基层适宜技术

急性咽炎与扁桃体炎的诊断方法

急性咽炎和急性扁桃体炎是秋冬季节常见的上呼吸道感染性疾病，以咽痛、吞咽困难、发热为主要表现。

病因分类

急性咽炎和急性扁桃体炎的致病因素以病毒为主，占70%~80%；细菌感染占20%~30%。

病毒性感染：常见病毒有鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒和EB病毒等。病毒性感染具有自限性，一般5天~7天可自行缓解，以对症治疗为主。

细菌性感染：主要是A组β溶血性链球菌，也是需要抗生素干预的重点。其他细菌如肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌等亦可引起细菌性感染，但是概率较低。细菌性感染如果未能及时规范治疗，可能引发扁桃体周围脓肿、急性肾小球肾炎、风湿热等并发症，这是与病毒性感染的重要区别。

临床表现

两者的症状有重叠，也有区别。

急性咽炎起病较缓，以咽干、咽痒、灼热感开始，逐渐出现咽痛，吞咽时加重。常伴有鼻塞、流鼻涕、咳嗽、声音嘶哑等上呼吸道症状。发热一般为低到中等程度，体温37.5摄氏度~38.5摄氏度。检查可见咽部黏膜充血、淋巴滤泡增生，扁桃体无明显肿大和脓性分泌物。

急性扁桃体炎起病较急，咽痛明显且吞咽困难，部分患者伴有同侧耳部放射痛。体温可达到39摄氏度以上，伴有畏寒、全身酸痛、乏力等全身症状。检查可见扁桃体充血肿大，隐窝口有黄白色脓性分泌物，有时融合成片状假膜，颌下淋巴结肿大且有压痛。

鉴别诊断

鉴别要点：病毒性感染与细菌性感染主要依靠症状和体征综合判断。

咳嗽：病毒性感染，常伴有咳嗽、流鼻涕、声音嘶哑等上呼吸道症状；细菌性感染，一般不伴咳嗽。

发热程度：细菌性感染，发热较严重（体温常达到39摄氏度以上），伴有畏寒；病毒性感染，发热程度较轻，体温相对低。

扁桃体表现：细菌性感染，扁桃体充血肿大明显，隐窝口有脓性分泌物；病毒性感染，扁桃体可以有轻度充血，脓性分泌物较为少见。

淋巴结：细菌性感染，颌下淋巴结肿大且有压痛；病毒性感染，淋巴结肿大不明显或仅有轻度肿大。

临床常使用Centor评分（或McIsaac改良版）来辅助判断链球菌感染的可能性。评分标准如下：发热（体温高于38摄氏度）记1分，扁桃体有脓性渗出物记1分，无咳嗽记1分，前颈部淋巴结肿大伴压痛记1分。年龄因素：3岁~14岁加1分，15岁~44岁记0分，45岁及以上减1分。

评分0分~1分，链球菌感染概率低，不建议做病原学检测，无须使用抗生素治疗；评分2分，建议进行病毒抗原检测或咽拭子检测，根据结果决定是否用药；评分3分~5分，链球菌感染可能性较大，考虑经验性使用抗生素进行治疗。

需要强调的是，Centor评分是辅助工具，不能替代病原学检查。条件允许时，咽拭子检测仍然是诊断链球菌感染的“金标准”。

治疗方案

病毒性感染：病毒性咽炎和扁桃体炎以对症治疗为主。

一是注意休息和多饮水。确保充足休息，每日饮水量1500毫升~2000毫升，以温开水为宜，避免水温过高或过低。

二是含漱和局部用药。可用复方硼砂溶液或生理盐水含漱，每日三四次，有助于清洁咽部，减轻不适症状。含片（如西瓜霜含片、银黄含片等）可缓解咽痛，但不宜长期使用。

三是对症治疗。发热伴咽痛明显者，可口服对乙酰氨基酚，成年人每次0.5克，每6小时1次，24小时内不超过4次；或布洛芬，成年人每次0.2克~0.4克，每6小时1次。儿童按体重计算：对乙酰氨基酚每次10毫克~15毫克/千克，布洛芬每次5毫克~10毫克/千克。

