

基层适宜技术

咽痛的分类及临床诊断

咽痛是咽部疾病的临床常见症状,可以由咽部本身病变、邻近器官累及引发,亦可为全身性疾病的伴随表现。咽痛性质多样,包括刺痛、钝痛、烧灼痛、隐痛、胀痛及跳痛等。咽痛程度受病因性质、病变严重程度及痛阈值等个体差异影响。临床上咽痛分为自发性与继发性两类;自发性咽痛,指咽部静息状态下出现的局限性疼痛,多由咽部原发性疾病导致;继发性咽痛,则由吞咽、进食或器械刺激等动作诱发。

常见病因

咽部疾病:咽部急慢性炎症、创伤、异物嵌顿、溃疡、特异性感染(结核病、白喉)及恶性肿瘤等。

咽部邻近器官病变:亚急性甲状腺炎、会厌病变、颈动脉鞘炎、颈部纤维组织炎、咽肌风湿性病变等。

全身性疾病:白血病、获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)、咽食管反流病等可能伴随不同程度咽痛。

临床特点

咽部炎症性疾病是咽痛的首要病因。急性咽炎、急性扁桃体炎、扁桃体周围脓肿等急性病起病急骤,常伴发热等全身中毒症状,咽痛剧烈且吞咽时加剧,严重者可见咽后咽咽,咽部溃疡合并感染时疼痛亦较剧烈;慢性炎症所致咽痛多呈钝痛或隐痛,常伴随咽部异物感。需要注意,病毒感染是咽部炎症的主要诱因,细菌感染占比相对较低。

咽部创伤或异物患者多有明确的外伤史或异物摄入史,咽部查体可见创面或异物残留。异物引发的咽痛,在异物取出后若未并发黏膜损伤,疼痛可即刻缓解或消失。

扁桃体癌等恶性肿瘤早期可无咽痛症状,晚期肿瘤表面坏死继发感染时,可出现剧烈咽痛。咽部检查可见肿瘤灶及坏死创面,常覆有脓苔。

急性会厌炎作为咽部邻近器官的急症,具有起病急、进展快的特点,临床表现为发热、剧烈咽痛、吞咽困难、声音含糊,严重者可出现呼吸困难。口咽部常规检查多无异常,喉镜检查可见会厌红肿(重者呈球形),声门暴露困难,部分患者可形成会厌脓肿。该病若未及时干预,易引发窒息危及生命。此外,亚急性甲状腺炎、颈部纤维组织炎等亦常以咽痛为主要表现。

诊断思路

病史采集

咽痛核心问诊:明确咽痛的诱发因素(如过劳、淋雨、创伤、进食刺激、烟酒过量、有害气体暴露等),以及发生时间;区分新发咽痛(需要了解进展情况)与慢性咽痛(需要关注近期变化);描述疼痛性质(尖锐剧痛、钝痛、隐痛),以及吞咽相关性;确认有无咽部创伤或异物史;梳理疼痛加重及缓解因素。

鉴别诊断相关问诊:伴随全身症状,如发热、头痛、乏力、食欲

减退多见于咽部急性感染(急性咽炎、急性扁桃体炎、急性会厌炎等)。局部伴随症状,如咽部原发性疾病所致咽痛多伴吞咽加剧,严重时可见吞咽困难、声音含糊及呼吸困难,常见于急性化脓性扁桃体炎、咽部脓肿、急性会厌炎等。咽部外症状,如泛酸、嗝气、烧心提示咽食管反流,颈侧疼痛多见于扁桃体周围脓肿及咽旁脓肿;同时,要关注呼吸、循环、泌尿及骨关节系统有无受累。

诊疗经过问诊:询问既往就诊情况(咽部检查、喉镜检查等)、实验室检查结果(血常规、血培养等)、诊断结论及治疗方案(用药种类、疗效评价)。

全身一般情况问诊:包括精神状态、饮食、睡眠、大小便及体重变化,评估整体健康状况。

既往相关病史问诊:既往基础疾病(结核病、肝炎、高血压病、糖尿病、肾病、心脏病、肿瘤等)、外伤手术输血史、传染病接触史、药物食物过敏史;生活习惯(烟酒嗜好、疫区居住史);特殊病史(性病、冶游史、婚育史、女性月经史);家族遗传病史。

