

专家连线

如何诊疗膀胱炎

□葛永超



膀胱炎是一种常见的尿路感染性疾病,约占尿路感染的60%以上,分为急性单纯性膀胱炎和反复发作性膀胱炎。其致病菌多数为大肠杆菌,约占75%以上。该病通常多发生于女性,因为女性的尿道比男性的尿道短,又接近肛门,大肠杆菌易侵入。膀胱炎主要的临床表现为尿频、尿急、尿痛、排尿不适、下腹部疼痛等。

病因

膀胱炎分为特异性和非特异性细菌感染。前者主要是指膀胱结核。非特异性膀胱炎主要是由大肠杆菌感染引起的,约占75%以上。该病通常多发生于女性,因为女性的尿道比男性的尿道短,又接近肛门,大肠杆菌易侵入。

检查

尿液检查:尿常规检查、细菌学检查(细菌培养及药物敏感测定)、细菌涂片检查等。
血液检查:血常规检查、肾功能检查等。
影像学检查:B超、腹部X线检查等。

临床表现

膀胱炎典型的临床表现为尿频、尿急、尿痛、排尿不适、下腹部疼痛等。患者尿液常混浊,约30%可出现血尿。一般无全身感染症状,少数患者可出现腰痛、发热,但体温常不超过38摄氏度。

诊断

急性膀胱炎:症状多较典型,根据尿频、尿急和尿痛病史,尿液常规检查可见红细胞、脓细胞,尿细菌培养每毫升尿细菌计数超过10万即可明确诊断。
慢性膀胱炎:除全身一般

检查外,最重要的是查明致病菌的种类及药物敏感试验结果,寻找引起感染持续或复发的原因。慢性非特异性膀胱炎须与其他类型膀胱炎相鉴别,如结核性膀胱炎、间质性膀胱炎、化学性膀胱炎等。

鉴别诊断

急性肾盂肾炎除有膀胱刺激症状外,还有寒战、高热和肾区叩痛。
膀胱结核呈慢性膀胱炎症状,对常规抗生素治疗的反应不佳,尿液中可找到抗酸杆菌,尿道造影显示肾输尿管有结核病变。晚期形成挛缩膀胱。
间质性膀胱炎尿液清晰,

治疗

该病的治疗原则是抗生素治疗和对症治疗。
急性膀胱炎短疗程疗法:可选用喹诺酮类药物,如盐酸左氧氟沙星,半合成青霉素或头孢菌素类药物等。治疗时可选一种药物,连续应用3天,约90%的患者可以治愈。喹诺酮类药物为首选。

预防

多饮水、勤排尿,是最有效的预防方法;避免刺激性食物,热水坐浴可改善会阴部血液循环,减轻症状;注意个人卫生,勤换洗内裤,注意会阴部清洁。
(作者供职于郑州市第三人民医院)

秋季腹泻的治疗方法

□李长青

秋季腹泻又称轮状病毒肠炎,其病原体因形状似车轮而被命名为轮状病毒。因该病好发于9月至次年的3月,以10月~12月为流行高峰,故称为秋季腹泻。有15%~25%的小儿腹泻病是由轮状病毒引起的。

观察病情

轻型脱水情况:有眼泪、排尿,以及不明显的眼睛凹陷。
中型脱水情况:少眼泪、排尿,有较明显的眼睛凹陷。
重型脱水情况:无眼泪、排尿,有明显的眼睛凹陷。

补充水分

关键是要及时补充水分。在家的患者可自制补液饮品或口服补液盐。米汤(白粥)加盐:500毫升米汤可加1.75克盐;糖盐水:水500毫升,加葡萄糖10克,细盐1.75克,煮沸后服用;口服补液盐:每包加1升饮用水。
腹泻时,液体的摄入量要比平时多;不能饮用商业饮品,容易加速腹泻;不能只喝开水;2岁以下婴幼儿不会很好地表示口渴,要主动喂服。

