

基层适宜技术

痔的诊断与治疗

痔是常见肛肠疾病,任何年龄段均可发病,且发病率随年龄增长而升高。流行病学调查结果显示,成年人中痔的发病率高达50%~60%,严重影响患者的日常生活与工作效率。其发病机制复杂,涉及多种因素,给临床诊疗带来挑战。深入了解痔相关知识,对提升诊疗水平、改善患者预后意义重大。随着医学研究的不断深入,对痔的认识也在持续更新,这要求医务工作者不断学习,为患者提供更优质的医疗服务。

发病机制

肛垫下移学说和静脉曲张学说解释了痔的主要成因。肛垫位于齿状线上方,由静脉丛、结缔组织和平滑肌纤维组成,正常时协助肛门闭合和维持自制。长期便秘、腹泻、妊娠等因素增加腹压,使肛垫支持结构改变或移位,导致肛垫下移形成内痔。而肛门直肠部位静脉丛缺乏静脉瓣,静脉壁薄弱,久坐、久站、便秘等阻碍静脉血液回流,引发静脉丛曲张形成痔,局部炎症、感染也会加重静脉曲张症状。

除上述经典学说外,现代研究还发现神经调节异常与痔的发生密切相关。肛门直肠区域的神经功能紊乱,可能影响局部血管舒缩,导致血流动力学改变,促进痔的形成。此外,激素水平的波动,如女性孕期雌激素水平升高,会使静脉壁张力下降,增加痔的发病风险。基因多态性研究也表明,某些特定基因位点的变异,可能影响肛垫组织的修复与再生能力,使得个体更易患痔。

此外,遗传因素影响个体对痔的易感性,家族中痔发病率高的人群更易患病。同时,长期饮酒、食用辛辣刺激食物会使直肠黏膜和肛门皮肤充血;排便时间过长、过度用力等不良排便习惯,也会促进痔的

发生发展。肥胖人群由于腹腔压力增加,阻碍直肠静脉血液回流,也是痔的高发群体。

临床表现

内痔位于齿状线上方,便血和痔块脱出是主要症状,便血多为间歇性便后鲜血,可滴血、射血或便纸上带血。根据严重程度分为四度:Ⅰ度便时带血,无痔块脱出;Ⅱ度排便时痔块脱出,便后可自行还纳;Ⅲ度痔块脱出,需要“手动”还纳;Ⅳ度痔块脱出不能还纳,或还纳后又脱出。当内痔发展到Ⅲ度及以上,患者常伴有疼痛、坠胀感,严重影响生活质量。部分患者因长期便血,还可能出现贫血症状,表现为头晕、乏力等。

外痔位于齿状线下方,表现为肛门不适、潮湿不洁和瘙痒,结缔组织外痔(皮垂)及炎性外痔常见。当发生血栓形成或皮下血肿时,形成血栓性外痔,出现剧痛,48小时后疼痛逐渐缓解。疼痛发作时,患者坐立难安,行动受限,且肛门局部可见暗紫色肿物,触痛明显。

混合痔兼具内痔和外痔的症状,内痔发展到Ⅲ度以上常形成混合痔,严重时呈环状脱出肛门外形成环状痔。若被括约肌嵌顿,可导致水肿、淤血甚至坏死,引发剧烈疼痛,即嵌顿性痔或绞窄性痔。此类患者不仅疼痛剧烈,还可能出现发热、

肛周感染等全身症状,若不及时处理,可能引发严重并发症。

诊断方法

肛门直肠检查是诊断痔的主要手段,包括肛门视诊、直肠指检和肛门镜检查。肛门视诊可发现除Ⅰ度外的内痔,对有脱垂症状者,蹲位排便后观察更易看清痔块情况;直肠指检虽然对痔诊断意义有限,但是可排查直肠癌、直肠息肉等其他病变;肛门镜检查能观察直肠黏膜和痔块,判断有无充血、水肿、溃疡等。在实际临床操作中,部分患者因检查时的不适感而抗拒肛门镜检查,此时医生需要耐心沟通,采用合适的体位和操作手法,减轻患者痛苦,确保检查顺利进行。