体格检查

耳鼻咽喉专科检查:观察咽部黏膜充血情况,软腭及悬雍垂水肿与否,扁桃体红肿及分泌物情况,排查咽后壁、侧壁隆起,淋巴滤泡增生,溃疡及新生物等。喉镜检查重点评估会厌红肿程度、舌根及会厌谷异物或创面,杓状窝积

液等。颈部检查需关注颌下及颈部淋巴结(炎症常伴肿大压痛)、甲状腺压痛(亚急性甲状腺炎特征)、舌骨大角痛(舌骨综合征表现)。

全身系统体格检查:全面排查可能引发咽痛的全身性疾病(如胃食管反流病、心绞痛等)。

辅助检查

实验室检查:血常规检查结果为白细胞及中性粒细胞比例升高,提示咽部细菌感染(急性化脓性扁桃体炎、咽部脓肿);病毒感染多无明显异常,或伴白细胞轻度降低。细菌性感染需要进行咽拭子涂片、细菌培养及药敏试验。

其他辅助检查:喉镜检查为常规检查项目,排查下咽部病变;怀疑胸部、纵隔或食管病变时,需要转诊至专科进行胸部CT(计算机层析成像)检查、纵隔CT检查、食管X线钡剂造影或食管镜检查;消化系统疾病疑似者,需要进行电子胃镜检查。

处理和转诊

临床处理

病毒感染是咽部感染及咽痛的主要诱因,治疗不用常规抗病毒及抗生素干预,以对症治疗为主:嘱咐患者多饮水,注意休息,密切观察病情变化。咽痛剧烈者给

予对乙酰氨基酚镇痛,高热患者需要及时退热治疗。

咽部细菌感染(如急性化脓性扁桃体炎)以抗生素治疗为核心;咽部脓肿患者需要在抗生素治疗基础上联合脓肿切开引流;全身症状严重需要强化对症支持治疗,局部给予含漱液辅助治疗。急性会厌炎患者需采用抗生素与糖皮质激素联合治疗方案。咽部异物患者需要及时取出异物。

转诊指征

出现以下情况,患者要立即转诊:咽痛经治疗后无改善或进行性加重;伴严重呼吸困难;咽部脓肿患者所在医疗机构无诊疗条件;疑似咽部异物但无法确诊或无法取出者。

(文图由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)



如何提高青少年患者的用药依从性

□孙平平

在门诊药房工作期间,我观察到一个现象:14岁以下青少年精神障碍患者数量逐年攀升,其中相当一部分因未按时按量服药,导致病情反复发作。这些青少年常出现漏服、藏药、假服药,甚至直接拒绝服药等行为,而此类行为往往直接或间接造成康复进程延缓,甚至治疗失败。

青少年患者拒服精神类药物的原因复杂多样,病耻感是重要的诱因。青少年正处于自尊心敏感的特殊阶段,格外在意同伴评价,担心服药时被同学发现而被贴上“精神病”的标签,由此产生强烈的服药抗拒心理。药物副作用也不容忽视,多数精神类药物在起效初期,可能引发嗜睡、体重增加等反应。对于格外关注外在形象的青少年而言,身

材变化或因嗜睡遭老师批评,都可能成为他们拒绝服药的理由。此外,对药物的误解与恐惧心理普遍存在,当前互联网信息良莠不齐,一部分辨别能力较弱的家长或青少年,容易被“精神类药物伤大脑”“让人变傻”“会成瘾”等错误信息误导,因过度恐惧而自行停药,最终降低了用药依从性。一青少年耐心有限,若用药流程繁琐或短期内未见明显效果,便容易放弃坚持。

