

基层适宜技术

缺铁性贫血的诊断与处理

缺铁性贫血是机体对铁的需求与供给失衡,导致体内储存的铁耗尽,继而红细胞内铁缺乏,引起血红蛋白合成减少导致的小细胞低色素性贫血。

病因及分类

缺铁性贫血的病因,可归纳为铁摄入量不足、铁丢失过多和铁吸收障碍这3类。

铁摄入量不足:多见于铁需求量增加的生理时期,如婴幼儿快速生长、青少年发育、月经期女性、孕妇及哺乳期妇女。若膳食中铁供给不足则易发生贫血;长期素食、偏食挑食者亦不少见。

铁丢失过多:慢性长期失血是成年人缺铁性贫血主要原因。消化道慢性失血包括痔疮、胃十二指肠溃疡、食管胃底静脉曲张破裂、消化道息肉、胃肠道肿瘤,以及钩虫等寄生虫感染;女性生殖系统失血以月经过多较为常见,可见于子宫肌瘤、子宫腺肌症、宫内节育环及月经失调;其他还包括咯血与肺泡出血(如肺结节核、支气管扩张、肺含铁血黄素沉着症)、血红蛋白尿(如阵发性睡眠性血红蛋白尿症)以及慢性血液透析等。

铁吸收障碍:萎缩性胃炎、胃及十二指肠手术后胃酸分泌减少会影响铁吸收;慢性腹泻、炎症性肠病等消化吸收不良疾病,亦可致铁吸收减少;膳食中植酸盐、草酸盐、多酚类物质,以及浓茶、咖啡,服用碳酸钙等抗酸剂、H₂受体阻滞剂等均可抑制铁的吸收。

临床表现

缺铁性贫血起病隐匿,早期常无明显的症状,随缺铁程度加重而逐渐显著。临床表现可分为以下3个方面。

缺铁原发病表现:消化性溃

瘍、肿瘤或痔疮所致慢性失血,可表现为黑便(柏油样便)、血便或腹部隐痛、腹胀;肠道寄生虫感染,可引起腹痛、大便秘状改变;女性可表现为月经量明显增多;部分患者伴体重下降。

贫血本身表现:皮肤、黏膜苍白是贫血早期出现的体征,见于颜面、睑结膜、口唇及甲床。患者常感觉全身乏力、注意力难以集中,活动后或突然站立时出现头晕,重度贫血时可发生晕厥;轻度体力活动即感觉心悸,休息时亦可出现;气短、耐力下降,难以胜任体力劳动;食欲下降、腹胀,部分患者出现恶心想。

组织缺铁表现:精神行为异常,如烦躁、易怒、注意力涣散;儿童可出现异食癖,例如嗜食泥土、粉笔等;体力与耐力下降,容易发生感染;儿童生长发育迟缓,智力发育受影响;口腔表现包括舌乳头萎缩、口角炎,口腔黏膜萎缩导致吞咽困难;毛发干枯容易脱落,皮肤干燥,指甲变脆、缺乏光泽,重者可变平甚至凹陷呈勺状(匙状甲)。

体征表现

视诊时,可见皮肤、结膜、口唇、甲床苍白,毛发干枯、匙状甲。口腔检查,可见舌乳头萎缩、口角炎。心脏听诊常闻及心率增快,长期严重贫血可出现心尖区收缩期杂音,甚至心脏扩大。对婴幼儿,还应关注其身高、体重等生长发育指标是否落后于同龄儿童。

检查方法

血常规检查是筛查的基础。典型表现为小细胞低色素性贫血:平均红细胞体积(MCV)低于80飞升,平均红细胞血红蛋白量(MCH)低于27皮克,平均红细胞血红蛋白浓度(MCHC)低于320

克/升;血涂片可见红细胞体积小、中央淡染区扩大,网织红细胞计数大多正常或轻度增高。

铁代谢检查是确诊关键。血清铁蛋白(SF)降低是反映机体铁储备早期缺乏的敏感指标,缺铁性贫血时SF低于14微克/升;血清铁低于8.95微摩尔/升,总铁结合力高于64.44微摩尔/升,转铁蛋白饱和度低于15%;血清可溶性转铁蛋白受体升高,超过26.5纳摩尔/升;红细胞游离原卟啉高于0.9微摩尔/升。

