

基层适宜技术

发绀的诊断与处理方法

发绀是指血液中脱氧血红蛋白浓度升高(一般>50克/升)或异常血红蛋白衍生物(如高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)增多,导致皮肤、黏膜呈现青紫色的临床体征。该体征多出现于毛细血管丰富、皮肤较薄且色素含量少的部位,例如口唇、鼻尖、耳垂、颊部及指(趾)甲等。需要注意,发绀的严重程度与动脉血氧饱和度下降程度并非完全一致,不能单纯以发绀深浅判断病情危重程度。

常见病因与临床特点

发绀的病因,可分为“血液中心性发绀”与“血液中心性发绀”两大类。不同类别的临床表现存在显著的差异。

血液中脱氧血红蛋白增多

此类发绀由血氧饱和度降低或循环障碍导致,根据发病机制可进一步分为中心性发绀、周围性发绀及混合性发绀。

中心性发绀:核心机制为心肺功能异常导致血氧饱和度降低,临床特点为全身性弥漫性发绀,且受累部位皮肤温度正常(温暖),常见于呼吸系统疾病与心脏疾病。

肺性发绀:由肺通气功能障碍或换气功能障碍引发,导致血液在肺内无法充分氧合。常见疾病包括慢性阻塞性肺疾病(急性加重期)、重症哮喘、重症肺炎、自发性气胸、大量胸腔积液等。

心性发绀:由心脏结构或功能异常导致静脉血未经肺氧合直接进入体循环(即“从右向左分流”)。常见疾病包括左心衰竭、先天性心脏病(如法洛四联症、大动脉转位)。其中,左心衰竭主要因肺瘀血导致肺内气体交换障碍;先天性心脏病若从右向左分流流量超过左心搏出量的1/3,即可出现明显发绀。

周围性发绀:核心机制为周围循环障碍导致组织灌注不足、氧耗增加,临床特点为发绀局限于肢体末端及下垂部位(如指端、足背、下肢),且受累部位皮肤温度降低(冰凉),常见于循环瘀血、排水量减少或动脉供血不足。

静脉瘀血:静脉回流受阻

此类发绀由血氧饱和度降低或循环障碍导致,根据发病机制可进一步分为中心性发绀、周围性发绀及混合性发绀。

致局部血液淤积、耗氧量增加,常见疾病包括右心衰竭、下肢深静脉血栓形成、下肢静脉曲张。

心脏排水量减少:全身组织灌注不足,血液流经外周时耗氧量显著增加,常见于感染性休克、失血性休克等严重休克状态,伴随周围血管收缩、组织缺血缺氧。

动脉供血不足:动脉阻塞或痉挛导致局部组织缺血,常见疾病包括血栓闭塞性脉管炎、雷诺病(现象)、闭塞性周围动脉粥样硬化。

混合性发绀:指中心性发绀与周围性发绀同时存在,常见于全心衰竭(左心衰竭导致中心性发绀,右心衰竭导致周围性发绀),或上述心肺疾病(如慢性阻塞性肺疾病)合并周围循环衰竭者。

血液中心性发绀

此类发绀并非由脱氧血红蛋白增多引起,而是血液中出现异常血红蛋白,无法正常结合氧气,常见类型包括高铁血红蛋白血症与硫化血红蛋白血症。

高铁血红蛋白血症:由摄入氧化型物质导致血红蛋白中的二价铁被氧化为三价铁(即高铁血红蛋白),失去携氧能力。常见诱因包括大量进食变质的蔬菜(含亚硝酸盐)、服用磺胺类药物、接触苯胺或硝基苯等化学物质。临床特点为发病急骤、病情危重,患者可迅速出现发绀,且吸氧后发绀症状无明显缓解。

硫化血红蛋白血症:由患者存在便秘(肠道内细菌大量繁殖)或服用硫化物后,肠道内产生的硫化氢与血红蛋白结合,形成硫化血红蛋白。临床特点为发绀持续时间长,可长达数月甚至更久,且患者一般无明显的呼吸困难症状,血液分光镜检查可明确诊断。

