

根据国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、
财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的
《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》编写

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

全科医学

General Practice

主编 | 于晓松 季国忠



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

全科医学

General Practice

主 编 于晓松 季国忠

副主编 霍洪军 赵 钢 李双庆 王 敏

编 者 (以姓氏笔画为序)

于 凯 中国医科大学附属第一医院

于晓松 中国医科大学附属第一医院

马 岩 北京市朝阳区双井社区卫生服务中心

王 爽 中国医科大学附属第一医院

王 敏 山东大学齐鲁医院

王永晨 哈尔滨医科大学附属第二医院

朱新业 西安交通大学第二附属医院

刘 申 上海市社区卫生协会

刘力戈 首都医科大学附属北京友谊医院

江孙芳 复旦大学附属中山医院

苏巧俐 四川大学华西医院

李双庆 四川大学华西医院

迟春花 北京大学第一医院

张开金 东南大学公共卫生学院

张存泰 华中科技大学同济医学院附属同济医院

张剑锋 广西医科大学第一附属医院

陈丽英 浙江大学医学院附属邵逸夫医院

陈鸿雁 重庆医科大学附属第一医院

季国忠 南京医科大学第二附属医院

赵 钢 大连医科大学附属第一医院

倪松石 南通大学附属医院

龚 涛 北京医院

韩雅君 内蒙古自治区人民医院

程颐清 南京医科大学第二附属医院

曾学军 北京协和医院

路孝琴 首都医科大学全科医学与继续教育学院

霍洪军 内蒙古医科大学第二附属医院

John Yang Lee 四川省人民医院

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

全科医学 / 于晓松, 季国忠主编. —北京: 人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-22193-1

I. ①全… II. ①于… ②季… III. ①全科医学 - 教材
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 054731 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

全 科 医 学

主 编: 于晓松 季国忠

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/16 印张: 24

字 数: 660 千字

版 次: 2016 年 5 月第 1 版 2016 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-22193-1/R · 22194

定 价: 62.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

出版说明

为深入贯彻国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合发布的《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》文件精神,满足全国各地住院医师规范化培训的要求,在国家卫生和计划生育委员会科教司领导和支持下,全国高等医药教材建设研究会、全国住院医师规范化培养教材评审委员会组织编写了《住院医师规范化培训规划教材》,人民卫生出版社正式出版。

本套教材的编写原则是:①坚持“三个对接”:与5年制的院校教育对接,与执业医师考试对接,与专科医师的准入和培训对接;②强调“三个转化”:在院校教育强调“三基”的基础上,本阶段强调把基本理论转化为临床实践、基本知识转化为临床思维、基本技能转化为临床能力;③强化“三个临床”:早临床、多临床、反复临床;④提高“四种能力”:职业道德、专业能力、人际沟通与团队合作能力、教学与科研的能力;⑤培养“三种素质”:职业素质、人文素质、综合素质;⑥实现“三医目标”:医病、医身、医心。不仅要诊治单个疾病,而且要关注患者整体,更要关爱患者心理。

本套教材强调“规范化”和“普适性”,实现培训过程与内容的统一标准和规范化。其中临床流程、思维与诊治均按照各学科临床诊疗指南、临床路径、专家共识及编写专家组一致认可的诊疗规范进行编写。在编写过程中不断地征集带教老师和学员意见并不断完善,实现“从临床中来,到临床中去”。本套教材的编写模式不同于本科院校教材的传统模式,注重体现PBL和CBL的教学方法,符合毕业后教育特点,并为下一阶段专科医师培训打下坚实的基础。

本套教材共47种。根据新近印发的《住院医师规范化培训内容与标准(试行)》的文件要求,分为临床学科(42种)、医学人文(5种)两类。本套教材充分考虑各学科内亚专科的培训特点,能够满足不同地区、不同层次的培训要求。

本套教材是在全面实施以“5+3”为主体的临床医学人才培养体系,深化医学教育改革,建设和一支适应人民群众健康保障需要的临床医师队伍的背景下组织编写的,希望全国广大住院医师培训基地在使用过程中提供宝贵意见。



国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

教材目录

序号	教材名称	主编	副主编
1	内科学 心血管内科分册	张 澍 霍 勇	陈 红 高海青 何 奔 周玉杰
2	内科学 呼吸与危重症医学分册	王 辰 高占成	康 健 王 虹 李海潮 代华平
3	内科学 消化内科分册	唐承薇 张澍田	陈旻湖 房静远 陈卫昌 王蔚虹
4	内科学 血液内科分册	黄晓军 吴德沛	王健民 邵宗鸿 侯 明 卢振霞
5	内科学 肾脏内科分册	梅长林 余学清	陈江华 陈 楠 付 平 倪兆慧
6	内科学 内分泌科分册	童南伟 邢小平	郭晓蕙 肖海鹏 余学锋 陈 兵
7	内科学 风湿免疫科分册	张奉春 栗占国	鲍春德 刘 毅 毕黎琦 杨念生
8	内科学 感染科分册	魏 来 李太生	范学工 张文宏 党双锁 赵龙凤
9	儿科学	申昆玲 黄国英	母得志 薛辛东 罗小平 黄松明
10	急诊医学	于学忠 黄子通	陆一鸣 陈玉国 陈旭岩 张连阳
11	皮肤性病学	张学军 涂 平	徐金华 高兴华 陆前进 晋红中
12	精神病学	唐宏宇 方贻儒	李占江 刘铁桥 胡 建 贾福军
13	神经病学	贾建平 陈生弟	黄一宁 洪 震 周 东 唐北沙
14	全科医学	于晓松 季国忠	霍洪军 赵 钢 李双庆 王 敏
15	康复医学	励建安 黄晓琳	燕铁斌 何成奇 岳寿伟 吴 毅
16	外科学 普通外科分册	刘玉村 朱正纲	王 杉 胡三元 刘青光 程南生
17	外科学 神经外科分册	李新钢 王任直	赵世光 游 潮 刘建民 康德智
18	外科学 胸心外科分册	胡盛寿 王 俊	孙立忠 高长青 庄 建 肖颖彬
19	外科学 泌尿外科分册	叶章群 周利群	黄翼然 张小东 吴 斌 黄 翔



序号	教材名称	主编	副主编
20	外科学 整形外科分册	祁佐良 李青峰	郭树忠 王晓军 郭 澍 江 华
21	骨科学	裴福兴 陈安民	翁习生 阎作勤 林建华 贺西京
22	小儿外科学	孙 宁 郑 珊	冯杰雄 刘文英 高 亚 董 蒨
23	妇产科学	杨慧霞 狄 文	王建六 赵 霞 薛凤霞 漆洪波
24	眼科学	黎晓新 王宁利	许 迅 刘奕志 刘 平 沈 晔
25	耳鼻咽喉头颈外科学	韩东一 肖水芳	许 庚 唐安洲 张 榕 潘新良
26	麻醉学	刘 进 于布为	王国林 李文志 赵国庆 任家顺
27	临床病理学	陈 杰 步 宏	王连唐 李 挺 吴 强 戚基萍
28	临床检验医学	王 前 王建中	府伟灵 李 莉 续 薇 欧启水
29	放射影像学	郭启勇 王振常	胡道予 龚启勇 滕皋军 刘士远
30	超声医学	姜玉新 张 运	王金锐 田家玮 唐 杰 任卫东 李建初
31	核医学	黄 钢 李亚明	李 方 王全师 石洪成 王 铁
32	肿瘤放射治疗学	王绿化 朱广迎	郎锦义 郭小毛 马 骏 刘晓冬
33	医学遗传学	邬玲仟 张 学	赵彦艳 张咸宁 余细勇 刘睿智
34	预防医学	朱启星 傅 华	张正东 王 彤 宿 庄
35	口腔医学 口腔全科分册	周学东 白玉兴	宋宇锋 刘洪臣 章锦才 徐 欣
36	口腔医学 口腔内科分册	凌均桢 陈 智	孙 正 牛玉梅 俞立英 潘亚萍
37	口腔医学 口腔颌面外科分册	俞光岩 王慧明	王佐林 周 诺 胡勤刚 董福生
38	口腔医学 口腔修复科分册	周延民 陈吉华	高 平 陈 江 余占海 麻健丰
39	口腔医学 口腔正畸科分册	王 林 沈 刚	周 洪 邓 锋 毛 靖 王建国
40	口腔医学 口腔病理科分册	钟 鸣 王 洁	李铁军 陈 宇 周 峻 肖 晶
41	口腔医学 口腔颌面影像科分册	王铁梅 余 强	郑广宁 傅开元 程 勇 曾东林
42	重症医学	于凯江 杜 斌	管向东 王祥瑞 马晓春 康 焰
43	循证医学	王吉耀 何 耀	徐佩茹 祁艳波 王聪霞 王小钦
44	医学科研方法	陈世耀 刘晓清	张宏家 吕 明 肖志波
45	医学伦理学实践	邹和建 陈晓阳	纪宗正 张 欣 杨 薇 王兆良
46	医患沟通技能训练	李惠君 郭 媛	王 颖 刘惠军 韩新生 曹素艳
47	住院医师英语手册	唐熠达 冉志华	蔡世荣 潘 慧 金泽宁 李 刚

全国住院医师规范化培养教材

评审委员会名单

总 顾 问 赵玉沛 沈晓明 王德炳 刘德培 吴孟超
刘允怡 陈灏珠 钟南山 杨宝峰

顾 问 (按姓氏笔画排序)

冯友梅	武汉大学	赵 群	中国医科大学
吕兆丰	首都医科大学	柯 杨	北京大学
闫剑群	西安交通大学	桂永浩	复旦大学
步 宏	四川大学	陶立坚	中南大学
张英泽	河北医科大学	黄 钢	上海交通大学医学院
张学军	安徽医科大学	雷 寒	重庆医科大学
汪建平	中山大学	腾皋军	东南大学医学院
郑树森	浙江大学医学院	瞿 佳	温州医科大学

主任委员 王 辰 陈贤义

副主任委员 (按姓氏笔画排序)

于晓松	中国医科大学第一附属医院	陈 红	北京大学人民医院
万学红	四川大学华西临床医学院 / 华西医院	陈旻湖	中山大学附属第一医院
王 虹	南京医科大学第一附属医院	林建华	福建医科大学附属第一医院
刘继红	华中科技大学同济医学院附属同济医院	唐安洲	广西医科大学附属一院
李 青	国家卫生和计划生育委员会医药卫生科技发展研究中心	郭启勇	中国医科大学附属盛京医院
杜 贤	人民卫生出版社	高海青	山东大学齐鲁医院
邵 洁	上海交通大学医学院附属瑞金医院	阎作勤	复旦大学附属中山医院



委员 (按姓氏笔画排序)

于凯江	哈尔滨医科大学附属第二医院	陈 椿	福建医科大学附属协和医院
毛 颖	复旦大学附属华山医院	陈卫昌	苏州大学附属第一医院
王 前	南方医科大学南方医院	陈昕煜	国家卫生和计划生育委员会科技教育司
王以朋	北京协和医院	周玉杰	首都医科大学附属北京安贞医院
王共先	南昌大学第一附属医院	罗天友	重庆医科大学附属第一医院
占伊扬	江苏省人民医院	胡娅莉	南京大学医学院附属鼓楼医院
申昆玲	首都医科大学附属北京儿童医院	费广鹤	安徽医科大学第一附属医院
伍伟锋	广西医科大学第一附属医院	赵龙凤	山西医科大学第一临床医院
刘 彬	吉林大学第一医院	赵增仁	河北医科大学第一医院
刘建国	天津医科大学总医院	唐北沙	中南大学湘雅医院
刘青光	西安交通大学医学院第一附属医院	徐剑铖	第三军医大学第二附属医院 (新桥医院)
朱晒红	中南大学湘雅三医院	贾建国	首都医科大学宣武医院
汤宝鹏	新疆医科大学第一附属医院	贾明艳	北京医学教育协会
许 迅	上海市第一人民医院	高 亚	西安交通大学医学院第二附属医院 (西北医院)
吴一龙	广东省人民医院	高 炜	北京大学第三医院
张东华	哈尔滨医科大学附属第一医院	高长青	中国人民解放军总医院
张成普	中国医科大学附属盛京医院	诸葛启钊	温州医科大学附属第一医院
张学文	吉林大学中日联谊医院	龚启勇	四川大学华西临床医学院 / 华西医院
李占江	首都医科大学附属北京安定医院	董 蒨	青岛大学医学院附属医院
李海潮	北京大学第一医院	谢苗荣	首都医科大学附属北京友谊医院
沈 晔	浙江大学医学院附属第一医院		
狄 文	上海交通大学医学院附属仁济医院		
邱海波	东南大学附属中大医院		

