

基层适宜技术

轮状病毒肠炎的诊断与治疗

轮状病毒肠炎是由轮状病毒感染引起的急性消化道传染病,主要累及婴幼儿,以秋冬季发病较为集中,民间常称为“秋季腹泻”。该病以呕吐、腹泻、发热为主要表现,容易引起脱水及电解质紊乱,是婴幼儿秋冬季因腹泻到医疗机构就诊的主要病因之一。轮状病毒属于呼肠孤病毒科,根据内层衣壳蛋白差异可分为A、B、C等分组,其中A组是婴幼儿感染的主要型别,占儿童病例的多数。该病具有自限性,自然病程一般为3天~8天,规范补液与正确护理后大多能够顺利康复;但是,重症患儿如未及及时纠正脱水,可危及生命。因此,早期识别与正确补液是关键环节。该病在全球范围内均是婴幼儿腹泻的重要病因,是儿科与感染科秋冬季重点预防的肠道传染病。

致病原因

轮状病毒主要经粪-口途径传播,被污染的手、玩具、餐具、水源均可成为传播媒介,也可通过气溶胶经呼吸道侵入。6个月~2岁婴幼儿由于从母体获得的保护性抗体水平逐渐下降,而自身免疫系统尚未发育完善,属于易感人群,刚出生不久的新生儿因有母体抗体保护,发病相对较少。受凉、饮食不当、卫生条件较差、集体托育机构内的接触传播等可作为诱发或加重因素。潜伏期多为1天~3天,起病较急,常在短时间内出现呕吐与腹泻。本病在秋冬季节流行,流行高峰多与气温下降,室内活动增多有关。

临床表现

典型表现是先出现呕吐(多在疾病初期的一两天内发生),随后出现腹泻,少数患儿可呕吐与腹泻同时出现,大便呈黄色水

样或蛋花汤样、质地稀薄,气味相对较轻,每日排便数多达10余次,一般没有黏液及脓血,腹泻持续3天~8天,呕吐多在一两天后自行缓解。部分患儿伴有发热,体温多在38摄氏度~39摄氏度,少数可超过39摄氏度。呕吐物多为胃内容物,部分可含胆汁,较年长的儿童症状相对较轻,婴幼儿更容易出现精神不振、口渴明显、食欲下降、尿量减少。同一患儿的腹泻程度在病程中可有起伏,呕吐缓解后腹泻仍可继续数日。家长容易在患儿呕吐停止后放松观察,此时仍需要关注患儿大便次数、尿量及精神状态。患儿高热持续不退、频繁呕吐无法进食、大便带鲜血、精神极度萎靡或烦躁不安、超过6小时无尿,提示病情较重,要及时前往医院就诊。

体格检查

重点观察患儿脱水程度与精神状态。轻度脱水,可见口唇偏干,尿量略减,哭时泪量较少;中度脱水,出现前囟及眼窝凹陷,皮肤弹性变差,哭时泪少,口腔黏膜偏干;重度脱水,表现为精神萎靡,减少甚至无尿,血压下降。皮肤弹性检查可捏起腹部或大腿内侧皮肤,观察回弹速度,回弹缓慢提示脱水较重。也可按体重下降进行初期判断:轻度,体重下降不足5%;中度,体重下降5%~10%,重度,体重下降超过10%,婴幼儿的体重不易快速获得,仍以临床表现为准。腹部查体肠鸣音较为活跃,一般没有明显压痛,触及腹部时患儿多无明显痛苦表情。

辅助检查

患儿大便常规检查可见少量白细胞或脂肪球,没有明显的红细胞及脓细胞,大便酸碱度偏酸,有助于与细菌性腹泻区分。大便

轮状病毒抗原检测阳性具有确诊价值,也可采用核酸检测提高检出率。有明显脱水或频繁呕吐的患儿,需要检测水电解质与血气分析,以判断是否存在低钠、低钾及代谢性酸中毒,酸中毒时可见碳酸氢根下降、血氧分压代偿性变化。血常规检查,白细胞计数多正常或轻度升高,C反应蛋白一般不会显著增高。出现惊厥的患儿,必要时需要检测血糖、脑电图,以排除其他病因。对于轻症病例,化验项目应当从简,避免过度检查增加患儿痛苦与家长负担。需要留意的是,大便常规检查只能作为辅助参考,抗原或核酸检测才是明确病原体的依据,不能仅凭大便秘状就判定为细菌感染并使用抗生素。

