

小儿尿路感染_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_B0_8F_E5_84_BF_E5_B0_BF_E8_c22_609024.htm 尿路感染(urinary tract infection)是指病原微生物侵入泌尿道引起肾盂肾炎、膀胱炎或尿道炎，在不易定位时统称尿路感染。本症为儿科较常见的疾病，在泌尿系统疾病住院患儿中居第三位。婴幼儿时期泌尿道症状可不明显，易致漏诊。4岁以下患儿，尤其当伴有膀胱输尿管反流者可致肾脏瘢痕形成。在有反流肾病者5%~10%可发展为高血压病，故应引起临床重视。新生儿期男孩发病率高于女婴，1岁后女孩多见。常见病原菌为大肠杆菌(约占80%)，变形杆菌、粪链球菌也较多见，少数为金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、溶血性链球菌、表皮葡萄球菌等。新生儿期常为血行感染，年长儿主为上行性感染。泌尿道先天畸形(尤其是梗阻性畸形如肾盂输尿管连接处狭窄、后尿道瓣膜)、膀胱输尿管反流、泌尿道器械检查、留置导尿管、全身免疫功能低下、泌尿系异物、结石等可为本症诱因。此类患儿常反复发作或迁延不愈，病程超过6个月称为慢性尿路感染，致病菌则常为绿脓杆菌、产气荚膜杆菌、变形杆菌、粪链球菌，偶或为混合感染。【诊断】(一)病史及体格检查患儿症状及体征因感染部位(上或下泌尿道)年龄及急慢性感染而异。新生儿、婴幼儿以全身症状为主，而泌尿系局部症状可不明显。新生儿期大多由血行感染所致，常伴败血症或为败血症一部分。表现为全身症状重，如发热、不吃奶、苍白、呕吐、腹泻、体重不增，还有时腹胀、黄疸。部分患儿可有惊厥、嗜睡、易激惹表现。婴幼儿则全身症状明显

，发热、呕吐、腹泻、腹痛、腹胀、精神不振等，泌尿系症状常表现为尿频、顽固性尿布疹、排尿时哭叫。年长儿除全身症状外，局部症状明显。尿频、尿急、尿痛、排尿困难，有时出现遗尿。肾盂肾炎患儿可有发热、寒战、腰痛、肾区叩痛，偶或有一过性血尿者。慢性者多系合并泌尿系梗阻者，病程常长于6个月。症状轻重不等，一般有反复发热、腰酸、乏力、消瘦、生长迟缓、贫血等。少数可发生高血压，甚至肾功能减退。此类患儿查体时应特别注意腹部触诊，检查肾区、输尿管、膀胱区有无肿块，排尿前后肿块有无变化，有无包茎。尿道口及其周围有无炎症。并注意男孩排尿情况（如排尿用力、尿线中断或滴出等）。慢性者应测量血压。

（二）实验室检查

- 1.尿常规检查 清洁中段尿，离心镜检，沉渣中白细胞 $\gt 10^5/\text{ml}$ 为有意义菌尿，此可确诊尿路感染。当 $\gt 10^3/\text{ml}$ ，更有诊断意义，应注意已用过或正应用抗菌药物、尿液稀释，或尿液过酸过碱性均影响培养结果。尿培养同时应作药物敏感试验。
- 3.尿涂片检菌 新鲜尿一滴滴于玻片上，干后革兰染色，油镜下每视野见到1个细菌，提示培养计数 $\gt 10^5/\text{ml}$ ，也有诊断意义。
- 4.根据临床表现和尿培养虽可诊断尿路感染，但临床上有时需进一步区分上尿路感染(肾盂肾炎)或下尿路感染(膀胱炎、尿道炎)，以确定治疗方案及判断预后。以下方法可供参考：
 - (1)尿抗体包裹细菌(acb)检查:用荧光标记的抗igc检查尿沉渣中被抗体包裹的细菌。此法简便，对区别上下尿路感染（上尿路感染阳性，下尿路者阴性）有相当的敏感性和特异性。
 - (2)尿 β 微球蛋白测定:上尿路感染时增高，下尿路感染时多属正常范围。
 - (3)尿溶菌酶测定:上尿路感染时增高，但注意尿中白细胞数量有时干扰其结果