痔还需要与直肠癌、直肠息肉、直肠脱垂等疾病鉴别。直肠癌患者有大便习惯改变、直肠刺激症状,直肠指检可触及菜花样肿物,结肠镜及活检可确诊;直肠息肉多为低位带蒂,呈圆形、实性,活动度好,多见于儿童;直肠脱垂黏膜呈环形、表面光滑、括约肌松弛,与环状痔的梅花瓣状黏膜、不松弛括约肌有明显的区别,直肠指检和肛门镜检查也有助于鉴别诊断。曾有临床案例显示,一名患者因便秘误诊为痔,未进行进一步检查,延误了直肠癌的治疗。这警示我们,对于便

血患者,尤其是年龄较大、伴有排便习惯改变的,必须进行全面的检查,避免漏诊、误诊。

治疗原则

痔的治疗遵循3个原则:无症状痔无须治疗,通过调整生活方式观察;有症状痔以减轻或消除症状为目标,不追求根治;优先采用非手术治疗,非手术治疗无效或病情严重时考虑手术。

非手术治疗包括一般治疗、局部用药、口服药物、注射疗法、物理疗法和胶圈套扎。一般治疗适用于多数患者,调整饮食、改善排便习惯、便后清洁、托回脱出的痔块、避免久坐久立、适度运动和温水坐浴等。以温水坐浴为例,水温控制在40摄氏度~45摄氏度,每次坐浴15分钟~20分钟,每天1次~2次,可有效促进局部血液循环,缓解疼痛和肿胀。局部用药有栓剂、膏剂和洗剂,多含中药成分,直接作用于病变部位。口服药物如草木犀流浸液片、地奥司明片,促进痔静脉曲张回流。注射疗法对Ⅰ度、Ⅱ度出血性内痔效果好,将硬化剂注射于黏膜下层静脉丛周围,引发炎症和纤维化。物理疗法包括激光、冷冻等,因可能引发并发症,临床较少单独使用。胶圈套扎适用于Ⅱ度、Ⅲ度内痔,通过套扎痔根部阻断血供,使痔坏死脱落。在临床

应用中,多种非手术治疗方法联合使用,往往能取得更好的治疗效果。

手术治疗适用于保守治疗无效、痔块脱出严重、较大纤维化内痔、合并其他肛肠疾病等情况。手术以复位脱垂的肛垫、保留肛垫结构为原则,减少对术后控便能力的影响,常用术式有痔单纯切除术、吻合器痔上黏膜环切术等。例如,吻合器痔上黏膜环切术(PPH)具有手术时间短、出血少、恢复快等优点,适用于重度内痔和部分环状混合痔患者。但手术治疗也存在一定风险,如术后出血、感染、肛门狭窄等,因此术后需要密切观察患者恢复情况,给予相应的护理和治疗。

痔的发病机制复杂,临床表现多样化,通过详细检查和鉴别诊断可明确病情。治疗中应遵循以下原则:非手术治疗优先,必要时进行手术干预。患者保持良好生活和饮食习惯,有助于预防痔的发生与复发。随着医学技术的不断进步,未来可能出现更安全、有效的治疗方法,为痔患者带来更好的治疗体验和预后效果。医务工作者要持续关注相关研究进展,不断优化诊疗方案,提高痔的整体治疗水平。

(文图由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

人体免疫力与结核病

□马彦民

小张最近咳嗽不止,持续发热,人也日渐消瘦。起初小张以为只是普通感冒,但几周过去症状丝毫未见好转。最终,小张被医院确诊为肺结核,瞬间击碎了小张平静的生活。他困惑不已:明明自己身体不错,为何会被结核病找上门?这背后,一场关乎免疫力的复杂战争早已在他体内悄然上演。

结核病由结核分枝杆菌引起,这一病原体与人类“纠缠”了数千年。相关考古证据显示,古埃及木乃伊脊椎上就留下了结核分枝杆菌侵蚀的痕迹;19世纪欧洲,它被称为“白色瘟疫”,夺走了无数人的生命。尽管医学飞速发展,世界卫生组织2023年报告仍显示,全球约有1060万名新发结核病患者,130万人因患结核病死亡——它至今仍是全球头号传染病杀手。我国每年报告新发病例约74万例,其中耐药病例占比约7.8%,防治工作任重道远。值得注意的是,结核分枝杆菌主要通过飞沫传播,患者咳嗽、打喷嚏或大声说话时,带有病菌的飞沫可以在空气中停留数小时,健康人吸入后就可能被感染,在人员密集、通风不良的场所,传播风险会显著增加。

