基层适宜技术

干眼症的诊断与治疗

干眼是多因素引起的慢性眼表疾病，由泪液质、量及动力学异常导致泪膜不稳定或眼表微环境失衡，可伴有眼表炎性反应、组织损伤及神经异常，造成眼部多种不适症状和（或）视功能障碍，主要表现为眼干、异物感、烧灼感、畏光及视力波动，好发于中老年人、绝经期女性及长期视屏终端人群，发病呈明显年轻化趋势。

如果门诊遇到反复眼干、异物感者，应首先识别其是否属于干眼症：典型者伴双眼干涩、异物感（如砂砾摩擦）、视物模糊（常在眨眼后短暂清晰）、迎风或空调环境加重、晨起眼睑粘连；若出现眼痛、明显视力下降、角膜刺激征，或合并口干、关节痛等全身免疫性疾病线索，必须及时转诊到眼科进行泪膜破裂时间（小于10秒为异常）、泪液分泌试验（席尔默法，5分钟湿长小于10毫米为分泌偏低、小于等于5毫米可诊断干眼症）、荧光素染色及睑板腺功能检查，必要时测定泪液渗透压（每升大于312毫渗量，为参考异常值），并借助眼表疾病指数量表量化症状负荷，先分型、再处置，避免长期以“上火”或“结膜炎”误诊误治。

先分型，再治疗

干眼症，可按病因分为泪液生成不足型与泪液蒸发过强型两大类；按泪液成分异常又分为5种类型，分别是水液缺乏型、脂质异常型、黏蛋白异常型、泪液动力学异常型及混合型，临床以混合型较为多见。其中，脂质异常型多由睑板腺功能障碍引起，其特征为“水不少但油不够”，眼干却不自主流泪、晨起眼睑粘连、睑缘发红，单纯补水难奏效。水液缺乏型常源于泪腺功能随年龄增长功能下降、干燥综合征等自身免疫性疾病或长期服药。黏蛋白异常型与眼表上皮损伤相关。

分型决定治疗重心：水液缺乏型以补充泪液为主，脂质异常型以疏通睑板腺、减少蒸发为主，混合型需要联合治疗。

干眼症若长期不干预可呈慢性进展：轻者，持续出现异物感，以及视力波动，影响患者正常生活；重者，出现角膜上皮缺损、丝状角膜炎，甚至角膜溃疡、角膜变薄与视力下降。

消除诱因是基础

治疗总原则为“分型而治、消除诱因、长期管理”，目标是重建稳定泪膜、缓解症状、保护眼表。第一步是消除可逆性诱因：减少连续视屏时间，显示器上沿与眼平齐或略低；环境使用加湿器，避免空调或暖风直吹患者面部，雾霾或干燥季节减少户外暴露；系统性排查并停用或替换导致干眼症的药物，如部分抗组胺药、抗抑郁药、利尿剂、异维A酸、避孕药，某些化疗药及含防腐剂的滴眼液；长期佩戴隐形眼镜、眼部化妆者须纠正习惯，眼线不画至睑缘内侧，睡前彻底卸妆，吸烟者应戒烟。

合理选用人工泪液

人工泪液是基础用药，按黏度可分为低、中、高不同梯度，其成分与黏度直接影响适配人群。轻度干眼症首选不含防腐剂的水液型低中黏度制剂（如玻璃酸钠、羧甲基纤维素滴眼液，按干涩时段选择），每日三四次，剂量按需增减；需要每日多次（超过6次）使用或佩戴软性隐形眼镜者，必须选用单支独立包装的无防腐剂剂型，以防苯扎氯铵等防腐剂长期累积损伤眼表上皮。

中重度或夜间症状明显者，可睡前使用润滑眼膏（仅限夜间使用）；高黏度凝胶或含脂质的人工泪液更适合日间重度干涩与蒸发过强、睑脂不足者。不推荐使用以去红血丝为卖点的血管收缩类眼药水，此类产品可加重干眼症。

抗炎治疗

抗炎治疗针对干眼症主要的眼表炎症环节。

人工泪液效果不佳、伴眼红或中重度干眼症患者，可选用0.05%环孢素滴眼液（选择性抑制淋巴细胞活化与细胞因子释放）或他克莫司滴眼液（钙调磷酸酶抑制剂），抑制局部炎症，改善泪液分泌。这类药物通常需要规律使用1个月~3个月显效，用药初期可能出现短暂刺痛，需要提前告知患者坚持用药；病情更重者，可将两种药物与低浓度糖皮质激素短期联用。