主编简介



于晓松

二级教授、主任医师、博士研究生导师,享受国务院政府特殊津贴。现任中国医科大学副校长、中国医科大学附属第一医院全科医学科主任;中华医学会全科医学分会候任主任委员、辽宁省医学会全科医学分会主任委员、辽宁省全科医学教育中心主任、全国高等医学教育学会临床教育分会副理事长。

本人从事全科医学与健康管理、医学教育学术研究和教学工作 30 余年,期间在美国宾夕法尼亚大学医学院和华盛顿大学医学院做了近 4 年的访问学者,对美国的医学教育体系、教育理念、教学方法等有了深入研究,并将先进的医学教育理念融入我国医学教育研究与管理工作中。面对慢性病防控这一重大民生课题,勇于探索有效的防控途径,积极进行创建健康管理新模式的尝试,取得了有意义的初步成果。同时,先后主持、参加国家自然科学基金等项目 10 余项,获资助经费近千万元;撰写了 60 余篇论文,在国内外各级杂志发表。作为主编、副主编、编者编写了《全科医学理论与循证实践》等 10 余部著作;获国家、省部级教学与科技奖多项;2013 年获第九届辽宁省普通高等学校本科教学名师称号。1999 年和 2009 年分别开始指导硕士和博士研究生,已毕业 30 余人。



季国忠

医学博士、教授、主任医师、博士研究生导师,现任南京医科大学第二附属医院院长,党委书记,南京医科大学第二临床医学院院长;中国医院协会病案管理委员会常务委员、国家卫生和计划生育委员会消化内镜诊疗技术培训基地主任、国家卫生和计划生育委员会及省全科医学培训基地负责人,省高级职称评审专家、江苏省医院协会病案管理委员会主任委员、江苏现代医院管理研究中心高级研究员、江苏省及南京市医学会消化分会副主任委员、江苏省临床重点专科学科带头人、江苏省“333 高层次人才”及“六大人才高峰”人才,并任《中华消化内镜杂志》《世界华人消化杂志》等核心期刊编委。从事临床医疗、教学科研及管理工作近 30 年,主持多项医学及管理研究课题;主编或参编多部医学和管理书籍:如《临床医学基础》(主编)、《人类疾病学概论》,《临床检验解析》(主编)、《急诊鉴别诊断学》(副主编)、《实用急诊鉴别诊断学》(副主编)、《临床医学多用大辞典》(副主编)、《医务人员三基训练指南》等;获中华医学等奖项五项;发表论文 50 余篇(其中 SCI 收录十余篇)。获江苏省医院管理优秀工作者。

副主编简介



霍洪军

主任医师、二级教授、硕士研究生导师、医院管理学博士,现任内蒙古医科大学第二附属医院院长,内蒙古自治区骨科研究所所长,内蒙古政协第十一届常委,九三学社内蒙古区委副主委。国家临床重点专科(骨科)学科带头人,中国康复医学会修复重建外科专业委员会第七届委员会常委。

本人从事教学工作至今 29 年,国内外发表学术论文 30 余篇,其中 SCI 收录 3 篇。主持国家自然科学基金 1 项、省级科研项目 8 项,主编、参编专著 4 部。享受国务院政府特殊津贴,自治区有突出贡献中青年专家。获内蒙古自治区科技进步一等奖 1 项、二等奖 1 项、三等奖 4 项。



赵钢

主任医师、教授、硕士研究生导师,现任大连医科大学附属第一医院副院长、全科医学教研室主任,从事医疗、教学、科研工作 30 余年,为大连市政府特殊津贴专家。

本人兼任辽宁省医学会消化病学分会、辽宁省医学会肝病学会副主任委员,《医学与哲学》《中国医师进修杂志》编委,国家 863 计划项目网上评审专家、《中国医科大学学报》审稿专家等,获辽宁省政府科技进步二等奖、三等奖及省教学成果三等奖等 5 项,主编及参编了《全科医生心理学》《临床医学导论》《急诊医学》等专著及教材。发表论文 60 余篇。



李双庆

主任医师、教授、硕士研究生导师,四川大学华西医院 / 华西临床医学院全科医学科、全科医学教研室主任。

自 2000 年开始在大型综合性医院开展全科医学医教研及全科住院医师规范化培训,现为四川省卫生厅全科医学学科带头人,教育部高等学校全科医学教育指导委员会委员;中国医师协会全科医师分会常务委员、中华医学会全科医学分会委员;四川省医学会全科医学分会副主任委员、四川省医师协会全科医师专委会副主任委员;四川省预防医学会理事、慢性病防治专委会副主任委员;四川省、成都市健康管理专委会委员、主任委员。



王敏

医学博士,主任医师,硕士研究生导师,山东大学齐鲁医院全科医学科副主任,全科教研室副主任。曾任中华医学会全科医学分会两届青年委员,现任山东省医学会全科医学分会副主任委员,山东省保健专家组成员,山东省住院医师规范化培训专家组成员。

从事临床与教学工作 20 余年,主持国家自然科学基金、山东省自然科学基金等项目,获山东省科技进步三等奖及省高校成果二等奖等;发表 SCI 收录及中华系列杂志论文 20 余篇,主编著作 2 部。

前言

随着我国社会经济的发展、医药卫生体制改革的不断深入以及人民群众健康需求的不断变化,全科医学的重要性日益凸显。在中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议审议通过了《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》,建议指出:“十三五”期间将“推进健康中国建设,深化医药卫生体制改革,理顺药品价格,实行医疗、医保、医药联动,建立覆盖城乡的基本医疗卫生制度和现代医院管理制度,实施食品安全战略。”“健康中国”战略已酝酿多年。早在 2007 年中国科协年会上,原卫生部部长陈竺即公布了“健康护小康,小康看健康”的三步走战略。国家卫生计生委主任李斌也强调中国要力争到 2020 年实现每个家庭拥有一名合格的家庭医生,每个居民拥有一份动态管理的电子健康档案和一张服务功能完善的健康卡。健康中国梦的实现,呼唤全科医学有一个更大、更快的发展。

为了适应这一新的目标和要求,医学教育要积极探索全科医学人才培养的新途径、新模式。为此,我们在国内全科医学发展和实践的基础上,汇集了 28 位国内权威的全科医学专家学者的教学和医疗实践经验编写了这本教材。本书为国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材系列丛书之一,读者对象为包括全科医学在内的住院医师,旨在帮助全科医师与其他专科医师进一步强化全科医学理念、诊疗思维与基本技能,学习如何运用全科医学基础理论、基本知识与技能,结合最佳研究证据为人民群众提供优质全科医疗服务,使其他专科医师了解基层常见健康问题和疾病的全科医学诊疗方法,加强专科与全科之间的交流合作。本书也可作为基层全科医生转岗培训、继续教育以及卫生机构管理人员等卫生技术人员全科医学知识的培训教材。

全书共分三篇 32 章。第一篇为全科医学基本理论,系统介绍了全科医学的基本概况、以人为中心的健康照顾、以家庭为单位的健康照顾、以社区为范围的健康照顾、以预防为导向的健康照顾、全科医疗中的临床诊断思维、全科医疗中的医患关系与伦理学问题、循证医学在全科医疗中的应用和社区健康管理等内容。第二篇和第三篇为实践篇,均采用病例引导的形式。第二篇重点介绍了基层常见慢性病的全科诊疗与管理方法,包括原发性高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、胃食管反流病、消化性溃疡、糖尿病、血脂异常和脂蛋白异常血症、骨质疏松症、骨关节炎、卒中等疾病。第三篇侧重介绍常见恶性肿瘤的临床预防,包括鼻咽癌、喉癌、甲状腺癌、肺癌、食管癌、胃癌、原发性肝癌、大肠癌、前列腺癌、乳腺癌、子宫颈癌等疾病。

世界卫生组织总干事陈冯富珍女士曾经说过:“如果我从世界卫生组织总干事的位置上退下来,我将回到中国。我也想在退休之后有非常好的全科医师照顾我的老年生活,这就是我的中国梦。”这也是所有中国人的中国梦。让我们与医学界所有同仁携手,为人民群众的健康、为实现这个梦想而共同努力。

于晓松

2016 年 4 月于沈阳

目 录

第一篇 全科医学基本理论

第一章 全科医学概述	2
第一节 全科医学产生基础及在中国的发展前景	2
第二节 全科医学、全科医疗和全科医生	7
第三节 全科医疗的基本原则	12
第四节 全科医学教育	15
第二章 以人为中心的健康照顾	20
第一节 两个不同的照顾模式	20
第二节 以人为中心的健康照顾的实施	24
第三节 健康信念模型与患者管理	27
第三章 以家庭为单位的健康照顾	32
第一节 家庭及其对健康的影响	32
第二节 家庭生活周期及其常见健康问题	36
第三节 家庭评估	38
第四节 以家庭为单位照顾的方式	45
第四章 以社区为范围的健康照顾	49
第一节 社区的概念及其健康影响因素	49
第二节 社区为导向的基层医疗	50
第三节 社区卫生诊断的基本内容与方法	54
第五章 以预防为导向的健康照顾	57
第一节 预防医学的概述	57
第二节 全科医疗中常见的临床预防服务	61
第六章 全科医疗中的临床诊断思维	69
第一节 以问题为导向的临床诊断思维	69
第二节 全科医疗中的临床诊断策略	74
第七章 全科医疗中的医患关系与伦理学问题	80
第一节 全科医疗中的医患关系	80
第二节 全科医疗中的医患沟通	83
第三节 全科医疗中的伦理学问题	87
第八章 循证医学在全科医疗实践中的应用	91
第一节 循证医学与全科医疗	91
第二节 循证全科医疗的实践步骤	93



第三节 循证全科医疗实例介绍	97
第九章 社区健康管理	100
第一节 健康管理概述	100
第二节 健康管理的策略	104

第二篇 常见慢性病的社区管理

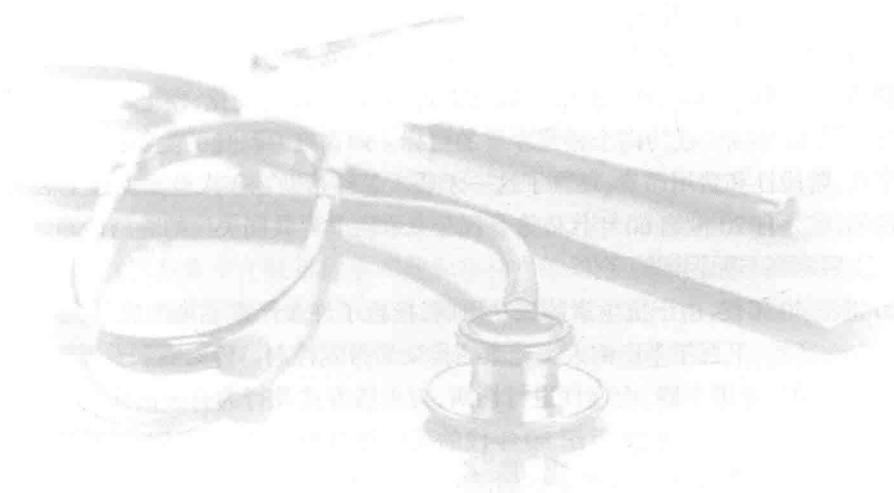
第十章 原发性高血压	114
第十一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	134
第十二章 慢性心力衰竭	144
第十三章 慢性阻塞性肺疾病	158
第十四章 支气管哮喘	168
第十五章 胃食管反流病	182
第十六章 消化性溃疡病	190
第十七章 糖尿病	198
第十八章 血脂异常和脂蛋白异常血症	213
第十九章 骨质疏松症	227
第二十章 骨关节炎	237
第二十一章 卒中	251
第一节 缺血性卒中	251
第二节 出血性卒中	259

第三篇 常见恶性肿瘤的临床预防

第二十二章 鼻咽癌	268
第二十三章 喉癌	276
第二十四章 甲状腺癌	285
第二十五章 肺癌	294
第二十六章 食管癌	300
第二十七章 胃癌	311
第二十八章 肝癌	323
第二十九章 大肠癌	328
第三十章 前列腺癌	335
第三十一章 乳腺癌	341
第三十二章 宫颈癌	351
中英文名词对照索引	361

第一篇

全科医学基本理论



第一章 全科医学概述

全科医学(general practice)又称家庭医学(family medicine),是临床医学的二级学科。全科医生是身兼医生、教育者、咨询者、健康监护人、卫生服务协调者、居民健康“守门人”等数种角色的综合程度较高的医学人才,主要在基层承担预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、患者康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务。

全科医学符合时代发展的需要,开展全科医疗有利于提高基层医务人员的基本素质,改善医德医风,提高医疗服务水平和质量;有利于合理地使用卫生资源,降低医疗费用,充分满足社区居民的卫生服务需求;有利于实现人人健康的战略目标,因而受到各国政府和医学界的高度重视并得以不断发展。

