时消除引起反复感染的诱因。抗菌药物,可选用两种有效药物,联合使用2周~4周;仍有复发者,换用其他药物继续治疗,如此轮换应用2个月~4个月。

**急性膀胱炎**  
临床表现:发病突然,以膀胱刺激症状为主,表现为尿急、尿频、排尿时烧灼样痛,甚至不敢排尿;还有排尿时和排尿后耻骨弓上疼痛,排空膀胱后仍有尿不尽感,约30%的患者可发生肉眼血尿。

治疗方法:无并发症的急性膀胱炎80%以上为大肠埃希菌感染,绝大多数菌株对多种抗菌药物敏感。常选用的药物有喹诺酮类、B-内酰胺类、头孢菌素类、呋喃妥因等,一个疗程为3天~7天。此外,多饮水,口服碳酸氢钠片碱化尿液,可减少膀胱刺激症状。

**无症状细菌尿**  
无症状细菌尿又称隐匿性细菌尿,是一种隐匿性尿路感染,即指患者有真性细菌尿而无任何尿路感染的临床症状。常在健康人群中体检或因其他肾脏疾病做常规尿细菌学检查时发现。

临床表现:无症状细菌尿可以由症状性尿路感染演变而来,即症状性尿路感染自然缓解或经治疗后症状消失,而仅留有细菌尿,并可持续多年。有些无症状性细菌尿者,可无急性尿路感染的病史。此外,在尿路器械检查后发生或在慢性肾脏病的基础上发生的尿路感染,常常无明显症状。

治疗方法:无症状细菌尿患者是否需要治疗,目前仍有争议,一般认为有下述情况应予治疗。  
1.妊娠期无症状细菌尿:进行尿培养检查,若结果为阳性,应及时治疗。推荐根据药敏试验结果给予5日~7日抗菌药物治疗,治疗后1周~4周再进行尿培养,评估治疗效果。用药时,应考虑药物对母体和胎儿的影响。  
2.学龄前儿童。  
3.肾移植、尿路梗阻及其他尿路有复杂情况者:对老年人、糖尿病患者、绝经前女性、非妊娠期女性一般不应用抗菌药物治疗,因不能长久地清除其菌尿,且治疗与否同预后无关。尿路有复杂情况的患者,多数会有无症状菌尿,一般不用抗生素治疗,因其不易根治;但是,如发生有症状尿路感染,应立即治疗。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

纤维帽破裂、血小板的聚集与血栓形成  
五、近3个月同等程度劳累所诱发的胸痛次数、程度及持续时间均增加,应诊断为  
A.初发型劳力性心绞痛  
B.稳定型劳力性心绞痛  
C.恶化型劳力性心绞痛  
D.自发性心绞痛  
E.变异型心绞痛  
六、确定冠状动脉狭窄部位和严重程度的最佳检查是  
A.心电图  
B.胸部X线  
C.超声心动图  
D.动态心电图  
E.冠状动脉造影  
七、下列各项临床表现中最不支持心绞痛诊断的是  
A.疼痛多在睡眠中发生  
B.含服硝酸甘油,疼痛在3分钟~5分钟内缓解  
C.疼痛在劳累时发生,运动、情绪激动可诱发  
D.反复出现的局限性胸前区刺痛,每次持续仅2秒~3秒  
E.疼痛常在休息时发生,持续30分钟以上  
八、急性心肌梗死最常见的心律失常是  
A.心房颤动  
B.房室传导阻滞  
C.室性期前收缩  
D.窦房传导阻滞  
E.加强性室性自主心律

## 每周一练

(冠心病)

一、下列不属于冠心病主要危险因素的是  
A.吸烟  
B.高血压病  
C.酗酒  
D.年龄  
E.高胆固醇血症

二、初发劳力性心绞痛是  
A.劳力性心绞痛病程在1个月以内  
B.劳力性心绞痛临床特点1个月以上无变化  
C.同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数增加、严重程度加重及持续时间延长  
D.劳力性心绞痛病程在3个月以内  
E.劳力性心绞痛临床特点3个月以上无变化

三、恶化型劳力性心绞痛是  
A.劳力性心绞痛病程在1个月以内  
B.劳力性心绞痛临床特点1个月以上无变化  
C.同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数增加、严重程度加重及持续时间延长  
D.劳力性心绞痛病程在3个月以内  
E.劳力性心绞痛临床特点3个月以上无变化

四、变异型心绞痛的发生机制主要是  
A.严重贫血  
B.冠状动脉痉挛  
C.冠状动脉管腔严重狭窄  
D.循环血流量减少,如休克  
E.不稳定斑块内出血、

本期答案  
一、C 二、A 三、C 四、B  
五、C 六、E 七、D 八、C

# 服用右佐匹克隆片期间饮食禁忌

□孙平平

隔壁老李失眠好几年了,最近改服右佐匹克隆片,前两周效果特别好。最近几天,老李明明按时吃药,却总要在床上翻来覆去一个多小时才能睡着,第二天醒来还头重脚轻、精神不济。

他赶紧来院咨询,医生也百思不得其解,直到问了一句:“你吃药前吃了什么?”老李回答:“昨晚吃了红烧排骨,前天晚上和朋友聚餐吃火锅……”这才解开了药效变差的谜团!

