基层适宜技术

甲沟炎的诊断与治疗

甲沟炎是发生在指(趾)甲两侧甲沟及其周围组织的化脓性感染，是常见的手足部感染性疾病。甲沟炎多因嵌甲、撕扯倒刺、修剪过深、外伤、美甲，或长期浸水、接触刺激性物质引起，致病菌以金黄色葡萄球菌、化脓性链球菌为主。反复发作或迁延不愈的慢性甲沟炎，常与念珠菌定植或长期接触刺激性物质、过敏有关。该病手指、足趾均可发生，以拇趾较为多见。轻者影响走路和手部劳作，重者感染可向深处扩散，甚至累及指(趾)骨。在日常门诊中，因撕扯倒刺、嵌甲处理不当前来就诊者较为常见，掌握早期处理方法与转诊指征，能减少不必要的拔甲和复发。早期正确处理大多很快好转，拖延或自行挤压则容易化脓、反复发作，甚至需要拔甲治疗。

发病原因

指甲两侧与皮肤相接形成甲沟，此处皮肤薄、易受微小损伤。修剪指甲过短或过深、把两侧甲角剪掉，新长出的指甲容易嵌入软组织形成“嵌甲”，反复刺激甲沟；手指倒刺随手撕扯，会在甲周留下细小伤口；踢碰、挤压、咬甲，以及美甲器具消毒不严、指甲油刺激，也为细菌侵入打开通道。穿鞋过紧、足部多汗、双手长期泡在水中或接触洗涤剂等，会使甲周皮肤浸渍、屏障下降，更易发生感染。糖尿病患者、外周血管病变或免疫功能低下者，一旦甲周红肿，增加感染风险。

慢性甲沟炎还常与长期接触污水、洗涤剂、刺激性物质，或过敏、念珠菌定植有关，多见于家庭主妇、餐饮从业者、长期徒手劳动者，表现为甲周持续红肿、甲小皮缺失，遇潮湿或刺激后加重。

门诊常见病因：青年因穿鞋过紧、拇趾嵌甲反复红肿，多可经保守处理后缓解，重点在于纠正嵌甲和更换宽松的鞋袜；还有一些老年人，尤其是糖尿病患者，甲周受伤后红肿迁延、久不愈合，一旦化脓或血糖偏高，愈合慢、易扩散，须更早干预和转诊。分清这两类情形，有助于把握处理的轻重缓急。

症状表现

急性甲沟炎起病较急，甲周一侧或两侧出现红、肿、热、痛，明显触痛；感染加重时局部出现黄白色脓点，甚至有波动感、跳痛。慢性甲沟炎表现为甲周反复或持续红、肿，甲小皮剥脱、甲板表面粗糙不平，可有少量脓液，病程常超过6周，有时与反复轻微创伤、潮湿、过敏相关。需要警惕的是，少数长期不愈合、形态怪异的甲沟炎，可能是肿瘤(如鲍温病、鳞状细胞癌等)的表现，不能一概按普通炎症处理。

诊断要点

甲沟炎主要依据病史和典型表现诊断：有修剪、外伤、嵌甲等诱因，甲沟红、肿、痛或化脓，即可临床诊断。脓液较多或治疗效果不佳时，可取分泌物做细菌学或真菌学检查，明确致病菌。无明显化脓、全身症状不重者，一般不必做复杂检查。诊断时需要与单纯外伤、甲癣(灰指甲)伴发感染等鉴别。甲周出现水疱、沿指神经分布疼痛者，要考虑病毒感染可能，不宜按细菌感染处理。若同一部位久治不愈或形态异常，应把患者转诊至上级医院做进一步检查，排除其他病变。

保守治疗

炎症早期、尚未形成脓肿时，以保守治疗为主。用温水浸泡患指(趾)，水温控制在40摄氏度，每次15分钟，每日两三次，可软化组织、减轻红肿疼痛；浸泡后保持局部干燥，穿宽松的鞋袜，减少侧向压迫；也可以每日用稀释碘伏或1:5000高锰酸钾溶液浸泡，帮助控制感染。外用可选用碘伏消毒，涂抹莫匹罗星软膏、夫西地酸乳膏或复方多粘菌素B软膏，也可以外敷鱼石脂软膏。对于嵌甲引起的甲沟炎，可在指甲与甲沟之间塞入消毒棉花或牙线，把甲缘垫起、解除嵌入，棉花须每日更换、保持干燥，多数轻症经过数日护理可缓解。大多数甲沟炎不需要口服抗生素，仅在红肿范围扩大、出现蜂窝织炎、淋巴管炎或全身症状时才考虑由医师开具抗菌药物。保守治疗一般需要坚持三五天可见效，若无效或已经化脓，应及时进行手术治疗，不宜久拖。症状缓解后，需要保持局部干燥一两周，防止病情复发。塞垫法的原理是把嵌入软组织内的甲缘轻柔抬起，解除甲板对甲沟的压迫，从而打断“嵌甲-炎症-更嵌”的循环，操作需要耐心，并且每日需要更换敷料。