第一节 全科医学产生基础及在中国的发展前景

一、全科医学产生基础

(一) 人口迅速增长与老龄化

随着各国的社会经济条件普遍改变,加之公共卫生事业迅速发展,促进了人类的长寿和人口数量的激增。许多国家 65 岁及以上人口所占的比例日趋增大,在发达国家和部分发展中国家超过了 7%,进入了老龄化社会。我国在 2000 年已正式宣告进入老龄化社会。

人口老龄化给社会造成了巨大的压力。一方面社会劳动人口比例下降,老年人赡养系数明显增大,使社会的经济负担加重;另一方面进入老年后,其生理功能衰退,慢性退行性疾病多发,行为能力减退,社会地位和家庭结构以及心理、精神方面的变化,使老年人的生活质量全面下降,“长寿”和“健康”成为两个相互矛盾的目标。而高度专科化的生物医学模式因其医疗服务的狭窄性、阶段性和费用昂贵,加剧了这一矛盾。怎样帮助老年人全面提高生活质量,使其得以安度晚年,成为自 20 世纪 60 年代以来各国公众和医学界共同关注的热门话题。

(二) 疾病谱与死因谱的变化

20 世纪 40 年代,由于抗生素的成功研制,拯救了许多严重感染的患者,给人类带来了巨大希望。由此开始,千百年来影响人类健康的传染病得到控制。传染病和营养不良症在疾病谱与死因谱上的顺位逐渐下降,而慢性退行性病、与生活方式及行为有关的疾病等却逐渐成为影响人类健康的主要因素。与 20 世纪 80 年代的死因谱对照,心脑血管病、恶性肿瘤和意外死亡已成为世界各国共同的前几位死因。疾病谱的变化向现代医学及医疗服务系统提出了新的要求。这些要求包括:服务时间要求长期而连续;服务内容要求生物、心理、社会、环境全方位;服务地点要求以家庭和社区为主;服务类型要求综合性的照顾(包括医疗、预防、康复、保健、教育、咨询等干预)重于单独医疗干预;服务方式要求医患双方共同参与,强调患者的主动性和自觉性,而不仅仅是被动地遵从医嘱。

(三) 医学模式的转变

所谓医学模式,是指医学整体上的思维方式或方法,即以何种方式解释和处理医学问题。医学模式受到不同历史时期的科学、技术、哲学和生产方式等方面的影响,人类历史上经历了多种不同的医学模式,如古代的神灵主义医学模式、近代的机械论医学模式以及现代的生物医学



模式、生物-心理-社会医学模式。

生物医学模式是把人作为生物体进行解剖分析,致力于寻找每一种疾病特定的病因和病理生理变化,并研究相应的生物学治疗方法。生物医学模式在特定的历史阶段对防治疾病、维护人类健康作出了巨大贡献。而且一直是近代医学科学界占统治地位的思维方式,也是大多数专科医生观察处理其领域问题的基本方法。但生物医学模式无法解释某些疾病的心理社会因素,以及疾病造成的种种身心不适,无法解释生物学与行为科学的相关性,更无法解决慢性病患者的心身疾患和生活质量降低等问题。随着疾病谱的变化和病因病程的多样化,生物医学模式的片面性和局限性也日益明显。自19世纪末以来,随着预防医学、流行病学、行为科学、心身医学、免疫学、医学哲学等领域的发展,系统论的思维逐渐被接受,从而导致了新的医学模式的产生。

生物-心理-社会医学模式的概念是由美国医生 G.L.Engle 于1977年首先提出的,是一种多因多果、立体网络式的系统论思维方式。它认为人体是一个开放系统,通过与周围环境的相互作用以及系统内部的调控能力决定健康状况。因此,生物医学仍是这一模式的基本内容之一,其还原方法被整合到系统论的框架中,与整体方法协调使用。无论是医学的科学特征、医生的诊疗模式或医疗保健事业的组织形式,都将根据新的模式进行调整,使之适应医学模式转变的需要。

(四) 医疗费用的快速上涨

20世纪60年代,各国都面临医疗费用的快速增长问题,其主要原因为高技术医学的发展和人口老龄化。高技术医学的发展使医疗投入急剧增长,而对改善人类总体健康状况却收效甚微,即成本的投入与其实际效果/效益相距甚远。有资料表明,85%以上的卫生资源消耗在15%的危重患者治疗上,而仅有15%的资源用于大多数人的基本医疗和公共卫生服务。这种资源的不合理使用,不仅使政府不堪重负,也使公众十分不满。因此,人们迫切要求改变现行医疗服务模式,合理利用有限的医疗卫生资源,使其得到及时、方便、价廉的基本医疗卫生服务。

以社区为基础的正三角形(又称金字塔形)医疗保健体系是目前世界公认的理想的健康体系。其宽大的底部是可以被群众广泛利用的、立足于社区、提供基本医疗保健和公共卫生服务的门诊机构(全科医疗诊所与社区健康中心);中部是二级医院、慢性病院、护理院和其他能处理需要住院的常见问题的机构;顶部是利用高技术处理疑难危重问题的少数三级医院。医师人力有一半以上在基层从事社区卫生服务,体现了在卫生资源分配上对社区的倾斜;而所有民众的首诊医疗保健都在基层解决,体现了卫生资源利用对社区的重视。

这种正三角形医疗保健体系意味着不同级别医疗保健机构功能的分化:即不同级别的医疗保健机构各司其职,大医院集中于疑难危重问题和高技术的研究,并作为基层医疗的学术与继续医学教育的后盾;基层机构则全力投入社区人群的基本医疗保健工作。在医疗保健系统中充分发挥基层医疗和居民健康“守门人”的作用,以较低的医疗费用、有限的卫生资源取得较为理想的居民健康效果。

二、全科医生在卫生改革中的使命

社区作为医学教育训练和科学研究的重要场所,体现了近年来世界范围内卫生改革的方向。作为社区卫生服务的学术核心和业务骨干,全科医生在承担基本诊疗工作的同时,还被赋予了更重要的历史使命。

(一) 承担三级预防

生物医学模式的健康观认为,健康就是没有疾病。它在健康与疾病之间划了一条界线,可以称之为“非此即彼”。因为易于操作,所以被医生广泛接受。其缺陷是过于片面,不包括许多病理基础不明的疾患或功能问题;同时过于武断和静止,人没有疾病时也可能处于疾病前期,特别是许多慢性病。因而完全遵照这一理念将有可能失去疾病早期的有效干预机会。



世界卫生组织 1948 年提出的健康的新定义,即“健康是身体上、精神上和社会适应上的完好状态,而不仅是没有疾病或虚弱”。这种定义适应现代社会的多元思维要求,认为良好的健康状况要由全社会共同创造,并强调自我保健责任。同时,它认为健康是一种“状态”,即把健康和疾病看作是并存于一个连续统一体中的动态过程,若能及时发现并控制作用于人体的健康危险因素和致病因素,开展健康促进和疾病预防,即可促使健康向疾病发展的进程逆转。而体现综合性保健观念的预防战略及其按照疾病自然史的不同发展阶段设计的三级预防措施,则为这种新型健康观提供了有力的工作手段。

慢性病三级预防是根据疾病周期(健康-疾病-康复)进行的综合性预防措施,它涉及预防、医疗、康复、心理、行为、社会等许多领域,需要多学科人员共同承担。但由于其出发点是慢性病的防治,临床医生是进行长期综合性照顾的骨干。全科医生作为个人和家庭的责任制保健医生,以在社区提供综合性、持续性、协调性服务见长,理应为社区、家庭和个人承担三级预防任务。

(二) 发展“照顾医学”

这一使命的提出,来源于“医学目的”(the goal of medicine)的讨论。这场严肃的学术讨论,是在 20 世纪 80 年代中期由美国哈斯廷斯中心 Daniel Callahan 教授发起的。在世界卫生组织的支持下,有 13 个发达程度不同的国家参与了该项研究计划。该项研究号召各国医学界、政府和公众“审查医学目的”,敦促从“治愈医学”(cure medicine)和高科技医学优先选择,转移到“照顾医学”(care medicine),重点是预防疾病和维护、促进健康。

医学的传统目的可以归纳为三个方面:对抗疾病和延长生命,促进和维护健康,以及解除疼痛和疾苦。随着现代医学的飞速发展,使得人们对于上述三者之一,即对抗疾病与延长生命格外青睐,似乎只要投入足够的金钱和对科学的热忱,医学将能够治愈所有疾病,死亡被视为医学的失败。当社会越来越难以继续为对抗疾病付出高昂代价之时,当将大量宝贵资源(甚至是 90% 以上的资源)用于“最后的安慰”时,对医学目的的其他方面,如促进/维持健康、解除病痛却投入甚少,并处理乏术。为此,该项研究计划提出了新的医学目的:①预防疾病损伤,促进维持健康;②解除疾病引起的痛苦;③照顾患病与无法治愈者;④避免早死,追求安详死亡。

为了实现上述新的医学目的,需要在医院以外的广大社区发展“照顾医学”,以现代医学和替代医学(传统医学)为手段,实现为慢性患者解除痛苦并改善生命质量的目的;同时强化预防疾病与促进健康的有效方法的研究。因此,围绕着“生命周期”,以人生准备、人生保护、人生质量为中心发展照顾医学的重任就历史地落在了全科医生肩上。

(三) 建立全科医生制度,推进卫生改革

纵观医学史,医生连续性照顾的做法是医生人性化服务的体现。然而,随着现代高技术医学的发展,各种诊疗设备代替了医生的体格检查甚至诊断思维,患者被视为疾病的载体,医生仅对其所患疾病感兴趣,而不知其作为“人”的期望与情感需求,医患关系越来越走向冷淡与对立。高技术医学作为“双刃剑”,在挽救了大量危重患者的同时,也带来了许多副作用,造成卫生资源的高投入、低产出,服务的低覆盖和服务对象的低满意度。以上情况严重影响到医学和医疗卫生事业的可持续发展,甚至涉及社会公正和政局稳定等问题。

各国政府和医学界都认识到需要通过卫生革命改变一味发展高技术的弊端,纠正卫生资源配置的偏差,强调对基层医疗保健的投入,以适宜技术和高情感的手段,实现卫生服务的经济有效、高覆盖和高满意度。世界卫生组织与世界家庭医生组织联合提出,在卫生保健系统实现优质、经济、有效以及公正的服务过程中,全科医生/家庭医生应该起到核心的作用。为了承担这一重任,全科医生必须对患者照顾能高度胜任,同时必须能将个人和社区的卫生保健融为一体。

在中国,建立全科医师制度是促进医疗卫生服务模式转变的重要举措。建立分级诊疗模式,实行全科医生签约服务,将医疗卫生服务责任落实到医生个人,是我国医疗卫生服务的发展方向,也是许多国家的通行做法和成功经验。建立适合我国国情的全科医生制度,有利于优化医



疗卫生资源配置、形成基层医疗卫生机构与大医院合理分工的诊疗模式,有利于为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务,缓解群众“看病难、看病贵”的状况。

三、全科医学在中国的发展与前景

(一) 全科医学在中国的引入与发展

1. 全科医学在中国内地的引入 全科医学的概念在 20 世纪 80 年代后期引入中国内地。1989 年,首都医科大学成立全科医师培训中心,1993 年 11 月中华医学会全科医学分会成立,标志着我国全科医学学科的诞生。1994 年,复旦大学附属中山医院设立全科医学科。1995 年 8 月,中华医学会全科医学分会正式成为世界家庭医生组织成员。2000 年 9 月,原卫生部在首都医科大学成立了卫生部全科医学培训中心,同时在北京等少数地区开始尝试进行全科医疗的实践活动。总体来说,这一时期的全科医学处于概念传播、理论探讨和实践起步阶段。

2. 全科医学在中国内地的发展

(1) 形成适宜全科医学发展的政策环境:1997 年,《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》提出“加快发展全科医学,大力培养全科医生”,这是推进中国内地全科医学发展的重要标志。1999 年,原卫生部召开了“全国全科医学教育工作会议”,正式全面启动全科医学教育工作。之后,国家先后制订了一系列全科医学教育、培训以及全科医生专业技术资格与注册管理的相关具体政策规定,提出了我国全科医学教育发展目标,全科医师的培训开始进入规范化发展阶段。

