

基层适宜技术

水肿的诊断与治疗

水肿是临床常见体征,指组织间隙体液异常积聚致局部或全身肿胀。按范围,分为全身性(心性、肾源性等)与局部性(静脉血栓、炎症等);按性质,分为压陷性(体液滞留,按压有凹陷)与非压陷性(组织间隙黏多糖增多,如甲状腺功能减退)。水肿在临床上分为三度:轻度,仅累及眼睑、踝部,凹陷浅且速恢复;中度,波及下肢或躯干,凹陷深、恢复慢;重度,波及全身伴胸腹腔积液,凹陷深且久不恢复。水肿并非独立的疾病,而是疾病的重要表现,及时识别对明确病因、改善预后至关重要。

常见病因

全身性水肿
心源性水肿:右心衰竭致体循环静脉压升高,液体回流受阻,常见于慢性心衰、肺心病等。
肾源性水肿:肾小球滤过率下降(如急性肾炎)或肾病综合征(血浆白蛋白<30克/升)引发,伴蛋白尿、高血压。
肝源性水肿:肝硬化、重症肝炎致白蛋白合成减少及门静脉高压,以腹水为突出表现,伴下肢轻度水肿。
内分泌代谢性水肿:甲减(非压陷性,伴怕冷、乏力)、库欣综合征(水钠潴留)、经前期综合征(雌激素波动致下肢肿)。
营养不良性水肿:长期蛋白摄入不足或吸收障碍(如肠结核),致血浆白蛋白降低。
药物性水肿:钙通道阻滞剂(硝苯地平)、糖皮质激素、非甾体抗炎药、胰岛素等引发。
局部性水肿
炎症性水肿:蜂窝织炎、丹毒等致局部血管扩张,伴红、热、痛。
静脉阻塞性水肿:下肢深静脉血栓、静脉曲张、上腔静脉综合征。
淋巴回流障碍性水肿:丝虫

病、乳腺癌术后腋窝淋巴结清扫。
过敏性水肿:接触过敏原致血管通透性增加,如血管神经性水肿。
临床特点
心源性水肿:首发足踝部,活动后加重、抬高患肢减轻,伴颈静脉怒张、肝脾肿大、呼吸困难。
肾源性水肿:首发眼睑、颜面部(晨起明显),伴蛋白尿、血尿、高血压、肾病综合征时伴大量腹水。
肝源性水肿:以腹水为主,下肢肿胀程度轻,伴肝掌、蜘蛛痣、黄疸、腹壁静脉曲张。
甲减性水肿:非压陷性,累及眼睑、面颊、下肢,伴怕冷、嗜睡、心率慢, TSH(促甲状腺激素)升高、FT4(血清游离甲状腺素)降低。
局部炎症性水肿:局限于炎症部位,伴红、热、痛,丹毒边界清晰,蜂窝织炎边界模糊。
静脉阻塞性水肿:深静脉血栓致单侧腿、小腿压痛(Homans征阳性),静脉曲张致双侧肿胀,久站后加重,可见静脉迂曲。

诊断思路

遵循“病史采集-体格检查-辅助检查-鉴别诊断”流程。
病史采集
水肿信息:一是时间,晨起眼睑肿提示肾源性水肿,活动后下肢肿提示心源性水肿或静脉性水肿。二是部位,单侧肿多为局部病因,双侧肿多为全身性病因。三是进展,急性肾炎、血管神经性水肿进展快,慢性心衰、肝硬化进展慢。四是缓解因素,静脉性水肿抬高患肢能够缓解,心源性水肿需要应用利尿药物。
伴随症状:若呼吸困难,提示心源性水肿;若泡沫尿、高血压,提示肾源性水肿;伴黄疸、腹胀,提示肝源性水肿;伴怕冷、乏力,