重度炎症者可短期使用低浓度糖皮质激素滴眼液（如氟米龙、氯替泼诺）快速控制症状，但必须严格限时限量，警惕眼压升高与白内障风险，不主张长期单用；用药期间建议监测眼压，发现升高需要及时减量或停用。

立他司特滴眼液可作为轻中度炎症的替代治疗方案。环孢素与他克莫司起效较慢，须提前向患者说明，以提高用药依从性。

睑板腺功能障碍相关治疗

脂质异常型与睑板腺功能障碍型干眼症，主要是疏通睑板腺而非单纯补水。热敷可软化瘀积的睑脂、促进排出，温度控制在40摄氏度~45摄氏度，每次持续10分钟，每日早晚各1次；同时配合睑缘清洁（用生理盐水棉签拭去脂栓）与沿睑缘方向轻柔按摩（上睑由上向下、下睑由下向上），坚持4周以上才能显效。临床可借助睑板腺分泌评分与形态分级，评估腺体丢失程度以确定疗程。

睑缘炎症状明显者，可短期外用抗生素眼膏；顽固性病例可口服多西环素或阿奇霉素脉冲治疗，需要由医师开具处方，患者用药期间密切关注胃肠道反应与光敏风险；合并蠕形螨感染者，需要辅以除螨处理。有条件时可搭配强脉冲光治疗，利用光热作用改善腺体功能与眼表微循环，按疗程规范进行。

其他药物与物理手段

其余药物与物理治疗可按需求选用。促泌剂，如地夸磷索钠滴眼液，可作用于嘌呤能受体促进自身泪液分泌；重度或难治性病例，经医师评估后可使用自体血清滴眼液、富血小板血浆滴眼液等生物制剂。

泪液蒸发过快者，可佩戴湿房镜或硅胶眼罩减少泪液蒸发；中重度或药物疗效差的患者，可进行泪小点栓塞术，优先栓塞下泪小点，分为可逆性与永久性，儿童优先选用可逆性栓子；轻中度患者可使用治疗性角膜接触镜保护眼表，严重睑闭合不全者可考虑睑缘缝合，仅极少数终末期患者采用唾液腺移植或唇腺移植。

特殊人群与行为干预

特殊人群需要个体化治疗方案：老年人常合并糖尿病、高血压病，优先选用无防腐剂的人工泪液并严格控制基础病，糖尿病患者将糖化血红蛋白控制在合理范围，有助于减轻眼表损害；孕妇、儿童避免口服抗炎药与含激素制剂，选用无防腐剂的剂型并限制用药频次，儿童每日滴眼不超过4次；长期服用抗组胺药物、抗抑郁药物者，需要评估药物诱发干眼症的可能，由医师权衡是否调整用药方案；疑似干燥综合征、类风湿关节炎等免疫性疾病患者，需要转诊至风湿科与眼科协同诊治，针对原发病系统性用药。

营养与行为干预是干眼症长期管理的基石。患者应每日足量摄入富含Omega-3脂肪酸与维生素A的食物，帮助患者改善睑脂质量，维护眼表健康。用眼需要落实“20-20-20”护眼法〔每近距离用眼20分钟，应抬头远眺20英尺（1英尺=0.3048米）外的物体，并持续至少20秒〕，有意识增加完整眨眼次数，纠正“半眨眼”的习惯，室内相对湿度维持在40%~60%，避免风口直吹面部。坚持这些非药物措施，可以显著减少对人工泪液的依赖。

阶梯化治疗与随访

干眼症推荐阶梯化治疗：先以消除诱因、人工泪液与睑板腺护理为基础，疗效不佳时升级至抗炎治疗与物理治疗，仍控制不佳者转至专科门诊评估是否采用泪小点栓塞、强脉冲光或血清滴眼液等方案。疗效评估不能仅看症状，需要结合泪膜破裂时间、角膜染色、泪液渗透压等客观指标，每4周~6周根据病情调整治疗方案，避免长期固守单一用药。