2006 年,国务院召开了全国社区卫生工作会议,同时下发国务院《关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,强调要加强高等医学院校的全科医学、社区护理学科教育,积极为社区培训全科医师、护士,鼓励高等医学院校毕业生到社区卫生服务机构服务。之后,中央编办、国家发改委、人事、财政、社保、民政、卫生、教育等相关部门出台了 9 个配套文件。在全科医学学科建设与教育培训方面,要求医学院校开设全科医学课程,有条件的医学院校要成立全科医学系或教研室,将全科医学发展纳入学校重点学科建设整体规划之中;加强全科医学教材建设,组织医学生到社区卫生服务中心(站)进行见习或实习等。

2009 年,中共中央国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》提出“有效减轻居民就医费用负担,切实缓解‘看病难、看病贵’”的近期目标,以及“建立健全覆盖城乡居民的基本医疗卫生制度,为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务”的长远目标。为此,需要“健全基层医疗卫生服务体系,加强基层医疗卫生人才队伍建设,特别是全科医生的培养培训,着力提高基层医疗卫生机构服务水平和质量。转变基层医疗卫生机构运行机制和服务模式,完善补偿机制。逐步建立分级诊疗和双向转诊制度,为群众提供便捷、低成本的基本医疗卫生服务”。“对长期在城乡基层工作的卫生技术人员在职称晋升、业务培训、待遇政策等方面给予适当倾斜。完善全科医师任职资格制度,健全农村和城市社区卫生人员在岗培训制度,尽快实现基层医疗卫生机构都有合格的全科医生”。

这一系列文件的出台,有效地改善了我国全科医学发展的政策环境,推进了全科医学学科的发展。

(2) 中国全科医生制度的建立:为深入贯彻医药卫生体制改革精神,2011 年 6 月,时任国务院总理温家宝主持召开国务院常务会议,决定建立全科医生制度。2011 年 7 月,国务院颁发《关于建立全科医生制度指导意见》(以下简称《指导意见》)。《指导意见》提出,力争到 2012 年使每个城市社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院都有合格的全科医生;再经过几年努力,到 2020 年,基本形成统一规范的全科医生培养模式和首诊在基层的服务模式,基本实现城乡每万名居民有 2 至 3 名合格的全科医生,更好地为群众提供连续协调、方便可及的基本医疗卫生服务。

《指导意见》要求改革全科医生执业方式。全科医生可根据需要多点注册执业,可以在基层医疗卫生机构全职或兼职工作,也可以开办诊所。推行全科医生与居民建立契约服务关系。加



强全科医生服务质量监管,并与医保支付、基本公共卫生服务经费拨付挂钩。创新全科医生激励政策和方式,建立以按签约居民数获得服务费为基础的新激励机制,完善到艰苦边远地区工作的津贴政策。拓宽全科医生职业发展路径,完善职称晋升办法。

(3) 初步建立了全科医学教育体系:我国内地地区自 1989 年开始全科医学教育培训试点,1999 年正式启动全科医学教育培训工作。目前,已经基本建立了全科医学教育培训体系,包括高等院校医学本科生全科医学知识教育、全科医生规范化培训(全科医学住院医师规范化培训)、全科医师岗位培训和转岗培训、全科医学研究生教育、全科医学继续教育、全科医学师资培训等。为保证教育培训工作的顺利开展以及保障教育培训质量,国家相关部门出台了相关文件要求建立全科医学培训基地,并组织专家编写相关教材。

早在我国全科医学教育培训工作正式启动之始,原卫生部明确提出:“在充分利用现有教育资源的基础上,选择有条件的高等医学院校或培训中心,逐步建立起以国家级培训中心为龙头,省级培训中心为骨干,临床及社区培训基地为基础的全科医生培训网络”。2006~2007 年,原卫生部组织专家评审认证了 34 家全科医学专科医师培训试点基地,原卫生部毕业后医学教育委员会印发了《全科医学科专科医师培训基地细则》。2011 年,国家发展改革委下达了全科医生临床培养基地建设项目中央预算内投资计划,安排中央预算内投资 20 亿元,用于支持全国 29 个省(自治区、直辖市)及新疆生产建设兵团进行全科医生临床培养基地建设。旨在依托现有医疗卫生资源,建设一批规范化的全科医生培养基地。原卫生部医疗卫生服务监管司出台了《全科医生规范化培养基地认定和管理办法(征求意见稿)》,拟在全国建设 100 多个全科医生规范化培养基地。

(4) 全科医学与社区卫生服务的发展互相促进:社区卫生服务(communitary health service)是城市卫生工作的重要组成部分,是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。社区卫生服务主要包括基本公共卫生服务、基本医疗保健服务。建设和发展城市社区卫生服务体系是我国近年卫生改革、有效解决群众看病难看病贵问题的重要举措。社区卫生服务是一种以社区居民卫生服务需求为导向,由政府主导、社区参与的基层医疗卫生服务。它不是一个学科而是一种基层医疗卫生服务的新模式。

全科医学的发展与社区卫生服务的开展相辅相成。全科医学是为社区卫生服务培养业务和管理骨干的医学专业学科,经过全科医学培养合格的全科医生,是社区卫生服务的骨干;由全科医生提供的全科医疗服务是社区卫生服务中最理想的个体化照顾的服务模式。因此,根据社区卫生服务发展的需要培养高素质的全科医生是我国全科医学发展的重要任务之一。

(5) 中、高级全科医师从无到有:随着我国社区卫生服务的广泛深入开展和全科医学人才发展的需要,我国部分地区制订了全科医师职称系列和职称晋升标准。有数据显示,截止到 2007 年,全国晋升全科医学专业技术资格人员总计 10 670 人,其中中级专业技术资格 9826 人,高级专业技术资格 844 人(主任医师 65 人,副主任医师 779 人)。自 2001 年,参加全科医学中级专业技术资格考试的考生人数逐年增加,年龄呈年轻化趋势,学历层次逐步提高。全科医生在岗人数逐年增多,全科执业注册有关调查显示,截至 2013 年,我国共有全科医生 14.56 万人(注册 4.74 万人,取得合格证书 9.81 万人),每万人口全科医生数 1.07 人。全科医生占执业(助理)医师总数的比例从 2009 年的 5.3% 提升到 2013 年的 5.6%。

(二) 中国全科医学发展前景展望

加强以全科医生为重点的基层医疗卫生队伍建设,是健全基层医疗卫生服务体系、提高基层医疗卫生服务水平的基础工程,是缓解群众“看病难、看病贵”难题的基础环节,是实现人人享有基本医疗卫生服务的基本途径,关系到医改全局和群众切身利益。

根据我国新医改框架下的医疗卫生服务模式要求,全科医生和初级卫生保健人员的数量不足,而各种专科、亚专科的医师却相对过剩。由于基层医疗卫生服务体系可确保在最经济的地



点提供医疗保健服务,可以预测中国未来在贴近患者、医学发展、技术应用等方面将出现竞争趋势。如同世界上其他国家一样,在中国也将日趋显露推进全科医学加速发展的若干趋势。一个趋势是随着新的而且通常是昂贵的诊断治疗方法的日益增多,卫生保健的费用定额配给已经成为现实问题。另一个趋势是保健地点逐渐从医院向社区的转移。与此同时,越来越强调患者在医院之外治疗或者使院内患者能够尽早地出院,这也意味着要对更多的老年人、慢性病患者、复合疾病患者和晚期疾病患者提供全科医疗照顾。而且,全科医疗也将受到新技术进展的影响,全科医生将实现医疗记录及决策分析的数字化和信息化。

中国医改的最新政府指导原则是“保基本、强基层、建机制”。“强基层”就是强化城乡基层医疗卫生服务机构的服务能力。《指导意见》提出:到2020年,在我国初步建立起充满生机和活力的全科医生制度,基本形成统一规范的全科医生培养模式和“首诊在基层”的服务模式,全科医生与城乡居民基本建立比较稳定的服务关系,基本实现城乡每万名居民有2~3名合格的全科医生,全科医生服务水平全面提高,基本适应人民群众基本医疗卫生服务需求。展望未来,全科医生在继续保持以个人为服务对象的医疗保健特征的同时,必须不断地开拓新的有竞争力的领域。全科医生在新技术面前必须不断加强自身能力提高;作为一个专业,必须通过研究不断完善本学科的知识体系。

第二节 全科医学、全科医疗和全科医生

一、全科医学

(一) 全科医学的概念

全科医学是社会发展的产物,它为人们提供全面的基本医疗保健服务,也在医疗服务上满足了综合重组的需要。全科医学又称家庭医学,诞生于20世纪60年代的美国,并于20世纪80年代后期传入中国内地。

我国学者普遍认同的全科医学定义是“全科医学是一门面向社区与家庭,整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会科学等相关内容于一体的综合性医学专业学科,是一个临床医学二级学科;其范围涉及各种年龄、性别、各个器官系统以及各类健康问题和疾病。其主旨是强调以人为中心、以家庭为单位、以整体健康的维护与促进为方向的长期负责式照顾,并将个体与群体健康照顾融为一体”。

全科医学具有独特的医学观和方法论以及系统的学科理论,其技术方法更适合于基层医疗卫生服务。全科医学以生物-心理-社会医学模式为理论基础,秉承整体观和系统论的医学思维,建立了一系列独特的基本原则,以此来指导全科医生利用社区内外有限的卫生资源,为社区中的个体及其家庭提供连续性、综合性、协调性、个体化的医疗保健服务,并最大限度地满足社区居民追求健康生活的需求。

(二) 全科医学的学科特点

全科医学主要研究各种类型社区中的常见健康问题以及综合性地解决这些健康问题所需要的理论、方法和技术。它的内容主要包括三个方面:一是通过长期的全科医疗实践而积累起来的实践经验;二是从其他医学学科中整合而来的知识与能力;三是通过全科医学专业研究发展起来的特有的理论、态度、知识和技能。具体的学科特点如下。

1. 一门综合性的临床医学学科 全科医学是一门独立的临床医学二级学科,其理论内容可分为总论和各论两个部分。总论部分主要介绍全科医学的理论精髓,包括以人为中心、以家庭为单位、以社区为范围、以预防为导向的健康照顾等,同时也包括慢性病管理等全科医学临床服务基本能力和服务工具;各论部分主要是临床诊疗中常见健康问题的诊断、处理与评价的方法



和技术,常见健康问题包括生理疾病、心理问题和影响健康的社会问题。从医疗服务角度来说,全科医学又是一门综合性的临床专科。与其他临床专科明显不同的是,其他临床专科都是在一定领域范围内不断地朝纵深方向发展,向患者提供独特且范围较窄的专科服务;而全科医学则是在一定深度上朝横向发展,并根据服务对象的健康需求,将相关知识、技能有机地整合为一体,向患者提供全面的综合性服务,因而充分体现了现代医学服务模式的优势。

2. 具有地域和民族特点的现代服务模式 全科医疗服务最充分地体现了现代医学模式和医学目标转变的要求,采取了以人为中心的全人照顾模式。它重视发展与患者间长期稳定的合作伙伴关系,强调要对患者及其家庭、社区的健康长期负责;对疾病预防、治疗及康复,医疗服务满意度,卫生资源的有效利用和医疗伦理学问题等全面关注。全科医学的服务领域主要定位于基层医疗卫生,主动地为社区居民提供连续性、综合性、个体化的医疗卫生服务,同时通过适宜和有效的干预,积极维护、促进社区居民的健康。

3. 强调整体性的临床思维方法 全科医学用系统论和整体论的方法来理解和解决人群和个体的健康问题,把患者及其健康看成一个整体,注重患者及其健康问题的背景和关系,采取整体性的“生物-心理-社会”医学模式为患者、家庭和社区提供整体服务。全科医学把医学照顾看成为一个整体,为满足患者及其家庭和社区的需,经常要协调提供整体性的多学科服务。

与传统经验医学不同,全科医学应用现代医学的研究成果来解释发生在患者身上的局部问题和整体变化。以科学证据为基础,运用流行病学和循证医学的方法评价与处理临床问题,并在医疗服务过程中注重建立良好的医患关系。

4. 高度重视服务艺术 全科医学在强调医学科学的同时,还十分关注服务艺术。“高情感”的全科医学表现为:以维护个体长远的总体健康为己任,注重人胜于疾病,注重伦理胜于病理,注重满足患者的需求胜于疾病的诊疗。它在强调技术水平的同时,十分注重将其与服务艺术有机地结合成为一个整体,使医学成为真正的服务于人的科学。

(三) 全科医学的研究内容

1. 社区常见健康问题的诊疗、管理、康复和预防。
2. 完整的人及其健康问题:即以人为本,以健康为中心,来了解患者作为一个完整的个体的特征和需求。
3. 家庭的健康问题:即以家庭为单位,了解家庭与个人之间的关系和家庭对健康的影响。

二、全科医疗

(一) 全科医疗的定义

全科医疗是将全科/家庭医学理论应用于患者、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务,是社区卫生服务中的主要医疗服务形式。它是一种集合了其他许多学科领域内容的一体化的临床专业;除了利用其他医学专业的内容外,还强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识技能提供服务。