提示甲减性水肿;伴局部红、热、痛提示炎症性水肿;伴皮疹,提示过敏性水肿。
既往史与用药史:有无高血压病、糖尿病、心肝肾基础病;有无服用钙通道阻滞剂、激素等药物;有无手术(如乳腺癌手术)、外伤史。
生活习惯:盐和蛋白的摄入量,是否久坐站、过敏史。
体格检查
一般检查:测血压(高血压提示心肾源性水肿)、体重(水肿者短期内增重)、体温(发热提示炎症性水肿)。
水肿检查:按压内踝和胫骨前,判断是否压陷性;观察范围,以及对称性;检查皮肤(红、热、痛提示炎症,增厚、粗糙提示淋巴障碍)。
系统检查:心血管方面,颈静脉怒张、心界扩大、肺部湿啰音;消化方面,肝脾肿大、移动性浊音、腹壁静脉曲张;泌尿系统方面,肾区叩痛;内分泌方面,甲状腺大小、皮肤温度等。
辅助检查:血常规、尿常规、肝肾功能、电解质、甲状腺功能、下肢血管超声、心脏超声、胸部X线、凝血功能、尿蛋白定量、过敏原检测等检查。
鉴别诊断
全身性水肿的鉴别:伴蛋白尿或高血压,肾源性水肿;伴颈静脉怒张,心源性水肿;伴黄疸或腹水,肝源性水肿;伴怕冷或TSH高,甲减性水肿;伴低蛋白或消瘦,营养不良性水肿;有可疑用药史,药物性水肿。
局部性水肿的鉴别:伴红、热、痛,炎症性水肿;伴静脉迂曲,静脉曲张;伴皮疹增厚,淋巴障碍;突发或有过敏史,过敏性水肿。
治疗方法
遵循“病因治疗为主,对症治

疗为辅”的治疗原则。
病因治疗
心源性水肿:改善心功能可以选用呋塞米(20毫克/次~40毫克/次,1次~2次/天;重度水肿者,加螺内酯20毫克/天)、地高辛(0.125毫克/天~0.25毫克/天,收缩性心力衰竭者使用);改善重构者:依那普利(5毫克/次~10毫克/次,2次/天)或缬沙坦(80毫克/天)、美托洛尔(12.5毫克/次~25毫克/次,2次/天);控制基础病(如冠心病选用硝酸酯类药物)。
肾源性水肿:急性肾炎,选择卧床、氮氯地平(5毫克/天)控制血压,必要时选用呋塞米;肾病综合征,选用泼尼松(1毫克/千克/天,8周后减量),耐药者加环磷酰胺,白蛋白<25克/升,水肿严重时补10克/次~20克/次(滴注后使用利尿药物)。
肝源性水肿:补充白蛋白(20克/次~30克/次,2次/周~3次/周)、多烯磷脂酰胆碱(456毫克/次,3次/天)保肝,普萘洛尔(10毫克/次,2次/日)降低门静脉高压,重度腹水时放液(<3000毫升/次),并补充白蛋白。
甲减性水肿:左甲状腺素(起始25微克/天~50微克/天,逐渐加至100微克/天~150微克/天,终身服用)。
药物性水肿:停用或更换药物(如钙通道阻滞剂换血管紧张素转化酶抑制剂等)。
局部性水肿:炎症者选用头孢呋辛酯(0.5克/次,2次/天),重度时通过静脉输注头孢曲松(2克/天);深静脉血栓者选用低分子肝素(4000单位/次~6000单位/次,2次/天,7天~10天),利伐沙班(15毫克/次,2次/天×3周,以后为20毫克/天×3个月~6个月);过敏者选用氯雷他定(10毫克/天),重度时选用泼尼松(30毫

克/天,短期)。
对症治疗
限盐限水:盐<3克/天,禁食咸菜、腌制品;心肾源性水肿伴少尿时,饮水量等于前一天的尿量+500毫升(1000毫升~1500毫升)。
体位调整:下肢静脉性水肿,患者休息时抬高患肢(高于心脏20厘米~30厘米);心源性水肿,患者取半卧位。
利尿剂:轻度,选用氢氯噻嗪(25毫克/天);中度,选用呋塞米(20毫克/天);重度,选用呋塞米(40毫克/次~80毫克/次,2次/天)+螺内酯(20毫克/天~40毫克/天),监测电解质(低钾者补充氯化钾0.5克/次~1克/次,3次/天)。
物理治疗:淋巴障碍性肿(如乳腺癌术后),选用空气波压力治疗(30分钟/天),穿医用弹力袜。
转诊指征
紧急转诊(24小时内):伴突发呼吸困难、端坐呼吸、咯粉红色泡沫痰、单侧下肢突发肿胀伴剧烈疼痛、Homans征阳性、意识障碍、血压骤降(考虑休克或严重电解质紊乱)。
限期转诊(72小时内):肾源性水肿伴少尿(<400毫升/24小时),血肌酐>133微摩尔/升或蛋白尿>3.5克/24小时(提示肾病综合征或急性肾损伤);肝源性水肿伴黄疸(总胆红素>34微摩尔/升),顽固性腹水(放液后快速复发);甲减性水肿伴心包积液,心率<50次/分(需要调整甲状腺素剂量)。
经全科常规检查(血常规、肝肾功能、甲状腺功能、下肢超声)仍无法明确病因等,转诊时需要携带完整病史、检查报告及治疗记录。
(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