右佐匹克隆是临床常用的非苯二氮革类镇静催眠药物,凭借起效快、成瘾性相对较低的特点,被广泛应用于治疗入睡困难型失眠。但是有很多人不知道,这类药物的疗效不仅取决于药物剂量和服药时间,日常饮食也会产生重要影响。不当的食物搭配不仅会减弱助眠效果,还可能诱发不良反应,甚至危及患者生命安全。

下面就从几个方面,说明不当饮食对右佐匹克隆片疗效的影响。

高脂食物:油炸食品、高脂肪肉类、奶酪、黄油、奶油、坚果、牛油果,以及油腻的外卖、重油菜、火锅等,都属于高脂食物,可以延缓药物吸收,降低助眠效果。

大量摄入高脂食物会减慢胃部排空速度,改变胃肠道蠕动和药物的溶解吸收效率,最终导致药物进入血液的速度变慢。研究表明,高脂食物可以使右佐匹克隆的吸收速度明显降低,血药浓度到达峰值的时间从1小时延长到2小时以上,直接表现为服药后迟迟没有睡意、睡眠深度不足、半夜频繁苏醒。

同时,高脂食物使患者消化负担加重,夜间肠胃持续工作会让身体无法彻底放松,大幅降低药物的治疗效果。睡前4小时~6小时,患者应尽量避免食用高脂食物。

刺激性饮食:咖啡、浓茶、奶茶、可乐、能量饮料、黑巧克力

等,富含咖啡因或茶碱,可以直接拮抗药物。

这些物质会刺激大脑皮层神经兴奋,晚上食用后容易出现入睡困难、多梦易醒、心烦躁、心率加快等现象,让失眠症状雪上加霜。更重要的是,咖啡因作为中枢兴奋剂,会直接抵消右佐匹克隆调节睡眠的作用,破坏其镇静催眠效果。

含酒精的食物:患者服用右佐匹克隆期间,所有含酒精的食物都必须严格禁止,包括容易忽略的鸡心巧克力、腐乳、醉蟹(醉虾)、酒酿丸子、部分发酵饮料等。

从药理学角度看,右佐匹克隆通过抑制中枢神经系统的兴奋来达到镇静、促睡眠的目的,而酒精同样具有中枢神经抑制作用,二者叠加会产生“协同抑制效应”,大幅增强中枢抑制作用,轻则出现头晕昏沉、浑身乏力、反应迟钝;严重时会造成意识模糊、呼吸放缓、血压下降,

严重威胁患者生命安全。

千万别觉得“喝一小口、抿一口没事”的心态,风险虽然与剂量相关,但是个体差异极大。为了安全起见,服药前后24小时内,必须做到滴酒不沾。

此外,西柚会抑制药物代谢,导致患者次日昏睡。西柚(葡萄柚)会抑制肝脏中负责代谢右佐匹克隆的酶活性,使药物在体内代谢速度减慢,血药浓度异常升高,进而导致患者第二天出现持续昏睡、头晕乏力等“宿醉效应”。

需要特别注意的是,一杯西柚汁对肝药酶的抑制效果可持续

48小时。因此,服药期间最好完全避免食用西柚及西柚制品。而普通的橘子、橙子、蜜柚等柑橘类水果,目前研究认为对右佐匹克隆的代谢影响很小,可以放心食用。

右佐匹克隆的药效发挥与饮食息息相关。患者服药期间,应严格禁酒,睡前4小时~6小时内避开高脂食物和辛辣刺激性食物,同时严格遵照医嘱规范服药。只有这样才能在保障用药安全的前提下,有效改善睡眠问题,逐步恢复健康稳定的睡眠状态。

(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)



本栏目由河南省卫生健康委药物政策与食品安全处指导

## 误诊误治

# 急性下壁心肌梗死典型病例分析

□梁文权

2026年6月3日10时48分,苗寨镇卫生院心电图室接诊一位84岁的急性胸痛患者。患者就诊时双手紧握胸口,持续呻吟、大汗淋漓,面容痛苦。医务人员立即为其完善十二导联常规心电图检查,检查结果提示:窦性心动过缓、I度房室传导阻滞,aVF导联ST段~T段异常等,高度怀疑急性下壁心肌梗死。

医务人员第一时间为患者测量血压:90/55毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。根据患者的症状及检查结果,医务人员即刻拨打120急救电话,同步规范开展院前急救工作。主治医师让患者舌下含服速效救心丸,待患者胸痛症状初步缓解后,给予阿司匹林肠溶片、硫酸氢氯吡格雷片等药物口服治疗,同时采取吸氧、建立静脉通路等急救措施。

