

基层适宜技术

血脂异常的分类及临床诊断

血脂异常作为动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)的主要危险因素,是我国居民心血管健康的“隐形杀手”。《中国血脂管理指南(2023年)》数据显示,我国≥18岁人群血脂异常患病率已达40.4%,但知晓率、治疗率和控制率仍然处于较低水平。作为全科医师,掌握其规范诊疗与预防策略,对降低心血管疾病风险至关重要。

血脂异常的界定

血脂异常并非单纯指“血脂升高”,而是指血清中脂质代谢紊乱的统称,具体包括总胆固醇(TC)升高、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高、甘油三酯(TG)升高、脂蛋白升高,以及高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低等多种形式。其中,LDL-C作为“坏胆固醇”,是动脉粥样硬化的致病性危险因素,也是临床干预的首要靶点;HDL-C作为“好胆固醇”,具有抗动脉粥样硬化作用,其水平降低同样会增加心血管疾病风险。血脂异常的本质是脂蛋白代谢异常,与遗传、代谢、环境等多种因素相关,长期控制不佳会导致血管壁脂质沉积,诱发冠心病、脑卒中等严重疾病。

常见病因分类与机制

血脂异常按病因可分为原发性 and 继发性两大类,临床诊疗中需首先明确病因类型。原发性血脂异常主要由遗传因素导致,多为单一或多个基因突变引起的脂蛋白代谢相关酶或受体功能异常,具有家族聚集性。继发性血脂异常由明确的外在因素诱发,主要包括三类:一是系统性疾病,如甲状腺功能减退

症(甲状腺激素不足导致胆固醇代谢减慢)、糖尿病(胰岛素抵抗影响脂蛋白代谢)、肾病综合征(脂蛋白合成增加且清除减少)、慢性肝病等;二是药物因素,如糖皮质激素、雌激素类药物、环孢素、部分抗抑郁药等,能够影响脂质合成或排泄;三是生活方式因素,高饱和脂肪酸饮食、过量饮酒、肥胖、缺乏运动等,是当前人群血脂异常的主要诱因。

临床特点与表现

血脂异常的临床特点具有明显的“隐匿性”与“特异性”双重属性。多数普通患者早期无任何典型症状,仅在体检时偶然发现血脂指标异常,因此被称为“无声的血管杀手”。当脂质沉积到一定程度或出现并发症时,才会表现出相应症状。

特异性表现主要见于遗传性或严重血脂异常患者:一是黄色瘤,为脂质沉积于皮肤和肌腱形成的局限性隆起,常见于跟腱、肘部、眼睑等部位,其中眼睑扁平黄色瘤和跟腱黄色瘤是家族性高胆固醇血症的典型特征;二是脂性角膜弓,表现为角膜周边白色或灰白色环形混浊,与角膜缘有透明区相隔;三是早发性心血管病,患者常出现早发性冠心病,男性<55岁、女性<65岁出现心绞痛、心肌梗死等症状,需要高度警惕。此外,当TG≥5.64毫摩尔/升时,需要警惕急性胰腺炎风险,患者可能出现剧烈腹痛、恶心呕吐等症状;严重HDL-C降低者,还可能出现皮肤干燥、脱发等表现。

核心诊断思路与流程

血脂异常的诊断需要遵循

“指标检测-风险分层-病因鉴别”的3个环节,其中风险分层是指导治疗的核心依据,需要严格参照《中国血脂管理指南(2023年)》标准执行。

第一步是基础血脂检测与准备。推荐核心检测项目为“血脂四项”等。检测前需要做好准备:保持2周内日常饮食和体重稳定,检测前24小时避免剧烈运动,空腹8小时~12小时抽血,抽血前静坐5分钟,以排除干扰因素。

第二步是ASCVD风险分层,这是诊断的核心环节。首先按是否患有ASCVD分为二级预防人群(已经患病)和一级预防人群(未患病),再结合危险因素细化分层:超高危人群,主要是发生过≥2次严重ASCVD事件(如近期急性冠脉综合征、缺血性脑卒中),或1次严重ASCVD事件合并≥2个高危危险因素(如糖尿病、慢性肾脏病3期~4期);极高危人群,不符合超高危标准的其他ASCVD患者;高危人群,包括LDL-C≥4.9毫摩尔/升、40岁以上糖尿病患者、慢性肾脏病3期~4期,以及高血压合并多个危险因素者;中危人群,主要为高血压病或血脂轻度升高合并一两个危险因素者;低危人群,无高血压病、血脂正常且无其他危险因素者。危险因素包括吸烟、男性≥45岁、女性≥55岁、低HDL-C等。