每周一练

(心理卫生、心身疾病)

一、心理卫生又称为
A.心理健康
B.心理和谐
C.心理宽容
D.心理调节
E.心理平衡
二、心理健康的标准不包括
A.智力正常
B.健康行为
C.情绪乐观
D.意识清晰
E.人格健全
三、智力发展的关键期在
A.3岁前
B.4岁前
C.5岁前
D.6岁前
E.7岁前
四、在印度丛林有两个被狼抚养的孩子,他们与狼共同生活7年,发现之后,将其带回人类,10年后,他们还是不会人类的语言,只会一些简单的表达,但是他们还是能够听懂狼的语言,这一事件说明
A.人类的自制力存在关键期
B.儿童时期对人的发展很重要
C.人类的语言与智力发展存在关键期
D.人格发展存在关键期
E.人接受一种语言后很难改变

五、对于大多数在小学里学习成绩中等的孩子而言,可以判断其智力水平处于正常范围,这一心理健康判断的角度为
A.文化学角度
B.社会学角度
C.人类学角度
D.统计学角度
E.病理学角度
六、一名外科手术前的患者,坐卧不安,眉头紧锁,小动作多,这一现象是
A.心境
B.激情
C.情感
D.应激
E.情操
七、汽车正在行驶中,一名儿童突然冲向马路对面,司机急刹车,汽车在发出刺耳的刹车声后停住,儿童在车前的半米处跑过,这时司机顿感心跳加快,头上冒汗,手足无力,这种情绪状态是
A.心境
B.激情
C.情感
D.应激
E.情操
八、心理社会因素参与的躯体疾病称为
A.心身反应
B.情绪反应
C.心理障碍
D.精神疾病
E.心身疾病

本期答案

一、A	二、D	三、E	四、C
五、D	六、B	七、D	八、E

经验交流

患者,女性,30岁,因顽固性失眠1年多、加重15天到笔者所在医院就诊。患者因与同事争吵,生气过度导致失眠,曾到当地某医院进行检查,被诊断为神经衰弱,并接受脑灵素片、健脑补肾丸、谷维素片等药物治疗,但是疗效欠佳。随后,患者找某中医治疗,服中药数十剂,收效甚微。因此,患者找笔者寻求中医治疗。
辨证:失眠多梦,甚则彻夜不眠;面色无华,双目布满血丝;时

化痰清热解郁安神治失眠

□刘铭玉

而喃喃自语,时而暴躁怒骂,时而声泪俱下;食少纳呆,大便秘结;舌质红、苔黄,脉弦滑数。
诊断:失眠症。
证属:肝郁化热,痰热蒙蔽心窍。
治则:化痰清热、解郁安神。

方药:防己10克,生地20克,黄芩12克,栀子10克,半夏10克,竹茹10克,柴胡12克,茯苓10克,合欢皮10克,夜交藤10克,大黄10克(后下),甘草10克。每天1剂,用水煎,早、晚服药。

患者服上方6剂后,夜间睡眠时间达到4小时,其他症状明显减轻,饮食尚可,大便正常。笔者在上方中去除大黄,让患者坚持服药7剂,诸症消失,嘱咐其再服6剂以巩固疗效。
按语:患者因恼怒伤肝,肝之

疏泄功能失常,肝病及脾,脾失健运,聚湿生痰,痰郁化热,蒙蔽清窍,故出现失眠及其他一系列伴随症状。治疗以化痰清热、解郁安神为主。方中柴胡、香附、郁金、黄芩、栀子、生地、防己、半夏、竹茹,可解郁、化痰、清热;大黄,泻热通便;合欢皮、夜交藤,宁心安神;甘草,调和诸药。诸药合用,使患者肝郁得解,痰热得清、心神得宁,效果良好。
(作者供职于山东省诸城市人民医院)

