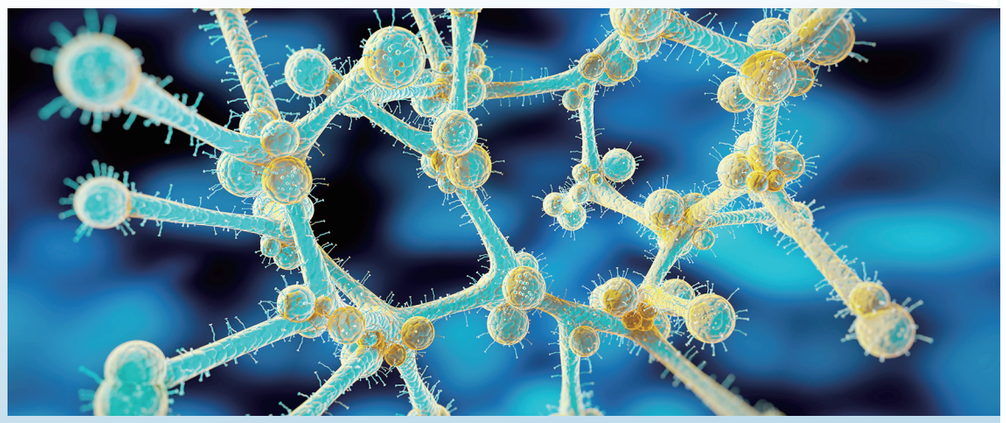
“超级真菌”耳念珠菌:风险认知与科学防控

□广东省中医院 蔡莉

微生物与人类健康息息相关,除流感病毒等常见病原体外,近年来新发的耳念珠菌(Candida auris)凭借其多重耐药性及高病死率,引发全球广泛关注。本文将系统解析该真菌的生物学特性、传播风险及科学防控策略,为临床实践与公众防护提供参考。



1 耳念珠菌的特性与威胁

耳念珠菌于2009年首次在日本患者外耳道分离鉴定,目前已在全球40余个国家和地区传播扩散。该真菌可在人体皮肤表面定植,当机体免疫力低下时易引发深部真菌感染,作为被世界卫生组织(WHO)列入“真菌病原体清单”的最高优先级病原体,其公共卫生威胁尤为突出。据美国疾病控制与预防中心(CDC)报告,截至2023年累计确诊病例10788例,仅2023年新增即达4514例,感染后患者病死率高达60%。因其常对三唑类、棘白菌素类及两性霉素B等常用抗真菌药物同时产生耐药性,临床治疗难度极大,故被称为“超级真菌”。

2 高危人群与传播风险

耳念珠菌感染高发于老年人、免疫力低下者、糖尿病患者、术后患者、长期使用抗生素或抗真菌药物者、接受血液透析或留置导管者及器官移植受者。该真菌的传播特性进一步增加了防控难度:其一,它可通过黏附素(如IFF4109)形成生物膜,在人体皮肤、医疗器械及床栏、监护仪等环境表面长期存活,环境定植状态可持续数月,成为重要隐性传染源,导致院内暴发风险突出;其二,传统检测方法易将其误诊为其他念珠菌,需借助基质辅助激光解吸电离飞行时间质谱(MALDI-TOF)或聚合酶链反应(PCR)技术才能精准确诊;其三,感染后患者平均住院时间延长10~20天,一旦发生院内暴发,需采取停诊、隔离及接触者追踪等措施,大幅增加医疗资源消耗与经济负担。

3 机构防控核心措施

针对耳念珠菌的防控,机构层面需落实核心防控措施:对密切接触者等高危人群开展针对性采样检测,重点采集腋窝、腹股沟等部位样本;通过2%葡萄糖酸氯己定擦拭进行皮肤去定植,术前用10%聚维酮碘消毒,确诊患者实行单间隔离以避免交叉感染。医护人员应严格执行七步洗手法,优先使用含酒精手消毒剂清洁手部;环境消毒需每日用1000mg/L含氯消毒剂全面擦拭,高频接触区域消毒频次不少于2次/日,且需注意季铵盐类消毒剂对耳念珠菌无效,应避免使用。同时,需建立医疗、护理、检验、感染控制等多部门联合管理机制,定期开展专业培训与工作督查,形成全方位防控合力。