不规范服药的危害不容小觑。不规范服药会导致病情反复或加重,长期如此还会降低药物疗效,引发治疗抵抗,大幅增加后续治疗难度。对于多数精神障碍患者来说,过早停药是病情复发的最常见原因,而持续的病情波动,会严重影响青少年的学业

发展、社交功能与家庭关系,形成“病情不稳、功能受损、抗拒治疗”的恶性循环。

改善青少年患者用药依从性,需要构建支持性环境而非单纯指责或强制,家长的角色尤为关键。家长要从“监督者”转变为“同盟军”,主动与孩子平等沟通,真诚倾听其服药顾虑与内心感受,让孩子明确家长的立场是帮助而非控制。同时,医生要向孩子清晰解释病情,强调精神障碍如同“心灵感冒”,与躯体疾病并无本质区别,规范治疗是完全可以康复的,从而减轻其病耻感。若孩子服药后出现副作用,家长切勿自行决定减药或停药,应第一时间与医生沟通,医生可以调整用药剂量、更换药物或开具辅助药物等方式解决问题。此外,借助“一周药盒”、手机、闹钟

等工具建立提醒机制,也能有效降低漏服情况。

在此,我也想对青少年患者说:“你的真实感受对治疗至关重要,服药后的任何不适或困惑,都应及时告知医生或家长。服药绝非软弱的表现,而是勇敢面对疾病、主动自我拯救的积极态度。药物起效需要时间,康复也需要一个过程,请给药物多一份信任,也给自己多一分耐心,静待身体

恢复‘满血’状态再重新出发。”

提高青少年患者用药依从性,本质上是一场关于理解与协作的“长跑”。唯有患者、家长与医生三方站在同一战线,以信任为基础,以科学为指引,共同面对疾病挑战,才能为患者的心理健康筑牢保障,助力他们顺利走出疾病阴霾。

(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)



甲流可致肾损伤 早防早治是关键

□文璐

甲流流感(简称“甲流”)是冬季、春季高发的急性呼吸道传染病,以高热、干咳等症状备受关注。多数人视其为“重感冒”,却忽视其可能悄然侵袭肾脏,诱发急性肾损伤。临床研究显示,甲流患者肾损伤发生率5%~15%,重症患者超过30%。免疫力弱或有基础肾病患者需要警惕。下面,本文将从风险认知、致病机制等角度解析其关联性。

甲流绝非“小感冒”,肾损伤风险暗藏危机

“甲流等同于重感冒”的误区,常使患者忽视肾脏健康。北京协和医院2024年数据显示,该院接诊的甲流患者中,12%出现肾损伤指标异常,3例因未及时干预发展为急性肾衰竭。甲流肾损伤具有“隐蔽性强、进展快”特点,一部分患者仅表现为低热乏力,肾脏却已经受损,如果出现水肿、少尿等症状,表明肾功能多已经严重受损。

在医学上,其多表现为急性肾损伤,核心是肾功能数小时至

数天内快速下降。及时干预者多可恢复正常,若延误治疗时机或有基础肾病患者,可能转为慢性肾病或终末期肾病。甲流引发的炎症还会加重原有肾病,如慢性肾病患者感染后,蛋白尿可能升高两至三倍。因此,甲流期间关注肾脏健康是降低危害的关键。

三重致病路径:甲流伤肾的核心机制解析

甲流病毒对肾脏的损伤以间接作用为主、直接感染为辅,通过三重路径引发。中国医学科学院肾脏病研究所证实,这3种机制常相互叠加,加剧肾脏损伤。

第一重为“炎症风暴的连带伤害”。病毒侵入后,免疫系统过度激活,释放白细胞素-6等炎症因子引发“炎症风暴”。肾脏作为代谢滤过核心、血管密集易受损,炎症因子破坏肾小球基底膜、损伤肾小管上皮细胞,导致肾功能下降。