当结核分枝杆菌随着飞沫进入人体肺部,一场激烈的免疫攻防战即刻打响。

先天免疫的快速阻击:作为第一道防线,肺部巨噬细胞迅速吞噬入侵者。但结核分枝杆菌异常狡猾,能抵抗巨噬细胞的杀伤机制,甚至在巨噬细胞体内进行繁殖。此时自然杀伤细胞(NK细胞)和中性粒细胞紧急增援,试图控制局面。

适应性免疫的精密围剿:2周~8周后,获得关键信息的T细胞(主要是Th1型)抵达战场。它们释放干扰素-γ等强力信号,激活巨噬细胞形成真正的“杀手”状态。被感染的巨噬细胞与其他免疫细胞聚集,在病菌周围筑起特殊堡垒——肉芽肿。

肉芽肿——双刃剑的困境:这个由免疫细胞构成的致密结构相当于“监狱”,隔离并困住结核分枝杆菌,但也可能成为病菌的“避难所”。在肉芽肿内部,结核分枝杆菌会进入休眠状态(长期潜伏),伺机而动——这就是潜伏性结核分枝杆菌感染。全球约有25%的人口处于这种状态,其中5%~10%的人会在免疫力下降时发展为活动性结核病。

免疫系统并非总能获胜,免疫防线可能因多种因素被攻破。

免疫逃逸:结核分枝杆菌拥有干扰免疫信号、抑制吞噬体成熟、逃逸至细胞质等策略。

免疫力低下:免疫力低下是患者小张得病的主要原因。营养不良(尤其是缺乏蛋白质与维生素D)、长期高压状态、睡眠不足、高龄、糖尿病、人类免疫缺陷病毒感染、免疫抑制剂使用(如器官移植者或自身免疫性疾病患者)等,都可能削弱免疫监视与杀伤功能。当免疫力不足以压制病菌,潜伏感染便会激活为活动性疾病。

“过强”也可能有害? 免疫反应过激可能导致严重的组织损伤,形成空洞,加剧病情。免疫平衡才是健康关键,并非“越强越好”。

对抗结核病,免疫力是核心防线,但科学防治需要多管齐下。

筑牢免疫基石:营养均衡(优质的蛋白质食物,蔬菜、水果、维生素D等)、规律作息、适度运动、压力管理、戒烟限酒是维护免疫稳态的基础。

预防为主:卡介苗(BCG)虽然不能完全预防成年人患肺结核,但是对儿童重症结核病(如结核性脑膜炎)保护效果显著。高风险人群(如结核病患者密切接触者)可以采取检测手段(如结核菌素试验、γ-干扰素释放试验)发现潜伏的结核分枝杆菌感染,并在医生指导下进行预防性治疗。其中,γ-干扰素释放试验灵敏度较高,适合接种过卡介苗的人群。

规范治疗,杜绝耐药:一旦确诊活动性结核病,必须遵循“早期、联合、适量、规律、全程”原则用药。标准疗程一般需要6个月或更久,即使患者症状消失也不能擅自停药。一线抗结核药物包括异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇等,需要联合使用以提高疗效、降低耐药性发生率。随意中断治疗是催生耐药结核病的元凶,而耐药药结核病的治疗难度更大、耗时更长、花费更高,死亡率也显著增加,一部分耐药病例治愈率不足60%。

结核病从未远离我们,它潜伏在免疫的阴影之下,伺机而动。人类与结核分枝杆菌的战争是免疫系统与古老病原体之间的猫鼠游戏。在这场战争中,理解并维护自身免疫力是每个人的第一道战壕,而科学的预防、早期诊断和规范治疗则是社会共同构筑的坚固堡垒。