第三步是病因鉴别诊断。在明确血脂异常后,需要区分原发性与继发性;详细询问家族史(尤其早发性心血管疾病家族史),排查是否存在甲状腺功能减退、糖尿病等基础疾病,梳理用药史(如是

否长期服用糖皮质激素),必要时进行基因检测和相关器官功能检查,避免漏诊继发性病因导致治疗方向错误。

规范治疗方法与策略

血脂异常治疗遵循“生活方式干预为基础,药物治疗为核心,目标导向个体化”原则,以LDL-C达标为首要目标,结合风险分层确定目标值(超高危人群LDL-C<1.4毫摩尔/升,极高危<1.8毫摩尔/升,高危<2.6毫摩尔/升)。

生活方式干预是所有血脂异常患者的基础治疗,需要长期坚持。饮食调整核心为“低饱和脂肪酸、低胆固醇、高纤维”:每天饱和脂肪酸摄入量<总能量10%,反式脂肪酸<1%,胆固醇<300毫克;增加蔬菜(每天300克~500克)、水果、全谷物摄入,适量食用鱼类(每周2次深海鱼)和坚果。运动干预推荐每周150分钟中等强度有氧运动(如快走、慢跑),结合每周2次抗阻训练,肥胖患者需坚持饮食与运动结合,减重5%~10%。此外,要严格戒烟、限酒,避免过量饮酒诱发TG升高。

药物治疗以他汀类药物为首选。基层诊疗中推荐中等强度他汀(如阿托伐他汀10毫克/天~20毫克/天、瑞舒伐他汀5毫克/天~10毫克/天)作为起始治疗。用药后4周~6周复查血脂,未达标者可以逐渐增加至最大耐受剂量;若他汀不耐受(如出现肌肉疼痛)与继发性;详细询问家族史(尤其早发性心血管疾病家族史),排查是否存在甲状腺功能减退、糖尿病等基础疾病,梳理用药史(如是

危人群,可加用PCSK9抑制剂(如依洛尤单抗),这类药物可强效降低LDL-C。

特殊情况的针对性治疗:高甘油三酯血症患者(TG≥5.64毫摩尔/升),要先控制饮食、戒酒,首选贝特类药物(如非诺贝特)降低胰腺炎风险;老年患者(≥75岁)无ASCVD但LDL-C在1.8毫摩尔/升~4.9毫摩尔/升者,建议使用他汀类药物;糖尿病患者需要更加严格地控制LDL-C,优先选择他汀类药物联合依折麦布片。药物治疗期间需要监测肝功能和肌酸激酶,警惕肝损伤和肌病等不良反应。

全周期预防措施

血脂异常的预防需要贯穿全生命周期,实施一级预防与二级预防相结合的策略。一级预防针对未患病人群,核心是建立健康生活方式:从儿童青少年时期开始养成低脂饮食习惯,避免肥胖;普通人群,40岁以下,每2年~5年筛查一次血脂,40岁以上,每年筛查一次;高危人群,提前至儿童期或青年期开始定期筛查。

二级预防针对已确诊血脂异常或ASCVD患者,目标是防止病情进展和复发,严格遵医嘱坚持药物治疗,不能自行停药或调整剂量;定期复查血脂(治疗初期每4周~6周1次,达标后每3个月~6个月1次),同时监测血压、血糖等合并危险因素;持续强化生活方式干预,将健康习惯融入日常生活。此外,社区健康宣教普及血脂知识,提高人群知晓率,是预防工作的重要环节。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

手足皲裂的用药安全与生活护理

□王济川

每到秋冬季节,手足皲裂进入高发期,尤其长期从事农业劳作的农民和常做家务的女性,更容易受这个问题困扰。

手足皲裂的发生和内外因密切相关:内因包括皮肤老化、汗腺及皮脂腺功能减退;外因有环境干燥、频繁摩擦、接触刺激性物质等。多重因素叠加会导致皮肤屏障受损,最终引发皲裂。

临床表现

手足皲裂是由多种内外因素引发的手足部皮肤干燥、皲裂。它好发于手指尖、手掌、足跟、足外缘等部位。这些部位的皮肤角质层较厚,又缺乏皮脂腺分泌的油脂保护,在外界刺激下更容易出现干裂皲裂。