美国家庭医师学会(American Academy of Family Physicians, AAFP)对家庭医疗(即全科医疗)的定义是:“家庭医疗是一个对个人和家庭提供连续性与综合性卫生保健的医学专业。它是一个整合了生物医学、临床医学与行为科学的宽广专业。家庭医疗的范围涵盖了所有年龄、性别,每一种器官系统以及各类疾病实体。”

(二) 全科医疗的特点

全科医疗是一种以门诊服务为主体的基层医疗保健服务,是社区居民为其健康问题寻求卫生服务时最先接触、最经常利用的专业性服务,是整个医疗保健体系的门户和基础,通常把全科医疗称为首诊服务。除了提供优质的诊疗服务,全科医生还应通过家访和社区调查,关心未就医的患者以及健康人的需求。全科医疗以相对简便、经济而有效的手段解决社区居民约



80%~90%的健康问题,并根据需要安排患者及时、适当地利用其他级别或类别的医疗保健服务。

全科医疗的特点包括:强调连续性、综合性、个体化的照顾;强调早期发现并处理病患;强调预防疾病和维持促进健康;强调在社区场所对患者提供服务,并在必要时协调利用社区内外的其他资源。其最大特点是强调对当事人的“长期负责式照顾”,这意味着其关注的中心是把服务对象作为整体的人,并对其负有长期管理责任。只要全科医生与服务对象建立了某种契约关系,就应随时关注他们的身心健康,对其主观和客观的、即刻与长期的各种卫生需求做出及时的评价和反应,而且无论何时何地都不能放弃这种责任。由于医生对医学知识的把握胜于患者,因此也可以说,这是一种由医生发起的以人为本、以健康为中心、以需要为基础、需求为导向的主动服务,确保患者在适宜的地点和时间接受最恰当的医疗照顾。

(三) 全科医疗在卫生服务系统中的作用

卫生系统的层级(levels of the health system)是指卫生系统针对具体人群,按卫生机构服务功能的不同而划分的功能层次。基层或社区卫生机构,于所在地区提供基本服务;二级卫生服务机构,常由医师或专科医师提供有选择性的专科服务;三级卫生服务机构,为有限的、需要复杂的诊疗技术和设备的人群提供服务,通常以医院服务为主。理想的医疗体系应该向每个人提供公平、可及、全面、持续的卫生服务。世界卫生组织确定基本卫生保健是提供基本医疗服务的最有效途径。

全科医疗是基本卫生服务系统中的主要医疗服务形式,并以其合理使用卫生资源、有效节约卫生经费,成为整个卫生保健系统的坚实基础。发展全科医疗是我国医疗卫生事业改革的关键,也是解决医疗卫生事业改革中遇到的重要问题的有效方法。全科医疗根据实际情况和背景开展多种服务,尤其重视常见慢性病的防治,通过干预人们的行为和生活方式,为公众提供预防保健指导,如老年人往往身患数种疾病,需要综合性医疗服务,而专科医疗分科过细,不同的专科医生关注不同的侧面使患者无所适从,增加医患双方的负担,而全科医疗能够较好地解决上述问题。

由此可见,以全科医疗为主的基本卫生服务系统具有的优点:人们在一个机构看医生就可以解决大部分的健康问题,并且使有限的卫生资源得到充分的利用,取得更高的效率和更好的成本-效益。全科医疗在我国卫生事业中具有不可替代的作用,只有坚持卫生事业改革,推进全科医疗实践,才能从根本上解决现行医疗卫生服务系统与公共卫生服务需求不相适应的矛盾,满足人民群众日益增长的卫生服务需求,推进卫生事业发展,进一步达到促进健康的目的。

三、全科医生

(一) 全科医生的定义

全科医生又称家庭医生(family doctor)、全科医师或家庭医师(general practitioner, family physician),是全科医疗服务的提供者。全科医生是对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效、一体化的基本医疗卫生服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位负责式管理的医生。全科医生的服务涵盖不同性别、年龄的个体及其所涉及的生理、心理、社会各层面的健康问题。

世界家庭医生学会(World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family physicians, WONCA)对全科医生的定义是:“全科医生的基本职责是为每一个寻找医疗保健的人提供综合性的医疗保健服务,必要时也安排其他卫生专业人员为其提供有关服务。”美国家庭医师学会(AAFP)对家庭医师的定义为:“家庭医师是经过家庭医学范围宽广的医学专业教育训练的医生。家庭医师具有独特的态度、技能和知识,使其具有资格向家庭的每个成员提供连续性和综合性的医疗照顾、健康维护和预防服务,无论其性别、年龄或者健康问题类型是生物医学的、行为的或社会的。这些家庭医师由于其背景和家庭的相互作用,最具资格服务于每一个患者,并且作为所有健康相关事务的组织者,包括适当利用专科医生、卫



生服务以及社区资源。”

全科医生是接受过全科医学专门训练的新型医生,为个人、家庭和社区提供包括预防、治疗在内的多种卫生保健服务。作为服务协调者,他们能将初级、二级、三级卫生保健服务结合起来。作为负责人、管理者和监督员,他们能提高团队工作的质量和效率。全科医生与初级保健团队成员共同工作,整合卫生系统中常见的各个部门各自为政所造成的条块分割的服务。

(二) 全科医生应具备的基本能力

1. 处理常见健康和疾病问题的能力 能熟练应用全科医学的原则和方法处理社区中常见健康问题;鉴别患者的患病状况,能及时对急症患者进行必要的处理,准确把握转诊时机;能在社区医疗实践中整合其他专科的知识和技能,整合健康教育、心理咨询、心理治疗等技术,适当运用中西医结合的治疗方法,在日常工作中提供以基本医疗为主,预防、诊疗、保健、康复及健康管理一体化的服务。

2. 评价个人心理、行为问题的能力 能熟练评价和处理各种行为问题,包括生活事件与应激反应,性格问题,性问题,饮食与营养问题,吸烟、酗酒、药物成瘾问题,儿童、妇女、老年人的特殊问题。熟悉心身疾病产生的机制,掌握一定范围和程度的心理诊断、心理治疗和心理咨询的基本技能。

3. 家庭评估、家庭访视的能力 能熟练评价家庭的结构、功能、家庭生活周期和家庭资源状况;善于鉴别有问题的家庭及其患病成员,能准确评价家庭功能障碍与个别患病成员之间的互动关系,充分利用家庭资源,为患者提供以家庭为单位的服务;为个人及家庭提供预防性咨询服务;帮助家庭解决存在的问题。

4. 服务社区的能力 具有较强的社会工作能力,能顺利协调和利用社区内外的医疗和非医疗资源,组织必要的社区调查,运用卫生统计学和流行病学的方法全面评价社区健康状况,制订和实施社区卫生计划;能对流行病、传染病、职业病、地方病和慢性病进行有效地监测和控制;能胜任初级卫生保健的组织与实施工作,并为社区中的不同人群提供综合性的预防保健服务。

5. 处理医疗相关问题能力 能妥善处理在医疗过程中可能会遇到的社会与伦理学问题,如为患者保守秘密、尊重患者的隐私权、科学理解死亡的定义、熟悉临床药物试验的有关规定、正确对待安乐死等问题;熟悉有关的法规,在维护患者及其家庭最佳利益的前提下,尽量避免医疗纠纷的发生。

6. 自我完善与发展的能力 有较强的医疗管理能力,善于把握卫生事业改革与发展的规律与方向,利用各种机会学习新的知识和技能,不断取得进步;能熟练查阅文献资料,在专家的指导下开展科研和教学工作,并善于应对各种各样的困境和挑战。

(三) 全科医生的角色

相对不同的层面,全科医生承担着不同的角色。

1. 个人与家庭层面

(1) 医生:负责常见健康问题的诊治和全方位全过程管理,包括疾病的早期发现、干预、康复与终末期服务。

(2) 健康监护人:负责健康的全面维护,促进健康生活方式的形成;定期进行适宜的健康检查,早期发现并干预危险因素;作为患者与家庭的医疗代理人对外交往,维护当事人的利益。

(3) 咨询者:提供健康与疾病的咨询服务,聆听与体会患者的感受,通过有技巧的沟通与患者建立信任关系,对各种有关问题提供详细的资料与解释,指导服务对象进行有成效的自我保健。

(4) 教育者:利用各种机会和形式,对服务对象(包括健康人、高危人群和患者)随时进行深入细致的健康教育,保证教育的全面性、科学性和针对性,并进行教育效果评价。

(5) 卫生服务协调者:当患者需要时,负责为其提供协调性服务,包括动用家庭、社区、社会资源和各级各类医疗保健资源,与专科医生形成有效地双向转诊关系。



2. 医疗保健与保险体系层面

(1) 守门人:作为首诊医生和医疗保险体系的“门户”,为患者提供所需的基本医疗保健,将大多数患者的问题解决在社区,为少数需要专科医疗者联系有选择的会诊/转诊;向保险系统登记注册,取得“守门人”的资格,并严格依据有关规章制度和公正原则、成本/效果原则从事医疗保健活动,与保险系统共同实施基本医疗保险。

(2) 团队管理与教育者:作为社区卫生团队的核心人物,在日常医疗保健工作中管理人、财、物,协调好医护、医患关系,以及与社区社会各方面的关系;组织团队成员的业务发展、审计和继续教育活动,保证服务质量和学术水平。

3. 社会层面

(1) 社区与家庭的成员:作为社区和家庭中重要的一员,参与其中的各项活动,与社区和家庭建立亲密无间的人际关系,推动健康的社区环境与家庭环境的建立和维护。

(2) 社区健康的组织与监测者:动员组织社区各方面积极因素,协调建立与管理社区健康网络,利用各种场合做好健康促进、疾病预防和全面健康管理工作,建立与管理社区健康信息网络,运用各类形式的健康档案资料协助做好疾病监测和卫生统计工作。

四、全科医生与专科医生的关系

全科医疗、全科医生与专科医疗和专科医生的关系可概括为各司其职、互补互利,通过“接力棒”式服务,达到优质高效的医疗卫生服务。

(一) 全科医疗与专科医疗的区别

1. 服务宗旨与职责上的区别 全科医疗和专科医疗负责健康和疾病发展的不同阶段。全科医疗可以视为“照顾医学”,负责健康时期、疾病发生高风险期、疾病早期和经专科诊疗后疾病康复期或稳定期的各种病患的长期照顾。全科医疗所关注的中心是人而不是病,其宗旨是为个人、家庭提供全面照顾,而非单纯的疾病诊治。专科医疗强调“治愈医学”,只负责疾病形成以后一段时期的诊治,其对患者的管理责任仅限于在医院或诊室内,一旦患者出院或结束就诊,这种管理责任即终止。专科医疗的宗旨是根据医学对人体生命与疾病本质的研究成果来认识与对抗疾病;并因此而承担深入研究病因、病理等微观机制,以及诊断方法、药物、手术等治疗技术的责任。

2. 服务内容与方式上的区别 全科医疗多处理常见健康问题,形式上多利用基本医疗手段以及家庭和社区的卫生资源,以低廉的成本维护大多数民众的健康,同时负责干预各种专科无法治愈的慢性疾患及其导致的功能性问题。专科医疗多处理生物学上的疑难、急重症疾病,形式上多采用专科的高科技诊疗手段,动用较为昂贵的医疗资源,解决少数人的疑难问题。

(二) 全科医生与专科医生的区别

全科医生的知识和技术是在一定深度上朝横向发展,一定深度指的是解决社区常见健康问题所需的知识和技术。全科医生能解决的问题不是越来越难,而是范围越来越广,并能越来越全面地满足患者需要。全科医生把患者看成一个不可分割的有机整体,并用联系、协调、整体的眼光来看问题,完全以患者为中心,即以生物、心理、社会医学模式为基础,提供整体性照顾。

专科医生的知识和技术是在一定范围内朝纵深方向发展。专科医生能解决的问题越来越难,而范围越来越窄,通常以疾病为中心,即以生物学模式为基础,提供专科化服务。

(三) 全科医生与专科医生的联系

如果将卫生服务体系比喻为一张渔网,那么纵向的线就是纵向分化的专科医生,而横向的线则为横向整合的全科医生。只有在专科医生与全科医生之间达成平衡,实行分工合作的机制,才能“织出一张完整、有效的网”,形成平衡有效的卫生服务体系,全面满足人民日益增长和变化的卫生服务要求,解决许多超出生物学范畴、不能被明确诊断为疾病的健康问题,避免卫生资