诊断鉴别

根据秋冬季节流行特点,婴幼儿发病,呕吐后继发的蛋花汤样水样便,结合大便轮状病毒抗原阳性,可以做出临床诊断。诊断时需要与以下疾病鉴别:细菌性痢疾表现为黏液脓血便、里急后重,大便检出痢疾杆菌,全身症状较重;诺如病毒感染也可引起呕吐腹泻,但是流行季节不限于秋季,多见于集体单位暴发,病原体检测能够区分;生理性腹泻多见于小婴儿,体重增长正常,没有脱水表现,添加辅食后多自行好转;抗生素相关性腹泻患儿有近期用药史,大便可见伪膜;食物过敏表现。综合流行史、症状特点与实验室检查,多数病例能够在首诊时明确诊断。

比较常见的并发症是脱水,按程度分为轻度、中度、重度,是该病的防范重点。电解质紊乱以低钾、低钠较为常见,低钾可表现为肌张力下降、腹胀、心律失常。代谢性酸中毒可表现为呼吸深

快、精神差、口唇樱红。少数婴幼儿可因高热或脱水诱发惊厥,多为短暂发作。反复腹泻还可能影响营养吸收,导致体重增长缓慢,并可出现继发性乳糖不耐受,使腹泻迁延。重度脱水,如未纠正可影响循环,出现心率增快、血压下降,甚至休克。多数并发症在及时补液后能够逆转,关键在于早期识别脱水迹象。

治疗方案

治疗以补液和调整饮食为主,不需要常规使用抗生素,因为该病属于病毒感染,有可能破坏肠道菌群、加重腹泻。

补液治疗:能够口服的患儿首选口服补液盐Ⅲ,1袋加250毫升温开水配制,不可加糖或过度稀释,以免改变渗透压,应少量多次喂服,腹泻量大时需要增加喂服次数。累计损失量可在4小时~6小时内分次补服完毕,之后根据继续丢失量随时补充。重度脱水、频繁呕吐无法口服、精神极差者,需要及时静脉补液。静脉补液通常先快速补充累积损失量以恢复循环,再缓慢维持(补充过程中需要监测尿量、电解质与心率,避免补液过快加重心脏负担或诱发水中毒)。

饮食调整:继续原有喂养方式,母乳喂养者不必停止哺乳,年龄较大的婴儿可进食米汤、稀饭等清淡食物,避免高糖、油腻及高纤维饮食。继续喂养有助于肠黏膜修复与营养维持,不应因腹泻减少进食次数。继发性乳糖不耐受明显者,可在医生指导下暂时改用低乳糖配方食品。

对症治疗:补锌有助于缩短腹泻病程,减少复发次数,6个月以下每日10毫克,6个月~5岁每日20毫克,连服10天~14天;蒙脱石散可保护肠黏膜、吸附毒素;

微生态制剂,帮助患儿恢复肠道菌群平衡。退热可使用物理降温方式,体温较高时需要在医生指导下使用退热药物。家长常误以为“饿肚子能止泻”而盲目禁食,这不利于肠黏膜修复;婴幼儿也不推荐使用抑制肠蠕动的止泻药物,以免毒素滞留。

及时就医或转诊

出现以下情况需要及时到医疗卫生机构就诊或转诊:重度脱水或精神极差;反复抽搐;频繁呕吐无法口服补液;腹泻中带有鲜血或高度怀疑细菌性痢疾;经一两天口服补液后,症状无改善或加重;出现明显腹胀、尿量少且精神差。婴幼儿病情变化较快,应当尽早就医,避免因延误补液导致循环衰竭。

预防措施

口服轮状病毒疫苗适用于2个月~3岁的婴幼儿,是较为有效的预防手段,应按免疫程序完成接种。提倡母乳喂养,母乳中的分泌型免疫球蛋白有助于降低感染风险。日常注意卫生,照护者在处理粪便、更换尿布后要认真洗手;奶瓶、餐具定期煮沸消毒;患儿的衣物、被褥单独清洗,充分晾晒。在病毒流行季节尽量少带婴幼儿去人员密集、通风不良的场所,托育机构应做好环境清洁与餐具消毒。患儿排出的粪便含有大量病毒,需要做好隔离与污物处理,避免交叉感染。家庭中如有其他未患病的婴幼儿,患儿的餐具与毛巾应分开使用,照护者处理污物后必须彻底洗手。接种过疫苗的儿童仍有可能再次感染轮状病毒,但感染后病情通常较轻。因此,不能因已经接种疫苗就忽视手卫生与饮食卫生。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

