

基层适宜技术

皮疹的临床诊疗与预防

皮疹是指皮肤黏膜出现的异常形态改变，是皮肤组织受内外因素刺激后发生病理变化的直观表现，并非独立疾病，而是多种疾病(涉及皮肤、感染、免疫、肿瘤等多个系统)的重要体征。皮疹的表现复杂多样，同一疾病可能出现不同形态的皮疹，不同疾病也可能表现出相似的皮疹形态，因此需要进行综合判断。

常见病因

皮疹的病因复杂，可以分为感染性和非感染性两大类。

感染性病因

病毒感染：如带状疱疹病毒引起的水痘(全身性水疱，伴发热)和带状疱疹(沿神经分布的簇集性水疱，伴剧痛)；人类乳头瘤病毒引起的寻常疣(粗糙丘疹，表面呈乳头状)；麻疹病毒引起的麻疹(先有发热，后出现自上而下的红色斑丘疹，伴黏膜斑)。

细菌感染：如金黄色葡萄球菌、链球菌引起的脓疱疮(薄壁脓疱，易破溃结痂，传染性强)；丹毒(边界清楚的红肿斑片，伴疼痛和发热)。

真菌感染：如皮肤癣菌引起的体股癣(环状红斑，边缘隆起，伴脱屑和瘙痒)；念珠菌引起的间擦疹(皱褶部位红斑、糜烂，伴白色假膜)。

寄生虫感染：如疥螨引起的疥疮(指缝、腰腹等部位丘疹、隧道，夜间瘙痒剧烈)；阴虱引起的阴虱病(阴毛区丘疹，伴抓痕，可找到虱体或虫卵)。

非感染性病因

过敏性疾病：如接触性皮炎(接触部位红斑、丘疹，边界清楚，与接触物形态一致)；荨麻疹(风团，时起时消，伴剧烈瘙痒)；药疹(用药后出现的皮疹，形态多样，如固定性药疹呈圆形红斑，多形红斑型可伴靶形损害)。

自身免疫性疾病：如银屑病(俗称牛皮癣，边界清楚的红斑，

表面覆银白色鳞屑)；系统性红斑狼疮(面部蝶形红斑，日晒后加重，伴口腔溃疡、脱发等多系统损害)；湿疹(多形皮疹，对称分布，伴剧烈瘙痒，易反复发作)。

物理因素：如日光性皮炎(曝光部位红斑、水疱，伴灼痛)；冻疮(寒冷部位紫红色斑疹，伴瘙痒，遇热加重)。

肿瘤相关：如蕈样肉芽肿(早期为红斑鳞屑性皮疹，后期可形成肿瘤)；副肿瘤性天疱疮(伴内脏肿瘤，出现水疱、糜烂、黏膜损害明显)。

临床特点

形态

原发性损害：包括斑疹(皮肤颜色改变，不隆起，如红斑、瘀斑)、丘疹(隆起于皮肤表面，直径<1厘米，如痤疮、湿疹的丘疹)、水疱(内含清亮液体，直径<1厘米，如带状疱疹)、脓疱(内含脓液，如脓疱疮)、结节(深部隆起，直径>1厘米，如结节性红斑)等。

继发性损害：由原发性损害演变而来或搔抓引起的，如鳞屑(表皮脱落，如银屑病)、结痂(浆液或脓液干涸后形成，如脓疱疮)、糜烂(表皮破损，基底潮红，如湿疹)、溃疡(累及真皮层，基底深浅不一，如皮肤结核)。

分布

局限性：如接触性皮炎(局限于接触部位)、带状疱疹(沿单一神经分布)。

全身性：如麻疹(自上而下蔓延至全身)、药疹(多泛发全身)。

对称分布：如湿疹(四肢屈侧对称分布)、银屑病(头皮、躯干、四肢伸侧对称分布)。

伴随症状

感染性皮疹，多伴有发热(如麻疹、丹毒)；过敏性皮疹，多伴有瘙痒(如荨麻疹、接触性皮炎)；带状疱疹，伴有神经痛；自身免疫性皮疹，可伴有多系统症状(如红斑

狼疮的关节痛、蛋白尿)。

诊断思路

诊断皮疹需要遵循“病史采集-体格检查-辅助检查-综合判断”的步骤。

详细的病史采集

皮疹相关信息：起病时间(急性起病多为病毒感染或过敏，慢性起病多为自身免疫异常或肿瘤)；诱因(接触致敏物质、日晒、病毒感染等)；演变过程(是否扩大、融合，形态是否变化)；缓解或加重因素(如外用激素后好转可能为炎性症，搔抓后加重多为瘙痒性皮疹)。