诊断思路

发绀的诊断,需要结合病史采集、体格检查及辅助检查,逐步明确病因,避免漏诊或误诊。

病史采集是明确发绀病因的核心环节,需要围绕发绀本身、伴随症状、诊疗经过及基础病史展开。

发绀相关问诊:明确发病年

龄(如先天性心脏病多见于婴幼儿,慢性阻塞性肺疾病多见于中老年人)、发病时间(急性或慢性)、起病缓急(如亚硝酸盐中毒为急性发作,慢性肺部疾病为逐渐出现),以及发病诱因(如是否接触化学物质、进食变质食物、受凉感冒等)。

伴随症状问诊:通过伴随症状,缩小病因范围。

伴意识障碍:多见于心肺疾病(如左心衰竭、重症肺炎),而高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症患者呼吸困难多不明显。

伴杵状指(趾):提示病程较长,常见于发绀型先天性心脏病、肺动静脉瘘、慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化等慢性疾病。

伴肢体肿胀:若单侧肢体发绀伴肿胀,多见于下肢深静脉血栓形成。

伴间歇性跛行:多见于周围动脉疾病(如闭塞性周围动脉粥样硬化、血栓闭塞性脉管炎)。

伴意识障碍:多见于急性中毒(如亚硝酸盐中毒)、休克、急性呼吸衰竭或急性心力衰竭。

诊疗经过问诊:询问患者患病后是否就诊,已经完成的检查项目(如血常规、粪便常规+隐血试验、肝肾功能、血生化、动脉血气分析、胸部X线片、超声心动图等)及检查结果,是否接受治疗(如抗生素、利尿剂、血管扩张剂等)及治疗效果。

一般情况问诊:包括发病以来的精神状态、饮食情况、睡眠质量、大便秘结及体重变化,评估整体病情严重程度。

基础病史问诊:询问是否存在心肺疾病史、血管疾病史,是否有药物(如磺胺类)、化学物质接触史,或变质蔬菜摄入史。

体格检查与辅助检查:通过体格检查初步判断发绀类型,结合辅助检查明确病因。

生命体征:监测体温、脉搏、呼吸、血压,判断是否存在生命体征不稳定(如休克患者血压下降、呼吸急促)。

发绀分布:观察发绀为全身性(提示中心性或混合性)还是局部性(提示周围性)。

心肺体征:肺部听诊是否有干湿性啰音(提示肺炎、心力衰

竭);心脏听诊是否有异常心音(如奔马律)、附加音或杂音(提示先天性心脏病、瓣膜病)。

特殊体征:检查是否存在杵状指(趾),触摸发绀部位皮肤温度(区分中心性发绀与周围性发绀)。

辅助检查选择

动脉血气分析:中心性发绀患者动脉血氧饱和度(SaO₂)显著下降(通常<90%),周围性发绀患者SaO₂多正常。

血液检查:怀疑异常血红蛋白衍生物时,可进行血液分光镜检查(高铁血红蛋白血症可见特征性吸收峰,硫化血红蛋白血症可见特殊光谱);血常规、血生化检查,可以明确受检者是否存在贫血、肝肾功能异常。

影像学与功能检查:怀疑肺部疾病时,进行胸部X线或胸部CT检查;怀疑心脏疾病时进行心电图、超声心动图检查(明确心脏结构与功能);怀疑周围血管疾病时,可进行下肢血管超声检查。

处理方法

发绀的处理,需要遵循“先稳定生命体征、再针对病因治疗”的原则。特别是慢性心肺疾病患者,发绀提示病情加重,需要尽快干预。

一般原则:明确发绀患者(尤其是慢性心肺疾病患者)需要立即评估生命体征,告知患者及家属发绀为严重的疾病信号,避免延误治疗时机;在治疗过程中,密切监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度,维持循环与呼吸稳定。

基础干预:患者应卧床休息,避免活动加重缺氧;给予患者吸氧等治疗,伴二氧化碳潴留者需控制吸氧浓度(一般<35%,采用低流量吸氧,避免抑制呼吸中枢)。

疾病特异性治疗:重症哮喘患者给予支气管扩张剂(如沙丁胺醇、异丙托溴铵)雾化吸入,联合糖皮质激素(如布地奈德)进行抗炎感染治疗;自发性气胸患者可进行胸腔穿刺抽气或胸腔闭式引流;大量胸腔积液患者进行胸腔腔穿刺引流,缓解肺压迫。

