

基层适宜技术

社区获得性肺炎的诊断与治疗

社区获得性肺炎是指在医院外罹患的感染性肺实质炎症,包括具有明确潜伏期的病原体感染在入院后于潜伏期内发病的肺炎。社区获得性肺炎是常见的呼吸道感染性疾病,我国成年人年发病率为8.5‰~11‰,随年龄增长而升高,老年人及有基础疾病者发病率更高。肺炎链球菌是社区获得性肺炎常见的致病菌,其他常见病原体包括流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎支原体、肺炎衣原体、嗜肺军团菌及多种呼吸道病毒。

病因及分类

按病原体分类,社区获得性肺炎可分为细菌性、病毒性、非典型病原体性和真菌性四类。细菌性社区获得性肺炎,病原体以肺炎链球菌较为常见,占细菌性肺炎的70%以上;病毒性社区获得性肺炎,病原体包括流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等;非典型病原体社区获得性肺炎,以肺炎支原体感染多见,占非典型肺炎的50%以上;真菌性社区获得性肺炎较少见,多发于免疫功能低下者。按发病年龄和基础状况,分为青壮年无基础疾病者和老年人或有基础疾病者,前者病原体以肺炎链球菌和肺炎支原体为主,后者还可见革兰阴性杆菌和金黄色葡萄球菌。

临床表现

社区获得性肺炎的症状轻重不一,与病原体毒力、宿主免疫状态及病变范围有关。典型症状为咳嗽、咯痰、发热和胸痛。咳嗽初期多为干咳,一两天后出现黏液性痰或脓性痰,部分患者痰中带血。发热是常见症状,体温多在38摄氏度左右,可伴有畏寒或寒战。胸痛多为刺痛或钝痛,咳嗽或深呼吸时加重,提示病变累及胸膜。重症患者可出现呼吸困难、气促,甚至出现发绀。老年人社区获得性肺炎的临床

重症患者,初始治疗无效或特殊病原体可疑者,应进行痰培养和药物敏感试验、血培养、尿抗原检测等。分子检测技术可快速鉴定视。合并慢性阻塞性肺疾病、心力衰竭、糖尿病等基础疾病者,肺炎可使基础疾病急性加重,表现为原有症状突然恶化。

诊断与鉴别

社区获得性肺炎的诊断依据:社区发病(肺炎相关临床表现,包括新近出现的咳嗽、咯痰或原有呼吸道疾病症状加重,伴或不伴脓痰、胸痛、呼吸困难及咯血);发热(肺炎实变体征和湿性啰音);外周血白细胞升高或降低;胸部影像学检查显示新出现的斑片状浸润影,肺叶或肺段实变影、磨玻璃影或间质性改变。符合社区发病、影像学异常及临床表现中任何一项,并排除其他疾病后,可明确临床诊断。

鉴别诊断需要逐一排除以下疾病。肺结核:多有午后低热、盗汗、消瘦等结核中毒症状,病程较长,痰抗酸杆菌检查结果为阳性,影像学以上叶尖后段或下叶背段多见。肺癌:多见于中老年吸烟者,可表现为阻塞性肺炎,抗感染治疗后病变吸收不全或反复在同一部位发生,需要进行支气管镜或CT引导下穿刺活检确诊。肺血栓栓塞症:多有深静脉血栓危险因素,影像学显示肺动脉充盈缺损,表现为突发呼吸困难、胸痛、咯粉红色泡沫痰,影像学检查中呈蝶翼状阴影,利尿后迅速改善。

严重程度评估

社区获得性肺炎的严重程度评估,对选择治疗场所和初始抗感染方案至关重要。CURB-65评分系统是常用的评估工具,共5项指标,每项1分:意识障碍(新发定向力障碍或精神错乱);血尿素氮升高(超过7毫摩尔/升);呼吸频率增快(每分钟30次以上);血压降低(收缩压低于90毫米汞柱或舒张压低于60毫米汞柱);年龄度设置26摄氏度左右,每2小时通风一次,避免冷风直吹。清淡饮食,保证睡眠。多吃西瓜、丝瓜、绿豆汤等解暑食物,少吃重油辛辣刺激性食物,每晚睡眠时长在七八个小时。重点关注弱勢人群。高温时段,老年人、婴幼儿、慢性病患者少出门;切勿将孩子单独留车内(车内温度在短时间内可达60摄氏度以上)。