骨髓铁染色是诊断“金标准”;骨髓小粒可染铁消失,铁粒幼细胞低于15%。

明确贫血类型后,必须积极寻找缺铁病因。粪便潜血试验,用于发现消化道失血;怀疑消化道出血者,应进行胃镜检查、结肠镜检查;女性患者,需要进行妇科评估以明确月经过多的原因;炎症标志物,如C反应蛋白升高提示慢性炎症状态;病因不明或常規治疗无效时,需要进行骨髓穿刺及相关基因检测等。

诊断与鉴别

临床常按血红蛋白浓度分度:轻度为90克/升,中度为60克/升~90克/升,重度为30克/升~59克/升,极重度为低于30克/升。

诊断依据:符合小细胞低色素性贫血(男性血红蛋白低于120克/升,女性低于110克/升;孕妇低于100克/升;MCV、MCH、MCHC均降低),并有明确的缺铁病因和临床表现,结合血清铁蛋白降低,血清铁降低伴总铁结合力升高,转铁蛋白饱和度和降低,骨髓铁染色可染铁消失,补铁治疗有效等项中的2条以上,即可诊断为缺铁性贫血。对乏力、苍白、头晕等疑诊患者,需要常規进行血常规检查与血清铁

蛋白检查。

需要与以下疾病相鉴别。地中海贫血:多为遗传性,呈小细胞低色素性贫血,但血清铁蛋白不降低甚至升高,铁代谢检查不支持缺铁;血涂片可见靶形红细胞,血红蛋白电泳异常,家族史有助于鉴别诊断。

慢性病性贫血(炎症性贫血):慢性感染、炎症或肿瘤性疾病导致,转铁蛋白饱和度可降低,但血清铁蛋白正常或升高,与缺铁性贫血相反,结合C反应蛋白等炎症指标可鉴别。

铁粒幼细胞性贫血:骨髓中可见环形铁粒幼细胞,铁代谢表现复杂,需要骨髓涂片及铁染色鉴别。

肺含铁血黄素沉着症、血红蛋白尿等导致的贫血,亦有各自特征性表现与辅助检查。

并发症及其处理方法

严重贫血可导致高输出量心力衰竭:长期重度贫血时,心脏代偿性排水量增加,最终因失代偿出现心脏扩大、心力衰竭,表现为呼吸困难、下肢水肿等,需要限制体力活动、纠正贫血,必要时在严密监护下输注红细胞。

儿童生长发育迟缓与智力影响:长期缺铁可影响儿童体格与神经发育,要早筛查、早补铁,并同步改善膳食营养。

孕妇不良妊娠结局:缺铁可增加早产、胎儿宫内发育迟缓风险,孕期应常規筛查贫血并规范补铁。

异食癖与吞咽困难:组织缺铁导致,补铁后多可缓解;吞咽困难明显者,需要排除食管狭窄等器质性疾病。

免疫力下降:缺铁患者容易发生感染,纠正铁缺乏有助于恢复免疫功能。

治疗方法

病因治疗是根本。明确并消除导致缺铁的原因,如治疗消化性溃疡,切除息肉或肿瘤,控制月经过多,根除钩虫感染等,单纯补铁而不去除病因容易复发。

铁剂治疗分为口服与静脉补充两类。无输血指征者常規口服补铁剂。常用口服铁剂包括:硫酸亚铁、琥珀酸亚铁等,每日补充元素铁100毫克~200毫克。为了减轻胃肠道反应,铁剂以餐后服用为宜,与维生素C同服可促进铁吸收。口服疗程需要足够长,血红蛋白恢复正常后仍需要继续服药4个月~6个月,以补足体内储存铁。口服补铁治疗期间,茶、咖啡、牛奶、钙剂及高纤维食物可抑制铁吸收,应避免与铁剂同服;服用抗酸剂或四环素后2小时内,不宜服用铁剂。

静脉铁剂适用于口服不能耐受、吸收障碍、持续性失血超过口服补铁的能力、合并炎症干扰铁代谢,以及期望短期内补足贮存铁(如术前预期失血超过500毫升)的患者。常用静脉铁剂有蔗糖铁、异麦芽糖酐铁、羧基麦芽糖铁等,需要严密观察患者的不良反应。

输血治疗:血红蛋白低于70克/升,需要输血;血红蛋白在70克/升~100克/升,要根据患者的年龄、心肺功能及症状,决定是否输血。输血仅作为对症支持措施,不能替代病因治疗与补铁。

营养指导:鼓励摄入富含血红素铁的食物,如瘦肉、动物肝脏、动物血制品,其吸收率高于植物性铁;新鲜蔬菜、水果提供的维生素C,可促进铁吸收;纠正偏食、素食习惯,婴幼儿提倡母乳喂养并适时合理添加辅食。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