4 不同人群的防控建议

患者及家属:积极配合医疗机构开展筛查与隔离措施,若有疑问或不适及时咨询医护人员。

医护人员:严格执行手卫生规范与隔离制度,发现疑似病例时按流程及时上报。

养老机构:加强对院内高危人群的健康监测,落实疑似病例的筛查与隔离管控要求。

5 公众科学防护

健康人群:应坚持正确洗手习惯,用流动水加洗手液清洗,无水源时可选用含酒精洗手液消毒,同时定期清洁手机、键盘等高频接触物品以减少污染风险。

免疫力低下者:需严格遵照医嘱使用抗生素及免疫抑制剂,切勿自行调整用药,若需在多机构间转诊,应全面掌握并配合落实隔离措施,避免皮肤定植引发感染。

相关机构:医疗机构及养老机构等需建立完善的耳念珠菌筛查机制与转院告知制度,精准阻断跨机构传播链条。

耳念珠菌虽具有较强的传播能力与致病威胁,但通过“早发现、严消毒、强协作”的科学防控模式,可有效降低感染与暴发风险。为方便记忆与践行,特梳理核心防控口诀:

勤洗手,严隔离,重消毒!
早发现,早报告,早应对!
多协作,强培训,防暴发!

轻松起步 健康塑形 成为“会运动”的健康达人

□中山大学附属第六医院 陈子滢 刘山青 张源泉

刚开始运动,从哪练起既不伤身又有效果?运动前后该怎么吃才不会“白练”?随着“体重管理”理念的普及与全民健身热潮的兴起,不少人想科学开启运动之旅。虽然第十五届全国运动会点燃了全民运动热情,但盲目跟风可能伤身又挫败。中山大学附属第六医院关节外科/运动医学科副主任宋斌为健身“新手”定制了一份友好型运动指南,助大家轻松起步、健康塑形,成为“会运动”的健康达人。

坚持以关节健康管理为核心

快走、游泳、固定自行车等属于低强度有氧运动,靠墙静蹲、臀桥、平板支撑等为无氧力量训练,两者结合可有效提升心肺功能、增强肌肉力量。

有氧运动(如快走、游泳、固定自行车)建议每周3~5次,每次30~45分钟。这类运动对膝、髋关节冲击小(尤其游泳是“零冲击”运动),技术门槛低,适合作为基础训练或大体重人群入门选择。若运动后关节无酸胀感,可适当增加1次;若出现轻微不适,需减少频率或缩短时长。

力量训练(如靠墙静蹲、臀桥、平板支撑)建议每周2~3次,每次选1~2个动作,每个动作做3组,每组坚持20~30秒。力量训练核心是增强肌肉对关节的支撑力,但肌肉修复需要时间,过于频繁训练易导致疲劳、增加关节负担,因此2次训练间隔建议为1~2天。

宋斌提醒,所有运动都应以“关节无疼痛”为前提,若运动中出现明显不适,需立即停止并调整方案,这是关节健康管理的核心原则。理想的每周计划可参考“有氧运动(如游泳)3次+力量训练2~3次”,穿插进行,具体频率根据运动类型和身体恢复情况灵活调整。

制造热量缺口是关键

科学规律的健身能增强肌肉、改善体态,但忽视饮食管理,可能导致体脂率居高不下,掩盖肌肉线条,影响塑形效果。体态改善需兼顾“肌肉力量”与“合理体脂”,体脂过高时,即便练出肌肉也会被脂肪覆盖;同时,额外体重会加重关节负荷(每增重1kg,膝关节需多承受约4kg压力),不利于姿态调整。

有些人“越练越胖”,本质是“摄入热量>消耗热量”。运动后若不控制饮食,消耗的热量易被额外摄入抵消甚至反超:一是高强度运动后能量消耗快,饥饿感明显,消化酶分泌增加,若大量摄入高油高糖食物(如奶茶、炸鸡),摄入热量可能是运动消耗的2~3倍;二是存在补偿心理,认为“运动辛苦就可以多吃”,比如跑步30分钟(约消耗200大卡)却喝一杯奶茶(约350大卡),长期如此易导致体重上升;三是运动方式不当,只做力量训练缺乏有氧运动,体脂率下降缓慢,加上肌肉体积增加,易产生“壮了一圈”的错觉。