中暑急救

施救者可以将患者转移至阴凉通风处平躺。脱:解开患者的衣领和腰带,去掉紧身衣。降:用湿毛巾擦患者的额头、脖颈、腋下、大腿根,扇风散热。

65岁及以上。评分为0分~1分者死亡风险低,可门诊治疗;2分者死亡风险中等,需要考虑住院治疗;3分及以上者死亡风险高,需要住院治疗,必要时收入重症监护病房。基层医疗机构可使用CRB-65评分(去除血尿素氮指标),0分者适合门诊治疗,1分及以上需要转诊评估。

并发症及其处理方法

脓胸:患肺炎后胸腔积液继发感染可形成脓胸,表现为持续高热、胸痛加重、呼吸困难。处理原则为胸腔穿刺引流,根据药敏试验结果选择抗菌药物,必要时进行胸腔镜手术。

肺脓肿:化脓性细菌感染导致肺组织坏死液化,表现为大量脓臭痰。处理原则为体位引流促进排痰,联合应用抗菌药物,一个疗程需要6周~8周,经内科治疗无效者需要外科手术。

急性呼吸窘迫综合征:重症肺炎可发展为急性呼吸窘迫综合征,表现为进行性低氧血症和双肺弥漫性渗出。患者需要机械通气支持,转入重症监护病房治疗。

感染性休克:表现为血压下降、四肢厥冷、尿量减少、意识障碍。处理原则为早期液体复苏,联合使用广谱抗菌药物和血管活性药物维持血压,必要时转诊到上级医院。

治疗方法

抗感染治疗是社区获得性肺炎治疗的核心,应在诊断后尽早开始。经验性抗菌药物的选择,依据患者年龄、基础疾病、严重程度和当地耐药情况综合判断。门诊治疗:青壮年无基础疾病者,可选用青霉素类(如阿莫西林)或多西环素;有基础疾病者或老年人,可选用β-内酰胺类药物联合大环内酯类药物,或单用呼吸喹诺酮类药物(如左氧氟沙星、莫西沙星)。疗程一般为5天~7天,体温正常后两三天即可

停药。

住院治疗:需要住院治疗者,静脉用药可选用第三代头孢菌素联合大环内酯类药物,或单用呼吸喹诺酮类药物。重症患者需要联合用药,可选用β-内酰胺类药物联合大环内酯类药物,必要时加用氨基糖苷类药物。抗感染治疗48小时~72小时后需要评估疗效,若体温下降、症状改善,继续使用原方案;若病情无改善或恶化,需要重新评估病原体并调整治疗方案。

对症支持治疗:发热者可物理降温或使用退热药;咳嗽剧烈影响休息者可使用镇咳药;痰液黏稠不易咯出者,可使用祛痰药;缺氧者,给予氧疗,血氧饱和度维持在90%以上。注意充分休息和营养支持,每日饮水量不少于1500毫升。

基层转诊指征:以下情况需要及时转诊到上级医院——经规范抗感染治疗48小时~72小时病情无改善或恶化;出现呼吸衰竭、感染性休克等并发症;严重程度评分CURB-65为2分及以上;存在基础疾病加重风险;疑似肺结核、肺癌等需要进一步鉴别的患者。

预防措施

接种肺炎球菌疫苗是预防肺炎链球菌肺炎的有效措施,建议65岁以上老年人和2岁以下婴幼儿接种肺炎球菌疫苗。每年接种流感疫苗,可减少流感及其继发细菌性肺炎的发生。

戒烟是预防社区获得性肺炎的重要措施,吸烟者肺炎发病风险是非吸烟者的两至三倍。

保持室内通风、勤洗手、避免接触呼吸道感染者,在呼吸道传染病流行季节注意个人防护。慢性病患者需要积极控制基础疾病,增强机体抵抗力。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