抗风湿的同时
注意保护消化道

□王楠楠

风湿免疫病患者易出现胃肠道损伤,病因分为两类:一是疾病本身致消化系统受损,二是治疗药物引发。以下围绕疾病与药物对消化道的影响、临床鉴别及风险防范展开。
可致消化道损伤的风湿免疫病
系统性红斑狼疮、干燥综合征、白塞病、系统性硬化病、类风湿关节炎、炎症性肌病等,均可能引发以慢性胃炎为主的胃肠道损害。初始症状多非特异性且较轻,如食欲不振、腹痛、腹胀、泛酸、恶心、呕吐、吞咽困难,若未重视,症状可能加重甚至危及生命。
可致消化道损伤的抗风湿药物
治疗风湿免疫病常用免疫抑制剂、非甾体抗炎药(NSAIDs)、糖皮质激素(GC)、生物制剂及辅助用药等。这些药物虽然疗效显著,但是胃肠道反应不容忽视,尤其NSAIDs、GC及免疫抑制剂,损伤呈“三高一低”(高发生率、多累积部位、高死亡率、认知率低)特点。
NSAIDs(如布洛芬、吲哚美辛):可以抑制环加氧酶,减少前列腺素生成诱发反应,累及上消化道;服药初期(3个月内)、大剂量或联用2种(含小剂量阿司匹林)药物时,风险高。
GC(如泼尼松、甲泼尼

龙):抑制黏液合成,促进胃蛋白酶分泌,延迟溃疡愈合;高剂量、既往用或联用NSAIDs时,上消化道并发症风险骤增。
免疫抑制剂(如环磷酰胺、甲氨蝶呤):影响黏膜损伤修复;用药初期及剂量递增过快时,不良反应发生率高。
口服双膦酸盐(如阿仑膦酸钠):因含氨基,服药方式不当易致食管糜烂、溃疡等。
临床鉴别与风险防范
需快速准确鉴别并防范,关键措施如下:
评估风险:针对消化道症状明显的患者,细致询问症状特点,了解既往用药史。关注药物种类、剂量及症状与用药的时间关联,警惕NSAIDs不良反应与原发病症状叠加。
个性化预防:依风险分级制定方案,已出现损伤者,联用胃肠黏膜保护剂、质子泵抑制剂(PPI),密切监测并调整治疗方案;高风险无症状或轻症者,服用抗风湿药时同步使用保护剂,可联用PPI;中等风险者单用保护剂;选NSAIDs者优先胃肠道风险低的COX-2抑制剂。
健康教育:患者要加强与医师沟通,做好自我用药监护,及时复查,提升配合度。
(作者供职于内蒙古医科大学第二附属医院药学部)

中老年人也需要及时接种疫苗

□白伟然 路明霞

疫苗是预防传染病的有力武器。及时接种疫苗,在人体与疾病之间建立一道“屏障”,可以阻断传染病传播,维护公共卫生安全。因此,疫苗又被称为“人群大处方”。我国从1978年开始对适龄儿童实施计划免疫。接种疫苗不仅是儿童的“专利”,对成年人,尤其是中老年人也一样重要!据《中国成年人疫苗接种指南(2023版)》数据,我国60岁及以上人群疫苗接种率不足30%,远低于发达国家水平(50%以上),这也导致中老年人感染性疾病发病率居高不下。因此,提升中老年人疫苗接种意识刻不容缓。
为什么中老年人也要接种疫苗?第一,中老年人活动范围大,感染风险较高。中老年人经常出入菜市场、公园、社区活动中心等人员密集场所,这些环境易形成传染病传播链,疫苗可帮助其建立特异性免疫屏障,将感染风险降低60%-80%。第二,不同疾病好发年龄不同。有些疾病成年人高发但是儿童不高发,如带状疱疹,好发于年龄较大、

免疫抑制或免疫缺陷人群,50岁后发病率呈指数级增长,需要通过接种疫苗降低发病风险。第三,接种疫苗能有效降低该疫病所预防传染病的重症与死亡风险。随着年龄增长,老年人的组织器官生理代谢功能和免疫力会逐渐衰减,免疫细胞活性下降30%-50%,且80%以上的老年人合并心脑血管疾病、呼吸系统疾病、糖尿病等慢性病,罹患感染性疾病后进展为重症的概率是年轻人的5倍~10倍。第四,“关口前移、重在预防”可以降低家庭医疗支出。以肺炎为例,老年肺炎患者平均住院费用约2.5万元,而23价肺炎球菌疫苗接种费用仅为300元~500元,且接种后可提供5年~10年保护期,从长期来看能大幅减少医疗开支。
中老年人可以接种的疫苗有哪些呢?第一,紧急情况下需要接种的疫苗:如被狗咬伤流血,需要在24小时内尽快接种人用狂犬病疫苗;若咬伤部位在头面部、颈部等神经密集区域,还需要联合注射狂犬病被动免疫制剂。被钉子、生锈金属等扎