每周一练

(胆道、胰腺疾病)

一、诊断胆囊结石首选的检查方法是

- A.腹部X线平片
B.B超
C.口服胆囊造影
D.CT(计算机层析成像)

E.MRI(磁共振成像)

二、引起急性胆囊炎的常见病因是

- A.胆道蛔虫进入胆囊
B.胆囊息肉继发感染
C.胆囊结石堵塞胆管

- D.胰腺炎致胰液反流
E.胆总管下端梗阻
三、急性梗阻性化脓性胆管炎最主要的治疗措施是

- A.早期足量应用广谱抗生素
B.保护肝功能,降低血清总胆红素
C.解除胆道梗阻,通畅引流
D.纠正水、电解质紊乱
四、胆囊切除术中需要探查胆总管的指征是

- A.胆囊明显增厚
B.胆囊增大
C.胆总管直径大于1厘米
D.胆囊结石超过2厘米
E.胆囊结石伴有胆囊息肉

五、患者为女性,70岁,突发上腹痛12小时,伴寒

战、发热。既往因十二指肠溃疡进行胃大部切除毕Ⅱ式吻合术。查体:体温39.5摄氏度,脉搏110次/分,血压80/50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),皮肤、巩膜黄染,右上腹及剑突下肌紧张,压痛、反跳痛(+)。血液白细胞 16×10^9 /升。腹部B超检查结果显示:胆总管扩张,下段受肠气影响观察不清。该患者首选的手术方式是

- A.胆肠吻合术
B.胆囊切除术
C.胆总管切开引流术
D.胆囊造瘘术
E.经内镜十二指肠乳头切开术

六、患者为女性,50岁,皮肤、巩膜黄染2个月,进行性加重,伴厌食、乏力。大便灰白,体重减轻3公斤。查体:皮肤、巩膜黄染,肝肋下3厘米,边缘钝,无结节,可触及肿大的胆囊,墨菲征(-)。血清总胆醇、结合胆红素、碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶均显著升高,CA199(一种糖类抗原)升高。首选的影像学检查是

- A.核素扫描
B.腹部CT
C.MRCP(磁共振胰胆管造影)
D.腹部MRI
E.腹部B超

本期答案

一、B	二、C	三、D	四、C
五、C	六、E		

应急治疗

气道异物梗阻的现场急救方法

□王蕊

气道异物梗阻常见于进食时说笑、儿童误吞小件物品或老年人吞咽功能减弱时。典型表现为突然剧烈呛咳、呼吸困难、无法说话或发声,双手不由自主捂住颈部,面色迅速发绀,若完全梗阻且不能及时解除,可在短时间内丧失意识甚至死亡。

现场处置

对清醒的成年人或儿童,需要立即采用腹部冲击法:施救者站于患者身后,一手握拳置于其肚脐上方两横指处,另一手包住拳头,快速向内向上冲击腹部,重复进行直至异物排出。婴儿需要采取拍背与压胸交替法:将婴儿俯卧于施救者前臂,头低脚高,掌根拍击背部肩胛之间5次,再翻转为仰卧位行胸部冲击5次,交替进行。注意婴儿与成人手法不同,不可对婴儿使用腹部冲击法,以免损伤内脏。

妊娠晚期女性或肥胖者,腹部冲击难以实施,需要改为胸部冲击,位置相当于胸骨下半段。若患者意识丧失、倒地,需要立即呼救并对其进行心肺复苏,在每次开放气道前检查口腔,若见异物可小心取出,不可用手指深入气道取异物。

自救方法

单人发生梗阻且无人协助

时,可自己将上腹部抵住椅背、桌缘等坚硬物快速向内向上挤压,或握拳以同样位置自行冲击,争取在医务人员赶到前先自救。

操作方法:冲击时施力方向需要向内、向上,利用膈肌上抬形成的气流将异物冲出;每次冲击后应观察口腔,若异物已松脱可见,可用手指小心取出,不可在未见异物时盲目深探。腹部冲击与检查交替进行,直到梗阻解除或医务人员到场急救。