需要提醒患者，病毒性感染不需要使用抗生素。滥用抗生素不仅无效，还会增加不良反应和耐药风险。

细菌性感染：确诊或高度怀疑A组β溶血性链球菌感染时，应规范使用抗生素。

青霉素类药物：阿莫西林成年人每次0.5克，每日3次，口服；儿童50毫克/（千克·天），分两三次口服，每日不超过1克，10天为一个疗程（必须足量足疗程治疗，不可症状好转就自行停药）。青霉素V钾片成年人每次0.5克，每日4次，10天为一个疗程。

对青霉素过敏者，可选用头孢呋辛酯，成年人每次0.25克，每日2次，一个疗程10天；或阿奇霉素，成年人每次0.5克，每日1次，连续服药5天（阿奇霉素应作为二线选择，不宜作为首选用药）。

患者用药期间注意观察疗效。规范使用抗生素后，发热一般在48小时~72小时内缓解。如果用药3天仍无改善，要考虑以下几种可能：病原体并非链球菌，而是其他细菌或病毒；抗生素选择不当或耐药；已经出现并发症（如扁桃体周围脓肿）。此时，应及时调整方案或转诊。

辅助治疗：无论病毒性感染还是细菌性感染，都可以采取以下措施缓解症状。温盐水含漱，每日数次，简单有效；软质或半流质饮食，避免辛辣刺激性食物、坚硬食物等刺激咽部；保持室内适宜湿度，空气干燥会加重咽部不适。

并发症

急性扁桃体炎的并发症分两类，一类是局部并发症，一类是全身性并发症。

在局部并发症中，扁桃体周围脓肿较为常见。表现为一侧咽痛突然加重，吞咽困难明显，语音含糊，张口受限，检查可见患侧扁桃体被推向中线，软腭肿胀隆起。一旦怀疑脓肿形成，应立即转诊治疗，多数患者需要穿刺排脓或切开引流治疗。

全身性并发症多在感染后两三周内出现，与免疫反应有关。急性肾小球肾炎，临床表现为血尿、蛋白尿、水肿和血压升高；风湿热，临床表现为游走性关节炎、环形红斑等。这些并发症虽然发生率不高，但是后果严重，规范使用抗生素是预防的关键。

此外，急性中耳炎、急性鼻窦炎、咽后脓肿等也可一同发病，要留意耳部和鼻部症状。

转诊指征

以下情况应转诊：持续高热（体温超过39摄氏度），常规治疗3天无缓解；出现张口受限，吞咽困难进行性加重，呼吸困难；扁桃体周围脓肿或疑似咽后脓肿；出现血尿、水肿、关节疼痛、心悸气短等全身性并发症；一般情况较差，合并糖尿病、慢性肾脏病等基础疾病；妊娠期女性与婴幼儿出现重症征象者。患者转诊前应保持呼吸道通畅，取舒适体位，避免强行经口操作。

预防措施

注意保暖，避免受凉和过度疲劳。保持室内通风，秋冬季节每日开窗两三次，每次15分钟~20分钟。在呼吸道感染高发季节，尽量减少前往人员密集场所的次数。戒烟，吸烟者咽部黏膜抵抗力下降，感染后恢复也慢；适度运动，增强体质。患者出现咽痛发热症状时，要及时就诊，坚持合理用药，不自行购买抗生素服用。

（文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供）

合理用药

普通维生素D与活性维生素D的区别

□张 梦

骨质疏松症是以骨量减少、骨组织微结构破坏为特征的全身性代谢性骨病。维生素D缺乏是重要危险因素。

近日，笔者所在医院药学门诊接诊一位骨质疏松症老年男性患者，该患者自行将普通维生素D与骨化三醇联合服用，随后出现头晕、恶心等不适。经临床药师询问，患者认为两者均为维生素D，同时服用并无不妥。

