

基层适宜技术

自发性气胸的诊断与治疗

自发性气胸是呼吸内科常见急症,指在无外伤或人为因素干预下,因肺部疾病致使肺组织和脏层胸膜破裂,或肺表面的肺大疱等破裂,气体逸入胸膜腔引发的疾病。依据胸膜破口状态及胸腔压力变化,可分为闭合性、张力性和交通性气胸;气胸的类型不同,病理机制与临床处理存在差异。

常见病因

肺部疾病:肺部疾病是引发自发性气胸的主要因素。肺结核病灶破坏肺组织与脏层胸膜,形成空洞或纤维化,容易导致破裂;慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者因长期气道阻塞和肺泡结构破坏,形成的肺大疱破裂风险高;肺癌侵犯肺组织引发坏死或空洞,同样会诱发气胸。此外,肺脓肿、弥漫性间质纤维化等疾病,也会破坏肺组织结构,增加气胸发生概率。

先天性发育异常:部分患者因先天性肺部发育缺陷,如肺弹性纤维发育不良、肺泡壁薄弱,容易形成肺大疱。这类患者即便无明显的肺部基础疾病,在特定诱因下也可能发生气胸。

诱发因素:发力动作过大,如抬举重物、用力咳嗽、喷嚏、屏气、用力排便等,会使胸腔内压力骤升,是常见诱因;剧烈运动、高喊、大笑等导致的胸腔压力变化,也可能引发气胸;少数患者在睡眠中发病,可能与睡眠时呼吸模式改变、肺部血流分布变化相关。

临床特点

胸痛:多为急性起病,一侧胸部突发针刺样或刀割样疼痛,持续时间短,咳嗽或深呼吸时疼痛加剧。

呼吸困难:呼吸困难程度与气胸发生速度、肺萎缩程度及患者的肺功能有关。少量气胸时,患者仅有轻度气急,数小时后得到缓解;大量气胸或肺功能差者,呼吸困难显著,甚至出现发绀、烦躁不安等表现。

咳嗽:多为刺激性干咳,由气体刺激胸膜所致,痰量较少。

体征变化:少量气胸时体征不明显;气胸量增加后,患侧胸廓膨隆,呼吸运动减弱,气管向健侧移位,叩诊呈鼓音,呼吸音和语颤减弱或消失,心浊音界缩小或消失,肝浊音界下移。张力性气胸患者可能出现表情紧张、胸闷、心律失常甚至昏迷;交通性气胸患者伤后迅速出现严重呼吸困难、心悸、血压下降,可见创口闻及气体进出的“嘶嘶”声。

诊断思路

病史与症状评估:详细询问患者的肺部基础病史(如肺结核、COPD、肺癌等)、近期诱发因素及症状发作情况。若患者存在肺部基础疾病,且突发胸痛、呼吸困难、咳嗽,就需要高度怀疑自发性气胸的可能。

体格检查要点:重点检查患者的呼吸频率、节律及发绀情况,观察胸廓形态,对比双侧呼吸运动;进行肺部叩诊与听诊,判断是否存在鼓音、呼吸音减弱

等气胸体征;同时关注心脏体征,评估有无心脏移位。

辅助检查手段

胸部X线检查:该检查是诊断自发性气胸的首选方法,典型表现为肺向肺门萎陷,呈圆球形阴影,气胸线以外无肺纹理;局限性气胸需要经过转动体位进行透视检查才能被发现;同时,还能评估肺压缩程度,帮助医生制定治疗方案。医生在进行初步诊断后,利用胸部X线检查明确诊断,确定气胸的部位、范围及肺压缩程度。

胸腔穿刺测压:在无法进行X线检查且高度怀疑气胸时采用,于患侧胸腔积气处最明显处穿刺;若抽出正压气体,可证实气胸存在,但需要注意该操作存在出血、感染等风险。

胸部CT(计算机层析成像)检查:该检查对于局限性气胸与肺大疱的鉴别诊断意义重大,能清晰显示肺部病变的细节,明确二者之间的关系及其他潜在病变,尤其适用于复杂气胸或合并肺部其他疾病的患者。