干眼症多为慢性、易复发，治疗重在日常坚持与定期随访。患者需要规范用药，不擅自停用滴眼剂；稳定期每3个月~6个月进行裂隙灯检查、泪膜破裂时间检查与角膜染色检查，必要时完善泪液分泌检查与渗透压检测，通过眼表疾病指数量表追踪症状变化。患者若出现症状持续2周无改善或进行性加重、视物模糊，伴有眼痛畏光、疑似全身免疫性疾病、药物疗效不佳，需要专科干预等情况，必须尽快转诊到上级医院。

（文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供）

合理用药

抗血小板药物的合理使用

□邢文华

抗血小板药物通过抑制血小板聚集，预防动脉血栓形成，广泛应用于冠心病、缺血性卒中和支架植入术后患者。这类药物“用得好护心脑，用不好易出血”，规范使用应把好“规律服药、识别出血、合理联用”三道关。

常用药物与规范用法

阿司匹林：常用的抗血小板药，多选用肠溶片，每次100毫克，每日1次，饭后服用以减少胃刺激；肠溶片须整片吞服（不可嚼碎或碾碎），以免破坏肠溶包衣、加重胃部不良反应。对阿司匹林过敏或不耐受者，可换用氯吡格雷。

氯吡格雷：每次75毫克，每日1次，用于冠心病、脑梗死二级预防及支架植入术后维持治疗，不受进食影响。氯吡格雷需要经过肝脏代谢活化后才能起效，个别人因代谢能力差而药效减弱、血栓风险升高，必要时可进行基因检测或血小板功能检测，由医师判断是否调整用药方案。

双联抗血小板治疗：阿司匹林联合氯吡格雷或替格瑞洛，适用于急性冠脉综合征、冠状动脉支架植入术后患者，常规疗程为12个月。其中，替格瑞洛起效更快，多用于急性期治疗；具体用药时长需要由心内科医师结合患者出血与缺血风险综合权衡，患者须严格遵医嘱执行，切勿自行停药。

长期规律服药的必要性

抗血小板药物的主要作用是持续抑制血小板聚集活性。患者擅自停药会导致病情反弹，短期内显著升高心肌梗死、支架内血栓的发生风险。

患者用药需要遵守以下原则：无医师明确指示，不自行减量或停药；若出现漏服且已经临近下次服药时间，直接跳过该次即可，不可一次加倍补服。

出血风险的识别与预防

出血是抗血小板治疗的主要不良反应，按严重程度分为轻微、严重与致命。轻微出血，常见牙龈渗血、皮下瘀斑、鼻出血；严重出血，表现为黑便、呕血、血尿，或头痛伴随神经功能异常，需要高度警惕颅内出血。

预防要点：有胃溃疡病史或高龄患者，建议联用泮托拉唑等胃黏膜保护药物；避免同时服用布洛芬、双氯芬酸钠等解热镇痛药，防止出血风险叠加。患者日常建议使用软毛牙刷，避免剧烈碰撞与对抗性运动，减少皮下瘀斑；一旦出现黑便、持续头痛、视物不清或活动性出血，需立即停药并就医。

药物联用注意事项

氯吡格雷与奥美拉唑、埃索美拉唑联用，会削弱药效，宜选用药物相互作用更小的泮托拉唑或雷贝拉唑；与华法林、利伐沙班等抗凝药物联用，会显著增加出血风险，必须经医师评估并监测凝血指标（患者不可自行加药）；与部分抗抑郁药合用，也可能升高出血风险，患者就诊时应将全部用药情况主动告知医师。

特殊情形处理

计划拔牙、胃肠镜检查或外科手术前，患者需要提前告知医师正在服用抗血小板药物，由医师判断是否暂停用药。低血栓风险人群，一般阿司匹林术前7天~10天停用，氯吡格雷术前5天~7天停用；高血栓风险者须经过心内科医师与外科医师共同评估，不可自行停药；对于拔牙等小型操作，患者也需要提前告知牙科医师。对阿司匹林过敏者可换用氯吡格雷；活动性溃疡患者优先选用对胃黏膜刺激小的方案，并加用护胃药物。