只有依靠科学的力量,人们才能在这场千年战争中逐渐扭转局势,让“白色瘟疫”真正成为历史书中的记忆。

(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

开展终结结核病行动 共建共享 健康中国

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

本版药方需要在专业医生指导下使用

经验交流

痛风性关节炎的临床表现及治疗

□李纪高

痛风性关节炎是嘌呤代谢紊乱或尿酸排泄减少导致的一种晶体性关节炎,临床主要表现为高尿酸血症和尿酸盐结晶沉积导致的慢性性关节炎。痛风石除在关节、肌腱及其周围沉积外,还能在肾脏沉积,可能导致尿酸性肾病、尿酸性尿路结石等,严重者可能导致肾功能不全。近年来,我国高尿酸血症及痛风的患病率呈逐渐上升趋势,且趋于年轻化,这与人们的生活方式和饮食结构有关。

痛风性关节炎的主要表现为:突发关节肿痛,多累及肢体远端关节,特别是以第一跖趾关节肿痛较为多见;病久受累关节可能持续肿痛,活动受限,皮

下出现痛风石;若累及肾脏,可有肾绞痛、血尿、腰痛、夜尿增多等症状。

痛风性关节炎的辅助检查

血尿酸的测定。男性为210微摩尔/升~416微摩尔/升;女性为150微摩尔/升~357微摩尔/升。由于血尿酸受多种因素影响,存在波动性,应反复测定。

滑液及痛风石检查。在急性关节炎期,进行关节腔穿刺抽取滑液。在偏振光显微镜下,滑液中或白细胞内有负性双折光针状尿酸盐结晶,此项检查被视为痛风诊断的“金标准”。

痛风性关节炎的治疗

痛风患者应避免食用高嘌呤食物。含嘌呤较多的食物主要

包括动物内脏、沙丁鱼、蛤、蚝,以及浓肉汤、啤酒等,每天的饮水量应在2000毫升以上。避免暴饮暴食、酗酒、过度疲劳、精神紧张,穿鞋要舒适,慎用影响尿酸排泄的药物。

急性痛风性关节炎的治疗

秋水仙碱 抑制炎症细胞趋化,控制炎症,止痛效果显著,应及早使用。大部分患者在用药后24小时内疼痛症状明显缓解。值得注意的是,秋水仙碱治疗剂量与中毒剂量十分接近,常见不良反应包括胃肠道反应、肝细胞损害、脱发等。

非甾体类抗炎药物 比秋水仙碱更多用于急性发作期,待患者症状缓解后减量或停用。非

甾体类抗炎药物常见的副作用是胃肠道症状。

糖皮质激素 常用于秋水仙碱和非甾体类抗炎药物无效或不能耐受者,一般短期应用。

间歇期和慢性的治疗

促尿酸排泄药物 丙磺舒:0.25克,每天2次,逐渐增至0.5克,每天3次。每天最大剂量为2克。副作用为胃肠道反应、皮疹、过敏反应、骨髓抑制等。对磺胺类药物过敏者禁用。苯溴马隆:50毫克,每天1次,逐渐增至100毫克,每天1次。副作用为胃肠道反应,比如腹泻,偶见皮疹、过敏性结膜炎及粒细胞减少等。

抑制尿酸生成药物 别嘌醇:100毫克,每天1次,逐渐增至100

毫克~200毫克,每天3次。每天大剂量为800毫克。副作用为胃肠道反应、皮疹、药物热、骨髓抑制、肝肾功能损害等,偶有严重的毒性反应。肾功能不全者应减量使用,且定期检查肝肾功能、血尿常规等。非布司他:40毫克~80毫克,每天1次。适用于别嘌醇过敏者,很少有致死性过敏综合征,对肾功能不全者安全性较高,抑制尿酸生成作用更强,痛风石减小更为明显。

如果能够及早诊断该病,注意生活方式,通过正规治疗,痛风石可以溶解,关节功能也可以逐渐得到改善。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

全血的选择及应用

□贺文杰

适应证 全血没有绝对的适应证。急性大量失血和换血治疗是输注全血的适应证。

急性大量失血 短时间内出血量超过总血容量的30%时,如严重创伤、大手术出血等情况。此时不仅丢失了红细胞,同时也丢失了大量的血浆及凝血因子等,输注全血可补充红细胞、维持有效循环血量、改善组织灌注,还能补充部分凝血因子,有助于止血。例如,车祸导致脾脏破裂的患者,大量出血,血压急剧下降,此时需要及时输注全血来纠正休克,维持生命体征。