每周一练

(肝脏疾病)

一、治疗肝性脑病时,可以促进氮代谢的药物是

- A.新霉素
- B.支链氨基酸
- C.乳糖
- D.氟马西尼
- E.L-鸟氨酸-L-天冬氨酸

二、反映肝纤维化的血清学指标是

- A.直接胆红素
- B.白蛋白
- C.胆碱酯酶
- D.丙氨酸氨基转移酶
- E.Ⅳ型胶原

三、患者为男性,49岁,进食后突然呕血约400毫升,有饮酒史20年,平素餐后常恶心、呕吐、腹胀,无泛酸。查体:面色晦暗,脾肋弓下3厘米腹壁静脉曲张。呕血最可能的原因是

A.食管胃底静脉曲张破裂出血

B.十二指肠溃疡出血

C.食管炎出血

D.胃癌

E.慢性胃窦胃炎

四、肝硬化最严重的并发症是

- A.肝性脑病
- B.原发性腹膜炎
- C.肝肾综合征
- D.电解质紊乱
- E.上消化道出血

五、肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎时,选择抗生素的原则是

A.针对G-杆菌,兼顾G+球菌

B.针对G+球菌,兼顾厌氧菌

C.针对G+杆菌,联合抗真菌药物

D.针对G-球菌,兼顾厌氧菌

E.针对G-杆菌,联合抗真菌药物

六、下列对肝硬化门脉高压诊断具有特征性意义的表现是

- A.腹水
- B.脾大
- C.内分泌紊乱
- D.出血倾向和贫血
- E.侧支循环开放

七、患者为男性,45岁,持续性右上腹痛,伴寒战、高热、恶心、呕吐10天。查体:皮肤、巩膜无黄染,右季肋部饱满,肝肋下4厘米边缘钝,有压痛,无结节,右侧第7、第8肋间腋中线皮肤水肿和压痛,血常规白细胞数为18.5×10⁹/升,中性粒细胞数为0.91×10⁹/升;腹部B超检查结果显示肝右叶内8厘米×6厘米液性暗区;X线检查结果显示右膈肌升高,运动受限。该患者最可能的诊断是

- A.细菌性肝脓肿
- B.胆囊结石伴感染
- C.肝癌伴感染
- D.右膈下脓肿
- E.肝囊肿

本期答案

一、E	二、E	三、A	四、A
五、A	六、E	七A	

急治疗

脑卒中的早期识别

□刘志远

脑卒中具有高发病率、高致残率、高复发率的特点。在乡镇居民中,老年群体占比较大,且合并高血压病、糖尿病、心房颤动等基础病者比例较高,属于脑卒中的高危人群。基层医生处在疾病防控的第一线,能否早期识别、及时规范转诊,直接关系到患者预后与生存质量。结合基层工作实际,现将脑卒中识别与转诊的关键要点归纳如下。

快速识别

脑卒中起病急、进展快,早期识别是抢抓救治时间窗的前提。基层可推广“FAST”识别法,并建议卫生室将该口诀张贴在墙上、纳入健康宣教范围,提升医患双方的识别能力:

F(Face,面瘫)——观察患者微笑时是否口角歪斜、流涎;A(Arm,肢弱)——双上肢平举是否一侧无力下垂;S(Speech,语言)——说话是否含糊、词不达意或不能理解他人言语;T(Time,时间)——一旦出现上述任何一种表现,即刻启动急救。须强调,脑卒中症状常在数分钟至数小时内进行性加重,切勿以“歇会儿就好”而观望,发现异常应立即行动而非等待。对突发剧烈头痛、呕吐、意识模糊或癫痫发作表现者,亦应高度警惕出血性卒中。此外,部分后循环脑梗死表现可以不典型,仅见突发眩晕、复视、吞咽困难、步态不稳或短暂意识障碍,常被误判为眩晕症、颈椎病,识别时须结合整体判断,不可漏判。

现场处置

疑似脑卒中患者须保持安静、卧床,避免晃动头部;解开衣领保持呼吸道通畅,昏迷者取侧卧位防误吸;禁止经口进食、饮水,既防误吸也为可能的手术做准备;准确记录症状出现的确切时间,这对后续溶栓或取栓的时间窗判定至关重要。现场测量血糖,以排除低血糖导致的类似脑卒中的表现;血压显著升高者不宜大幅快速降低血压,避免加重脑灌注不足;未明确诊断前,不要随意使用阿司匹林等抗栓药物。如果确诊脑卒中,快速联系上级医院,优先选择具备绿色通道