这一认知反映了临床普遍存在的用药误区。普通维生素D与活性维生素D虽然都属于维生素D家族，但是药理学特性、代谢途径及临床适应证差异显著，不可随意替换或联合使用。

代谢途径不同

普通维生素D（维生素D_2、维生素D_3）属于营养补充剂，须经过体内两步羟化才能发挥生物活性。口服普通维生素D以后，先经肝脏25-羟化酶转化为25-羟维生素D_3，再经肾脏1α-羟化酶催化生成1,25-二羟维生素D_3——即钙三醇，从而促进肠道钙吸收，调节骨矿代谢之活性。肝肾功能正常者服用普通维生素D后，机体可根据自身需求完成转化，安全性较高。

活性维生素D（骨化三醇、阿法骨化醇）已经具备生物活性或仅需要肝脏转化。骨化三醇无须肾脏再加工，可直接作用于靶器官；阿法骨化醇须经过肝脏25-羟化，然后才能生效。老年人及肾功能减退患者肾脏1α-羟化酶活性下降，自身转化能力受限，宜选用活性维生素D。

临床定位不同

普通维生素D适用于维生素D缺乏的预防与基础补充，是骨质疏松症防治的基础用药。常用剂量为每日400国际单位~800国际单位（10微克~20微克），常规剂量下一般无须频繁监测血钙，安全性良好。

活性维生素D属于处方药，适用于已经确诊的骨质疏松症患者，尤其适用于病情严重的患者或伴肾功能不全的老年人。活性维生素D升高血钙作用显著，须在医师指导下使用，常用剂量为骨化三醇每日0.25微克~0.5微克，并定期监测血钙、尿钙水平，警惕高钙血症及高尿钙症。

联用须遵医嘱

普通维生素D与活性维生素D不能互相换算，亦不可随意联用。两者联用可导致血钙骤升，引发高钙血症，表现为恶心、呕吐、多尿、心律失常等，严重者可致肾结石及肾钙质沉着症。若患者同时存在维生素D缺乏与活性维生素D治疗需求，须在医师指导下联合使用，并严密监测血钙水平，及时调整用药剂量。

监测规范化

使用活性维生素D期间，应定期检测血清钙、24小时尿钙及肾功能指标。初次用药后的一两周复查血钙，剂量稳定后可适当延长监测间隔。长期服用普通维生素D者，建议每年检测血清25-羟维生素D水平，评估补充效果，确保维持在30纳克/毫升~50纳克/毫升的适宜范围。此外，使用活性维生素D时，应注意限制高钙饮食摄入量，避免与噻嗪类利尿剂联用，以免加重高钙血症风险。

简而言之，普通维生素D是基础补充剂，活性维生素D是治疗用药。两者代谢途径不同、临床定位不同，患者应遵医嘱，切勿自行决策。

（作者供职于阜外华中心血管病医院药学部）

经验交流

卡介苗免疫保护时效对结核病的影响

□许晓莞

在我国，新生儿出生后都会接种一剂疫苗，不少人上臂也因此留下一个小小的疤痕。这剂疫苗就是卡介苗。它由减毒的牛型结核分枝杆菌制成，诞生至今已逾百年，却依然是守护婴幼儿健康的“老疫苗”。

看着孩子胳膊上的印记，不少家长心里会想：接种了卡介苗，是不是就等于罩上了“金钟罩”，从此不再惧怕结核病？

答案是否定的。卡介苗的主要作用并非像门神一样把结核分枝杆菌全部挡在门外，它更像一件护住要害的“防弹衣”——重点预防儿童重症结核病，尤其是结核性脑膜炎和粟粒性肺结核。

结核病由结核分枝杆菌引起，是全球单一传染源导致死亡人数较多的传染病之一。据世界卫生组织估算，全球每年新发结核病患者总数逾千万，结核病仍是严重威胁公众健康的传染病。在缺少卡介苗保护的年代，这两种重症结核病是威胁儿童生命的致命杀手。结核分枝杆菌可经血液传播至大脑，引发脑膜炎；也可像播撒小米般在肺部迅速扩散，形成全身性感染，十分凶险。接种卡介苗，就相当于给孩子穿上了护住要害的“防弹衣”。即便有“流弹”袭来，或许会伤及皮毛（如引起症状较轻的肺结核），这件“防弹衣”却能牢牢护住心脑等重要器官，避免致命伤害。研究结果表明，卡介苗对预防儿童结核性脑膜炎和粟粒性肺结核的保护效果可达80%。这一保护主要针对疾病传播导致的重症，而非杜绝感染本身。婴幼儿免疫系统尚未成熟，一旦发展为结核性脑膜炎或粟粒性肺结核，病死率高、后遗症重，卡介苗因此被列为新生儿首剂疫苗。