手术治疗

一旦脓肿形成，保守治疗难以奏效，应由医师在消毒后进行甲沟旁切开引流，切勿自行挤压，以免感染向指(趾)端深部扩散，甚至引起骨髓炎。若见指甲下方积脓、指甲浮起，须尽快切开引流或拔甲，拖延可导致甲床破坏、新甲畸形。若感染累及甲根，出现甲下积脓，或炎症范围较广，常需要部分或全部拔除指(趾)甲，手术在指(趾)根神经阻滞麻醉下进行，以1%利多卡因局部麻醉，用橡皮筋环扎趾(指)根部控制出血，操作约30分钟，门诊即可完成。对于嵌甲反复发作者，单纯拔甲复发率较高，可在炎症控制后进行甲沟成形术或甲床部分切除术。甲沟成形术通过切除部分甲床生发层、降低甲缘，既保留指甲又减少复发，适合反复发作、不愿反复拔甲者。棉花填塞、胶管垫压等方法，能在不拔除指甲的前提下矫正嵌甲，适合不愿意手术或暂不宜手术者。需要提醒的是，单纯拔甲后约有3%的患者会出现嵌甲或甲沟炎复发。因此，对于反复发作的嵌甲，更推荐在炎症控制后进行甲沟成形术，从根源上降低复发概率。

术后护理

拔甲或切开引流后，创面以油纱或凡士林纱条覆盖，抬高患肢，避免挤压和沾水，按医嘱定期换药。一般术后三五天取出引流条，之后根据渗出情况间隔换药，直至甲床愈合。新甲约3个月重新长出，期间注意保持鞋内清洁干燥，防止再次损伤。若伤口渗液多、红肿不消或疼痛加重，应及时复诊。糖尿病患者术后要严格控制血糖，避免伤口迁延不愈。

预防措施

预防的关键在于正确指(趾)甲的修剪，减少损伤。指甲应平着剪，前端留约1毫米，不要把两侧甲角剪掉或剪成深弧形；倒刺用指甲刀齐根剪断，绝不能用手撕扯倒刺。选择大小合适、前端留有余量的鞋袜，避免趾甲受压；足部多汗者每日更换袜子，保持甲周干燥。做家务或接触洗涤剂、化学物品时佩戴防护手套，避免长时间浸水。美甲不宜过频，确保工具消毒到位。儿童咬甲、咬笔头的不良习惯，也应注意纠正。新甲长出前应尽量避免患趾受力，运动后及时换下汗湿袜；在公共浴室、泳池，尽量不赤足，减少念珠菌等交叉感染。习惯赤足活动者应注意足部防护，发生趾甲外伤后及时消毒，可降低发病与复发。

特殊人群处理

糖尿病患者发生甲沟炎，因局部血液供应和免疫功能较差，感染容易扩散、伤口不易愈合。一旦甲周明显红肿即应尽早就医，不宜自行用温水浸泡延误治疗时机；血糖偏高者须同步控制血糖，否则创面迁延难愈。外周血管病变、免疫功能低下者，出现甲周红肿应比普通人更早上报和转诊。这类患者即使症状看似轻微，也不要按普通甲沟炎长期居家处理。

应急转诊

出现以下情况，应及时转诊至上级医院外科或皮肤科：红肿范围超过甲周，向手指、足趾近端蔓延；伴发热、寒战、乏力等全身症状；局部剧痛影响行走，或出现睡眠障碍；糖尿病患者、外周血管病变或免疫功能低下者发生甲周红肿；已经形成甲下积脓或反复发作者；同一部位红肿超过3周不愈合，或形态异常、久治不愈，需要警惕其他病变。将早处理、正确拔甲和转诊等防控措施落实到位，可有效控制甲沟炎，减少复发次数。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

合理用药

精神科药物的用药时机选择

□蔡培培

精神科药物的给药时机，需要综合药物代谢动力学特征、患者个体状况与病情需要确定，并无统一模式。合理的服药时间与食物搭配，直接影响药物吸收、疗效与安全性，是用药指导的关键环节。以下从进食影响、昼夜节律、剂型与相互作用、特殊人群4个方面梳理临床要点。