经一系列急救处置后,患者的症状明显减轻。医务人员为患者复查心电图,结果显示:窦性心动过缓、完全性房室传导阻滞、ST段~T段异常;血压110/60毫米汞柱。120急救车抵达现场后,苗寨镇卫生院医务人员与120急救人员完成病情、处置情况等信息的交接,患者顺利转运到上级医院。本次院前急救及转运工作圆满完成。

医务人员经询问患者家属得知,患者发病初期自觉上腹部不适,自行按照胃痛居家口服药物进行治疗,症状不仅没有改善,反而持续加重,最终由家属陪同前往苗寨镇卫生院就诊。该典型病例为基层临床诊疗工作敲响了警钟。

在临床上,急性下壁心肌梗死患者常不以典型胸痛为首发症状,多表现为上腹部剧烈疼痛,与胃痛、胃痉挛症状高度相似,极易被误诊为消化系统疾病。若仅凭主观症状判断,未及时进行心电图检查,极易延误最佳治疗时机,加重病情,严重时危及患者生命安全。

因此,对于不明原因的急性胸痛、上腹部剧痛的患者,临床医师要优先完善常规心电图检查,精准鉴别病因,规避误诊、漏诊风险,才能有效保障患者的生命安全。

(作者供职于长垣市苗寨镇卫生院)

## 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。

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

# 老年人营养失衡与肌少症的预防措施

□韩涵

目前我国有60岁以上老年人口已经突破3亿人,人口老龄化进程持续加快。一个长期被人们误解的概念正悄然危害无数老年人的健康——“千金难买老来瘦”。虽然高血压病、2型糖尿病、冠心病等慢性病确实与肥胖存在明确关联,但是现代老年医学研究证实,老年人过瘦带来的健康风险丝毫不亚于肥胖,甚至在某些方面更为凶险。

**“老来瘦”的隐患:肌少症**  
全国营养与健康状况调查结果发现,我国老年人较为突出的营养问题并非“营养过剩”,而是“营养不足”与“营养失衡”并存。60岁以上老年人的体重过低,往往不是健康的标志,而是肌肉量进行性流失的外在表现。

肌肉不仅是身体的“发动机”和骨骼的“天然护具”,更是重要的免疫储备库。30岁以后人体肌肉每年自然流失0.5%~1%,60岁后流失速度显著加快至1%~2%,超过一定阈值就会发展为肌少症。

肌少症会使老年人跌倒风险增加两三倍。对于老年人来说,一次严重跌倒可能导致髋部骨折,而髋部骨折被称为“人生最后一次骨折”,术后一年内死亡率高达20%~30%,超过50%的存活者会遗留不同程度的功能障碍,甚至瘫痪。同时,肌肉不足会导致免疫功能显著下降,一些老年人甚至会因一场普通感冒而发展为重症肺炎,根源正是长期营养不良导致的肌肉储备不足。此外,肌少症还会与骨质疏松症、认知功能下降形成恶性循环,严重降低老年人的生活质量。

**过度素食:被误解的“健康饮食”**  
为了预防“三高”,一些老年人走入极端素食的误区,长期以白粥、青菜为主食,几乎完全拒绝动物性食物。这种饮食方式看似健康,实则存在严重的营养缺陷。

白粥虽然容易消化,但是精白米在加工过程中已经损失了大部分B族维生素、膳食纤维和矿物质。白粥熬煮越烂,淀粉糊化程度越高,升糖指数也越高,进食后血糖会迅速升高,反而不利于血糖调节能力下降的老年人。

完全不吃肉会导致优质蛋白质摄入量严重不足。蛋白质是肌肉合成的基本原料,老年人由于消化吸收功能减退,对蛋白质的需求量实际上高于年轻人。长期素食可以让老年人缺乏维生素B<sub>12</sub>、铁、锌、钙等多种营养素,加速肌肉流失,降低免疫力,还容易引发缺铁性贫血和骨质疏松症。

《中国居民膳食指南》推荐,成年人每人每天烹调油摄入量应为25克~30克,食盐摄入量不超过5克。长期油脂摄入过低,不

仅会导致便秘,还会影响维生素D等脂溶性维生素的吸收,进一步加重骨质疏松症的病情发展。

**肌少症的早期识别与筛查**  
肌少症早期症状隐匿,容易被忽视,早期识别和干预是防治的关键。当老年人出现以下5个变化时,需要高度警惕:

非意愿性体重减轻:6个月内体重下降超过5%。  
步行速度减慢:步速低于0.8米/秒。

握力下降:男性低于28千克,女性低于18千克。  
活动能力下降:从座位上起身困难,上下楼梯费力。

反复跌倒:一年内无明显诱因在平地跌倒2次及以上。

两个简易自测指标可辅助筛查:一是身体质量指数(BMI),65岁以上老年人应控制在20千克/平方米~26.9千克/平方米,低于20千克/平方米应警惕营养不良;二是小腿围,男性≥34厘米、女性≥33厘米为正常,低于此值要进一步评估肌肉状况。

**科学增肌:营养与运动双管齐下**  
对于老年人来说,体重管理的核心不是“减肥”,而是“增肌”



河南疾控CDC