可见,健身是改善体态的利器,但想控制体重、提升线条感,必须结合饮食管理。“管住嘴”与“迈开腿”同样重要,制造热量缺口才是关键。

动前热身动后拉伸很重要

运动前热身的核心是让身体做好运动准备,充分热身可提升心率,保障心脑、肌肉和关节的氧供,避免运动中出现头晕、痉挛等意外;同时激活肌肉,减少因反应迟钝导致的“发力错误”,降低关节负荷,还能增加关节活动度,促进关节液分泌以润滑软骨、减少摩擦,进而提升动作标准度和运动表现。

运动后拉伸的核心是帮助身体恢复、维持柔韧性,及时充分的拉伸可缓解肌肉紧张,促进血液循环,加速代谢废物排出,减少乳酸堆积引起的酸痛;同时维持关节活动范围,缓解肌肉僵硬,避免因髋关节僵硬等活动受限问题影响动作幅度或加重体态问题,还能降低运动后受伤风险,让肌肉恢复弹性,减少抽筋、拉伤等意外,保持关节灵活性以预防劳损。

别让“小痛”拖成“大病”

□阳春市人民医院 余苑萍 周智梅

疼痛是身体发出的“健康警报”,却常被误认为“忍忍就好”。事实上,当疼痛持续或反复出现时,可能已发展为需要专业干预的慢性问题。今天,我们就来认识疼痛门诊——这个专注解决各类疼痛的“对症诊室”,看看它如何科学评估疼痛、提供针对性解决方案。

解决各类疼痛有“对症诊室”

疼痛门诊是基于疼痛医学理论与诊疗技术的专业诊室,核心特点体现在两方面:一是精准评估痛源,结合体格检查、超声/CT等影像学检查及神经电生理测试,分析神经压迫、肌肉紧张、炎症反应等疼痛生理机制;二是制定综合干预方案,根据疼痛类型选择药物治疗、冲击波/热疗等物理治疗、超声引导下神经阻滞或关节注射等微创介入手段,避免单一依赖药物或过度治疗。

以下情况建议就诊疼痛门诊:疼痛持续超过1个月或反复发作,影响日常生活;经常规检查未明确病因,或治疗效果不佳(如长期颈肩腰腿痛、神经痛);疼痛涉及多部位或多系统(如同时存在头痛和肢体麻木);因疼痛导致睡眠障碍、情绪低落,或担心药物副作用。

疼痛诊疗有重点

疼痛门诊的诊疗重点是慢性疼痛(持续超过3个月或反复发作),常见类型包括:神经痛(如电击样、烧灼样疼痛),如三叉神经痛、带状疱疹后神经痛、糖尿病周围神经病变相关性疼痛;肌肉筋膜痛(酸胀痛伴压痛点),如落枕、肩背部肌筋膜炎、“网球肘”“足底筋膜炎”;骨关节痛,如颈椎病、腰椎间盘突出症相关性疼痛、膝骨关节炎、痛风性关节炎急性发作;其他类型,如偏头痛、颈源性头痛、骨质疏松性骨痛、需结合抗肿瘤治疗的癌性疼痛及术后慢性疼痛恢复期管理。

忽视疼痛有风险

忽视疼痛可能引发多重健康风险:一是掩盖疾病信号,如早期肿瘤疼痛被误认为普通劳损,延误诊断;二是形成身心恶性循环,疼痛导致睡眠差,进而引发焦虑/抑郁,最终加重疼痛,甚至影响社交功能;三是造成肢体功能退化,因怕痛减少活动,导致肌肉萎缩、关节僵硬;四是影响多系统健康,长期疼痛可能升高血压、诱发胃溃疡等消化功能紊乱,或导致免疫功能下降。

疼痛并非“忍耐力的考验”,而是身体需要调整的信号。当疼痛反复出现时,建议到正规医院疼痛门诊进行专业评估,由医生制定个体化干预方案。记住:早干预、早缓解,才能避免小痛拖成“大病”!

膝骨关节炎:阶梯疗法助您重拾“轻”松步伐

□广东省中医院 陈耿鑫

膝盖咔咔响、上下楼像灌铅、蹲下站起得扶墙”,这不仅是身体发出的疲惫信号,更是膝骨关节炎(KOA)的预警。在我国,60岁以上人群KOA患病率高达50%,75岁以上人群攀升至80%,致残率接近80%。该疾病不仅引发疼痛,还严重限制患者活动能力,降低生活质量。

● 认识膝骨关节炎:为何关节会“老化”?