第二重是“缺血缺氧的双重打击”。甲流引发的高热、呕吐等导致体液流失,补水不及时会使

肾脏血流灌注不足引发缺血;重症患者因病毒性肺炎出现呼吸衰竭,肾脏对缺氧极敏感,缺氧会致肾小管细胞坏死。在临床上,有40%的甲流相关肾损伤由此导致。

第三重为“病毒直接感染与药物损伤叠加”。免疫低下者中,病毒可以经血液侵入肾脏并复制;一部分患者自行过量服用布洛芬等药物,会加重肾脏负担,肾功能脆弱者更容易诱发急性肾小管坏死。

四类高危人群:肾脏防护的重点关注对象

甲流相关肾损伤的发生,与个体肾脏基础状况及免疫功能密切相关。结合临床与流行病学研究,以下4类人群风险更高,要重点做好防护。

慢性肾病患者风险较高。其肾功能本就受损,肾小球滤过率下降,肾小管功能减弱,对炎症、缺血、缺氧的耐受性极差。感染甲流后,“炎症风暴”与代谢紊乱会直接加剧损伤,如糖尿病肾病患者感染后,血糖波动会进一步损害肾小球微血管,导致蛋白尿骤增。有数据显示,这类人群患甲流后肾损伤发生率高达58%,是普通人群的6倍。

老年人与儿童属于“生理脆弱群体”。老年人随着年龄增长,肾功能逐渐衰退,代偿功能下降;儿童肾脏尚未发育成熟,浓缩功能与酸碱调节能力较弱。这两类

人群患甲流后,容易因缺血、缺氧、炎症反应引发肾损伤,65岁以上患者发生率为22%。5岁以下儿童为18%,均高于普通成年人。

糖尿病、高血压病等慢性病患者是“潜在风险人群”。长期高血糖、高血压会慢性损伤肾脏血管与肾小球,患甲流后,炎症及血压、血糖波动容易诱发急性肾损伤。免疫力低下者风险增加,这类人群患甲流后容易引发严重炎症风暴,病毒清除能力弱,肾损伤发生率可达45%。

全周期护肾策略:抵御甲流“隐形灾害”的科学方案

甲流相关肾损伤的防控核心是“全周期管理”,要构建“感染前预防、感染中监测、康复后调理”的完整防护链,高危人群要将保护肾脏贯穿全程。

感染前主动防御是关键。高危人群应在每年10月~11月甲流流行前接种疫苗,降低感染及重症风险。日常要做好勤洗手、戴口罩等防护工作,避免到人群密集场所;坚持规律作息、合理饮食和适度运动,增强免疫力。同时,定期监测肾功能,慢性肾病患者每3个月要检查尿常规、血肌酐,糖尿病患者每个月检查一次尿微量白蛋白,并将血压控制在130/80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)以下,空腹血糖控制在4.4毫摩尔/升~7.0毫摩尔/升,降低肾脏基础损伤。

每周一练

(医学伦理学、医疗人际关系伦理)

一、医务人员就医疗行为进行说明的首选对象是

- A.患者朋友
- B.患者同事
- C.患者所在单位领导
- D.患者本人
- E.患者亲属

二、对临床诊疗道德中最优化原则理解全面的是

- A.采取没有风险的治疗手段
- B.选择以最小代价获得最大效果的治疗方案
- C.选择让患者花费最少的治疗方案
- D.尽可能使用保守治疗方案
- E.采取使患者没有痛苦的治疗手段

三、下列选项中符合手术治疗伦理要求的是

- A.手术方案应当经患方知情同意
- B.患者坚决要求而无指征的手术也可实施
- C.手术对患者确实有益时,可无须患者知情同意
- D.手术方案必须经患者单位同意
- E.患者充分信任时,医生可自行决定手术方案

四、询问病史的道德要求是

- A.全神贯注
- B.精确操作
- C.合理配伍
- D.镇静从容
- E.争分夺秒

五、医生根据临床诊断选择相应的药物进行治疗,遵循的医学伦理学要求是

- A.严守法规
- B.公正分配
- C.加强协作
- D.合理配伍
- E.对症下药

六、急救工作对医生的道德要求是

- A.全神贯注
- B.精确操作
- C.合理配伍
- D.镇静从容
- E.争分夺秒

七、在通常情况下,手术治疗前最重要的伦理原则是

- A.检查周全
 - B.知情同意
 - C.减轻患者的疑惑
 - D.安慰家属
 - E.决定手术方式
- 八、当患者要求住院,该医师应当遵循的医学伦理学要求是