伴随症状：是否有发热、瘙痒、疼痛、黏膜损害。

既往史：既往是否有类似皮疹，用药情况，过敏史，生活习惯，家族病史。

系统的体格检查

皮疹重点观察：形态(区分斑疹、丘疹、水疱等，如脓疱疮的脓疱是否易破损)；分布(是否对称，是否沿神经或血管分布)；排列(散在、簇集、线状，如带状疱疹的簇集性水疱)；边界(是否清晰，如丹毒边界清楚，湿疹边界模糊)；表面特征(是否有鳞屑、结痂、渗出，如银屑病的银白色鳞屑)。

全身检查：关注体温、淋巴结(感染性皮疹可能伴局部淋巴结肿大，如丹毒伴区域淋巴结肿大)、黏膜(口腔柯氏斑提示麻疹，外阴溃疡提示白塞病)、其他系统(如关节肿胀提示红斑狼疮或银屑病关节炎)。

针对性辅助检查

感染性皮疹：血常规检查(病毒感染多伴淋巴细胞升高，细菌感染多伴中性粒细胞升高)；病原学检查(水痘、带状疱疹进行病毒脱氧核糖核酸检查；脓疱疮做脓液培养+药物敏感性试验；真菌病做真菌镜检或真菌培养)。

过敏性皮疹：过敏原检测(皮肤点刺试验、血清特异性免疫球蛋白E检测，用于明确过敏物质)；斑贴试验(诊断接触性皮炎的“金标准”)。

自身免疫性皮疹：自身抗体检测(抗核抗体检测、抗双链脱氧核糖核酸抗体用于诊断红斑狼疮；抗角蛋白抗体用于银屑病检测)；皮肤活检(取皮疹组织做病理检查，明确诊断，如蕈样肉芽肿)。

其他：怀疑物理性皮疹可以做光斑贴试验；肿瘤相关皮疹需要排查内脏肿瘤(如胸部计算机层析成像检查、腹部超声检查)。

鉴别诊断

感染与非感染：感染性皮疹多伴有发热、白细胞异常，病原学检测结果为阳性；非感染性皮疹发热较为少见，过敏原或自身抗体检查结果可能异常。

过敏与自身免疫：过敏性皮疹多有明确诱因，脱离接触后好转，抗组胺药有效；自身免疫性皮疹无明确诱因，病程长，激素或免疫抑制剂有效。

原发与继发：排除药物、内脏疾病等引起的继发性皮疹(如糖尿病患者易患皮肤真菌感染)。

治疗方法

治疗原则为病因治疗+对症处理。

病因治疗

感染性皮疹：病毒感染(水痘、带状疱疹)，用阿昔洛韦、伐昔洛韦；细菌感染(脓疱疮、丹毒)，用青霉素类药物、头孢类抗生素；真菌感染(体股癣)，用酮康唑、特比萘芬(外用或口服)。

过敏性皮疹：立即脱离过敏原；轻症用第二代抗组胺药物(西替利嗪、氯雷他定)，重症(如过敏性休克)需要肌内注射肾上腺素。

自身免疫性皮疹：湿疹、银屑病，轻症外用糖皮质激素(氢化可

儿童青少年高血压的生活方式干预策略

□于铭洋

儿童青少年高血压防治备受关注，生活方式干预是核心手段。它适用于不同血压状况的人群，兼具安全性与有效性，可降低血压、延缓病程、降低心血管病风险，且需要贯穿全程，必要时联合药物治疗。

减少食盐的摄入量

钠摄入过量是儿童青少年高血压重要诱因。控制食盐的摄入量需要兼顾年龄与可行性，4岁~8岁儿童每天食盐的摄入量<1.2克。实际控盐时，除了减少烹饪用盐、酱油，更要警惕腌制品、零食等加工食品中的隐形钠。建议家长学会看营养标签，优选每100克食品中钠含量<120毫克的食品，并帮助孩子养成清淡饮食习惯。