饮食治疗

早期进食能改善感染引起的肠内渗透压,缩短腹泻病程,改善患儿的营养状况,去乳糖饮食可以缩短患儿的腹泻病程。
给予患儿与年龄匹配的饮食。婴幼儿可以继续母乳喂养,配方奶喂养者可选择应用低乳糖或无乳糖配方,年龄较大的儿童饮食不用刻意限制(包括谷类、肉类、酸奶、水果、蔬菜)。尽可能保证患儿热量的供应,在急性腹泻治愈后,应额外补充因疾病所致的营养缺失。不推荐含高浓度单糖食物,包括碳酸饮料、果冻、罐装果汁、甜点和含糖饮料。不推荐进食脂肪含量高的食物。

药物治疗

可以选择益生菌制剂、蒙脱石、抗病毒药物、抗生素、中药等。当患儿出现以下症状时要及时就诊:腹泻剧烈,大便次数多或腹泻量大;不能正常饮食;频繁呕吐、无法口服给药;高热(年龄<3个月38摄氏度以上,年龄>3个月39摄氏度以上);脱水体征明显,如明显口渴、眼睛凹陷、烦躁易激惹、萎靡;便血;年龄<6个月,有慢性病史,有合并症的患儿。
(作者供职于郑州市新郑市人民医院)

我为精神科护士自豪

□高范

有这么一群人,他们用双手呵护生命,用微笑温暖人心,他们就是护士,工作辛劳而繁琐,被大家称为“白衣天使”。而我正属于“白衣天使”中比较特殊的集体——精神科护士中的一员。

我平日的工作忙碌而充实,在工作中不断积累经验、自我提高,从稚嫩逐渐迈向成熟。期盼着某一天,自己也能竖起大拇指,对自己说一句:“我是一位称职的‘白衣天使’。”

工作伊始,我如同刚出生的雏鸟,对外界的一切都很好奇,整天睁大了眼睛,盯着周围的患者,发现了患者些许病态表现,便会觉得自己很了不起,很有长进了。其实,我做的不过是用实际观察印证了书本上描述的症状。在护理患者时,我也显得很稚嫩,总是躲在老师的背后,有

模有样地学着,有时候也会感到手足无措。老师强调精神病患者护理中安全的重要性,告诫我安全检查要仔细严格,必须打起精神巡视。对于抑郁患者,我尽量安慰劝说;对于焦虑患者,我帮他们学会放松;对于强迫症、进食障碍患者,还要进行行为矫正。

通常外行人会认为精神科护士的工作很机械,没有技术含量,有些人会说:“你们就是看着患者,唠唠嗑,对不合作的患者给予其保护措施。”那时的我用行动证实了,这确实是工作的重要内容之一。

几年的时间过去了,我慢慢成熟了。不再以探索患者的新症状为目标,因为这对于现阶段的我已经是轻车熟路了。不过懂得越多,我工作的范围就越广泛,不是因为制度要求,是作为

一名精神科护士的使命感。我开始关注患者症状的连续变化,评估治疗效果,观察药物副作用,尽量避免因药物给患者带来的额外伤害。我也学会了理解患者的痛苦,帮助患者寻找疾病的诱因。我引导患者进行自我探索,或许引发疾病并不是因受挫事件本身,而是自己对该事件的态度所致。

我帮助患者建立良好的应激反应模式,避免疾病复发。而对自己绝对化的要求和对结果糟糕的估计,是许多人焦虑抑郁甚至强迫的诱因,只要引导患者改变了态度,治疗就会事半功倍。有时候我甚至将工作内容扩展到患者家属身上,让患者拥有更好的社会和家庭的支持。当什么都不能改变时,我至少可以让患者感到安全。当一位有被害妄想症的患者紧紧拉着我