每周一练

(周围血管疾病)

一、患者为男性,35岁,稍长距离步行后感觉右小腿疼痛,肌肉抽搐而跛行,稍事休息后症状消失,平时感觉右足发凉、怕冷、有麻木感,右足背动脉搏动减弱。应考虑

A.血栓性静脉炎
B.深静脉血栓形成
C.血栓闭塞性脉管炎(营养障碍期)
D.血栓闭塞性脉管炎(局部缺血期)
E.动脉粥样硬化症

二、患者为男性,42岁,左下肢疼痛,行走后加重3年,早期常感觉患肢麻木,行走后疼痛,短暂休息后可缓解,近来疼痛日益加重,吸烟史长达20余年。查体:体温36.3摄氏度,血压100/70毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。该患者最可能的诊断是

A.动脉硬化性闭塞症
B.下肢静脉曲张
C.多发性动脉炎
D.雷诺综合征
E.血栓闭塞性脉管炎

三、判断血栓闭塞性脉管炎闭塞部位的准确方法是

A.肢体位置试验
B.静脉注射硫酸镁注射液10毫升
C.仔细检查肢体各动脉搏动情况
D.阻滞交感神经

E.动脉造影
四、患者为女性,40岁,教师,右下肢静脉迂曲扩张15年,长期站立有酸胀感,近2年右足靴区颜色加深、肿胀,大隐静脉瓣膜功能试验(+),深静脉通畅试验(-)。该患者可能的诊断是

A.单纯性下肢静脉曲张
B.原发性下肢深静脉瓣膜功能不全
C.下肢深静脉血栓形成
D.动静脉瘘
E.血栓性浅静脉炎

五、广泛的下肢深静脉血栓形成最严重的并发症为

A.下肢溃疡
B.肺栓塞
C.下肢浅静脉曲张
D.伴动脉痉挛、肢体缺血
E.腔静脉阻塞

六、患者为男性,14岁,右大腿深部巨大血管瘤,术后情况良好,伤口一期愈合。患者拆线后下床活动,5分钟后突然晕倒,经抢救无效死亡。该患者应考虑为

A.脑血管意外
B.心肌梗死
C.休克致死
D.肺动脉栓塞
E.脂肪栓塞

本期答案

一、D	二、E	三、E	四、A
五、B	六、D		

急救治疗

溺水的现场急救

□刘振海

溺水是常见的意外伤害,夏天多发。溺水后人体淹没于水中,因液体进入呼吸道或反射性喉痉挛导致窒息和缺氧,若不及时救治可迅速致死。溺水是我国1岁~14岁儿童意外死亡的主要原因之一。

发病机制

按发病机制分类,溺水有2种主要类型。一种是湿性溺水,约占溺水事件的80%,大量液体进入肺部,造成通气障碍和气体交换功能受损,迅速出现低氧血症。另一种是干性溺水,占溺水事件10%左右,冷水刺激或突然淹没引起反射性喉痉挛,声门紧闭,液体未大量进入肺部,但会因窒息而导致缺氧。无论哪种机制,主要病理的改变都是缺氧,溺水后脑缺氧4分钟~6分钟即可造成不可逆转的脑损伤。因此,“黄金抢救时间”为溺水后4分钟~6分钟。

现场评估

施救者首先需要确保自身安全,不可盲目下水。从岸上施救时,优先使用竹竿、绳索、救生圈等延伸物;距离较近时,可抛投漂浮物、木板、泡沫、空塑料瓶等。下水施救仅限于会游泳者,且需要从溺水者背后接近,避免被慌乱的溺水者抱住导致双双下沉。