。5.肾功能检查 肾盂肾炎常有尿浓缩功能受累，慢性肾盂肾炎晚期肾功能(包括小球功能)全面受累，但仍以肾小管功能受损明显。6.x线检查 对反复发作、迁延不愈者应行x线检查。平片及静脉肾盂造影可检出结石、先天畸形、积水。排尿期膀胱尿道造影则检查膀胱输尿管反流及膀胱、尿道异常。7.超声波检查 安全简便，可测定肾脏大小、膀胱容量、残余尿、有无肾盂积水及结石等。8.肾图 是分肾功能检测的过筛方法，有助于发现尿路梗阻及反流。一般而言对反复发作，或经2~4周治疗无效者始行x线及核素检查。【治疗】(一)一般治疗 休息，多饮水，及时排尿，可减少细菌在膀胱内的停留。注意外阴清洁。严重膀胱刺激症状可适当使用镇静剂，如鲁米那、安定。也可给予抗胆碱类解痉药，如阿托品等口服，还有报告用氯化羟丁宁(oxybutrine chloride)，可有抑制逼尿肌、解除会阴肌痉挛和减轻尿道疼痛的作用。(二)抗菌治疗 用药前应留取尿标本以作细菌培养及药敏试验。如果临床症状48时尚未缓解则应送第二次培养以了解首选药物是否合适。因大部致病菌为大肠或副大肠杆菌，故在未获培养结果前先采用大肠杆菌敏感药物。1.磺胺药 常用复方甲基异唑(复方新诺明(smz, tmp片):每日smz50mg/kg,分2次口服。2.呋喃妥因 每日5~10mg/kg,分3次服。抗菌谱广，对大肠杆菌、葡萄球菌敏感，对变形杆菌、产气杆菌较差，对绿脓杆菌无效。对胃有局部刺激作用，如恶心、呕吐，必要时饭后服，长期可致周围神经炎。3.萘啶酸(nalidixic acid) 成人500mg,每日3次，儿童酌减，婴儿一般不用。副作用有胃肠道反应，荨麻疹，嗜酸粒细胞增多，白细胞减少，超量可致惊厥。不应与呋喃妥因合用，因两者有拮抗作用。4.喹诺酮

类抗菌药有吡哌酸(每日20~30mg/kg)、氟哌酸(每日10-15mg/kg,小儿少用)、氟嗟酸(成人量每日300~600mg)分2~3次口服。本类药对大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌、克雷白杆菌等革兰阴性杆菌有效。氟嗟酸抗菌谱更广,对金葡菌、肠球菌均有效。口服吸收好,主由尿中以原形排出。副作用有胃肠反应、白细胞减少,偶有转氨酶增高,肾功能不全者本类药可在体内潴留。

5. 半合成广谱青霉素类 常用氨苄青霉素(ampicillin)50~100mg/(kg·d)口服或静滴。但有时因细菌产生β-内酰胺酶致药效下降。近年有应用青霉烷砜(为抗青霉素细菌所含β-内酰胺酶的抑制剂)与氨苄青霉素组合物(商品名优立新)(unasyn)(剂量150mg/(kg·d),此量相当于50mg/kg青霉烷砜与100mg/kg氨苄青霉素)肌注或静脉。用药前需作皮内试验。此类药中还可选用羟氨苄青霉素(amoxicillin)20mg/(kg·d)分3次口服。

6. 先锋霉素 是半合成广谱抗生素。其化学结构中的母核与青霉素相似,有交叉过敏性,无交叉耐药性。对革兰阴性、阳性球菌或杆菌都有很强的杀菌、抑菌作用。常用于泌尿道感染的有先锋霉素w(每日25~50mg/kg分次口服)、先锋霉素v(每日25~50mg/μg肌注或静滴)。

7. 氨基糖甙类 对革兰阴性杆菌比阳性菌抗菌作用强。但对第Ⅷ颅神经有毒性作用,可致永久性神经性耳聋,肾功能不全者 also 需慎用。如庆大霉素(每日0.3万~0.5万u/kg分2次肌注或静脉滴注),丁胺卡那霉素(每日15mg/kg分2~3次肌注)。用药疗程长短各家看法尚不一,对急性感染无合并症者有的作者还主张1次大剂量治疗即可取得疗效,但多数仍用7~10天。对有全身症状的上尿路感染,则给予10~14天治疗。新生儿重症感染按败血症处理。反复再发者在急性症状控

制后给予小量(通常量的1/3)每晚睡前服1次，疗程3~6月。(三)对伴发梗阻、结石、反流等情况者应给予相应治疗。(四)加强随访 尿路感染易于复发。急性者每月随访1次共3次。对反复发作者每3~6月复查1次共2年。复查除注意一般症状、尿常规检查外，应包括尿细菌学检查。对已有x线改变的肾盂肾炎患儿每1~2年应行肾功能检查及肾区x线平片或超声波检查了解肾实质厚度、肾脏发育情况、有无瘢痕形成等情况。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com