换血治疗 对于新生儿溶血病等需要进行换血治疗的情况,全血可用于置换患儿体内含有抗体的血液,纠正贫血和胆红素血症,防止胆红素脑病等严重并发症。例如,母婴血型不合导致新生儿出现严重黄疸,通过换血治疗,输入合适血型的全血,可改善患儿的病情。

禁忌证 **心功能不全或心力衰竭患者** 全血中含有大量的液体,输注全血会增加心脏的负荷,加重心脏负担,容易诱发或加重心力衰竭。例如,慢性心力衰竭患者的心脏功能较差,若输注全血,可能导致肺水肿等严重后果。

婴幼儿、老年人及慢性病患者体质虚弱者 婴幼儿肾功能发育不完善,老年人的心肾功能有所衰退,慢性病患者体质虚弱,机体代偿能力较差。输注全血时,其有限的循环和代谢功能难以适应全血中过多的液体和电解质等成分,可能导致循环负荷过重,引起急性肺水肿等并发症。

已产生相应抗体的患者 对白细胞、血小板或血浆蛋白等成分产生抗体的患者,输注全血可能引发严重的免疫反应。例如,多次输血后产生白细胞抗体的患者,再次输注全血可能发生发热、过敏等非溶血性输血反应。

血容量正常的贫血患者 此类患者主要是红细胞数量或质量异常,而血容量正常。输注全血不仅不能有效改善贫血症状,反而会增加循环负荷,导致不良反应。这类患者更适合输注红细胞悬液等成分血,纠正贫血。

全血输注的缺点

增加输血不良反应风险 全血中含有白细胞、血小板和血浆蛋白等成分,这些成分有可能成为抗原,引发免疫反应。如非溶血性发热反应,主要是由于受血者体内产生了针对白细胞的抗体,当再次输注含有白细胞的血液时,就会出现发热等症状;过敏反应,可能是对血浆蛋白等成分过敏,表现为皮疹、瘙痒、呼吸困难等。

易造成循环超负荷 全血的容量较大,对于心功能较差、血容量正常的患者,输注全血易导致循环血量急剧增加,心脏负担加重,引起急性肺水肿等循环超负荷表现。

血液成分复杂,保存困难

全血中不同成分对保存条件要求不同,如红细胞在4摄氏度左右保存,血小板需要在22摄氏度左右振荡保存,血浆则需要低温冰冻保存。在实际保存过程中,难以同时满足所有成分的最佳保存条件,导致全血保存时间较短,且保存过程中血液成分的活性和功能也会逐渐下降。

浪费血液资源 患者对血液成分的需求往往是单一或部分的,如有的患者只需要红细胞,有的患者只需要血小板等。输注全血时,除了所需的成分外,其他成分可能得不到有效利用,造成血液资源的浪费,而将全血进行成分分离制备成各种成分血,可以满足不同患者的需求,提高血液的利用率。

剂量和用法

剂量 全血输注剂量,主要根据患者的病情、体重和失血情况确定。一般成人急性失血,失血量超过总血容量的30%可考虑输注全血,首次剂量为10毫

升/千克~20毫升/千克×体重;儿童剂量按体重精确计算,一般为10毫升/千克~15毫升/千克×体重。具体剂量需要临床医生密切监测,根据患者的临床反应和实验室检查结果进行调整。例如,体重60千克的成年患者急性失血量超过总血容量的40%,首次全血输注剂量应为600毫升~1200毫升。

用法 全血输注前要严格进行血型鉴定和交叉配血试验,确保血型相合,预防溶血反应。输血用标准输血器,速度依患者年龄、病情和心肺功能调整。开始宜慢,每分钟15滴~20滴,观察15分钟,若无不良反应可加快。急性大量失血且病情紧急时,可适当快速输注,但不超每分钟50滴~60滴。输血时,医务人员需要密切观察患者生命体征及有无输血不良反应,如发热、过敏、溶血等,出现异常应立即停止输血并处理。

(作者供职于河南省红十字会血液中心采血一科)