的医疗卫生机构进行转诊,途中要持续监测患者的意识、呼吸与脉搏,并做好书面病情交接。

静脉溶栓的黄金时间窗通常为发病4.5小时内,动脉取栓可延长至24小时内,每延迟一分钟都有大量脑细胞发生不可逆性死亡,故“快”字须贯穿识别、呼叫与转诊全过程,任何环节拖延都可能错失最佳救治时机。

预防措施

除了精准识别、及时转诊以外,应做好预防工作。对有高血压病、糖尿病、高脂血症、心房颤动的患者,督促规范用药并定期监测相关指标;心房颤动者按指征进行抗凝治疗,降低心源性栓塞的风险。

对既往有短暂性脑缺血发作或脑卒中者,建立专项健康档案,定期随访并督促长期预防性用药,最大限度降低复发风险。

开展脑卒中危险因素筛查与健康教育,提升居民对肢体麻木、言语不清、步态不稳等预警信号的警觉性。将预防做在前,才是从源头减少脑卒中发病的有效方法。

(作者供职于阜外华中心血管病医院)

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

合理用药

常用抗菌药物的合理使用

□王雪梅

抗菌药物是基层医疗卫生机构使用非常广泛的药物。合理应用抗菌药物,对于控制感染、减少细菌耐药、保障患者用药安全具有重要意义。然而,基层由于检验条件有限、患者依从性差、合理用药知识不足等原因,抗菌药物不合理使用现象较为常见。下面,本文就基层常用抗菌药物的合理应用进行梳理。

抗菌药物使用的基本原则

明确诊断:抗菌药物仅适用于细菌性感染,对病毒性感染无效。应尽量明确感染部位和可能的致病菌,必要时采集标本进行病原学检查。

经验用药与目标用药相结合:在病原学检查结果未出前,可根据感染部位、流行病学特点和临床经验选择抗菌药物;获得药敏试验结果后,应及时调整为敏感药物。

遵循分级管理原则:抗菌药物分为非常限制使用级、限制使用级和特殊使用级。基层医疗卫生机构应主要使用非限制使用级药物,限

制使用级药物需要由中级以上职称的医师出具处方,特殊使用级药物原则上不在基层使用。

注意药物剂量、疗程和给药途径:剂量不足容易导致治疗失败和耐药性,剂量过大则增加不良反应风险;疗程应足够,一般感染症状消退后仍需要继续用药两三天;能口服药物就不肌肉注射药物,能肌肉注射药物就不静脉注射药物。

基层常用抗菌药物及适应证

青霉素类药物:如青霉素G、阿莫西林、阿莫西林克拉维酸钾等,主要用于溶血性链球菌、肺炎链球菌、敏感金黄色葡萄球菌等引起的呼吸道感染、皮肤软组织感染,泌尿道感染;使用前必须询问过敏史,青霉素过敏者禁用。

头孢菌素类药物:如头孢氨苄、头孢呋辛、头孢曲松等。第一代头孢菌素,主要用于革兰氏阳性菌感染;第二代头孢菌素,对革兰氏阴性菌作用增强;第三代头孢菌素对革兰氏阴性菌作用更强,部分可透过血脑屏障。注意,头孢菌素

与青霉素联用,存在交叉过敏反应。

大环内酯类药物:如阿奇霉素、克拉霉素、罗红霉素等,适用于支原体感染、衣原体感染、军团菌感染及青霉素过敏患者的替代治疗。常见不良反应为胃肠道反应和肝功能损害。

喹诺酮类药物:如左氧氟沙星、莫西沙星等,对革兰氏阴性菌和部分革兰氏阳性菌有效,常用于呼吸道感染、泌尿系感染、肠道感染。18岁以下青少年儿童、孕妇及哺乳期妇女慎用喹诺酮类药物。