患者的皮肤变化有明显的阶

段性。初期会变得干燥、粗糙、脱屑,没了正常的光滑润泽感,看起来黯淡无光。发展到进展期会出现裂口,按深浅能分为三度:一度裂口只到表皮,没有出血也不疼;二度裂口深入真皮浅层,可能有轻微刺痛,但不会出血;三度裂口会扎进真皮和皮下组织,常常导致出血和明显疼痛,严重影响手足正常活动。

有些患者在皲裂出现前的干燥阶段,还会觉得皮肤痒;如果皲裂的地方继发感染,局部会红肿、化脓,疼痛也会加重,严重时还可能伴随发热等全身症状。

治疗方法

手足皲裂治疗以缓解症状、促进愈合、预防复发为核心目标,主要包括一般治疗、药物治疗和

物理治疗。

一般治疗:需要避免刺激,减少手足部直接接触酸、碱、有机溶剂等刺激性物质,做家务时建议佩戴手套,避免长时间浸泡在水中;洗手足后及时擦干,涂抹凡士林、绵羊油等保湿剂,锁住皮肤水分以保持柔软;冬季外出可以搭配棉质手套、穿透气保暖的鞋袜,减少寒风直吹与摩擦损伤;同时,调整饮食,多摄入富含维生素A、维生素E的食物(如胡萝卜、坚果等),有助于维持皮肤的正常功能。

药物治疗:分为外用与口服两类。在外用药物中,10%~20%尿素霜、维A酸软膏等角质软化剂可以软化角质层,促进裂口愈合;伴有瘙痒或炎症反应时,可以短期使用氢化可的松软膏、曲安奈德尿乳膏

等糖皮质激素,减轻炎症与瘙痒;继发感染时,先以碘伏擦拭消毒,待干后外用莫匹罗星软膏、夫西地酸乳膏等抗生素软膏;病情严重者可以口服维生素A、维生素E,促进上皮细胞生长与修复。

物理治疗:包括封包治疗与激光治疗。封包治疗需要在涂擦外用药物后,用塑料薄膜(如保鲜膜)包裹手足部,增强药物吸收以提高疗效,一般每晚封包,次日清晨去除;激光治疗是采用特定波

长的激光改善局部血液循环与新陈代谢,加速裂口愈合,需要在专科医师指导下进行。

注意事项

在临床治疗中,医师会根据患者年龄、病情严重程度、基础疾病等因素制定个体化方案,密切观察治疗反应并及时调整。同时会对患者开展健康教育,指导正确的护理方法,预防手足皲裂。

(作者供职于河南省潢川县第二人民医院)



本栏目由河南省卫生健康委药物政策与食品安全处指导

冬至藏阳固正气 饮食养血强免疫

□石琳

今年12月21日是冬至。作为二十四节气中“阴极之至,阳气始生”的关键节点,冬至时节天地阳气渐萌,万物闭藏,人体气血亦随之趋向内收,正是遵循“天人合一”理念,借饮食调养脏腑、补充造血之源、强化免疫根基的黄金时期。结合血液科临床诊疗经验,从中医养生智慧与现代营养学角度出发,本文将为大家分享贴合冬至节气特性的健康调养方案,助力人们在这一特殊时节守护血液健康与免疫功能。

冬至的核心节气特性在于“藏”——藏阳气、藏阴精、藏气血。中医认为,人体免疫功能的强弱根植于正气,而血液作为正气的重要载体,其充盈度与流通性,直接决定了人体免疫防线的稳固程度。尤其对于血液系统功能较弱或体质偏虚的人群而言,冬至养生若能精准抓住“温而不燥、补而不滞”的核心原则,

既能借助温性食材激发体内阳气、补益气血,又能有效避免燥热壅滞体内、加重身体代谢负担,最终实现“养藏”与“强免”的双重目标,为来年的身体健康储备能量。

饮食调养是冬至养生的重中之重,需要紧密围绕节气特性与“温补不燥”原则进行科学搭配。日常饮食应以温性食材为主导,如羊肉、鸡肉、鲫鱼等,这类食材不仅富含优质蛋白质,更兼具温热之性,能够温补气血、滋养脏腑,为人体造血功能的正常运转与免疫细胞的生成提供充足的原料。其中,羊肉质温味甘,具有温中暖胃、益气养血的功效,适合畏寒怕冷、四肢乏力的人群食用;鸡肉则能健脾养性、温中益气,其肉质细嫩易于消化吸收,对于需要补充营养的血液病患者来说格外友好;鲫鱼可健脾利湿、和中开胃,烹饪时搭配生姜、胡椒等温性调料清