随访监测要求

患者用药期间需要定期观察皮肤黏膜有无出血迹象，长期服药者每年复查血常规与肝肾功能。患者可以自备用药清单，就诊时主动出示。若出现不明原因瘀斑增多、牙龈反复出血或大便发黑，患者应及时就诊。在随访过程中，医务人员会检查患者用药依从性，同时提醒患者配合疫苗接种与生活方式干预，共同保护心脑血管健康。

抗血小板治疗是心脑血管疾病二级预防的基石，规范用药、密切监测出血风险，才能真正实现“护心脑而不伤身”的治疗目标。

（作者供职于郑州人民医院）

肺结核患者健康管理要点

□苏茹月

肺结核是由结核分枝杆菌感染肺部引起的传染性疾病，主要通过呼吸道传播。患者咳嗽、打喷嚏或大声说话时，可喷出含有结核分枝杆菌的飞沫；健康人吸入这些飞沫后可能受到感染，感染结核分枝杆菌的人群一生中发展为结核病患者的风险为5%~10%。肺结核的主要症状包括咳嗽、咯痰、咯血、胸痛、呼吸困难，以及发热、盗汗、乏力、消瘦等全身症状。如果确诊肺结核，患者不必恐慌焦虑，《中国结核病防治工作指南》对促进患者治疗康复、降低传染概率给出了明确指导。

正确认识肺结核，坚持规范治疗

1.肺结核是呼吸道传染病，人人都有可能被传染。肺结核可防可治，患者不必产生过大的心理负担。

2.肺结核患者应遵医嘱服药，不要自行停药或调整药物；定期复查，发生不良反应及时到医院就诊。

3.肺结核患者如果不坚持规范治疗，就容易发展为耐药肺结核。患者一旦出现耐药性，治愈率低，治疗费用高，社会危害大。

4.如果按医生要求坚持规范治疗，绝大多数肺结核患者都可以治愈。自己恢复健康，同时保护家人。

5.如需要短暂外出，肺结核患者应告知医生并带够足量药品按时服用；如要改变居住地，应与医生联系办理延续治疗相关手续。

6.遵医嘱妥善存放抗结核药物。药品放在阴凉干燥、孩子接触不到的地方，夏天宜放在冰箱冷藏室。

7.经过规范治疗症状改善后，肺结核患者可在医生指导下适度运动，以不引起劳累和不适为宜。

治疗期间的复查与不良反应观察

抗结核药物须坚持规律、全程服用。初治肺结核患者的疗程一般为6个月，治疗期间应按医嘱定期复查痰菌、胸部影像学和肝肾功能。

居家治疗期间出现下列情况，肺结核患者应及时就诊：食欲不振、恶心、腹胀、皮肤和眼睛发黄，提示可能出现肝损害；视物模糊、视力下降、分辨红绿颜色困难，应警惕乙胺丁醇所致的视神经损害，须立即就医评估；服药后尿液、汗液等体液呈橘红色，是利福平的正常药物颜色，不必紧张；口周或四肢麻木、感觉异常，应告知医生处理。患者切不可因一时不适自行停药，也不可因症状好转自行减药，擅自停药是治疗失败和产生耐药的主要原因。按现行方案，治疗第2个月末、第5个月末和第6个月末各查1次痰菌，治疗期间还应按医嘱定期复查肝肾功能和血常规。患者应保存好用药记录和检查单据，复诊时随身携带，方便医生全程掌握治疗情况。

家人防护与密切接触者筛查

与患者共同生活、密切接触的家庭成员属于肺结核的密切接触者，应到当地结核病定点医疗机构进行相关筛查。筛查方式包括结核菌素皮肤试验和γ-干扰素释放试验等，医生会根据筛查结果判断是否需要进一步检查或进行预防性治疗。

家庭防护要点包括：保持室内经常通风换气，每天开窗通风两三次，每次不少于30分钟；患者的被褥、衣物经常晾晒；餐具单独使用并定期煮沸消毒；督促患者规律服药、按时复查。家人在做好自身防护的前提下，可以为患者提供情感支持，帮助其缓解心理压力、树立治疗信心。患者应提高对肺结核的认知，严格遵医嘱，坚持规范治疗，定期复查。