施救者将溺水者救上岸后,迅速判断其意识、呼吸和脉搏:拍打双肩并大声呼叫,观察有无反应;观察胸廓起伏,判断有无呼吸;触诊颈动脉,判断有无脉搏。判断时间不超过10秒。对于意识丧失、无呼吸或仅有喘息者,需要立即开始心肺复苏。

急救处理

心肺复苏是溺水急救的主

要措施。溺水者与心脏骤停患者不同,溺水者的心脏骤停是窒息导致的。因此,心肺复苏顺序为开放气道、人工呼吸、胸外按压。

施救时要先清理溺水者的口腔异物,并开放气道。施救者将溺水者仰卧于坚硬的平面上,头向后仰,托起下颌,清除口腔内水草、泥沙、呕吐物等异物。然后给予两三次人工呼吸,每次吹气持续1秒,观察胸廓起伏。人工呼吸有效后,立即开始胸外按压,按压部位为胸骨下半部,按压深度五六厘米,频率为每分钟100次~120次,按压与放松时间相等,确保胸廓充分回弹。按压与人工呼吸比例为30:2,即30次按压后给予2次人工呼吸,循环进行。

若溺水者有呼吸和脉搏但意识不清,将其置于侧卧位,保持气道通畅,密切观察呼吸和意识变化,等待急救人员到达。若溺水者意识清醒,仍然需要送医院观察,因为溺水后可能出现迟发性肺水肿,表现为呼吸困难、咳嗽、咯粉红色泡沫痰,多在溺水后数小时内发生。

预防措施

儿童在水域附近活动时需要有成年人看护,不可让儿童单独在河边、池塘、游泳池边玩耍。下水前做好热身活动,避免在饮酒、饱食或身体不适时游泳。不在不熟悉的水域游泳,不高估自身的游泳能力。学会基本的自救和互救技能,掌握心肺复苏方法。农村水井、水塘、灌溉渠附近,需要设置防护栏和警示标志。

(作者供职于焦作市人民医院)

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

高温天气预防中暑小妙招

□张永晴

盛夏时节,空气闷热潮湿,中暑进入高发期。老年人、儿童、户外工作者、体力劳动者都是高危人群。中暑绝非小事,严重的热射病会损伤脏器、危及生命,学会识别预警信号、做好防护才能安稳度夏。

中暑阶段

中暑从轻到重分先兆、轻症、重症这3类,应早识别、早处理。先兆:大量出汗、口干头晕、四肢乏力、注意力涣散,体温微升,阴凉处休息、补水,10多分钟后症状可缓解。轻症:体温超过38摄氏度,面色红白不定、恶心呕吐、心慌抽筋、浑身湿冷,需要及时物理降温、补电解质水。

重症(热射病):体温超过40摄氏度,皮肤干热无汗、意识模糊、抽搐甚至昏迷,多器官容易受损。现场人员应立刻拨打120急救电话,并持续为患者降温。

日常防暑

错峰出行减少暴晒时长。10时至16时的气温达到全天峰值,避免户外劳作;外出戴遮阳帽、防晒衣、太阳伞,户外作业每半小时轮换休息。

科学补水,拒绝暴饮冰水。少量多次饮用温水;每次200毫升~300毫升为宜(小口慢饮);出汗多者,可以喝淡盐水、电解质水,少喝冰汽水、奶茶、酒精饮品。

穿衣居家,合理降温。选择宽松、浅色、透气的衣物,空调温

度设置26摄氏度左右,每2小时通风一次,避免冷风直吹。

清淡饮食,保证睡眠。多吃西瓜、丝瓜、绿豆汤等解暑食物,少吃重油辛辣刺激性食物,每晚睡眠时长在七八个小时。

重点关注弱勢人群。高温时段,老年人、婴幼儿、慢性病患者少出门;切勿将孩子单独留车内(车内温度在短时间内可达60摄氏度以上)。

中暑急救

施救者可以将患者转移至阴凉通风处平躺。

脱:解开患者的衣领和腰带,去掉紧身衣。

降:用湿毛巾擦患者的额头、脖颈、腋下、大腿根,扇风散热。

合理用药

对乙酰氨基酚与布洛芬的作用差异

□赵惠敏

发热和疼痛是门诊患者常见的就诊原因,而解热镇痛药是应用范围广泛的药物。目前临床常用的解热镇痛药主要有对乙酰氨基酚和布洛芬,两者作用机制不同,适应证和不良反应各有侧重。患者合理选用解热镇痛药,对保障用药安全至关重要。