的手说“屋里有特务”时,我知道了我在他心里是值得信赖的。就这样我对工作的理解越来越有深度。我在工作中学习、反思、成长,对工作积极向上,即使很累也会神采飞扬。至此,谁还能说,我的工作可以用保护、唠嗑来简单概括呢。
有时候我也会感到委屈,比如,被患者辱骂的时候,甚至被患者打受伤的时候,患者家属不理解的时候……



协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
疫情防控心理援助热线(0371)55622625

胆汁瘤的介入治疗

□李静 韩新巍

胆汁瘤,也称胆汁肿或胆汁湖,最早在1979年由国外专家提出,是胆管破裂后胆管内的胆汁溢出至肝实质内,或肝外胆管破裂后胆汁溢出至腹腔,压迫周围组织炎症,纤维化包裹而形成的胆汁性囊肿,是被包裹形成的囊性包块。根据病因可将其分为外伤性、医源性和自发性三类,可位于肝内或肝外。肝内胆汁瘤多由肝内穿刺操作使肝内胆管破裂,胆汁溢出至肝实质内被周围的正常肝组织包裹而形成。胆汁瘤位于肝脏内部。肝外胆汁瘤多由肝外胆管缝合不良,胆汁溢出至肝外胆管周围,肝叶切除或损伤肝内胆管,胆汁溢出至肝外胆管周围,肝叶切除、肝移植等外科手术的增多,以及肝肿瘤和门静脉高压介入治疗

器,可使肝脏、胆道、胃腔、小肠等器官受压移位,出现相应脏器受压症状。胆汁瘤在压迫肝外胆管时造成梗阻性黄疸,压迫十二指肠造成上消化道梗阻等;胆汁瘤破裂可引起急性弥漫性腹膜炎,腹痛反应剧烈。肝内胆汁瘤容易合并感染,出现典型的高热、寒战、白细胞与中性粒细胞增高,与肝脓肿不易区分。
对上腹部胀痛不适的患者,查找原因一定要做影像学检查,常用的影像技术有彩超、CT或MRI(核磁共振成像)。
彩超:最佳的无创诊断方法,可发现肝内或肝外无回声的囊性包块,并可引导定位穿刺,若抽出液为胆汁即可诊断为胆汁瘤。
CT:图像直观、分辨率高、不受气体干扰,平扫可见肝内或肝外新发囊状低密度包块,内部密度均匀,边界清楚,体积大的胆汁瘤可压迫邻近的胆管、十二指肠、胃腔等使之阻塞,阻塞近端胆管扩张。增强显示包块内的低密度灶始终不强化,囊壁则出现不同程度强化,这是囊性包块的特征。
MRI:包块在T1加权成像为低信号,在T2加权成像为发亮的高信号;其他征象类似CT表现。感染性胆汁瘤病灶周围环形强化更为明显,同时合并高热和外周白细胞计数(超敏C

反应蛋白)增高。
胆汁瘤的治疗
多数胆汁瘤患者因顽固性感染、高热、黄疸和肝功能损伤而就诊,若处理不当,可导致感染性休克,肝功能衰竭死亡。胆汁瘤已成为肝胆手术、介入和外伤后的一种严重并发症,在明确诊断后,要采取有效治疗措施,以求改善预后。该病是胆汁外溢并局部积聚,内科保守治疗既不能使胆管愈合,也无法促使胆汁吸收,感染也很难有效得道控制;外科切除或剥离手术难度较高,且创伤大,难以根治,若患者曾经进行过外科手术,再次手术也会使患者难以接受。微创介入治疗——经皮穿刺置管引流更具有优势。
介入治疗:目前认为,单纯胆汁瘤病例,若症状不明显、体积不太大的情况下可以定期观察。如果胆汁瘤体积出现进行性增大且与胆道相通,以及合并有感染的胆汁瘤应及时应用介入穿刺置管引流进行治疗,并持续引流;为促进胆汁瘤快速闭合、痊愈,置管引流管后要外接负压装置,进行持续性负压抽吸引流。维持负压抽吸不但有利于抽出胆汁瘤内积聚的胆汁,还有助于促使胆汁瘤的囊壁彼此密切接触而粘连愈合,胆汁瘤囊壁的彼此粘连愈合、纤维化、机化,也可促使破裂的胆管