合理饮食

合理饮食是血压管理的关键，可以从食物选择和营养配比

着手，增加全谷物、蔬果、富含不饱和脂肪酸的食物(如深海鱼、坚果等)的摄入量，搭配低脂乳制品，优化蛋白质来源，多吃含钾、钙、镁的食物，调节血管功能。

控制体重

儿童青少年高血压与超重、肥胖关系密切，特别是腹型肥胖容易导致机体代谢异常。建议将身体质量指数及腰围控制在正常范围内，预防超重、肥胖。已经超重的高血压患者，应在保障身体正常发育的前提下，制定个性化的运动饮食方案，避免摄入过多的高热量食物，每个月减重0.5千克~1千克，避免盲目节食。家长可以通过记录生长曲线、测量腰围(如8岁儿童腰围不要超65厘米)，及时发现体型变化并干预。

远离不良嗜好

儿童青少年正处于生长发

育期，吸烟、饮酒的危害远高于成人。烟草中的尼古丁会直接损伤血管内皮细胞，酒精则可能干扰血压调节机制，而被动吸烟同样会增加高血压风险。因此，需要营造家庭与学校的无烟环境。有研究表明，父母吸烟的儿童青少年高血压患病率较无烟家庭高出30%，这提示家庭行为对孩子健康的直接影响。同时，应严格禁止儿童青少年饮酒，从行为源头避免血压波动诱因。

运动与睡眠

缺乏运动与久坐是儿童青少年血压升高的重要因素，建议每天累计进行不少于60分钟的中等强度有氧运动(如快走、游泳、骑自行车)，每周至少3次高强度活动(如短跑、篮球)，并穿插抗阻训练(如哑铃、引体向上)，增强肌肉力量。儿童青少年每天应尽量避

免久坐，减少使用电子产品的时间。睡眠方面，6岁~12岁儿童每天需要保证9小时~12小时的睡眠，13岁~17岁青少年每天睡眠8小时~10小时，同时需要关注打鼾症状，及时排查睡眠呼吸暂停综合征，避免睡眠质量不佳而加剧血压异常。

心理调节

长期精神压力过大、情绪剧烈波动，都会通过神经内分泌系统影响血压。因此，儿童青少年要学会应对学业、社交等精神压

力过大的问题，利用兴趣培养、亲子沟通、心理咨询等方式，减轻心理负担，保持积极乐观的心态。

儿童青少年高血压的生活方式干预是一项系统工程，需要家庭、学校与社会协同发力。科学控制食盐的摄入量，合理饮食，严格管理体重，远离不良嗜好，强化运动与睡眠管理，调节心理状态等措施，能有效控制血压，为心血管健康保驾护航。

(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



科学防护 远离肺结核

□马彦民

肺结核由结核分枝杆菌感染引起，至今仍是全球重要的公共卫生问题之一。肺结核主要通过患者咳嗽、打喷嚏或高声说话时产生的微小飞沫核(气溶胶)在空气中传播。医务人员与患者密切接触，暴露风险显著上升，每一次无防护的近距离接触都会潜藏感染风险，因此科学防护是非常有必要的。

口罩：守护呼吸系统健康的第一道精密防线

医用防护口罩(符合N95、KN95或FFP2等标准)是医疗领

域针对职业暴露防护的核心装备，被视为医务人员呼吸道防护的“金标准”。该类型口罩可以与佩戴者面部形成紧密贴合的密封结构，实现对空气中微小颗粒物的高效过滤(依据相关标准，过滤效率不低于95%，能够有效拦截包括结核分枝杆菌传播载体在内的各类气溶胶粒子)。在患者处于传染期(如痰涂片阳性)，进行可能产生气溶胶的操作(如雾化、吸痰)、在通风不良的密闭空间时，N95级口罩不可或缺。