膝骨关节炎的病理过程,类似于机械轴承的“磨损与生锈”。关节软骨在长期摩擦挤压下变薄、龟裂,继而引发软骨下骨硬化、关节边缘骨赘(骨刺)形成,以及滑膜炎症、关节腔积液等问题,最终导致关节疼痛、僵硬与活动受限。

其高危因素包括年龄增长、肥胖、既往关节损伤、遗传因素,以及女性绝经后雌激素水平下降。从中医角度看,此病属“膝痹”范畴,多因“肝肾亏虚、筋骨失养”,复感风寒湿邪诱发。

● 阶梯疗法:科学的“五阶”康复路径

根据2023年《中西医结合治疗膝骨关节炎专家共识》,膝骨关节炎可分为五期,对应“层层递进”的治疗策略。这一模式遵循“先保守后手术、先简单后复杂”原则,既能避免过度医疗,也可防止延误治疗。

Ⅰ期(前期):未病先防

此类人群多为50岁以下,自觉膝盖怕冷、上下楼酸软,偶有弹响,影像学检查基本正常。干预以预防为主:一是做好体重管理,体重每减轻5%,膝关节负荷可减少20%;二是开展科学运动,推荐游泳、骑低阻力单车、直腿抬高训练等项目;三是加强物理防护,日常佩戴护膝,冬季注重关节保暖。

Ⅱ期(早期):小修小补

该阶段患者核磁共振(MRI)检查可见软骨水肿或半月板退变。干预以保守治疗为主:一是物理治疗,通过冲击波、磁疗、红外线照射改善局部血液循环;二是药物治疗,外用非甾体抗炎药(NSAIDs)凝胶缓解疼痛,口服氨基葡萄糖补充软骨营养;三是中医外治,采用针灸、推拿、中药熏洗或小针刀松解等疗法,每周治疗2次,四周为一个疗程。临床数据显示,早期规范干预可使约70%患者的症状得到逆转或稳定。

Ⅲ期(中期):精准阻击

此阶段患者关节间隙变窄,反复出现积液,疼痛影响睡眠与日常活动。干预需精准发力:首先进行关节腔注射,注射玻璃酸钠润滑、臭氧或少量激素消炎,3~5次为一个疗程;其次实施系统用药,中医辨证内服独活寄生汤或补肾活血颗粒,兼顾止痛与延缓软骨破坏;最后在康复师指导下强化股四头肌、臀中肌训练,增强关节稳定性。

Ⅳ期(后期):保膝手术

该阶段患者多表现为单髁磨损,伴有“O”形腿等力线异常,且药物治疗效果有限。临床通常采用截骨矫形术(HTO),通过调整骨骼角度,将负重力线从磨损区转移至健康区,保留自身关节。术后配合中药外敷及持续被动运动(CPM)机训练,通常6周后可弃拐行走。相关研究表明,80%的患者术后10年内无需进行全膝关节置换。

Ⅴ期(晚期):关节重建

此阶段患者多间室关节面严重破坏,关节明显畸形,行走距离不足100米。临床主要采用人工关节置换术,包括全膝关节表面置换或3D打印个性化假体置换,恢复关节功能。手术配合快速康复(ERAS)理念,患者术后24小时内即可下地,3个月左右恢复日常行走;结合耳穴压豆、艾灸等中医手段,可有效减轻术后肿胀与疼痛。

● 阶梯疗法的三大优势

一是因人施治,结合患者年龄、体重、活动需求及病变部位制定个性化方案;二是因时施治,急性肿胀期以消炎止痛为首要目标,缓解期侧重肌力强化与体质调理;三是多学科协作,整合骨科、中医科、康复科与营养科资源,提供一站式全程管理服务。

● 辅助治疗与日常养护

体外冲击波治疗可促进血管扩张与软骨修复,每次时长约20分钟;银质针刀直径仅0.4mm,可精准松解粘连组织;中药“三联”疗法(内服补肾活血颗粒、外敷含骨碎补的巴布膏、桂枝艾叶熏洗)可实现透皮给药。

现代关节镜手术(清理碎软骨)或单髁置换术(仅置换受损部分)具有创伤小、恢复快的特点。配合术前缩短禁食时间、术中微创操作与术后多模式镇痛,患者住院时间可由传统10天缩短至3~5天。