源的严重浪费。

专科医生对某类疾病的了解比较深刻,服务手段比较先进,资源比较集中,能够解决一些严重的问题。但专科医生常常脱离患者来评价疾病,对问题的理解可能不够全面,过分依赖实验室检查,仅提供暂时、片段、局部的服务,难以给予连续性、协调性和整体性的服务。而全科医生能够在了解患者的基础上全面地评价其健康问题,充分利用了专科资源和各种社会资源,为患者提供连续性、协调性和整体性的服务。当然全科医生对某种特定类型的疾病了解比较肤浅,只拥有一些基础的服务手段,资源较为分散,需依赖专科资源解决疑难或重症问题。

从以上比较来看,以上两种服务模式正好相得益彰。

全科医生与专科医生合作保持了慢性病控制的连续性。慢性病是危害人民健康的主要疾病,因其通常涉及生物、心理、家庭、社区及社会等多方面因素,需要采用生物—心理—社会医学模式指导医疗服务。慢性病往往是终身性疾病,不仅在急性期需要住院治疗,在恢复期甚至病情稳定期也需要连续性、综合性、协调性、整体性服务。此外,慢性病虽不能完全治愈,却是可以预防控制的,通过健康教育改变社区居民或慢性病患者的生活方式最为关键,而全科医生最有条件通过健康教育使社区居民了解慢性病,提高自我保健的意识和能力,有效控制与慢性病有关的危险因素,逐渐改变不良的生活方式,完成以上照顾对全科医生来说责无旁贷。因此,专科医生与全科医生应该建立有效的合作关系。而合作的关键在于,专科医生与全科医生应该在慢性病控制这场“接力赛”中传好“接力棒”,以便使慢性病得到连续、有效的控制。

第三节 全科医疗的基本原则

一、基本医疗

基本医疗(primary care)主要包含以下六方面的功能:疾病的首次医学诊断与治疗;心理诊断与治疗;对具有各种不同背景、处于不同疾病阶段的患者提供个体化的支持;交流有关诊断、治疗、预防和预后的信息;对慢性患者提供连续性的管理;通过筛查、教育、咨询和预防性干预来预防疾病和功能丧失。

基本医疗是整个医疗保健体系的门户和基础部分,全科医生就是这个门户的“守门人”。当他第一次与患者接触时,就承担起使患者方便而有效地进入医疗系统的责任;同时,还要通过家访和社区调查,关心没有就医的患者以及健康居民的需要与需求。全科医疗使人们在追求改善全民健康状况的同时,能够提高医疗保健资源利用的成本效益。

二、以人为中心的照顾

全科医疗的照顾目标是维护服务对象的整体健康。为达到这一目标,在全科医疗服务中,医生必须视服务对象为重要合作伙伴,从“整体人”生活质量的角度全面考虑其生理、心理、社会需求并加以解决;以人性化的服务调动患者的主动性,使之积极参与健康维护和疾病控制的过程,从而达到良好的服务效果。

因此,医患之间必须建立亲密的关系,全科医生更能“移情”(empathy),即从患者的角度看他们的问题。同样是高血压病,患者对疾病的担忧程度就可能不同,对医疗服务的需求也会有所差异——如对某人应该耐心解释、释其疑团;对某人应具体指导、改其偏执;对第三人则应多次提醒、让其重视等。专科医生在临床上多采用常规的、非个体化的诊断和治疗标准进行工作,但对全科医生来说,由于其负有长期照顾患者健康的责任,除了提供常规的生物医学诊治措施之外,还要做到个体化、人性化,从而显示全科医疗的良好效果。



三、综合性照顾

综合性的照顾是全科医学的“全方位”或“立体性”的体现。具体表现在:①就服务对象而言:不分年龄、性别、健康状况与疾病类型;②就服务内容而言:包括预防、医疗、保健、康复和健康管理等,需要强调的是这些服务的一体化,即要有机结合并协调应用于对健康与疾病问题的处理之中;③就服务层面而言:包括生理、心理和社会文化各个方面;④就服务范围而言:涉及个人、家庭和社区,提供以个人为中心、家庭为单位、社区为基础的全方位服务;⑤就服务手段而言:可利用一切对服务对象有利的方式与工具,包括现代医学、传统医学或替代医学,因此又被称为一体化服务(integrated medicine)。

四、连续性照顾

全科医疗是从生到死(生前到死后)的全过程服务,其连续性可包括以下几个方面:①人生的各阶段(生命周期)提供照顾。包括产前保健、婴幼儿生长发育、青少年保健、中老年保健与慢性病管理、临终关怀乃至患者死亡后对家属的保健支持;②疾病的各阶段(健康-疾病-康复)提供照顾。从健康危险因素的监测、早期症状的观察与判断、疾病诊断的确立、及时正确的治疗、防治与减少并发症和残障以及实施必要的康复措施等;③健康照顾责任的连续性。无论何时何地,包括服务对象外出期间,甚至患者转诊、住院诊治或疾病痊愈后等不同时期,全科医生对负责对象连续性的责任都不应间断或中止。

连续性照顾是全科医学特有的原则和优势。要实现连续性服务需具备的基本条件:①相对固定的服务关系:全科医生要与个人或家庭签订一个契约或合同,以明确这种稳定的服务关系;②稳定的医患联络渠道:建立健全的预约、转诊、随访制度,良好的应急服务系统等;③动态化的健康档案:包括个人和家庭医疗保健记录、转诊与会诊记录、全科医生与其他医生或医疗机构联系的信息等。动态化的健康档案能起到承上启下的作用,保持服务的连续性。

五、可及性照顾

全科医疗是可及的、方便的基层医疗照顾,它对服务对象应体现出地理上的接近、使用上的方便、关系上的亲切、结果上的有效,以及价格上的便宜(合理)等一系列使人易于利用的特点,从而实现预防疾病和杜绝浪费的目标。在建立全科医疗服务机构时,应在地点上、服务内容上、服务时间上、服务质量上以及服务价格与收费方式等方面考虑当地民众的可及性,使绝大多数民众,特别是基层百姓感受到这种服务是属于自身,可以并值得充分利用的服务。

六、协调性照顾

为实现对服务对象的全方位、全过程服务,全科医生应成为动员各级各类资源服务于患者及其家庭的枢纽。全科医生掌握各级各类专科医疗的信息和转、会诊专家的信息,需要时可为患者提供全过程“无缝式”的转会诊服务。会诊与转诊是协调性服务的常用方法,善用转诊、会诊符合医患双方的利益。此外,转诊只是将患者特定问题的照顾责任暂时转移给其他医生,全科医生仍负有连续性保健的责任。

除医疗资源外,协调性服务还包括调动家庭、社区及社会的各有关资源来帮助患者,全科医生应了解社区的健康资源,如社区管理人员、健康促进协会、患者小组、志愿者队伍、托幼托老机构、营养食堂、护工队伍等,必要时可为患者联系有效的社区支持。这些健康资源的协调和利用使全科医生可以胜任其服务对象的“健康代理人”角色。

七、个体-群体一体化的照顾

(一) 以家庭为单位的照顾

家庭既是全科医生的服务对象,又是其诊疗工作的重要场所和可利用的有效资源。“以家庭为单位的照顾”主要涉及两方面的内容:第一,个人与其家庭之间存在着相互作用,家庭的结构与功能会直接或间接影响家庭成员的健康,亦可受到家庭成员健康或疾病状况的影响。第二,家庭生活周期理论是家庭医学观念最基本的构架,家庭生活周期的不同阶段存在不同的重要事件和压力,若处理不当而产生危机,则可能对家庭成员造成健康损害。因此,全科医生要善于了解并评价家庭结构、功能与周期,发现其中对家庭成员健康的潜在威胁,并通过适当的咨询干预使之及时化解,改善其家庭功能;还要善于动员家庭资源,协助对疾病的诊断与长期管理。

(二) 以社区为范围的照顾

全科医疗是立足于社区的卫生服务,其特征表现为:第一,社区的概念体现于地域和人群,即以一定的地域为基础、以该人群的卫生需要/需求为导向,全科医疗服务内容与形式都要适应当地人群的健康需要/需求,并充分利用社区资源,为社区民众提供服务。第二,社区为导向的基层医疗(community-oriented primary care, COPC)将全科医疗中个体和群体健康照顾紧密结合、互相促进。全科医生在诊疗服务中,既要利用其对社区背景的熟悉去把握个别患者的相关问题,又要对从个体患者身上反映出来的群体问题有足够的敏感性,必要时通过追踪个别患者,了解其所属单位、团体或住宅区域可能发生的重大生活事件,评估其对个体患者的负面影响,并设法提出合理的社区诊断。

八、以生物-心理-社会模式为诊治理论基础

全科医学所特有的整体论、系统论思维,突破了传统的专科医学对待疾病的狭窄的还原论,强调把患者看做社会和自然大系统中的一部分,从身体、心理、社会和文化等因素来观察、认识和处理健康问题。此外,由于基本医疗中所面临的精神问题和身心疾患日益增多,因而全科医生经常使用各种量表来检查和评价患者的心理社会问题,并全面了解其家庭和社会方面可能的支持力量,从整体上给予协调照顾。因此可以说,生物-心理-社会医学模式不仅是全科医学的理论基础,也已经成为全科医生诊治患者的一套必需的、自然的程序。

九、以预防为导向的照顾

全科医疗对个人、家庭和社区健康的整体负责与全程管理,要求落实“预防为主”的思想,即在人健康时、由健康向疾病转化过程中以及疾病发生早期(无症状时)就主动提供关注,其服务对象除了患者外还包括高危人群与健康人群。全科医疗注重并实施“生命周期保健”,根据服务对象生命周期的不同阶段中可能存在的危险因素和健康问题,提供零级、一级、二级、三级预防。全科医生从事的预防多属于“机会性预防”,即在日常临床诊疗活动中对个体患者及其家庭适时地提供个体化预防照顾;同时还根据需与可能,协助其团队成员提供其他公共卫生服务。

十、团队合作的工作方式

全科医疗团队是以全科医生为核心,一批相关医务人员配合,一起为服务对象提供立体网络式健康照顾。就基层医疗本身,存在着门诊团队、社区团队、医疗-社会团队及康复团队等,由社区护士、公共卫生护士、康复医师、营养师、心理医师、口腔医师、其他专科医师与全科医生协同工作,以便改善个体与群体健康状况和生命质量。其中,社区护士是全科医生完成社区家庭医疗工作的主要助手,其服务对象是需要在社区长期管理的慢性患者、老年患者、出院患者及残疾人等,服务内容包括家庭访视、家庭护理、患者小组活动指导、患者教育等。



在基层医疗与各级各类医疗保健网络之间,存在着双向转诊和继续医学教育的团队合作关系,这种关系保证了全科医生协调性服务的开展和服务水平的持续提高。

第四节 全科医学教育

一、医学教育的改革

医学教育在 20 世纪经历了三次重大变革。第一次变革出现在 20 世纪之初,其标志是以学科为基础的课程设置。此次变革鼓励了专科化,并刺激了学科研究的显著进步,但同时也人为地导致了基础医学与临床医学的分离。这一时期,瞩目的技术成就和巨大的科学进步掩盖了医疗照顾正在被逐步肢解和去人性化,而且费用越来越高的事实;第二次变革出现在 20 世纪中期,医学教育工作者认识到了以疾病为中心教育模式存在的问题,这种教育模式重在关注住院患者及不常见的疾病而忽视了人群健康问题。医学教育工作者开始致力于寻找正确的方法来调整医学课程,从而引进了以问题为中心的教学方法;第三次变革就是目前提出的以系统为中心,借鉴全球经验,有针对性地确立岗位胜任力的要求,培养能够提供高质量综合性医疗服务的临床医生。

医学教育应该与医学发展需要相适应。当前,我国传统医学教育模式影响依然很深,以教师为中心的灌输式教学方式,以生物医学模式为依据的课程设置,专业理论学习和临床实践以学科为中心,重专业轻基础,重理论轻实践等现象依然很普遍。我国医学教育事业在很大程度上还处于第一次变革和第二次变革之间。医学院校在改善卫生体系和培养社会需求的医生方面应履行相应的责任。对社会负责的医学院校理应改进和调整自身教育、科研和服务体系,使其与所服务的社区、地区和国家优先考虑的卫生问题相一致。

基本医疗和全科医学培训项目的建立是医学院校对社会需求做出反应的一种表现。世界卫生组织建议:每所医学院校都应向医学生提供在家庭医疗环境中培训的机会,并且为了提高家庭医学水平,所有选择家庭医疗的毕业生都应接受一定年限的家庭医学毕业后教育,该教育培训是专门为满足家庭医学领域的需求设计的(WHO,1963)。