医用外科口罩可以看作为基础防护，在患者传染性较低、日常非近距离接触时使用。医用外科口罩的三层结构(外层防水、中层过滤、内层吸湿)能有效阻隔大部分飞沫。

关键提示：普通棉布口罩、海綿口罩、带呼气阀的口罩防护效果不足，不能用于肺结核防护。

如果正确佩戴口罩呢？

严密覆盖：务必完全覆盖口、鼻及下颌，确保金属鼻夹紧密贴合鼻梁，塑造立体密封空间。

杜绝触碰：佩戴口罩后严禁触碰口罩外表面，若不可避免接触，需要立即进行手部消毒。

密合性检查：佩戴N95口罩后必须进行密合性检查，双手盖住口罩大力呼气，应无气体从边缘漏出和吸气时口罩应明显内陷。

时效与更换：口罩受潮、被明显污染，以及连续佩戴超过4小时，要及时更换口罩。一次性口

罩严禁重复使用。

仅触碰口罩的耳挂或头带部分，避免接触可能污染的前部区域。动作轻柔以防污染物扩散，立即将废弃口罩丢入带盖的医疗废物垃圾桶或专用感染性废物袋，脱卸后立即进行手部卫生清洁。

医务人员的自我健康管理：防患于未然

健康监测：密切留意自身健康，若出现持续两周以上的咳嗽、咯痰、低热(尤其午后潮热)、盗汗、乏力、体重下降等肺结核可疑症状，应立即就医，并告知医生肺结核患者接触史。

暴露后的评估与预防：发生高风险暴露(如未戴口罩长时间近距离接触传染期患者)，应及时咨询专业医生。医生会根据暴露情况、患者状态、陪护者自身免疫状态等评估感染风险，必要时建议进行结核菌素皮肤试验或γ-干扰素释放试验，甚至提供预防性抗结核治疗。

增强免疫力：保证充足的睡眠、营养均衡的饮食、适度的体育锻炼等，维持良好免疫状态是抵御感染的基础。

防护无小事，细节定安危。面对结核分枝杆菌这一空气传播的威胁，医务人员的个人防护是切断传播链、守护医患双方健康的关键环节。医用口罩的科学选择与规范使用，构成抵御飞沫与气溶胶入侵的核心屏障。唯有将口罩佩戴、手卫生、健康监测等规范操作内化为职业习惯，方能在履职过程中为自身健康筑起坚实的防线。

这一防护过程并非孤立存在，而是与环境通风优化、医疗废物规范处置等环节共同构成多维度防控体系。每一次规范操作都是对公共卫生安全的有力守护，既能保障医务人员自身健康，更能为患者营造安全的诊疗环境，推动形成医患双向防护的良性循环。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)

铅作为一种常见重金属污染物，广泛存在于工业废气、汽车尾气、含铅涂料、某些加工食品中，一旦通过呼吸、饮食或皮肤接触进入人体，会缓慢蓄积并损害多个系统，甚至危及生命。儿童因代谢旺盛、血脑屏障尚未发育完善，对铅的毒性更为敏感；成年人长期低剂量接触，也可能引发慢性健康问题，其危害具有隐匿性、累积性和不可逆性。那么，该如何做好铅中毒的预防与药物治疗呢？

预防措施

铅的来源广泛，生活中做好以下预防措施，能大幅降低中毒风险：

饮食安全：慎食传统含铅工艺制作的松花蛋、爆米花等含铅风险较高的食物，选择正规厂家生产的禽蛋、零食；避免使用内壁有鲜艳花纹的劣质陶瓷餐具，改用玻璃、不锈钢或无铅陶瓷餐具，防止铅从釉彩中析出而污染食物。

环境防护：老旧房屋翻新时，铲除含铅墙面涂料时需要戴口罩、手套等防护措施，并选择“无铅认证”的环保涂料；远离蓄电池厂、印刷厂、加油站等铅作业场所，居住区域与这类场所保持安全距离。

儿童防护：选购玩具时认准“无铅标识”，避免儿童啃咬色彩鲜艳的塑料、金属玩具；定期清洁儿童活动区域，用湿抹布擦拭家具、地板，防止吸入铅尘。

个人习惯：接触报纸、颜料、废旧电池后要及时洗手，饭后更要仔细清洁双手，以此阻断铅通过“手-口”途径传播；吸烟者应尽早戒烟，由于香烟烟雾中含有铅，二手烟会使周围人群被动接触铅而面临暴露风险。