（作者供职于河南省疾病预防控制中心）

全面行动 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

每周一练

（妊娠期诊断、孕期监护、孕期保健）

一、宫颈黏液涂片干燥后，镜下发现羊齿状结晶，考虑是哪种激素引起的
A.甲状腺素
B.催产素
C.孕激素
D.雄激素
E.雌激素

二、关于女性生殖道的生理防御机制，正确的是
A.正常阴道菌群中不包括支原体和念珠菌
B.卵巢分泌的孕激素使阴道上皮增厚并富含糖原
C.宫颈阴道部表面为单层鳞状上皮，抗感染能力强
D.阴道正常情况下呈弱碱性环境
E.宫颈内口紧闭以及宫颈管有黏液栓利于防止上行感染

三、关于卵巢性激素，正确的是
A.雄激素主要由颗粒细胞分泌，促进乳房发育
B.孕激素有促进水钠潴留作用，雌激素则促进水钠排泄
C.雌激素使增生期子宫内膜转化为分泌期内膜
D.孕激素使宫颈黏膜分泌量增加，性状变稀薄
E.孕激素可使基础体温在排卵后升高0.3摄氏度~0.5摄氏度

四、关于内生殖器解剖正确的是
A.阴道穹窿四部中前穹窿最深
B.子宫内膜各层均发生周期性变化
C.子宫韧带共有3对
D.子宫峡部非孕期长约2厘米
E.站立时直肠子宫陷凹为女性腹膜腔最低位置

五、受精卵着床时间是受精后
A.10天~11天
B.8天~9天
C.5天~6天
D.11天~12天
E.6天~7天

六、血清绒毛膜促性腺激素（HCG）浓度达高峰是在妊娠
A.6周~8周
B.8周~10周
C.12周~13周
D.12周~14周
E.18周~19周

七、卵子由卵巢排出后未受精，黄体开始萎缩是在排卵后的
A.5天~7天
B.9天~10天
C.11天~12天
D.13天~14天
E.15天~16天

八、妊娠中期以后羊水的主要来源是
A.胎儿肺
B.胎儿尿液
C.母体血清经胎膜进入羊膜腔的透析液
D.胎膜
E.胎儿皮肤

九、正常妊娠38周时的羊水量约为
A.500毫升
B.800毫升
C.1000毫升
D.1200毫升
E.1500毫升

十、妊娠10周后，雌激素的主要来源是
A.胎儿肾上腺皮质
B.子宫平滑肌
C.胎儿胎盘单位
D.卵巢黄体
E.胎盘合体滋养细胞

十一、关于子宫下段说法，正确的是
A.由非孕时的子宫峡部伸展形成
B.孕中期的子宫颈扩展为宫腔的一部分
C.临产后的子宫颈伸展可达7厘米~10厘米
D.为临产后的宫颈
E.孕16周扩展成宫腔的一部分

十二、早期妊娠的确诊依据是
A.停经史
B.早孕反应
C.尿妊娠试验
D.黑加征
E.B型超声检查

十三、患者为女性，26岁，停经50天，左下腹胀痛不适2天，肛门坠胀1天。平素月经规律，血压：90/60毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），与诊断无关的体征是
A.后穹窿饱满
B.宫颈举痛
C.子宫稍大变软
D.宫颈软并着色
E.宫颈光滑

十四、产前诊断胎儿畸形最常用的手段是
A.胎儿心电图
B.羊膜腔穿刺羊水检查
C.胎儿头皮血pH检查
D.羊膜镜检查
E.B超检查

十五、下列胎心电子检测结果提示胎儿缺氧的是
A.胎心出现无应激试验反应型
B.胎心出现晚期减速
C.胎心出现加速
D.胎心出现变异减速
E.胎心出现早期减速

十六、了解胎儿成熟度最常用的检查项目是
A.羊水肌酐值≥88.4微摩尔/升，提示胎儿肾成熟
B.羊水胆红素类物质<0.10，提示胎儿皮肤成熟
C.羊水卵磷脂/鞘磷脂比值>1，提示胎儿肺成熟
D.羊水含脂肪细胞出现率>10%，提示胎儿皮肤成熟
E.B超检查胎儿双顶径>8.5厘米，提示胎儿成熟

本期答案

一、E	二、E	三、E	四、E
五、E	六、B	七、B	八、B
九、C	十、C	十一、A	十二、E
十三、E	十四、E	十五、B	十六、E

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。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

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用