心性发绀的治疗

基础干预:左心衰竭患者取端坐姿势,减少回心血量;给予患

者吸氧,必要时使用血管活性药物(如多巴胺、硝酸甘油)维持血压与循环稳定。

疾病特异性治疗:先天性心脏病患者需要转诊至上级医院,完善心脏超声检查,评估手术指征(如法洛四联症需要尽早手术矫正畸形);左心衰竭患者给予利尿剂(如呋塞米)减轻肺瘀血,联合血管扩张剂改善心脏负荷。

周围性发绀的治疗

基础干预:注意局部保暖,避免寒冷刺激加重血管收缩;避免使用血管收缩剂(如去甲肾上腺素),防止外周循环进一步恶化。

疾病特异性治疗:下肢深静脉血栓形成的患者,给予抗凝治疗(如低分子肝素);雷诺病患者要避免诱发因素(如寒冷、情绪激动),必要时使用钙通道阻滞剂(如硝苯地平)扩张血管。

异常血红蛋白衍生物相关发绀的治疗

高铁血红蛋白血症:立即停用可疑药物或食物,给予亚甲蓝(1毫克/千克~2毫克/千克)静脉注射,促进高铁血红蛋白还原为正常血红蛋白;病情严重者,可进行血液透析治疗。

硫化血红蛋白血症:无特效治疗,需要停用硫化物相关药物,改善便秘(如使用果糖),促进肠道内硫化氢排出,发绀可逐渐缓解。

转诊指征

出现以下情况的发绀患者,需要立即转诊至上级医院,进一步明确诊断与治疗。

1.生命体征不稳定者:如血压<90/60毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),呼吸>30次/分,心率>120次/分或<60次/分,血氧饱和度<85%。

2.发绀进行性加重,经初步治疗后无缓解者。

3.怀疑异常血红蛋白衍生物增多(如高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症),需要进行分光镜检查者。

4.发绀病因不明,经病史采集、体格检查及初步辅助检查仍无法明确诊断者。

以上患者均需需要及时转诊。(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

每周一练

(心理评估、心理治疗)

一、心理评估常用的方法不包括

- A.会谈法
- B.调查法
- C.实验法
- D.作品分析法
- E.心理测验法

二、一种心理测量的工具称为

- A.心理评估
- B.心理鉴定
- C.心理测验
- D.心理观察
- E.心理调查

三、患儿为男性,8岁,言语发育不良,词汇贫乏,不能完整表达意思,能做简单加法,但不会减法,简单活动难以完成。对该患儿首选的心理测验是

- A.投射测验
- B.情绪测验
- C.智力测验
- D.精神评定表
- E.人格测验

四、洛夏测验作为一种心理测验,其所用的方法是

- A.投射法
- B.问卷法
- C.作业法
- D.观察法
- E.会谈法
- 五、心理测验的原则是
- A.标准化
- B.稳定性
- C.社会化

D.道德性

E.独特性

六、心理测验工作应遵守的原则为

- A.真诚、中立、回避
- B.自强、自立、自省
- C.信度、效度、常模
- D.客观、保密、标准化
- E.自主、学习、实效
- 七、患者为女性,45岁,大学教授,因车祸导致颅脑损伤,智力测验显示其智商为85分;同时,一位从未接受过正规教育的老人,经检测智商也是85分。心理治疗师认为前者的智力出现了问题,而后者正常。这一片段所遵循的原则是
- A.客观性原则
- B.中立性原则
- C.操作性原则
- D.保密性原则
- E.标准化原则
- 八、某学生参加高考前数月产生严重焦虑。来到心理咨询室后,该学生讲述了其内心的恐惧与担心,治疗师只是认真地倾听,不做提令性指导,这种心理疗法的理论属于
- A.精神分析理论
- B.认知理论
- C.人本主义理论
- D.心理生理理论
- E.行为理论

本期答案

一、C	二、C	三、C	四、A
五、A	六、D	七、A	八、C

药物导致静坐不能的应对方法

□董 勇

一名女性患者到精神科门诊咨询,近3天出现烦躁、坐立不安,夜间双腿难受明显,躺坐不适,严重影响睡眠。她想明确这种情况是病情加重,还是服药后的不良反应。

经询问病史,该患者此前在当地某医院被诊断为精神分裂症,目前服用阿立哌唑25、苯海索。用药后,患者多疑症状减轻,但是新出现烦躁、坐立不安,考虑为药物诱发的静坐不能。