保证钙、铁、锌的摄入量：牛奶、豆制品、瘦肉、动物肝脏中含有丰富的钙、铁、锌，这些元素与铅竞争吸收通道，从而降低铅在肠道内的吸收效率。

多吃富含维生素C的食物：橙子、猕猴桃、西兰花等新鲜蔬果中含有丰富的维生素C，能够促进铅的代谢。

增加膳食纤维的摄入量：粗粮、燕麦、芹菜等富含膳食纤维的食物，可以吸附肠道内的铅，使其随粪便排出去。

临床症状

神经系统受影响：孩子可能出现烦躁不安、多动、注意力不集中、学习能力下降、记忆力减退等情况。严重时，还可能伴有头痛、头晕，甚至抽搐等症状。

消化系统出问题：常表现为食欲不振，还可能伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻或便秘等症状，一部分孩子可能出现口臭。

血液系统遭破坏：铅会干扰血红蛋白的合成，导致孩子出现贫血，具体表现为面色苍白、身体乏力、活动耐力下降等。

药物治疗

若意外暴露导致铅中毒，需要根据中毒程度采取相应治疗措施：轻微中毒，以脱离铅源和营养调理为主；中度中毒、重度中毒，则需要规范进行药物治疗。

根据我国《儿童高铅血症和铅中毒分级和处理原则(试行)》及临床诊疗规范，药物驱铅需要严格遵循以下标准，且必须在医生指导下进行。

1.儿童血铅水平≥250微克/升，成人血铅水平≥450微克/升，就需要考虑药物驱铅。

2.对于血铅水平未达上述数值，但已经出现明显腹痛、贫血(如面色苍白、乏力)、神经系统异常(如头痛、烦躁、抽搐)等症状的患者，为避免铅毒进一步损害机体，也需要由医生评估后进行药物治疗。

常用驱铅药物及注意事项

驱铅药物的作用机制是与体内铅结合形成稳定的络合物，通过尿液或粪便排出体外，常用药物包括：

依地酸钙钠：临床首选的驱铅药物，适用于中度、重度铅中毒。静脉滴注给药，一般3天为1个疗程，间隔4天后可以重复治疗，具体剂量根据体重和血铅水平进行调整。需要注意的是，该药物可能引起头晕、恶心、肾功能轻度损伤，用药期间需要监测尿常规和肾功能。

二巯丁二钠：该药物通过结合游离或与酶结合的金属离子形成无毒络合物，经肾脏排泄，恢复酶活性。对铅的络合能力强，可以静脉注射或肌肉注射，常用于急性铅中毒。常见的不良反应包括：口臭、头痛、恶心及注射部位疼痛，少数患者可能出现过敏反应，用药前要评估是否有过敏史。

青霉胺：口服驱铅药物，适用于轻度、中度铅中毒。青霉胺需要从小剂量开始使用，逐渐加大药量，用药前需要进行青霉胺皮试，长期使用需要监测血常规。

药物治疗的原则

必须在医生指导下规范用药：驱铅药物有一定毒性，需要根据血铅水平、症状及身体状况制定治疗方案。

优先进行非药物干预：对于血铅水平轻度升高，且无临床症状的轻度铅中毒患者，首选脱离铅暴露环境、调整饮食、定期监测血铅水平等方式，而非立即使用药物治疗。

对症治疗：腹绞痛者，可以使用阿托品缓解平滑肌痉挛；贫血者，补充铁剂、维生素B₁₂；神经系统症状明显者，给予营养神经药物(如B族维生素)。

定期复查：药物治疗结束后，应定期检测血铅水平，评估驱铅效果，同时做好预防保健。

总之，铅中毒的防控核心是“预防为主，防治结合”。在日常生活中通过规避风险、合理饮食，能有效减少铅暴露；如果发生铅中毒，需要及时就医，规范进行药物治疗，能够最大程度降低损害。此外，全社会也应共同关注铅污染问题，从源头加强管控，企业严格遵守环保标准，政府完善监测与治理体系，为公众营造更安全的生活环境，让铅中毒的风险远离每个人的生活。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)



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。
邮箱:5615865@qq.com
联系人:朱忱飞 电话:13783596707

征稿