壁与瘘管修复。
经皮穿刺置管引流管持续引流操作如下:在彩超、CT或DSA(数字减影技术)导向下,局麻后经皮穿刺胆汁瘤,成功后抽取5毫升液体做常规显微镜检查、胆色素定性、细菌培养等。在经穿刺针将导丝引入胆汁瘤囊腔内,利用导管与导丝交换技术引入多侧孔猪尾巴引流管,将猪尾巴引流管固定在囊腔内,体表皮肤上使用特殊装置再次将引流管固定,以防止脱落。引流管尾端连接负压引流管和引流袋,持续引流胆汁瘤。当引流物明显减少时复查彩超或CT,若证实引流物消失、胆汁瘤囊腔消失,再维持适度的负压引流3天~5天,如果还不见引流物,再次进行影像检查显示囊腔消失,即可在影像监测下,以导丝与导管交换技术拔除引流管。
对于胆汁瘤与较大直径胆道相通者,引流可使胆汁瘤内腔呈负压,而胆管内胆汁则可经瘘管持续流入胆汁瘤腔,不利于胆

汁瘤和瘘管闭合,此时可联合经皮肝穿刺胆道引流术(PTCD),通过引流胆道内胆汁以降低胆道内压力,从而减少胆汁通过瘘管外溢至胆汁瘤内,以加快胆汁瘤和瘘管闭合。若配合PTCD后胆汁瘤与瘘管还不能愈合,在控制胆汁瘤感染的前提下可进行胆管封堵治疗。瘘管位于肝内细小胆管者,可进行破裂胆道的栓塞封堵术;若瘘管在肝门或肝外胆管积聚,可在胆管内置入覆膜内支架以封堵胆管瘘口。
综上所述,胆汁瘤是因各种原因引起胆汁从肝内外胆管腔内渗出而积聚形成,可引起发热、腹痛、黄疸等症状,在超声、CT、MRI上表现为囊状包块,穿刺抽出混有坏死组织的胆汁样液体可进行确诊。治疗采用穿刺置管进行胆道引流,若仍无好转可以考虑配合栓塞病变胆管或覆膜内支架封堵胆管瘘口等疗法。
(作者供职于郑州大学第一附属医院)

实用验方

治痛经方

陈醋90克,香附30克(捣烂),青盐500克。先将青盐炒燥,再将香附末倒入锅内翻炒半分钟,将陈醋均匀洒入,随洒随炒,炒半分钟即可。将炒后的药材取出装入10厘米×20厘米布袋内,袋口扎紧,放脐下或疼痛地方热敷。

治风寒感冒敷脐方

板蓝根、紫苏、桂枝各5克,诸味中药共研细末后加水调成糊状,敷肚脐,纱布遮盖,后用医用胶布固定。每天换药1次,一般用药30分钟后会感觉全身舒适,连续应用一两剂。适用于风寒感冒。

(以上验方由山东省惠民县胡集镇郑家村卫生室郑玉平提供)

本版验方需要在专业医师指导下使用

郑州市中心医院

泌尿外科副主任医师岳俊敏:

如何预防压力性尿失禁 扫码看视频



岳俊敏,郑州大学附属郑州中心医院泌尿外科副主任医师;主要研究方向为女性尿失禁的微创治疗、老年女性复杂性尿路感染、膀胱过度活动、各种类型非感染性膀胱炎、肿瘤等;擅长泌尿外科常见及疑难疾病的诊治,女性压力性尿失禁微创手术治疗。

本版未署名图片为资料图片

稿约

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞
电话:13783596707
投稿邮箱:5615865@qq.com
邮政编码:450000
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。