鉴别诊断

支气管哮喘和慢性阻塞性肺疾病:二者均会导致呼吸困难(多呈渐进性加重),若出现突发加重伴胸痛,需要警惕气胸,并采用X线检查进行鉴别诊断。

急性心肌梗死:表现为急性胸痛、胸闷、呼吸困难等,患者多有高血压病、动脉粥样硬化等病史,心电图检查与心肌酶学检查有助于诊断。

急性肺栓塞:以突然胸痛、呼吸困难、发绀为主要表现,常伴咯血、低热,结合患者病史及体检、X线检查、心电图检查、超声心动图检查、胸部增强CT检查等检查结果进行鉴别诊断。

肺大疱:胸部CT检查可以清晰显示肺大疱的形态、大小及位置,与气胸区分开来。

治疗方法

保守治疗:适用于肺压缩<15%、无呼吸困难且病情稳定的患者。患者需要密切观察,根据12小时~48小时的胸片检查结果,若气胸无恶性进展,胸腔气体大多可以自行吸收。吸氧可以使气体吸收率提高3倍~4倍,是保守治疗的关键措施。治疗期间应严密监测患者的症状,一旦出现呼吸困难加重等情况,要及时调整治疗方案。

胸腔穿刺抽气:对于肺压缩>15%或有明显呼吸困难的患者,可以进行胸腔穿刺抽气。穿刺点常选患侧胸部锁骨中线第2肋间,局限性气胸则需要根据X线检查结果进行定位。操作需要严格遵循无菌原则,每次抽气量不超过1000毫升,避免复张性肺水肿,抽气后需要再次评估患者的症状。

胸腔闭式引流:该方法是常用的治疗手段,适用于反复气胸、交通性气胸、张力性气胸患者,以及部分心肺功能差、症状较重的闭合性气胸患者。插管部位一般选患侧胸部锁骨中线第2肋间或腋前线第4肋、第5肋间,连接水

封瓶,玻璃管置于水面下1厘米~2厘米。对于单纯负压排气无效或慢性气胸患者,可以给予持续负压引流。若无气泡冒出,提示肺可能复张,夹住引流管观察2天~3天,经X线检查确认气胸未复发后,可以拔管。若负压吸引12小时后肺仍不复张,需要排查支气管胸膜瘘、肺不张等原因。

手术治疗:复发性气胸、张力性气胸经保守治疗或胸腔闭式引流效果不佳,以及存在明确的肺大疱的患者,可以考虑进行手术治疗。目前常见手术方式包括:胸腔镜手术和开胸手术,采取切除肺大疱、修补破裂的胸膜,从而降低气胸复发的风险。

预防措施

基础疾病管理:患有肺结核、COPD、肺癌等肺部疾病的患者,应积极治疗原发病,并定期进行检查,要遵医嘱规范用药,控制病情进展。

避免诱发因素:气胸治疗后3个月内,避免剧烈运动、搬提重物、用力咳嗽等增加胸腔压力的动作;保持大便通畅;建议气胸痊愈3个月后再乘坐飞机。

健康生活方式:合理饮食,加强营养,提高机体免疫力;进行缩唇呼吸、腹式呼吸等呼吸功能锻炼,改善肺功能。

定期体检:存在肺部基础疾病或先天肺部发育异常等高危因素的人群,需要定期进行胸部检查,以便早期发现病变,及时干预。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

儿童青少年高血压会对健康造成长远威胁,血压持续升高会过早损害心脏、肾脏、血管等器官。心脏长期受压可能引发心肌肥厚,肾脏小血管受损影响滤过功能,动脉弹性下降为成年后动脉粥样硬化埋下隐患。患儿常出现头痛、疲乏、注意力不集中等症状,不仅影响学习和活动,还可能干扰生长激素分泌,间接阻碍身高发育。约有40%的高血压儿童会发展为成年后高血压患者,显著增加心脏病、中风、肾衰竭等风险。由肾脏疾病等引发的继发性高血压,若未早期诊治,可能在成年早期引发器官衰竭,而早期干预可以显著降低风险。