进食对药物吸收的影响

食物可改变胃排空速率及胃肠道pH(酸碱度)值，进而影响药物吸收。精神科药物的进食要求大致分3类：

进食影响较小：多数SSRIs类(选择性5—羟色胺再摄取抑制剂)抗抑郁药(如舍曲林、艾司西酞普兰等)，进食对药物吸收影响不足10%，空腹或餐后服药均可。若患者合并泛酸、胃痛等胃肠道基础疾病，建议饭后15分钟至30分钟服用，避免刺激胃黏膜。

需要随餐或餐后服用：心境稳定剂(丙戊酸钠、碳酸锂)空腹服用，易致恶心、呕吐，需要餐后服用；抗精神病药物齐拉西酮、鲁拉西酮必须与至少350千卡食物同服，否则生物利用度明显下降；抗焦虑药丁螺环酮餐后生物利用度升高，建议每日固定餐后服用，以维持血药浓度稳定。

需要严格空腹服用：少数用于缓解急性焦虑的短效抗焦虑药物，空腹服用可加快胃排空，促进药物迅速吸收起效，应遵照医嘱空腹服用。

昼夜节律与给药时间

给药时间的选择，取决于药物副作用与人体生理节律。

晨服：具有中枢激活作用的药物(如氟西汀、安非他酮、哌甲酯等)应晨间服用，晚间服用易致失眠、激越。

睡前服：具有明显镇静、嗜睡副作用的药物(如米氮平、曲唑酮、奥氮平、阿普唑仑等)建议睡前一两个小时服用，既助眠又避免日间过度镇静。

时间灵活：镇静或激活作用不显著的药物(如伏硫西汀)，每日固定时间服用、维持血药浓度稳定即可。

剂型与饮食相互作用

特殊剂型：缓释片/控释片(如喹硫平缓释片)需要整片吞服，不可掰开或嚼碎服用，建议睡前空腹服用，避免食物致药物快速释放；肠溶片须空腹整片吞服，预防包衣在胃内被破坏；口腔崩解片不能用水送服，服药后短期内也不要大量饮水。

警惕食物与饮品相互作用：西柚汁(葡萄柚汁)中含呋喃香豆素，是CYP3A4酶(细胞色素P450 3A4)的强效抑制剂，可使喹硫平、阿立哌唑、鲁拉西酮、地西泮等血药浓度明显升高，中毒风险显著增加，服药期间应严格避免。此外，酒精与精神科药物同服可以产生协同中枢抑制作用，加重嗜睡甚至引发呼吸抑制。患者服药期间必须严格禁酒。

特殊人群与用药管理

特殊人群：老年人肝肾功能减退，药物代谢减慢，建议低剂量起始、缓慢加量；孕产妇用药需要权衡利弊，确定需要用药时，采用安全有效的小剂量；肝肾功能不全者需要依据关键指标，调整剂量或延长给药间隔。儿童、青少年处于生长发育期，用药更须个体化，密切监测体重与情绪行为变化；多数精神科药物可少量进入乳汁，哺乳期女性用药期间是否哺乳，应咨询专科医生，不可自行决定。

用药指导关键点：在随访管理中，对服用精神科药物者，可重点询问以下问题——是否按时按量，是否擅自增减剂量甚至停药，是否联用其他药物，或饮用西柚汁和饮酒。发现明显不良反应(如严重嗜睡、震颤、心慌)或病情波动，应及时到专科门诊复查，不要自行换药。

此外，精神科药物与其他系统疾病用药的相互作用也需要关注。CYP酶诱导剂(如卡马西平、苯妥英)可加速多种抗抑郁药物代谢、削弱疗效；CYP2D6抑制剂可升高经此酶代谢的药物浓度。联用抗凝药物、降糖药物时，应留意精神科药物对凝血、血糖的潜在影响，必要时监测相应指标。使用氯氮平者，要定期监测粒细胞计数；碳酸锂治疗窗较窄，应监测血锂浓度并维持水电解质平衡。

用药记录与随访

规范的用药记录，是避免服错时间、漏服、重复用药的基础。建议患者以手机闹钟或分格药盒固定每日服药时刻，在药盒标注“药名、时间、餐前餐后”。家属应了解患者所用药物，留意其情绪、睡眠、体重，以及有无跌倒、意外倾斜，发现异常后要及时报告医生。

起始治疗或加量阶段，不良反应多在前2周至4周出现，应提醒患者按时复诊；停药须逐步进行，突然停药可出现撤药反应或病情反弹，应由专科医生制定减药方案。撤药反应以SSRIs较为典型，表现为头晕、感觉异常、焦虑、失眠等，多数为轻度、中度。多种精神科药物联用时，相互作用较为常见，任何药物的剂量或调整服药时间均可能影响整体疗效与安全性，任何变动均应在专科医生指导下进行。