什么是静坐不能

静坐不能是抗精神病药物常见的锥体外系副作用,多在用药后2周~3周出现。患者有强烈的不安全感,表现为无法静坐、反复踱步、双腿不由自主活动,常伴焦虑紧张,严重时可能出现自杀倾向。

该症状容易被误判为原发病加重,可以对其病史进行区分。比如,原发性焦虑患者无相关用药史,症状多由内源性或环境因素引发,病程缓慢、持续加重,与药物诱发的静坐不能差异明显。

药物诱发静坐不能的治疗方法

明确后病因后,患者及时就医即可。医生会根据患者的病情帮助患者选择以下方案:

剂量调整:在医生指导下逐步减少原药物剂量,忌骤然停药,避免病情复发。辅助用药:可联用β受体阻滞剂(如普萘洛尔10毫克/次,3次/天)改善肢体不安,或服用苯二氮䓬类药物(如阿普唑仑0.4毫克/次)缓解焦虑。更换药物:选用锥体外系

反应小的非典型抗精神病药物(如喹硫平、氯氮平、帕利哌酮或低剂量奥氮平),通过平衡多巴胺与5-羟色胺受体,降低静坐不能的风险。

心理与环境支持:家属应为患者提供安静舒适的居住环境,减少外界刺激;采用正念冥想、深呼吸等方法帮助患者转移注意力,缓解焦躁。

定期监测:家属应为患者协助记录症状出现时间、频率及诱因,帮助医生进行病情评估;若症状加重或合并心率异常等副作用,需要立即就医。

中西医结合:一部分案例显示,患者遵医嘱用理气化痰、安神镇惊等方剂(如含酸枣仁、茯苓的汤剂)进行调理,可以缓解症状;但是,未经医生评估,患者不能自行停用西药。

注意事项

不能自行调药:勿自行停药或换药,避免病情波动,所有用药调整需要遵医嘱进行。

警惕自杀风险:若患者出现绝望言论或自伤行为,立即就医。

定期检查:长期使用药物者需要定期检查肝肾功能、心电图及血糖、血脂,便于医生掌握患者的身体状况。

总之,静坐不能是可控的药物副作用,采取阶梯化用药调整、辅助治疗及环境干预措施,多数患者症状会显著改善。患者需要与医生密切沟通,避免误判延误治疗时机;难治性病例可进行多学科会诊,制定个体化方案。

(作者供职于郑州市第八人民医院)



本栏目由河南省卫生健康委药政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

推拿治小儿胃肠型感冒

□吕凯峰

推天柱:项后发际线正中至大椎一条直线,自上向下推100次~300次,可以起到降逆止呕、解表发汗作用。秋温发热较重者可用刮法,以姜汁或凉水为介质,从上向下刮,刮至皮下轻度瘀血为度。

清肺经:湿遏卫阳,肺气不清,

邪在肺卫。肺经为无名指掌面由指尖向指根呈一条直线,沿整个无名指掌面至指根推向指尖200次,清肺经可有宣肺清热、疏风解表之功效。

补脾经:小儿脾虚无以运化水湿,脾经为拇指末节螺纹面,旋推200次,可以健脾、扶正化湿。

清天河水:胃肠型感冒多伴发热,清天河水可清气分热,适用于一切热证,前臂正中腕横纹向肘横纹直推,以清水或薄荷水为介质。本法退热效果较好,推100次以上,一般可见小儿微微出汗。发热温度较高,用本法后若未见出汗,则用拍法沿天河水拍击30遍或天

霜降后 高血压患者应加强健康管理

□蒋建国

今年10月23日是霜降节气。中原大地气温骤降,昼夜温差突破10摄氏度。对中老年人而言,这意味着血管即将面临“双重考验”——《循环医学杂志》最新报道显示,气温每下降1摄氏度,收缩压平均上升0.7毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),而昼夜温差超过0摄氏度的时候,血管内皮细胞释放的炎症因子会使斑块稳定性下降42%。我国65岁以上人群高血压患病率达49%,其中仅7.6%实现有效控制。霜降后,若患者对血压管理不当,心肌梗死、脑卒中的患病风险率将较夏季增加37%。

科学保暖:筑牢血管“防护盾”