高血压易感儿童青少年的特征

高血压发病与遗传、生活方式密切相关,以下人群需要重点关注:

家族遗传背景:高血压遗传倾向显著,父母一方患病时,子女的患病率达28%;父母双方都患病,子女的患病率则升至46%;亲属患病人数越多,血缘关系越近,儿童的患病率越高。

肥胖儿童:超50%的儿童高血压与肥胖相关,脂肪堆积不仅直接升高血压,还常伴随高血脂、高血糖等代谢异常症状,形成“多病共患”的恶性循环。

不良生活习惯者:高盐、高糖、高脂饮食,久坐少动,睡眠不足,以及长期精神压力过大,都会推高血压。

科学精准的血压测量方法

准确测量是诊断关键,主要有3种方式:诊室血压测量:由医务人员在标准化环境下操作,患儿需要安静休息5分钟,使用适配袖带(覆盖上臂围80%-100%),测3次取平均值,是我国诊断及评估的“金标准”。

家庭血压监测(HBPM):患儿或家属在家测量,建议晨起、睡前各测2次~3次。

动态血压监测(ABPM):24小时连续监测,白天每15分钟~30分钟(夜间每30分钟~60分钟)1次,用于诊断夜间高血压、异常血压节律,并评估全天降压效果。

贯穿全程的生活方式干预

生活方式调整是治疗的基石,适用于所有患者,具体措施包括:

饮食管理:每天盐摄入量<2克,减少加工食品的摄入量,增加蔬果、全谷物及低脂乳制品的摄入量,避免食用含糖饮料和油炸食品。

体重控制:“饮食+运动”将BMI(身体质量指数)控制在同性别年龄儿童的P85(即在一组数据中,有85%的数据值小于或等于这个数值)百分位以下,关注腰围(男童<75厘米,女童<70厘米)。

运动干预:每天至少60分钟中高强度有氧运动(如跳绳、游泳),每周≥5天,单次久坐时间<30分钟,鼓励步行等活动。

作息与心理调节:学龄儿童保证9小时~12小时睡眠,青少年8小时~10小时,采用冥想、培养兴趣爱好等方式缓解压力,必要时寻求心理干预。

避免不良嗜好:严禁吸烟、饮酒,减少咖啡因的摄入量。

药物治疗的规范与原则

当生活方式干预无效或存在高危因素时,患者需要应用药物治疗。启动指征包括:2级高血压、症状性高血压、继发性高血压、合并靶器官损害或糖尿病,以及干预6个月无效或血压持续升高。

用药策略:初始选择小剂量长效单药,每天1次给药以提高依从性。单药足量治疗2周~4周末达标者,可以增量或联合用药,不可以自行调整药量。治疗中需要定期监测血压、肝肾功能及电解质,结合生长发育情况来调整用药方案,确保个体化治疗与用药安全性。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

高血压健康科普

阜外华中心血管病医院主办



通窍活血汤治疗血瘀头痛

□侯传安

崔某,男,45岁,患头痛20年有余,屡经治疗,无效。患者疼痛以巅顶为甚,时轻时重,病情缠绵,深感痛苦。近一周来,患者因家庭琐事而饮酒,导致头痛加剧,呻吟不止,经某医院CT(计算机层析成像)检查未发现异常。笔者首诊给予患者天麻钩藤饮,以平肝潜阳,但是患者服药3剂后仍不见效。

患者病程日久,可谓顽疾,久病入络,气滞血瘀,改用通窍活血汤(加味)治之,收效甚捷。

方中赤芍、川芎,行气活血;桃仁、红花,活血通络;老葱根、生姜,辛散通阳;当归、丹参,助祛瘀生新;麝香,通窜开窍,活血通络之力更强;柴胡,清轻上升,引经载药上行;僵蚕、全蝎等虫类搜逐之品,涤络通窍,引药直达病灶,合诸药而具通窍活血、消瘀定痛之功。