为何一出生就要接种卡介苗？正因为卡介苗主要保护抵抗力尚弱的婴幼儿，接种时机尤为关键。我国将其纳入新生儿常规免疫，要求在出生后24小时内完成接种；若出生时因禁忌证等原因未能接种，应在婴儿满3个月前尽快补种。卡介苗为减毒活疫苗，常与首剂乙肝疫苗在出生后同期接种。

为何接种了疫苗仍可能患结核病？原因主要有两点：一是保护效力有限。卡介苗的保护效果并非万无一失，且会随时间推移逐渐减弱，通常维持一二十年。成年后，这件“防弹衣”渐薄，难以有效抵御结核分枝杆菌，若接触排菌的肺结核患者，仍可能被感染发病。二是无法阻止“潜伏感染”。卡介苗主要激活细胞免疫，不能彻底阻止结核分枝杆菌侵入人体。卡介苗侧重调动细胞免疫限制已侵入细菌的播散，而非像抗体那样将细菌挡在体外；结核分枝杆菌可在体内长期潜伏，有5%~10%的潜伏感染者一生中可能发展为活动性结核病；对确认存在潜伏感染者，可在医生指导下接受预防性治疗以降低发病风险。当免疫力下降时，这些潜伏菌可能被再次激活而发病。

需要说明的是，卡介苗对成年人常见的肺结核保护作用有限且不持久，世界卫生组织也不推荐在结核病低流行地区对青少年和成年人普遍接种，因为卡介苗对成年人肺结核的保护效果不稳定且随年限明显衰减。卡介苗的独特价值，在于为免疫系统尚未完善的婴幼儿筑起抵御重症的屏障。接种后注射部位出现红肿、化脓并遗留疤痕，是卡介苗特有的正常反应，家长不必惊慌，保持局部清洁干燥即可，切忌自行排脓或包扎；早产儿、低体重儿或患有严重疾病者，须经过医生评估后暂缓接种卡介苗。

因此，接种卡介苗并不代表可以高枕无忧。卡介苗只是对抗结核病的首要防线，更是至关重要的一道屏障，为人们挡住了凶险的“炮火”。要真正远离结核病，还需要多管齐下：养成良好的卫生习惯，勤洗手、多通风；增强自身免疫力，合理饮食、睡眠充足；出现持续咳嗽、低热、盗汗等症状，应及时就诊排查；早发现、早治疗具有传染性的患者，从源头切断传播途径。若家庭成员中有活动性肺结核患者，应做好隔离与筛查，避免与儿童密切接触。

卡介苗属于减毒活疫苗，免疫功能低下或正接受免疫抑制治疗者，接种前须由医生严格评估。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）



每周一练

（肾功能不全、肾结核、尿路结石、泌尿生殖系统肿瘤）

一、男性患者，60岁，急性肾功能衰竭，血钾为5.6毫摩尔/升，下列治疗措施有原则性错误的是

A.10%的氯化钾溶液20毫升静脉滴注

B.5%的碳酸氢钠溶液100毫升，缓慢静脉滴注

C.山梨醇5克，每2小时口服1次

D.腹部B超的动态检查

E.25%的葡萄糖溶液加胰岛素200毫升，缓慢静脉滴注

二、女性患者，45岁，严重骨盆骨折，24小时尿量200毫升，血钾为5.9毫摩尔/升，二氧化碳结合力为13毫摩尔/升，血尿素氮为27毫摩尔/升，下列治疗措施正确的是