- A.严守法规
 - B.公正分配
 - C.加强协作
 - D.合理配伍
 - E.对症下药
- 九、医生采取“多头堵”“大包围”的方式开具大处方,违背的医学伦理学要求是

- A.严守法规
 - B.公正分配
 - C.加强协作
 - D.合理配伍
 - E.对症下药
- 十、糖尿病患者,女,65岁,家庭主妇,初中文化程度。医生给予的饮食建议,容易理解和执行的说法是

- A.您每天摄入热量不能超过1200千卡
- B.您必须严格控制饮食,要低盐、低脂、低糖饮食
- C.每顿饭主食100克,少吃油腻的
- D.不吃甜食、稀饭、甘蔗、西瓜、甜饮料,少吃肉,可吃一点儿粗粮
- E.您一定要管住自己的嘴,原来爱吃的都不能吃了

十一、一位服用了60多片安定的精神病患者被送到医院急救,患者父母表示无力承担抢救费用。按照急救伦理的要求,医生应该选择的处理措施是

- A.在征得患者父母同意和医院领导同意的情况下,迅速实施抢救
- B.在征得患者父母同意的情况下,放弃治疗
- C.放弃治疗,让患者父母将其接回家
- D.向民政部门反映,争取社会支持,并由他们决定是否抢救
- E.仅给予患者家庭能够承受费用的支持疗法

本期答案			
一、D	二、B	三、A	四、A
五、E	六、E	七、B	八、A
九、D	十、D	十一、A	

经验之谈

支气管哮喘的治疗方法

□刘彦东

支气管哮喘是由肥大细胞、嗜酸性粒细胞等多种细胞参与的慢性气道炎症,临床表现为反复发作的喘息、气促、胸闷、咳嗽等症状,多在夜间或凌晨加重,多数可自行缓解或经过治疗后缓解,但可变气流受限及气道高反应性,病程延长可致气道重塑。

支气管哮喘的急性发作以喘息、气促等症状突然发生或加重为特征,伴呼气流量降低,严重者会出现低氧血症和二氧化碳潴留。发病严重程度分4级:轻度(平静、讲话连续、无汗、哮鸣音散在,二氧化碳分压<40毫米汞柱);中度(喜坐姿、讲话中断、焦躁出汗、哮鸣音弥漫,二氧化碳分压≤45毫米汞柱);重度(端坐呼吸、单字发音、大汗、呼吸频率>30次/分,二氧化碳分压>45毫米汞柱);危重(无法讲话、嗜睡或意识模糊、胸腹矛盾运动、哮鸣音减弱或消失)。

支气管哮喘的诊断需要与3类疾病鉴别:心源性哮喘(左心衰竭病史、咯粉红色痰);慢性阻塞性肺疾病(中老年多见、慢性咳嗽、不可逆性气流受限);支气管肺癌(无诱因喘息、血痰、痰中可检出癌细胞、胸部X线检查结果异常等)。

支气管哮喘急性发作期的治疗以缓解气道痉挛、抗炎、去诱因、防感染、化痰排痰、纠正水电解质紊乱(补钾)、禁用镇静剂为主,严重时要用呼吸机辅助通气。用药方面,快速缓解药包括速效β₂-受体激动剂、短效茶碱等;一线治疗药物为速效β₂-受体激动剂、肾上腺皮质激素,二线治疗药物为抗胆碱能药物和茶碱。需要全身使用激素的情况:中度发作且吸入β₂-受体激动剂缓解不佳、长期应用激素者、有哮喘致呼吸衰竭病史、脆性哮喘等。

(作者供职于郑州市人民医院)

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