(作者供职于张仲景国医馆)

按语:头痛系患者自觉症

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,来稿应注意实践操作,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

本版药方需要在专业医生指导下使用

关于卡介苗的那些事

□石洁

你小时候左上臂是否有一个直径2毫米~5毫米的淡色圆形瘢痕?这并非“蚊子叮咬”所致,而是卡介苗接种后形成的特异性免疫标记。作为国家免疫规划的核心疫苗之一,卡介苗的科学应用是构建儿童结核病预防屏障的关键环节。

结核病由结核分枝杆菌感染引起,潜伏感染率在全球范围内约24%。该病原体主要通过飞沫传播,在教室(人均面积小于3平方米)、工地集体宿舍等空气流通受限的密闭空间,致病菌生物浓

度可较室外升高3倍~5倍,显著增加感染风险。疫苗成分可刺激免疫细胞成熟,诱导机体提前产生针对结核分枝杆菌的特异性免疫记忆,使免疫系统做好识别和抵御结核分枝杆菌的准备。

为何强调新生儿期及时接种卡介苗?从免疫学机制分析,婴儿出生时免疫功能尚未完全发育,对胞内寄生菌的清除能力显著弱于成年人。研究显示,未接种卡介苗的婴幼儿感染结核分枝杆菌后,发展为血行播散型结核病的风险较接种组高23倍,

结核性脑膜炎的病死率可高达15%~20%。我国《预防接种工作规范》明确要求,足月儿应在出生后24小时内完成接种,采用皮内注射法于左上臂三角肌中部略下处,剂量为0.1毫升。接种后2周~3周局部出现红肿浸润,8周~12周形成瘢痕,此过程为机体免疫应答的典型表现,提示特异性细胞免疫成功建立。

卡介苗对儿童重症结核病的保护率可达80%,但对成人肺结核的预防效果存在显著差异(5%~80%),这与人体基因特性及环境等其他分枝杆菌的暴露密切相关。因此,在实施儿童免疫规划的同时,需要强化成年人结核病防控的“三级预防”体系:采取胸部影像学筛查(结核菌素试验结果强阳性者需要进一步检测)早期发现潜伏感染,对密切接触者实施预防性治疗,并在医疗机构、学校等场所进行空气传播感染控制措施(如安装高效空气过滤设备,保证通风频次每小时不少于6次)。此外,对于

免疫力较弱的老年人群体,除了保持良好的生活习惯外,还需要定期进行健康体检,以便及时发现潜在的健康风险。

特殊人群的接种禁忌需要严格遵循医学证据:免疫功能低下者(如艾滋病患者)接种后播散性卡介苗病发生率,较正常人群高2000倍;接受免疫抑制治疗的患者,需要在停药至少1个月后评估免疫状态,再决定是否接种卡介苗。早产儿接种卡介苗,需要满足体重≥2500克且临床状况稳定;若出生时未接种卡介苗,需要在出生后3个月内补种;超过此期限,则需要先进行结核分枝杆菌感染筛查,再决定是否接种卡介苗。同时,对于有过敏史的人群,在接种前务必详告知医生自身情况,由专业人员判断是否适合接种卡介苗。

卡介苗的作用是感染前预防,与治疗的作用机制完全不同。一旦确诊活动性结核病,必须遵循“早期、规律、全程、联合、

适量”的化疗原则,标准治疗方案的全程管理需要纳入现代督导技术,以确保患者的治疗依从性不低于95%。临床数据显示,不规范治疗可能使结核分枝杆菌产生耐药性,进而增加治疗难度和社会防控成本。目前,全球耐药多药结核病病患者总数每年新增约50万例,其治疗周期长达18个月~24个月,医疗费用是普通结核病的100倍以上,凸显了规范治疗的重要性。