炖,既能达到补气血的效果,又不会产生滋腻之感,适合各类人群食用。在搭配温性食材的同时,需要优先选择性质平的蔬菜,如山药、萝卜、土豆等,这类蔬菜既能中和温性食材可能带来的燥热之性,又能健脾养胃、避免进食补过度导致的食积气滞,真正实现“补而不滞”的调养要求。山药益气养阴、补脾养肾,能够有效缓解进食补后可能出现的腹胀、消化不良等不适症状;白萝卜性凉味甘,可清热生津、消食化积,与羊肉、鸡肉等同煮,既能平衡食材的温热之性,又能解腻爽口,提升饮食体验;土豆能健脾和胃、益气调中,富含碳水化合物与膳食纤维,可为身体提供稳定的能量供应,辅助维持机体代谢平衡。

营养均衡是调养的关键。血液病患者在温补的同时,需要格外注重营养均衡,避免单一进补导致营养失衡。可适量食用动物肝脏、黑木耳等具有补血功效的食材。动物肝脏富含铁元素与维生素A,是改善缺铁性贫血的优质选择,建议每周食用两三次,每次摄入量控制在50克左右,烹饪方式以清蒸、水煮为宜,以最大限度减少油脂摄入,避免增加消化负担;黑木耳能益气养血、凉血止血,富含植物胶质与

铁元素,可采用凉拌或与瘦肉同炒的方式食用,温和补充造血所需的原料。同时,需要搭配猕猴桃、红枣、橙子等富含维生素C的食物。维生素C不仅能促进铁元素的吸收与转化,提高补血效果,还能增强免疫细胞活性,助力提升机体整体抵抗力。在此特别提醒:血液病患者应严格根据自身血象指标调整食材摄入量,避免过量摄入高蛋白、高嘌呤食物,防止加重身体代谢负担;湿热体质的人群则可适当减少羊肉等温热食材的食用量,增加萝卜、冬瓜等清热利湿食物的比例,确保饮食调养与自身体质相契合。

适度运动与情志调节同样不可忽视。除饮食调养外,冬至时节的起居作息仍需要遵循“早卧晚起,必待日光”的养生原则,保证每天七八个小时的充足睡眠,为阳气潜藏与骨髓造血功能的正常发挥提供良好环境;保暖方面要重点防护头颈部、背部和脚部这3个关键部位,因为这些部位经络密集、阳气易散,若防护不当,寒邪极易入侵体内耗伤阳气;运动则宜选择散步、打太极拳、练八段锦等缓和运动方式,且应在上午10点后阳光充足的时段进行,运动强度以身体微微出汗为

宜,切忌大汗淋漓,以免耗伤气血;情志调节上需要保持心态平和,避免长期处于低落、焦虑等不良情绪中,因为情绪波动容易导致气血瘀滞,进而影响造血功能与免疫稳定。

健康宣教要坚持“辨证”原则。对于基层医疗卫生人员而言,在面向群众开展健康宣教时,应重点传递以下核心内容:冬至进补并非“越多越好”,其核心要义在于“温而不燥、补而不滞”,需要根据个人体质合理调整;血液病患者的饮食调养要“辨证施食”,在专科医师指导下结合自身体质与病情制定个性化饮食方案;普通人群应避免盲目购买服用各类滋补品,养生应以天然食材科学搭配、规律饮食为主要方式,筑牢健康基础。

冬至养藏得当,方能为来年的健康蓄力。从中医“天人合一”的养生智慧到现代营养学的科学理念,都在强调遵循节气规律的重要性。在这一特殊时节,以温性食材补益气血,以性平蔬菜调和脾胃,以均衡营养强化免疫,让饮食调养与生活调理,成为守护血液健康与免疫防线的坚实保障,为全年健康奠定稳固基础。

(作者供职于河南省中医院血液科)

每周一练

(临终关怀与死亡的伦理、医学新技术研究与应用的伦理)