鉴别区分

气道异物梗阻需要与晕厥、癫痫、心脏病发作等鉴别。关键线索是突发呛咳病史、双手招颈姿势与无法说话。若患者能咳嗽发声则鼓励其自主咳嗽,不急于急救,以免干扰自然排出异物。

当患者排出异物、呼吸恢复正常后,仍然需要到医院检查气道有无损伤或异物残留。

预防措施

进食时要细嚼慢咽,避免说笑、打闹;儿童玩具与食物,需要符合年龄和安全要求;老年人进食黏腻或带核食物时,身边要有人陪伴……以上是气道异物梗阻的预防措施。

(作者供职于巩义市人民医院)

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。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

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用

合理用药

高尿酸血症是指血液尿酸水平超出正常范围,成年男性通常高于420微摩尔/升、女性高于360微摩尔/升即应关注。长期尿酸升高可形成尿酸盐结晶沉积,引发痛风性关节炎与慢性肾病。痛风以突发关节红、肿、热、痛为特征,多见于第一跖趾关节,常于夜间急性发作。高尿酸血症并不等于痛风,但是长期不控制会增加痛风发作与脏器损害风险,规范用药是必要的。

治疗目标包括两方面:缓解急性发作的疼痛与炎症,长期将尿酸控制在达标范围内,从而减少复发次数、保护肾脏。一般患者建议控制在360微摩尔/升以下,已出现痛风石者建议控制在300微摩尔/升以下。治疗方案需要个体化,多数患者需要长期用药与随访。

急性发作期用药

急性发作期以抗炎止痛为目标,并非降尿酸时机。首选非甾体抗炎药,无禁忌证者应尽早使用,常用依托考昔、塞来昔布、萘普生等,遵医嘱按疗程服用。秋水仙碱

发作早期使用效果较好,小剂量应用可减少腹泻等反应(具体剂量需要在专科医生指导下确定);不耐受者或有禁忌证者,可短期使用糖皮质激素。急性发作期一般不急于启动降尿酸治疗,此时加用降尿酸药物可能加重炎症。

降尿酸药物的选择

病情缓解后启动降尿酸治疗,主要有两类常用药物。抑制生成类药物:别嘌醇价格较低,应用范围较广,但是过敏风险偏高,有条件者可在用药前进行基因筛查,首次宜小剂量起步并观察皮肤反应;非布司他降酸能力较强,合并心血管疾病者需要进行综合评估。

促进排泄类药物:苯溴马隆适用于尿酸排泄减少型患者,用药期间需要充分饮水(必要时碱化尿

液),已经有肾结石或肾功能明显受损者不宜使用。

这2类药物的作用途径不同,需要在医生指导下慎重选择,患者不应自行换药或停药。

用药时机与预防措施

降尿酸药物通常在急性发作完全缓解后使用(疼痛消退2周~4周)。初期使用需从小剂量起步,依据监测结果逐步调整药物剂量。需要注意:在降尿酸治疗早期(前3个月~6个月),部分患者症状可能再次发作,这并非药物无效,而是尿酸下降时关节内尿酸盐结晶溶解、刺激局部引发炎症,医学上称为“溶晶痛”。为减少发作次数,患者可在医生指导下使用小剂量秋水仙碱(每日0.5毫克~1毫克)或低剂量非甾体抗炎药进行预防性抗感染治疗,疗程3个月~6个月,病情稳定后逐渐停用。此处的预防措施指的就是这种抗炎预防性用药,并非再加用别的降酸药物。

特殊人群用药注意事项
肾功能不全者用药受限:别嘌醇,需要依据肾功能调整剂量;苯溴马隆,在重度肾功能受损时不宜使用;非布司他,也需要谨慎使用。

老年患者合并用药通常较多,需要关注其相互作用,起始宜小剂量并加强监测。既往有肾结石者,促排泄类药物通常不作为首选。所有药物剂量调整都需要在医生指导下进行。

生活方式调整

规范用药需要配合生活方式调整,单纯饮食控制难以替代药物治疗。日常限制食用高嘌呤食物,不要饮用含酒精的饮品;每日饮水

高尿酸血症的规范用药

□刘敬伟

支气管哮喘的识别与长期管理

□段福中

支气管哮喘是一种以气道慢性炎症和气道高反应性为特征的慢性呼吸系统疾病。典型表现为反复发作的喘息、气促、胸闷或咳嗽,常在夜间及凌晨加重,接触冷空气、花粉、尘螨、宠物皮屑或运动后可诱发,发作时双肺可闻及哮鸣音。部分咳嗽变异型哮喘患者仅表现为顽固性干咳,容易被误认为慢性支气管炎或上呼吸道感染。该病常见且需要长期规范管理,早期识别与规范干预对改善预后十分关键。