作用机制与特点

对乙酰氨基酚通过下丘脑体温调节中枢产生解热作用,对外周组织环氧化酶的抑制作用较弱。因此,其抗炎作用弱,胃肠道不良反应较小,对血小板功能无影响。

布洛芬为非甾体抗炎药,可以抑制外周神经系统和中枢神经系统环氧化酶,既有解热镇痛作用,又有抗炎作用,对胃肠道和肾脏有一定影响。

适应证与选用原则

对乙酰氨基酚适用于轻中度疼痛和发热,尤其适用于对非甾体抗炎药禁忌的患者,如消化道溃疡史、出血倾向、肾功能不

全、妊娠期妇女及3个月以下婴儿。

布洛芬适用于轻中度疼痛、发热及炎症性疾病(如关节炎、痛经)。抗炎效果优于对乙酰氨基酚。6个月以上婴幼儿可使用布洛芬。

这2种药物的退热效果相近,临床上可以交替使用以减少单一药物的不良反应,但是不建议同时使用。

选用原则:无禁忌证者,优先选用对乙酰氨基酚;胃肠道耐受性差者,优先选用对乙酰氨基酚;需要抗炎者,选用布洛芬;3个月以下婴儿,选用对乙酰氨基酚。

剂量与用法

对乙酰氨基酚:成年人每次500毫克,需要时口服,间隔时间不少于4小时,每日不超过4次,每日剂量上限不超过2克(长期服用者不超过1.5克)。儿童每次10毫克/千克~15毫克/千克,间隔4小时~6小时(可重复),每日不超过4次。

布洛芬:成年人每次200毫克~400毫克,需要时口服,间隔不少于6小时,每日不超过1.2克(非处方用药)。儿童每次5毫克/千克~10毫克/千克,间隔6小时~8小时(可重复),每日不超过4次。

服用时需要注意:对乙酰氨基酚可空腹或餐后服用,吸收不受食物影响;布洛芬需要餐后服用,以减轻胃肠道刺激。退热药连续使用一般不超过3天,止痛药连续使用一般不超过5天,若症状未缓解需要就医评估。

不良反应与禁忌证

对乙酰氨基酚的主要风险是肝毒性。超剂量使用对乙酰氨基酚,长期饮酒或合并肝病者,对乙酰氨基酚代谢产物在肝内蓄积,导致肝细胞坏死。一次性服用对乙酰氨基酚超过7.5克即可造成严重肝损伤。使用含对乙酰氨基酚的复方感冒药时需要特别注意累计剂量,避免重复用药导致过量。

布洛芬的主要风险是胃肠道和肾脏损害。常见不良反应包括胃部不适、恶心、呕吐,长期使用布洛芬可致消化道溃疡和出血。布洛芬可减少肾脏血流,肾功能不全者使用布洛芬可加重肾损伤。其他不良反应包括延长出血时间、加重支气管哮喘(部分患者)。

禁忌证:对乙酰氨基酚,禁用于严重肝肾功能不全者;布洛芬,禁用于消化道活动性溃疡、严重肾功能不全、严重心力衰竭、妊娠晚期、对阿司匹林或其他非甾体抗炎药过敏者。

特殊人群用药

儿童退热以对乙酰氨基酚和布洛芬为主,不推荐使用阿司匹林(有瑞氏综合征风险)和尼美舒利。3个月以下婴儿发热需要及时就医,不要自行使用退热药。

老年人肝肾功能下降,需要适当减量,建议优先选用对乙酰氨基酚。妊娠期女性可选用对