(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)

药物敏感结核病的规范治疗

□王少华

药物敏感结核病对常用一线抗结核药物均敏感，规范治疗后多数患者可以临床治愈；但是，耐药结核病的菌株对一种或多种抗结核药物耐受，治疗难度大、疗程长、费用高、治愈率低。在诊疗中，防止药物敏感结核病演变为耐药结核病，是传染病防控的关键环节。

药物敏感结核病的识别

药物敏感结核病以长期咳嗽、咯痰超过2周为主要症状，可伴有痰中带血、低热、盗汗、乏力、体重下降；诊断依靠胸部X线片、痰液细菌涂片检查，以及痰培养；对可疑症状者，应及时转诊至结核病定点医院排查。规范抗结核病治疗一般为6个月左右，按医嘱足量、足疗程、不间断服药，多数患者可以清除体内的结核分枝杆菌。经规范治疗数周后，传染性明显下降，飞沫传播风险随之降低。肺结核患者咳嗽、打喷嚏、大声说话时排出的带菌飞沫，可以传播病菌。因此，咳嗽、打喷嚏时掩住口鼻，不随地吐痰，室内定期通风，规范佩戴口罩……可显著降低病菌传播。

耐药结核病的识别

耐药结核病指结核分枝杆菌对所用抗结核药物产生耐受性，原有治疗方案失效。耐药结核病多与治疗不规范相关：服药间断(症状缓解即停药，随意减量，甚至换药)，导致结核分枝杆菌未被彻底清除，在选择性压力下逐渐突变、耐受药物。耐药结核病一旦发生，患者的疗程由半年延长至一两年(甚至更久)，费用增至药物敏感结核病的数十倍，不良反应增加，治愈率明显下降，仍然可以传染给密切接触者。其中，耐多药结核病(对异烟肼和利福平耐药)治疗难度大、费用高，是防控的重点。

耐药结核病的产生机制

多数获得性耐药结核病源于治疗中断：症状稍微缓解，患者便自行停药，服药时断时续，因顾虑不良反应而随意增减剂量，症状消失后不再复查。这些行为的共同结果是结核分枝杆菌未被彻底杀灭，在药物选择性压力下存活并逐步耐受，最终演变为耐药菌株。

耐药结核病的危害

耐药结核病可导致反复咳嗽、咯血、胸闷，迁延不愈，患者的工作、学习、结婚、生育等均受影响。密切接触者(尤其是患者的家人)面临持续感染风险。耐药结核病的治疗负担沉重，重症者可进展至呼吸衰竭甚至死亡。耐药结核病还拉长传染期，形成难以切断的传播链，危害较大。

规范治疗与全程管理

患者一旦确诊，应立即启动规范治疗，不擅自停药，不随意增减剂量，甚至换药。治疗关键为“早期、联合、适量、规律、全程”，即直接面视下督导化疗(DOTS)：由医务人员或经培训的家庭成员面视患者服药，确保每次剂量准确。患者治疗期间按医嘱进行痰液细菌涂片检查、胸部X线片检查及肝功能检查，既评估疗效，也可以早期发现药物不良反应。临床常见误区是症状消失即停药，这是病情复发与病菌耐药的主要原因，须反复强调完成全疗程的必要性。

在规范治疗中，固定剂量复合制剂(FDC)可减少服药片数，降低错服率、漏服率，是提高依从性的重要手段。分子生物学检测可在2小时内同时报告结核分枝杆菌及利福平耐药性，为耐药筛查与方案调整提供依据。此外，结核分枝杆菌潜伏感染者无活动性症状、无传染性，但高危人群(如HIV感染者、确诊病例密切接触者)须接受评估并进行预防性治疗，以防进展为活动性肺结核。

临床诊断与公共卫生

接诊时，对咳嗽、咯痰超过2周者，应主动动员至定点机构排查，从源头减少传播与耐药发生。确诊患者的密切接触者需要同步筛查，推荐以症状问卷调查联合γ-干扰素释放试验或结核菌素皮肤试验评估，儿童优先进行胸部X线片检查，早发现、早干预。治疗失败，指规范用药后痰菌持续阳性或临床症状无改善，须及时行药敏试验并调整方案。

规范治疗的关键在于依从性管理：早期识别中断服药的风险因素，通过面视督导、用药记录、定期随访提高完成率。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心)



每周一练

(孕期保健、妊娠合并症、异常分娩)