氨基糖苷类药物:如阿米卡星、庆大霉素等,主要用于革兰氏阴性菌感染。氨基糖苷类药物具有耳毒性和肾毒性,老年人和肾功能不全者应慎用。

硝基咪唑类药物:如甲硝唑、替硝唑,主要用于厌氧菌感染和某些原虫感染。患者用药期间及停药后3天内禁止饮酒。

常见感染的经验用药

急性细菌性上呼吸道感染:多

为链球菌感染,首选青霉素类药物或头孢菌素类药物;青霉素过敏者可选用大环内酯类药物。

急性支气管炎:无明确细菌感染证据时,不推荐使用抗菌药物;有脓痰、发热、白细胞升高等细菌感染的征象时,可选用阿莫西林、头孢氨苄或阿奇霉素。

社区获得性肺炎:轻症患者,可口服阿莫西林克拉维酸钾、头孢呋辛或阿奇霉素;中重症患者,需要静脉用药并转诊。

急性单纯性膀胱炎:可选用呋喃妥因、磷霉素氨丁三醇或左氧氟沙星。

急性腹泻:病毒性腹泻,禁用抗菌药物;细菌性痢疾、旅行者腹泻等,可选用诺氟沙星、左氧氟沙星或阿奇霉素。

不合理用药的常见表现

无指征用药:如普通感冒、病毒性咽炎、盲目使用抗菌药物。

品种选择不当:如轻症感染,盲目使用第三代头孢菌素或喹诺酮类药物。

久咳不愈,别忽视儿童肺结核信号

□刘倩

医院诊室外,刘某攥着检查单,手指发颤。几天前,丈夫李某确诊肺结核,医生随即安排母子三人筛查,结果却让她心口发紧:自己安然无恙,年仅7岁的龙凤胎却双双中招——女儿确诊活动性肺结核,儿子查出结核分枝杆菌潜伏感染。

“同处一个屋檐下,为何偏偏是孩子?”医生道出关键。李某咳嗽已三四月,一直当作普通感冒,只服抗生素、止咳药应付,直到上周加重才做胸部CT检查,结果显示肺部阴影,在痰液检出结核分枝杆菌。其实,长期咳嗽正是肺结核的常见预警信号,却容易被当作普通感冒而延误诊治时机。结核分枝杆菌的飞沫核可在室内悬浮数小时,李某确诊前的3个月恰恰是传染性最强的

时期,全家长期处于高风险暴露之中。

孩子为何首当其冲?女儿从小随父母睡主卧,冬日很少开窗,卧室密不透风,带菌飞沫核悬浮不散,她整夜吸入高浓度的结核分枝杆菌;儿子1年前独立睡觉,天然隔离使室内病菌浓度大幅下降。7岁儿童免疫系统尚未发育成熟,抵抗力远不及成人。女儿持续接触大量病菌,直接发展为有传染性的活动性肺结核,需要休学治疗;儿子接触病菌较少,免疫力将病菌压制在潜伏状态,暂时无症状,也不传染,但是仍有发病风险;而免疫功能健全的刘某,凭自身抵抗力挡住了病菌入侵。

得知儿子没有症状也要服药,刘某再度担忧:一年级的孩子吃药会不会有副作用?医生解

释,结核分枝杆菌潜伏感染者接受预防性治疗,是为身体消除隐患,可获得60%~90%的保护效果;治疗期间,应让机构全程监测其肾功能,能最大限度规避不良反应。即便偶尔不适,也可以在专科医生指导下调整方案,不必因噎废食。最终,刘某的儿子开始为期3个月的预防性治疗。

这为我们敲响警钟。

一、咳嗽咯痰超过2周,切勿大意。不少人把久咳当作小毛病,乱服止咳、消炎药;而肺结核是传染病,普通抗生素无效,只有规范抗结核治疗才能根治,拖延既加重病情又传染他人。除了久咳以外,肺结核还常伴有午后低热、夜间盗汗、乏力等,出现这些信号均应及时就医排查。

二、密切接触者务必及时筛

查。1名活动性肺结核患者1年可传染10人~15人,学校等人员密集场所更容易出现聚集性感染,只有早筛查,才能早发现、早阻断。

三、潜伏感染者别排斥预防性治疗。全球有近1/4人口感染结核分枝杆菌,我国感染人数超过2亿,潜伏在体内的病菌如同定时炸弹,一旦免疫力下降便可发病。研究结果显示,潜伏感

染者一生有5%~10%的概率发展为活动性肺结核,尽早规范干预,可显著降低发病风险。

肺结核可防可治,却常藏在容易被忽视的生活细节里,坚持持室内定期通风,警惕长期咳嗽,及时做好筛查。家中有久咳者,应及早排查,别让亲密相处成了传染病的温床。

(作者供职于开封市结核病防治所)



全国行动 全力投入 全民参与 终结结核

结防那些事

开展终结结核行动 共建共享 健康中国