寒冷刺激交感神经引发血管收缩,这一过程会使血小板聚集速度加快3倍,直接导致血压飙升。保暖需要遵循“重点防

护、梯度适应”的原则:在关键部位防护上,头颈部、四肢末端等血管密集部位外出时应佩戴羊绒帽、加绒围巾及防水手套等保暖装备,这些部位保暖可以使收缩压降低8毫米汞柱~12毫米汞柱;在环境温度管理方面,室内需要维持18摄氏度~22摄氏度,避免频繁进出温差超15摄氏度的环境,使用空调时配合加湿器预防血液黏度上升;在衣物选择方面,优先选择三层保暖结构(透气内衣+保暖层+防风外套),材质以棉质为主,避免过紧衣物压迫血管。

精准监测:捕捉血压“波动信号”

老年高血压患者具有收缩压高、脉压差较大、波动频繁的特点,秋冬季节需要强化监测:标准化监测方案为每天7时~8时、19时~20时各测量1次,每次

连续测量3遍(间隔1分钟)取平均值,连续监测7天,血压平稳者每周监测1天,但是需要加测服药前数值;出现头晕、头痛等症时采用24小时动态血压监测,重点关注“晨峰现象”(6时~10时血压骤升)和夜间血压,若夜间血压下降不足10%需要警惕靶器官损害;当收缩压持续≥140毫米汞柱或舒张压≥90毫米汞柱,或24小时波动幅度超20毫米汞柱,需要48小时内就诊调整治疗方案。

生活方式:构建血压“稳定三角”

饮食调控需要从限盐升级到控钠,每天钠盐的摄入量≤5克(约一个啤酒瓶盖的容量),同时注意酱油、味精等隐形盐(10毫升酱油≈1.6克盐),增加富含钾的食材(如菠菜、香蕉),每天摄入300克~500克蔬菜(钾、钠平衡可以降低收缩压4毫米汞柱~6毫米汞柱),每周吃2次~3次深海鱼(Omega-3脂肪酸可以改善血管弹性),避免食用腌制食品,加工肉类及高糖饮料,酒精摄入量控制在男性每天≤25克、女性≤15克;适度运动以温和的有氧运动为核心,选择室内散步、打太极拳等中低强度运

动,每天30分钟、每周5次,运动时心率控制在(220-年龄)×60%的安全范围,避免晨起空腹锻炼,气温低于5摄氏度时不进行户外锻炼,运动前热身10分钟,出现不适症状立即停止,用跑步机时抓住扶手防止跌倒;情绪管理需要切断“压力-血压”链条,压力激素每升高1倍,高血压风险率增21%~31%,建议每天15分钟深呼吸或冥想(听舒缓音乐可降低收缩压5毫米汞柱~7毫米汞柱),出现持续焦虑、抑郁时可以和家人沟通或兴趣活动来缓解,必要时寻求心理干预(焦虑合并抑郁的高血压患者心肌梗死的风险率增高6倍)。

晨间防护:破解“血压高峰密码”

清晨6时~10时是高血压患者的“生死攸关期”,此时收缩压可以骤升15毫米汞柱~30毫米汞柱,心肌梗死发生率占全天的40%。防护需要做到以下几个方面:在医生指导下将长效降压药调整至晨起服用,使药物峰值与血压高峰同步;严格执行“三个半分钟”原则(醒后平躺半分钟、坐起半分钟、站立半分钟),此方法可以

使体位性低血压发生率降60%;避免晨起吸烟、喝咖啡或剧烈翻身等,缓慢喝200毫升温水稀释血液,起床空腹锻炼,气温低于5摄氏度时不进行户外锻炼,运动前热身10分钟,出现不适症状立即停止,用跑步机时抓住扶手防止跌倒;情绪管理需要切断“压力-血压”链条,压力激素每升高1倍,高血压风险率增21%~31%,建议每天15分钟深呼吸或冥想(听舒缓音乐可降低收缩压5毫米汞柱~7毫米汞柱),出现持续焦虑、抑郁时可以和家人沟通或兴趣活动来缓解,必要时寻求心理干预(焦虑合并抑郁的高血压患者心肌梗死的风险率增高6倍)。

多维度守护:平稳过冬

霜降过后,高血压患者需要建立“保暖-监测-干预”的闭环管理体系。科学防护可以使秋冬季的心脑血管事件风险率降低50%以上。患者若出现头痛伴血压≥160/100毫米汞柱、胸痛、肢体麻木等症状,需要立即前往医院就诊。希望每位高血压患者都能平安健康地度过寒冷的冬天,享受健康生活。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)



河南疾控CDC