诊断与评估

诊断支气管哮喘需要结合典型症状与可变气流受限的客观证据。肺功能检查中的支气管舒张试验或支气管激发试验,是确诊的主要依据;当检查设备有限时,可以借助峰流速仪测定呼气峰流速,若昼夜变异率明显,或吸入支气管舒张剂后指标改善,则支持哮喘诊断。在条件受限时,可先依据症状特征与对平喘药的反应做临床判断,再择机转诊完善肺

功能检查。依据症状频率与肺功能,慢性持续期控制水平分为良好控制、部分控制与未控制;在临床上,又分为急性发作期、慢性持续期与临床控制期。准确评估有助于制定个体化方案。

长期控制治疗

长期控制的关键在于每日规范使用控制类药物,而非仅在发作时用药。以吸入糖皮质激素为基础,可联合长效 β_2 受体激动剂,这是减少气道炎症与发作的主要手段;白三烯调节剂,可作为替代药物或联合用药选择。治疗需要长期、规范、个体化方案,患者用药依从性也是控制成败的关键。可以在医生指导下逐步降级,不能自行停药或减少药物剂量。缓解类药物(如短效 β_2 受体激动剂)仅用于急性发作时对症缓解,不能替代控制药物。

急性发作识别与处理

急性发作表现为喘息加重、咳嗽频繁、说话不连贯,严重者出

现口唇发绀、意识改变。家庭中出现轻中度发作,需要立即脱离诱因、取坐位休息,并使用短效 β_2 受体激动剂吸入缓解,必要时可间隔20分钟重复给药。若用药后无明显改善、症状持续加重,或峰流速降至个人稳定期峰值的60%以下(提示重度发作),需要立即前往医疗机构就诊。出现讲话困难、嗜睡或意识模糊,提示病情危重,需要立即呼叫急救人员,途中持续观察患者呼吸与意识。

吸入装置使用

吸入装置的正确使用,直接影响疗效。医务人员需要指导患者先呼气再缓慢深吸,吸气后屏气数秒,并于用药后漱口(以减少局部副作用)。许多患者因操作不规范导致疗效下降,医务人员应当定期演示吸入技术(并核对患者的掌握情况),必要时更换为更易掌握的装置类型。

峰流速监测与行动计划

医务人员要指导患者,在每日固定时间测定峰流速并记录,

取站位或坐位,深吸一口气后以最大力量、最快速度吹气,连续3次(取最高值)。

医务人员要帮助患者制定书面哮喘行动计划,依据峰流速与个人症状将状态分为绿、黄、红3个区:绿区为个人稳定期峰值的80%~100%,维持常规用药;黄区50%~80%,需要加强用药监测;红区低于50%,需要立即就医。连续监测有助于在症状加重前预警发作风险,是结构化自我管理的重要工具。

环境控制

患者要戒烟并避免接触二手烟,保持居室清洁,减少尘螨与霉菌,花粉季节减少外出或佩戴口罩,寒冷天气注意颈部与口鼻保暖。合并过敏性鼻炎者,需要同时控制鼻部症状。患者应每年坚持接种流感疫苗,并避免使用可能诱发哮喘发作的非甾体抗炎药物。

随访管理

稳定期建议每1个月~3个月

随访一次,评估症状控制水平、用药依从性与吸入技术掌握情况,并记录峰流速自我监测数据,还可以采用哮喘控制问卷等工具辅助判断控制水平。出现控制水平下降或急性发作次数增多,需要调整治疗方案。

出现以下情况应当及时转诊:初次疑诊、规范治疗下仍控制效果不佳、频繁急性发作、出现重度发作征象或合并其他严重心肺疾病。基层工作的重点在于规范用药、正确指导吸入技术与定期随访。

常见误区

常见误区包括:症状消失即可停药,吸入性激素会成瘾或有严重全身副作用,平喘药物只在喘时使用等。实际上,只有坚持规范使用药物才能减少气道炎症与发作次数,吸入激素剂量低、全身影响小,是长期控制的主要手段与减少急性发作的根本保障。

(作者供职于河南省职工医院)