一、患者为女性，24岁，初孕妇，妊娠33周，头痛6天，经检查血压160/110毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)，治疗3天无效，早晨5时突然出现剧烈腹痛，检查子宫硬如板状，考虑的诊断是

A.Ⅲ胎盘早剥
B.部分性前置胎盘
C.完全性前置胎盘
D.先兆子宫破裂
E.子宫破裂

二、27岁，初孕妇，妊娠29周，睡眠中发现无痛性阴道流血，流血量与贫血程度成正比，最可能的诊断是

A.Ⅲ胎盘早剥
B.部分性前置胎盘
C.完全性前置胎盘
D.先兆子宫破裂
E.子宫破裂

三、胎膜早破的病因不包括

A.钙缺乏
B.维生素C缺乏
C.病原微生物上行感染
D.胎膜受力不均
E.羊膜腔压力增高

四、患者为女性，26岁，停经48天，阴道少量流血5天，偶尔有腹痛，无发热、腹泻；平素月经规律；查体体温36.6摄氏度，脉搏80次/分，血压120/65毫米汞柱，双肺呼吸音清，未闻及啰音，各瓣膜听诊区未闻及杂音，腹软，无压痛。妇科检查：宫颈软，宫体稍大且软，附件无异常。血常规：血红蛋白126克/升，白细胞7.3×10⁹/升，最可能的诊断是

A.子宫肌瘤
B.功能失调性子宫出血
C.异位妊娠破裂
D.先兆流产
E.子宫内膜炎

五、异位妊娠最常见的发生部位为

A.输卵管间质部
B.输卵管系膜
C.输卵管壶腹部
D.输卵管峡部
E.输卵管伞端

六、患者为女性，26岁，风湿性心脏病患者，妊娠45天出现心力衰竭，其处理原则应是

A.立即进行负压吸宫术终止妊娠
B.控制心力衰竭后进行负压吸宫术
C.边控制心力衰竭边终止妊娠
D.控制心力衰竭后继续妊娠
E.控制心力衰竭后进行钳刮术

七、患者为女性，28岁，风湿性心脏病、二尖瓣狭窄病史5年，平时不用药，登3楼无明显不适，怀孕5个月后活动时常有轻度心慌、气促。患者现在已怀孕38周，因心悸、咳嗽，夜间不能平卧，心功能Ⅲ级而急诊入院，在制定治疗计划时，最佳的方案是

A.积极控制心力衰竭后终止妊娠
B.积极控制心力衰竭，同时进行剖宫产术
C.积极控制心力衰竭，同时进行引产术
D.适量应用抗生素后继续妊娠
E.纠正心功能，等待自然临产

八、糖尿病合并妊娠，孕期血糖控制效果良好，终止妊娠的理想时间是

A.妊娠32周至33周
B.妊娠38周至39周
C.妊娠34周至35周
D.妊娠36周至37周
E.妊娠40周

九、建议在妊娠12周前进行人工流产的心脏病的类型是

A.二尖瓣狭窄性人工球囊扩张术后
B.二尖瓣关闭不全
C.动脉导管未闭
D.轻度室间隔缺损
E.二尖瓣狭窄伴肺动脉高压

十、患者为女性，26岁，妊娠33周，妊娠期糖尿病，调整饮食后血糖水平控制效果良好，胎儿大小发育正常，下一步的处理是

A.给予地塞米松
B.继续控制饮食
C.每日监测血糖
D.口服二甲双胍
E.加用胰岛素治疗

十一、患者为女性，30岁，初产妇，未临产，妊娠35周，恶心、呕吐，乏力伴皮肤黄染、瘙痒1周，根据检查结果诊断为妊娠合并乙型病毒性肝炎(重型)，除保肝治疗外，应采取的措施是

A.尽快使用利凡诺尔腔内引产
B.尽快使用子宫动脉栓塞术
C.尽快进行剖宫产术
D.尽快使用催产素促进宫颈成熟
E.继续妊娠至37周

十二、初产妇活跃期停滞是指进入活跃期后，宫颈口不再扩张超过

A.1小时
B.1.5小时
C.4小时
D.2.5小时
E.3小时

十三、不协调性子宫收缩乏力的恰当处理应是

A.针刺合谷穴、三阴交穴
B.温肥皂水灌肠
C.肌注哌替啶
D.人工破膜+静脉滴注缩宫素
E.静脉滴注缩宫素

本期答案

一、A	二、C	三、A	四、D
五、C	六、B	七、A	八、B
九、B	十、B	十一、C	十二、C
十三、C			

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医生指导下应用