日常护膝需遵守“七条军规”:控体重,BMI>24者每减1kg,膝关节负荷减少4kg;选对鞋,穿软底、防滑、低跟(≤3cm)的鞋子;适度动,每日步行控制在6000步以内,避免爬山、爬楼梯;科学练,坚持坐姿抬腿、靠墙静蹲训练,每次30秒,每日3组;合理吃,多摄入牛奶、深海鱼及深色蔬菜补充钙与胶原蛋白,做到少糖、少油、低嘌呤;注意暖,冬季护膝不离身,空调房做好保暖;定期查,每6~12个月拍摄一次负重位X线片,动态监测关节间隙变化。

(广东省卫生健康委宣传处供稿)

连线“健康广东”
走进科普直播间

化疗后老年患者居家护理指南

□广州医科大学附属肿瘤医院 鲁旭 魏彤

随着医疗技术的进步,肿瘤患者化疗后居家康复已成为常态。老年患者因生理机能衰退、常合并多种慢性疾病,叠加化疗副作用影响,居家期间面临跌倒、感染、用药错误等多重安全隐患。本文从环境改造、感染防控、并发症预防、用药安全及心理支持等方面,系统梳理化疗后老年患者的居家照护要点,助力家庭构建科学的安全防护体系。

环境改造:筑牢居家防护屏障

防跌倒管理:移除地面杂物,在浴室、厨房等湿滑区域铺设防滑垫;安装夜灯及床边扶手,将水杯、药物等常用物品置于触手可及处,减少频繁起身需求;若患者化疗后出现头晕、乏力等症状,需安排24小时专人陪护,避免单独如厕或上下楼梯。

医疗器械规范使用:对经外周静脉穿刺的中心静脉导管(PICC)、鼻饲管等留置导管,每日检查固定情况,观察穿刺点有无红肿、渗液,避免牵拉损伤;定期对氧气机、输液泵等设备进行消毒,家属需掌握基本故障排查方法,并留存医院紧急联系方式以便及时求助。

感染防控:守护免疫防线

基础防护措施:每日开窗通风2次,每次30分钟,维持室温22~24℃、湿度50%~60%;家属接触患者前后需规范洗手,在化疗后白细胞低下期(通常为化疗后5~10天),应避免探视,患者外出时务必佩戴口罩。

症状监测与应对:体温≥38℃时需立即就医,切勿自行服用退烧药,以免掩盖病情;出现持续咳嗽、痰液黏稠症状时,可通过家用雾化吸入辅助排痰,缓解呼吸道不适。

并发症预防:保障生存质量

皮肤与黏膜护理:长期卧床患者需每2小时协助翻身,有条件者可使用家用减压气垫,骨突部位涂抹皮肤保护剂预防压疮;化疗后口腔黏膜脆弱,建议使用软毛(或海绵)牙刷,用生理盐水漱口,避免食用刺激性食物。

营养与排泄管理:饮食遵循少食多餐原则,选择蒸鱼、豆腐等高蛋白、易消化食物;腹泻时需及时补充电解质水,维持体内水电解质平衡;便秘者可顺时针按摩腹部,必要时遵医嘱使用缓泻剂,严禁自行使用强效导泻药。

用药安全:规避风险环节

规范用药流程:使用分药盒标注早、中、晚剂量,家属需双重核对药物名称与服用时间,避免错服漏服;止痛药需严格按时按量服用,杜绝“痛时吃、不痛停”的错误用药模式。

毒副反应识别:若出现手脚麻木(神经毒性)、尿液变红(出血倾向)等异常情况,应立即停药并联系主治医生,及时排查处理。

心理支持与资源链接

情绪疏导策略:家属每日需安排15分钟专属陪伴时间,通过回忆往事、音乐干预等方式缓解患者焦虑情绪,同时警惕持续情绪低落表现,排查抑郁风险。

专业支持网络:可加入医院线上护理社群,获取伤口护理、康复锻炼等实操指导;善用三甲医院远程会诊平台,遇突发呕血、意识改变等紧急情况时,可通过视频连线快速对接急诊医生。

老年肿瘤患者的居家护理,需要医学专业性与人文关怀的深度融合。通过环境改造降低物理风险,依托精准监测把握救治时机,借助专业资源延伸护理服务,方能真正实现“医疗照护进家庭,生命安全有保障”的目标。

(医学指导:广州医科大学附属肿瘤医院内科二区护士长、副主任护师 彭如筠)

发送对象:广东省各级党政相关领导、全省卫生健康系统有关单位 印数:13000份 广东南方报业传媒控股有限公司印务分公司承印