全科医学已在世界各地以不同的速度得到了发展。1951 年,英国启动了第一个全科医生职业培训项目,该项目在 20 世纪 90 年代进入快速发展阶段。目前,世界上许多国家都建立了国家级的全科医学住院医师培训项目,并设立了全科医学专业人才标准与考核制度。在培训过程中,全科医生逐步熟悉他们所服务人群存在的问题、拥有的资源和特殊需求,从而对教育、科研和服务项目做出调整以更适应社会需要。

二、国外全科医学教育体系

世界上较早开展全科医学教育的是欧美发达国家,已形成了完善的全科医学教育培训体系。国外主要有三种全科医学教育培训形式,包括:在校医学生的全科医学教育、全科医学毕业后教育和全科医学继续教育。在不同国家和地区全科医学培训项目的主体框架基本相同,主要包括医院专科轮转和全科医疗实习两个部分。但具体内容和方式并不完全一致。

(一) 在校医学生的全科医学教育

在英国、美国、加拿大、澳大利亚、日本等许多国家,大多数的医学院校都设有形式不同的全科医学教学机构或部门,并在医学生中开设全科医学概论及相关课程。各国医学院校开展在校医学生全科医学教育的时限不等,一般为 4~10 周,开设的形式各异,如英国医学院在本科教育阶段设有全科医学的理论学习,包括必修课、选修课和社区实习;澳大利亚将全科医学教育作为连续性的课程对本科生开设;日本的家庭医学系承担了对在校医学生关于家庭医学的理论课程

及基础临床技能的教学,并在附属医院及社区诊所培训学生如何管理照顾患者,以加强学生对长期、连续性的社区医疗服务的认识和兴趣。

(二) 全科医学毕业后教育

全科医学毕业后教育 (postgraduate training program on general practice),在国外主要指全科医学住院医师培训 (residency training program on general practice),在有些国家还称之为全科医学职业培训。这项培训是医学生完成高等医学院校教育阶段的学习并毕业后,再继续选择和进入的全科医学专科培训项目。全科医学住院医师培训是全科医学教育的核心,也是全科医学专科医师培养的关键环节。主要由大学的全科医学系负责组织实施,训练场所包括能够训练临床诊疗技能的大型综合性医院和能够训练全科医疗思维和社区个体与群体照顾的社区全科医疗诊所。

培训时限各国不等,一般为 3~4 年。表 1-1 所列为美国、英国和日本三国的全科医学教育过程及全科医生培养年限。

表 1-1 美国、英国、日本等国全科医学教育过程及全科医生培养时限

美国	英国	日本
大学教育(4 年)	高中毕业后 5~6 年医学院校教育	高中毕业后 6 年医学院校教育,第 6 年参加国家医师执业资格考试
医学院校教育(4 年)	1 年注册前住院医师培训	初期临床研修阶段(2 年)
家庭医学住院医师培训(3 年)	全科医学专业培训(3 年)	家庭医学后期临床研修阶段(3 年)
通过美国家庭医疗专科委员会 ABFP 考试,获得家庭医师资格证书—注册执业	通过英国全科医学毕业后培训联合委员会考试,获得全科医生资格证书—注册执业	通过日本家庭医师学会认定资格考试—注册执业
继续医学教育,150 分/3 年	继续医学教育,非强制性	由日本家庭医师学会组织的强制性继续医学教育
每 6 年家庭医师资格再认证(再注册执业)		

(三) 全科医学继续教育

世界上许多国家都把全科医学继续教育 (continuing education in general practice) 作为全科医生终身学习的主要方式,部分国家在进行全科医生资格再认定过程中,对其参加继续教育项目的科目和学分有明确的规定。美国家庭医疗委员会 (American Board of Family Practice, ABFP) 规定:对于已获得家庭医学专科医生资格的家庭医生,要求每 6 年必须参加美国家庭医师委员会的专业资格再认定考试,以保持家庭医生的学术水平和先进性,而取得继续医学教育学分则是参加再认定考试的必要条件。英国的全科医学继续教育是非强制性的,但绝大多数的全科医生都自愿参加继续医学教育活动,平均的继续医学教育时间是每年 1 周。日本也有严格的家庭医生继续教育制度,必须参加家庭医学会举办的职业教育和技能考试以取得不同级别学会认定的专业医师资格。学会认定的专业医师资格反映了一名家庭医生在家庭医学领域的医疗学术水平。

三、国内全科医学教育体系

我国的全科医学教育发展很不平衡,在台湾、香港和澳门地区,全科医学的教育体系较内地成熟,内地地区于 2000 年正式提出全科医学教育发展目标,即“到 2005 年,初步建立全科医学教育体系,在大中城市基本完成在职人员全科医生岗位培训,逐步推广毕业后全科医学教育工作;到 2010 年,在全国范围内建立起较为完善的全科医学教育体系”。目前,我国全科医学教育



体系已基本建立。

2011年,为适应我国经济社会发展和居民健康需求变化,国务院按照深化医药卫生体制改革的总体思路,遵循医疗卫生事业发展和全科医生培养规律,提出了“逐步建立统一规范的全科医生培养制度”和“近期多渠道培养合格的全科医生”的要求。其中,统一规范的全科医生培养制度包括:①将全科医生培养逐步规范为“5+3”模式,即先接受5年的临床医学(含中医学)本科教育,再接受3年的全科医生规范化培养。②在过渡期内,3年的全科医生规范化培养可以实行“毕业后规范化培训”和“临床医学研究生教育”两种方式。③统一全科医生规范化培养方法和内容,以提高临床和公共卫生实践能力为主,在国家认定的全科医生规范化培养基地进行。④规范参加全科医生规范化培养人员管理。⑤统一全科医生的执业准入条件。⑥完善临床医学基础教育。⑦改革临床医学(全科方向)专业学位研究生教育。⑧加强全科医生的继续教育。

近期多渠道培养合格的全科医生包括:①大力开展基层在岗医生转岗培训。②强化定向培养全科医生的能力培训。③提升基层在岗医生的学历层次。④鼓励医院医生到基层服务。

(一) 医学本科生的全科医学教育

我国医学本科生的全科医学教育经历了从无到有、从单纯课堂教学到课堂教学与社区实践相结合的发展过程。根据2009年3月首都医科大学对我国大陆128所高等医学院校开设全科医学课程情况的调查,有59所在医学本科生中开设了全科医学课程,其中28所院校为必修课。

医学本科生的全科医学教育是全科医学人才培养的基础。2000年卫生部颁发《关于发展全科医学教育的意见》提出在高等院校医学专业中设立全科医学有关的必修课和选修课,使医学学生了解全科医学思想、内容及全科医生的工作任务和方式,并为将来成为全科医生或其他专科医生与全科医生的沟通和协作打下基础。2010年《以全科医生为重点的基层卫生人才队伍建设规划》提出要积极引导高等医学教育教学改革,本专科医学类专业教育开设全科医学必修课程,加强对学生在医患沟通、团队合作、健康教育、社区预防保健、卫生服务管理等方面的培养,强化临床实践和社区实践教学。2011年《指导意见》指出要完善临床医学基础教育。临床医学本科教育要以医学基础理论和临床医学、预防医学基本知识及基本能力培养为主,同时加强全科医学理论和实践教学,着重强化医患沟通、基本药物使用、医药费用管理等方面能力的培养。

目前我国各校开设全科医学课程的学时不等,最短仅为16学时,最长可达56学时。学时数较多的院校一般开设全科医学概论理论教学和社区实习。对医学生进行全科医学教育的目的主要有:①对医学本科生传授全科医学的基本知识、理论和技能,传播全科医学理念;②熟悉全科医生的诊疗与管理思维及应具备的核心能力;③熟悉全科医生的工作任务和方式,培养学生对全科医疗的职业兴趣;④为毕业后选择接受全科医生规范化培训和从事全科医生工作奠定基础;⑤为其成为其他专科医生后与全科医生的沟通与协作打下基础。

(二) 全科医学毕业后教育 / 全科医生规范化培训

全科医学毕业后教育是全科医学教育体系的核心。2005年,卫生部启动了“建立我国专科医师培养和准入制度的研究”项目,目的是完善我国医学教育体系、规范临床医师的培训与管理、加强卫生人才培养、准入和监管,促进医学教育及人才管理与国际接轨。第一批纳入专科医师制度研究的专科包括全科医学在内的18个普通专科和16个亚专科。以全科医生规范化培训为重点,使高等医学院校本科学毕业生毕业后,经过规范化的全科医生培训,取得全科医生规范化培训合格证书。从长远来看,我国全科医生将主要通过毕业后全科医生规范化培训来培养。

全科医生规范化培训以提高临床和公共卫生实践能力为主,在国家认定的全科医生规范化培养基地进行,实行导师制和学分制管理。参加培养人员在培训基地临床各科及公共卫生、社区实践平台逐科(平台)轮转。在临床培训基地规定的科室轮转培训时间原则上不少于2年,并另外安排一定时间在基层实践基地和专业公共卫生机构进行服务锻炼。经培训基地按照国家



标准组织考核,达到病种、病例数和临床基本能力、基本公共卫生实践能力及职业素质要求并取得规定学分者,可取得全科医生规范化培训合格证书。规范化培训的具体内容和标准由卫生部、教育部、国家中医药管理局制订。国家认定的全科医生规范化培训基地应由医学院校的附属医院(或教学医院)或大型综合性医院来承担,建立有一定规模的全科医学专科,配备临床经验丰富、掌握全科医学基本思想、原则和方法的合格师资。全科医学专科有一定的门诊量,必要时可设立病房,同时必须有符合要求的社区培训基地。全科医师规范化培训通过对本科学历的毕业生,进行为期3年(包括全科医学相关理论学习、临床轮转、社区实习在内)的培训,培养具有高尚职业道德和良好专业素质,掌握专业知识和技能,能以人中心、以维护和促进健康为目标,向个人、家庭与社区提供预防、保健、诊断、治疗、康复、健康管理一体化的,连续协调、方便可及的主动服务,成为社区卫生服务团队的学科骨干。

卫生部于2007~2008年开展了全科医学科住院医师规范化培训基地的认定工作,全国共有34家医院和社区通过了卫生部的评审,为开展全科医学住院医师规范化培训奠定了基础,并逐步建立起了以国家级培训中心为龙头,省级培训中心为骨干,临床及社区培训基地为基础的全科医生培训网络。

(三) 全科医生岗位培训和全科医生转岗培训

2000年,我国在《关于发展全科医学教育的意见》中提出全科医生岗位培训,对从事或即将从事社区卫生服务工作的执业医师,采取脱产或半脱产的方式进行全科医生岗位培训,经省(自治区、直辖市)统一组织考试合格,获得全科医生岗位培训合格证书。为适应开展社区卫生服务工作的迫切需要,在职人员的转型培训是全科医学教育培训工作的重点。原卫生部科教司印发了全科医生培训大纲,以从事社区卫生服务的临床类别执业医师为培训对象,旨在通过培训使学员掌握全科医学的基本理论、基础知识和基本能力,熟悉全科医疗的诊疗思维模式,提高其对社区常见健康问题和疾病的防治能力,具有为人民健康服务的职业道德,能够运用生物-心理-社会医学模式,以维护和促进健康为目标,向个人、家庭、社区提供公共卫生和基本医疗服务,达到全科医生岗位基本要求。培训方法根据各地区实际情况,采取脱产、半脱产的集中培训方式,应用理论讲授、小组案例讨论、临床和社区实践相结合的教学方法,辅以现代化教学手段开展培训。参考学时在2001年《全科医师岗位培训大纲(试行)》中为600~620学时,其中理论教学500学时,实践教学100~120学时。2006年以后的岗位培训大纲调整为500~600学时,其中理论教学240学时,实践教学260学时(社区实践不少于60学时),有条件的地区可安排100学时的选修内容。全科医生岗位培训项目到2010年结束。

2010年12月,我国启动了全科医生转岗培训项目,卫生部印发了《基层医疗卫生机构全科医生转岗培训大纲(试行)》。以基层医疗卫生机构中正在从事医疗工作、尚未达到全科医生转岗培训合格要求的临床执业(助理)医师为培训对象,以全科医学理论为基础,以基层医疗卫生服务需求为导向,以提高全科医生的综合服务能力为目标,通过较为系统的全科医学相关理论和实践能力培训,培养学员热爱、忠诚基层医疗卫生服务事业的精神,建立连续性医疗保健意识,掌握全科医疗的工作方式,全面提高城乡基层医生的基本医疗和公共卫生服务能力,达到全科医生岗位的基本要求。培训时间不少于12个月。其中,理论培训不少于1个月(160学时),临床培训不少于10个月,基层实践培训不少于1个月,全部培训内容在1~2年内完成。培训方式采取按需分程、必修与选修相结合的方式,具体可采用集中、分段或远程理论培训、科室轮转、基层实践等形式。培训内容分为理论培训、临床培训和基层实践培训三个部分。2011年,《指导意见》再次重申对符合条件的基层在岗执业医师或执业助理医师,应按需进行1~2年的转岗培训。转岗培训以提升基本医疗和公共卫生服务能力为主,在国家认定的全科医生规范化培训基地进行,培训结束通过省级卫生行政部门组织的统一考试,获得全科医生转岗培训合格证书,可注册为全科医师或助理全科医师。



(四) 全科医学继续医学教育

对具有中级及中级以上专业技术职务的全科医生,按卫生部有关规定,采取多种形式,开展以学习新知识、新理论、新方法和新技术为内容的继续医学教育,使其适应医学科学的发展,不断提高技术水平和服务质量。以现代医学技术发展中的新知识和新技能为主要内容,强化经常性、针对性和实用性的全科医生继续医学教育。加强对全科医生继续医学教育的考核,将参加继续医学教育情况作为全科医生岗位聘用、技术职务晋升和执业资格再注册的重要因素。

(于晓松)

参考文献

- [1] 杨秉辉. 全科医学概论. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2004.
- [2] 梁万年. 全科医学概论. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [3] 崔树起. 全科医学概论. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [4] 吕兆丰,郭爱民. 全科医学概论. 北京:高等教育出版社,2010.
- [5] 梁万年,郭爱民. 全科医学基础. 北京:人民卫生出版社,2009.
- [6] 罗伯特·泰勒. 全科医学实习教程. 李慎廉,吴春容译. 第2版. 北京:华夏出版社,2000.
- [7] Philip D. Sloane. Essentials of Family Medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- [8] Ian R. McWhinney. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. London: Oxford University Press Inc, 1989.
- [9] 崔树起,杨文秀. 社区卫生服务管理. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2006.