A.10%的葡萄糖酸钙溶液20毫升，缓慢静脉注射

B.11.2%的乳酸钠溶液60毫升，缓慢静脉注射

C.口服钠型树脂10克，每日3次

D.血液透析

E.输同型库存血200毫升

三、男性患者，35岁，镜下血尿伴蛋白尿3年。辅助检查：尿红细胞为20~25个/HP（高倍视野），为异形红细胞，尿蛋白定量为1.5克/天，血肌酐为90微摩尔/升。B超检查结果显示：双肾大小正常。为明确诊断，需要进一步采取的检查是

A.肾活检

B.尿培养

C.肾盂造影

D.抗中性粒细胞胞质抗体

E.腹部X线平片

四、男性患者，38岁，会阴部不适，双侧睾丸疼痛1年。社区医院按前列腺炎治疗，效果不明显。近期症状加重，出现血精。查体：睾丸正常，左侧附睾尾部肿大，质地偏硬，左输精管增粗，呈串珠状改变。直肠指检发现前列腺略大，有大小不等的结节，无压痛。最可能的诊断是

A.前列腺癌

B.附睾输精管炎

C.精囊炎

D.慢性前列腺炎

E.生殖系统结核

五、女性患者，25岁，患右肾结核，并进行右肾切除抗结核治疗半年多，尿痛缓解，但尿频加重，每晚七八次。静脉尿路造影检查结果显示：左肾显影尚好，仅伴轻度肾积水及膀胱挛缩。尿常规检查：白细胞不超过2个/HP。现治疗应选择

A.左肾造瘘术

B.继续抗结核治疗

C.左输尿管皮肤造瘘术

D.膀胱扩大术

E.膀胱造瘘术

六、男性患者，35岁，反复右腰部绞痛伴血尿。腹部X线检查：右肾结石，长径为1.8厘米。静脉尿路造影检查结果显示：右肾轻度积水，输尿管显影正常。首选的治疗方法是

A.经皮肾镜碎石取石

B.输尿管镜碎石取石

C.体外冲击波碎石

D.药物排石

E.抗感染治疗

七、女性患者，20岁，近1年来时有右下腹疼痛伴膀胱刺激症状。查体：腹软，右下腹深压痛，右腰部轻叩痛。尿常规检查：红细胞++/HP，白细胞+/HP。肾脏同位素检查结果显示右侧呈梗阻型曲线，应考虑为

A.慢性膀胱炎

B.急性阑尾炎

C.慢性附件炎

D.急性肾盂肾炎

E.右输尿管下段结石

八、男性患者，30岁。B超检查发现，右肾盂结石，大小为2厘米×1.5厘米，合并轻度肾积水。首选的治疗方案是

A.体外冲击波碎石术

B.经皮肾镜碎石

C.多饮水+药物治疗

D.肾盂切开取石

E.服用中药排石

九、男性患者，62岁，反复无痛肉眼血尿3个月，偶尔尿频、尿急。查体：一般状态，轻度贫血面容，双肾未触及。首先应考虑的疾病是

A.泌尿系统感染

B.前列腺增生

C.膀胱肿瘤

D.膀胱结石

E.慢性前列腺炎

十、男性患者，62岁，进行性排尿困难1年，直肠指检发现前列腺稍微增大，左侧叶有1处黄豆大小的硬结。磁共振成像检查结果显示：前列腺增大，边界清，左侧外周带有低信号病灶，精囊形态正常。前列腺穿刺后，被诊断为前列腺癌，格利森评分系统评分为3+4=7。其他检查未见异常。首选的治疗方法是

A.根除性前列腺切除术

B.全身化疗

C.经尿道前列腺切除术

D.前列腺冷冻治疗

E.内分泌治疗

十一、男性患者，35岁，体检发现血压为150/120毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），血钾为2.8毫摩尔/升。腹部CT（计算机层析成像）检查结果显示：右肾上腺有1厘米的低密度占位病变，拟手术治疗。术前准备阶段首选的药物是

A.托拉塞米

B.呋塞米

C.氨苯蝶啶

D.螺内酯

E.氢氯噻嗪

本期答案

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

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