有关部门应加强对结核病防治知识的宣传普及,提高公众的健康意识,共同营造良好的公共卫生环境,为降低结核病的发病率贡献力量。在未来,随着新型疫苗研发的推进,人类有望构建更完善的结核病综合防控体系。而在现有技术条件下,坚持科学接种卡介苗与落实综合防控措施相结合,仍是降低结核病负担的关键策略。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

立夏时节话养生

□王红阳

立夏作为夏季的起点,标志着天地气交、万物华实的时节来临。中医认为,此时养生需要顺应阳气外发、湿热渐盛的特点,从饮食、起居、运动、情志等维度调和身心,为安度盛夏筑牢健康根基。

气候特征与养生核心

立夏后气温攀升,湿度增大,形成“暑热夹湿”的典型气候。人体阳气随自然升发趋向体表,导致腠理开泄、汗液增多,同时脾胃功能相对减弱,易受暑湿之邪侵扰。在中医学理论中,夏季对应五脏之心,主心血脉,藏神志,需要特别注重清心火、护心阴,故立夏养生核心可概括为:顺时养阳以应天,清热利湿

以祛邪,调和心神以护心,顾护脾胃以固本。

饮食调养:清暑湿、护脾胃

解暑生津:选择绿豆、西瓜、苦瓜等寒凉之品。绿豆汤,取其清热利尿之功;西瓜,需要控制摄入量以防伤脾;苦瓜,可凉拌或清炒,善清暑热。

健脾化湿:薏米赤小豆粥为经典组合,茯苓山药煲汤既能渗湿又能补虚,玉米须煮水可利湿消肿,适合湿热体质人群。

养胃补虚:以小米粥、南瓜羹等清淡易消化的食物为主,莲子芡实粥兼具补脾止泻与宁心安神之效,适合夏季脾胃虚弱者。

饮食禁忌:忌食凉饮冷,以防

损伤脾胃阳气;少吃油炸肥腻之品,避免湿热内生;遵循“饮食有节”,避免暴饮暴食加重胃肠负担。

起居调摄:顺昼夜、适寒暑

作息遵循自然律:践行“夜卧早起”,建议23时前入睡,6时~7时起床,午间保持30分钟浅睡眠,恢复心神、缓解疲乏。需要注意午睡过长容易导致神志昏沉,反而影响夜间睡眠。

环境调节有章法:室内温度应保持在26摄氏度~28摄氏度,空调房要定时通风,避免温差过大引发感冒;湿度高时启用除湿设备,衣物被褥常晾晒,减少潮湿滋生;外出避开正午烈日,做好防晒准备,及时补充温水,防止暑热伤津。

衣着选择重透气:以棉麻材质的衣物为主,宽松款式有利于汗液蒸发,出汗后及时更换衣物,避免湿衣贴体导致寒湿入侵。

运动养生:适度动、护气阴

选择清晨或傍晚凉爽时段,以中小强度运动为主,避免在烈日下剧烈活动。运动场地应优选公园、湖边等空气清新处,借自然

之气调畅气血。

推荐运动方式:散步每天30分钟~60分钟,简单易行且不伤津液;瑜伽配合呼吸调节,可宁心安神;太极拳柔和缓慢,适合调和阴阳;游泳借助水的浮力减轻关节负担,同时降温解暑。

运动注意事项:及时补充温水或淡盐水,避免冷饮刺激;运动后稍事休息再沐浴,忌立即吹空调;根据体质调整运动强度,阳虚者避免大汗淋漓,阴虚者注重运动后养阴。

情志养护:清心火、养心神

夏季阳气浮盛易致心火偏亢,容易出现心烦、失眠、易怒等症,需要采取以下方式调摄。

静心养神:每天10分钟深呼吸或冥想,专注呼吸节律以排除杂念。

转移注意力:培养书法、阅读等静性爱好,中和暑热带来的躁动感。

社交调节:与亲友交流分享,避免独处生郁,保持心情舒畅。认知调整:遇事宽容豁达,以“心若浮沉,浅笑安然”的心态应对生活琐事。



【河南省卫生健康委宣传处指导 | 河南省健康中原服务保障中心主办】