伤,需要先清创伤口,再根据既往接种史评估是否需接种破伤风疫苗;若5年内未接种过破伤风类毒素,需要及时补种,避免因破伤风杆菌感染而引发肌肉强直、呼吸困难等严重症状。第二,常规疫苗:中老年人因身体机能下降、患病风险增加,建议提前接种带状疱疹疫苗、肺炎球菌疫苗及流感疫苗,预防相关严重疾病。其中,带状疱疹疫苗建议在经济条件允许时提前接种,目前国内上市的重组带状疱疹疫苗需要接种2剂,间隔2个月,70岁以上人群若第2剂未按时接种,可在第1剂后6个月内进行补种,不必重新启动免疫程序。我国几乎都有50岁及以上成年人曾感染水痘-带状疱疹病毒,该病毒会潜伏在神经节内,随着年龄增长免疫功能衰退,病毒再激活概率逐年升高,50岁及以上人群发病率为6.64/1000人,每年新发约156万例。带状疱疹引发的神经痛程度堪比分娩,可能持续数月、数年,甚至一生,还可能并发眼带状疱疹、急性视网膜坏死等致盲风险并发病,接种重组带状疱疹疫苗可将发病风险降低90%以上。肺炎球菌疫苗,若老年人此前未接种过,建议优先选23价肺炎球菌多糖疫苗,接种后5年~10年可以根据自身免疫状况评估是否加强疫苗接种;若已接种13价肺炎球菌结合疫苗,间隔1年后补种23价肺炎球菌多糖疫苗,能覆盖更多血清型。

当前处于流感高发季节。流感是流感病毒引起的急性呼吸道传染病(非普通感冒),人群普遍易感,起病急,临床症状重,常出现39摄氏度以上的高热及头痛、肌肉关节酸痛、乏力等全身症状,严重时并发肺炎、脑炎、多器官损害,老年人因抵抗力差、基础病多、易受环境影响,感染流感及引发并发症的概率更高。每年接种流感疫苗是预防流感的有效手段,可以将感染风险降低60%,且能减少流感相关住院率40%、死亡率50%,同时避免因住院导致的家庭误工及医疗资源占用。
需要注意的是,一些中老年人对接种疫苗存在认知误区,需要逐一分析:一是“身体好不用接种”,实际上免疫功能会随年龄增长而自然衰退,即使自身无基础病,也可能感染引发重症。二是“接种后一定不生病”,疫苗的护率并非100%,但是能够显著降低重症和死亡风险,即使发病也能减轻症状。三是“有基础病不能接种”,除了急性发作期(如严重心衰、哮喘持续状态)外,稳定期的慢性病人更需要精准评估后接种;高血压患者需要将血压控制在160/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)以下再接种,避免血压波动较大而引发不适;糖尿病患者空腹血糖需要<11.1毫摩尔/升,且

无酮症酸中毒等急性并发症时才能接种;慢阻肺患者需要在缓解期接种疫苗,避免疫苗接种后气道反应加重。此外,接种疫苗后需要做好科学护理:接种部位可能出现轻微红肿、疼痛,可以冷敷缓解症状,避免揉搓;少数人可能出现低热,一般情况下多喝水、休息即可自愈;若体温超过38.5摄氏度或症状持续超过24小时,需要及时就医。
从政策支持来看,近年来我国不断优化中老年人的疫苗接种服务:多地将流感疫苗、肺炎球菌疫苗纳入老年人健康管理项目,提供免费或补贴接种;一些省份将带状疱疹疫苗纳入职工医保门诊报销范围,降低经济负担;社区卫生服务中心开设“老年人疫苗接种绿色通道”,提供预约上门、健康评估一体化服务。同时,疫苗接种后建议结合日常健康管理强化免疫效果:每周保持3次~5次、每次30分钟的温和运动(如太极拳、慢走),促进免疫细胞活性;每天摄入优质蛋白(如鸡蛋、牛奶、鱼肉),以及富含维生素C的蔬菜、水果,为免疫系统提供营养支持;每年进行1次免疫功能评估(如检测免疫球蛋白水平),动态了解接种后免疫保护状态。需要注意的是,以上疫苗均为知情自愿接种,建议老年人在接种前携带既往病史资料,由医生进行综合评估,根据自身情况选择合适的疫苗,及时前往附近预防接种门诊进行疫苗接种。
(作者供职于河南省疾病预防控制中心)



本栏目由河南省卫生健康委药物政策与食品安全处指导

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



河南疾控CDC