一、临终关怀的根本目的是为了
A.节约卫生资源
B.减轻家庭的经济负担
C.提高临终患者的生存质量
D.缩短患者的生存时间
E.防止患者自杀
二、下列符合临终关怀伦理要求的做法是
A.优先考虑临终患者家属的权益
B.尽力满足临终患者的生活需求
C.帮助临终患者抗拒死亡
D.满足临终患者结束生命的要求
E.建议临终患者选择安乐死

三、下列对临终关怀的伦理意义描述,不正确的是
A.可以使晚期癌症患者免遭受折磨
B.体现了人类文明的进步
C.有利于安乐死立法
D.是一种特殊的道德

E.体现了生命是神圣
四、一位符合安乐死条件的患者,医生使用药物结束其痛苦的生命,称为
A.强迫安乐死
B.医助安乐死
C.被动安乐死
D.主动安乐死
E.自杀安乐死

五、对患有不治之症且濒临死亡而又极度痛苦的患者,停止采用人工干预方式抢救而缩短患者痛苦的死亡过程称为
A.医生助死
B.积极安乐死
C.消极安乐死
D.自愿安乐死
E.非自愿安乐死

六、首先提出脑死亡标准的国家是
A.美国
B.澳大利亚
C.英国
D.法国
E.荷兰

七、世界上第一个安乐死合法化的国家是
A.美国
B.澳大利亚
C.英国
D.法国
E.荷兰

八、以脑死亡标准取代心脏停止跳动死亡的标准,其直接的伦理意义和效果是
A.科学地确定死亡,维护人的生命或尊严
B.节约卫生资源
C.减轻家庭负担
D.器官移植
E.社会文明

九、医生判断脑死亡标准的动机和直接目的应该是
A.科学地确定死亡,维护人的生命
B.节约卫生资源
C.减轻家庭负担
D.用于器官移植
E.缩短人的生存时间

十、实施主动安乐死的首要社会条件是
A.家属的主动要求
B.安乐死的合法化
C.患者的主动要求
D.能够减轻患者的痛苦
E.维护患者的尊严

十一、在人类辅助生殖技术中,医务人员可以实施
A.非医学需要的性别选择
B.代孕技术
C.以生育为目的的嵌合体胚胎技术
D.卵胞浆内单精子注射技术
E.克隆人技术

十二、下列说法符合我国人类辅助生殖技术的伦理原则的是
A.对已婚女性可以实施商业代孕技术
B.对离异单身女性可以实施商业代孕技术
C.对任何女性都不得实施代孕技术
D.对自愿的单身女性可以实施代孕技术
E.对已婚女性可以实施亲属间的代孕技术

本期答案			
一、C	二、B	三、C	四、D
五、C	六、A	七、E	八、A
九、A	十、B	十一、D	十二、C

经 验之谈

中医治疗经期延长

□李明利

诊断要点

1.月经周期基本正常,行经时间超过7天,甚至半个月才干净。

2.功能失调性子宫出血者,妇科检查多无明显的器质性病变;盆腔炎患者,妇科检查时宫体有压痛。佩戴宫内节育器者要用B超检查宫内环位置。

中医证候

1.气虚:行经时间延长,量多,经色淡红,质稀,肢倦神疲,气短懒言,面色黄白,小腹空坠,舌淡,苔薄,脉沉细。

2.虚热:行经时间延长,量少,经色鲜红,质稠,咽干口渴,或见潮热颧红,手足心热,舌红,少苔,脉细数。

3.血瘀:行经时间延长,量或多或少,经色紫暗有块,行经小腹疼痛拒按,舌质紫暗,或有瘀点,脉弦涩。

治疗方法

1.中药方剂:
气虚:补中益气汤加减。

党参12克,黄芪20克,甘草5克,当归10克,陈皮6克,升麻3克,柴胡3克,炒白术10克。

虚热:两地汤合二至丸加减。生地12克,玄参15克,地骨皮10克,麦冬12克,阿胶10克(烔化),白芍12克,女贞子30克,旱莲草15克。

血瘀:桃红四物汤加减。当归10克,熟地15克,白芍10克,川芎6克,桃仁6克,红花4克,三七6克,茜草12克。

2.中成药:气虚型,用补中益气丸;虚热型,用乌鸡白凤丸;血瘀型,用少腹逐瘀胶囊。

3.单验方:墨旱莲25克,加糖少许,煎服,用于虚热型经期延长。

注意事项

经期避免重体力劳动和剧烈运动。经期、产褥期注意外阴卫生,禁止房事。调畅情志,避免七情太过。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

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



河南疾控CDC