第二章 以人为中心的健康照顾

以人为中心的健康照顾(person-centered care),又称为“以患者为中心的照顾”(patient centered care),是全科医学的基本特性之一,它与专科医疗以疾病为中心的诊疗模式相比,存在根本的区别。它要求医生遵循生物-心理-社会医学模式,在尊重和理解患者的基础上,正确认识和评价其健康问题,与患者及其家属共同商定处理方案,动员和利用各种资源为患者提供综合性、连续性、可及性、协调性和个体化的健康照顾。医学之父希波克拉底的一句至理名言告诉我们“了解你的患者是什么样的人,比了解他们患了什么病更重要。”

第一节 两个不同的照顾模式

医生采用何种照顾模式为患者服务,是医学的发展和医学模式的转换而决定的。所谓的医学模式(medical model)是在医学实践基础上产生的,指医学整体上的思维方式,即以何种方式解释和处理医学问题。在不同的医学模式指导下,比如是从生物学角度去观察人类健康和防治人类疾病,还是从生物学、心理学、社会学等全方位去认识,医生对患者的照顾存在两种不同的模式,即以疾病为中心的照顾模式和以人为中心的照顾模式。

一、生物医学模式——以疾病为中心

14~16 世纪的文艺复兴运动为资本主义工业和自然科学带来了长足发展,有力地推动了科学进步,为近代实验医学创造了条件。到了 19 世纪初,在欧洲,霍乱、伤寒等传染病流行,法国化学家巴斯德和德国细菌学家科赫通过研究奠定了疾病的细菌学病因理论,德国病理学家魏尔啸创立了细胞病理学说,生物学、生理学、解剖学、组织学、胚胎学、免疫学、生物化学、病理学等基础医学相继成型。相对古代医学无法探知疾病本质而采用朴素的整体论和哲学方法,类似于中医的“阴阳五行”学说,古希腊医学的“四元素”学说、“四液体”学说等解释人体和疾病,现代医学更具科学性、客观性,使医生开始探求人体生理与病理机制,对疾病进行特异性诊断与治疗,也使医学分支越分越细,并与现代科学技术相结合,发明了各种高科技的诊断、治疗方法。此时占主导地位的医学观是生物医学模式。生物医学模式建立在生物科学的基础之上,认为每一种疾病都应从器官组织或细胞,甚至从分子水平寻找到可以测量到的形态学或化学改变,都能够确定特定的病因,医学的作用就是能够设法应用精密的技术测量这些变化,从而解释患者的症状和体征,并找到治疗的手段使患者恢复健康。在该医学模式中,医生把患者视为生物体进行解剖分析。这种模式把疾病看成是外来的或独立的实体而设法消除,医生的关注中心集中在疾病,医生力求利用高科技的检查方法和大量客观实验数据来诊断疾病,通过药物、手术等方法治疗疾病。

生物医学模式运用定量研究方法、具有客观性及科学性。该模式的理论方法简单直观、易于推广掌握。用量化方法对疾病进行诊治也便于医学交流和发展,高度技术化的诊治手段也可使急危重症患者得到有效救治。在医学发展史上做出了巨大的贡献,推动了整个医学的历史发展。

然而随着医学科学发展和疾病谱改变,生物医学模式逐渐暴露出一些缺陷:①忽略了患者的需求;患者被视为疾病的载体,医生只关注疾病,仅对生理疾病进行评价、只关注疾病的客观变化过程,诊疗过程机械化、失人性化,过分强调精准的诊断和治疗,而忽视了疾病和诊疗措施



给患者带来的主观感受及其对疾病的影响。②忽视了人的整体性:现代医学分支的细化使在生物医学模式指导下的各个专科医生把患者从其具体的人文社会环境中孤立出来,只关注一个系统或一个器官的疾病,片面强调症状和体征的客观意义,而忽略了与疾病密切相关的性格、个人经历、经济状况、家庭以及社会支持等因素对疾病的影响,制订的诊疗计划仅限于生物学问题的处理,并不能有效促进健康。③过分强调寻找疾病,导致了过度医疗:在生物学模式指导下,疾病被认为是对正常生理情况的偏离。在这种情况下,医生致力于特异性的精准诊断,利用各种现代化的仪器设备,力求准确分析病因,运用不断发展的各种新治疗手段为患者去除病痛。医疗机构和卫生管理部门在市场经济环境中为了追求更大经济利益,催化了过度检查和治疗,为患者和社会带来了额外的经济负担。④造成患者的依从性降低和医患关系紧张:医生单纯关注疾病相关的资料,过分依赖辅助检查结果,忽视了患者的需求,忽略了患者的社会文化背景,忽视了患者的心理状况。在诊疗过程中,医生的思维局限于生理疾病,对患者的情感因素、人格特征、经济情况、社会地位、家庭及社会支持等因素关注较少,患者关心的问题得不到及时解答,患者就医需求得不到满足,医患关系逐渐疏远、信任度降低,而患者的主观能动性没有被充分调动,患者只是被动地接受检查与治疗,导致患者依从性降低,满意度下降,医患关系紧张。

二、生物 - 心理 - 社会医学模式

20 世纪中期以来,随着经济和社会的发展,影响人类健康的疾病从各种急慢性传染病、寄生虫病及营养不良转变为以慢性非传染性疾病为主,疾病谱发生了根本性的转变。这些疾病主要由于生活和社会环境变化所致,均包含一定的心理和社会因素,如生活压力、心理紧张、环境污染、不良生活方式等,所以,越来越多的医务工作人员、卫生管理者开始重视心理、社会问题对患者健康的影响及对健康新概念的理解,也意识到医学模式的变化是历史的必然。早在 1977 年,美国哈佛大学的恩格尔就认为“为了理解疾病的决定因素以及达到合理的治疗和卫生保健模式,医学模式必须考虑到患者及其生活环境,并通过医生的作用和卫生保健制度来对付疾病的破坏作用”,也就是说,人们对健康和疾病的了解不仅包括了疾病的生理(生物医学)解释,还包括患者(心理因素)、患者所处环境(自然和社会环境)和帮助治疗疾病的医疗保健体系。因此,这种超越了生物医学模式的新模式,即生物 - 心理 - 社会医学模式,又称恩格尔模式。生物 - 心理 - 社会医学模式基于系统原则,在这个框架里可以把健康或疾病理解为从原子、分子、细胞、组织到人,以及由个人、家庭、社区、国家构成从微观到宏观,生物学和社会科学相融合。生物 - 心理 - 社会医学模式是对生物医学模式的补充和发展,在面对健康与疾病的问题时,以生物因素为前提,同时注重强调心理与社会因素对健康的影响,认为心理与社会因素是通过生理因素来影响患者的健康的。

这一模式的提出,得到医学界的广泛认可和重视,它强调健康、疾病与人的关系,重视研究疾病对患者生活的影响,心理社会问题对患者健康的影响。它还解释了许多生物医学模式下的身心双重病,对于健康和疾病的理解不再绝对,不再认为疾病只是由生物医学功能紊乱所导致。此模式是一种多因多果、立体网络式的系统论思维方式。此模式认为人的生命是一个开放的系统,它通过与周围环境之间的相互作用及其内部的调控能力决定着健康状况,一个合格的医生应该能够立体、完整地看待健康问题,在生物医学知识基础上,将病患看作一个有思想和感情的社会人,用精湛的医术与真诚的爱心照顾他们,祛除他们躯体的病痛、关注他们的心理问题和社会家庭问题,满足他们的精神需要。

生物 - 心理 - 社会医学模式与生物医学模式相比,具有以下几个优势:①生物 - 心理 - 社会医学模式是生物医学模式的延伸,而非替代,它是建立在生物医学模式的基础之上,并对其进行补充和发展;②生物 - 心理 - 社会医学模式强调健康与疾病的同属关系,它强调了健康与疾病同时共存于人体,任何时候和情况下都可以采取手段来提高自身及他人的健康状况,这一观点促



使人们更加积极地采取有效措施维护健康。③生物-心理-社会医学模式使人们对健康的理解不再局限于躯体上,而是强调从生物、心理和社会三方面对健康进行考查,将健康问题置于个人所处的自然和社会环境中去,寻求综合措施维护健康。

在生物-心理-社会医学模式的指导下,健康与健康观也发生了变化。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在1948年成立时宣布的宪章中指出:健康不仅仅是指没有虚弱或疾病,而是包括生理、心理和社会方面的完好状态。这一新的概念是从生理、心理、社会三个方面去界定健康,将三者融为一体,它不是孤立地仅从生理方面考虑健康问题,而是综合认识健康本质,避免在健康问题上的生理、心理和社会的分离。健康的概念引领了医学科学认识论的进步和方法论的综合,展现了医学科学发展的社会趋势,揭示了医学的目的不仅是诊断和治疗疾病,还包括预防疾病、增进健康、延长寿命和提高生命质量。新的健康概念是当代医学先进性和科学性的体现。医务人员尤其是全科医生应充分理解其重要含义,在防治疾病、维护健康过程中,要更加重视生理、心理、社会三个方面的整体性和综合性服务。人们的健康观也发生了变化,改变了原来只有患病或患重病才是不健康的想法。

三、以人为中心的照顾模式

在生物医学模式指导下,医生关注的中心集中在疾病上,进而形成了以疾病为中心的照顾模式。这种模式重点关注疾病,忽略了照顾的整体性,导致了人文精神的缺失,缺少了预防保健服务,因此难以满足患者的需求,使医患关系变得淡漠和紧张。这种以医生为中心的模式使得医生试图把患者的疾患从患者本人中孤立出来,以他们自己的病理学参照框架去解释患者的疾患。生物-心理-社会医学模式却改变了过去“只见疾病,不见患者,头痛医头,脚痛医脚,只治疾病不治患者,不关心患者周围环境”的问题,医生关注的中心由疾病转向患者,全面关注患者的生物、心理和社会等各方面的需求,将生物医学、行为医学和社会医学等诸多研究成果,用于立体多维方式观察和理解患者的健康问题。这种以人为中心的模式要求医生进入患者的世界,全面了解照顾对象各个方面的需求。在生物医学模式指导下,医生关注的只是患者的症状和体征,而在生物-心理-社会医学模式指导下,医生不仅要治疗患者的症状和体征,还要关注症状背后的精神、社会因素,如家庭生活环境、工作压力等,不仅用药物对患者进行治疗,还要通过改变其生活方式和缓解其心理压力等各方面来全面照顾,此外对其健康问题还要进行有针对性的预防。

(一) 全科医生的“患者”范畴

全科医疗定位于基本医疗卫生,基层的全科医生面对的大多是慢性病、常见病、轻症患者以及健康人,因此全科医生的服务对象包括患者、“亚健康”人群和健康的居民。全科医生应该根据不同服务对象提供他们所需的预防、保健、医疗、康复、健康教育、计划生育等服务。对健康人群提供预防保健,包括健康咨询、生活方式指导、家庭关系协调等非特异性的促进健康的服务,以及对重点人群进行的特异性的疾病预防,为所有居民提供整体性照顾,防治疾病的发生。对于疾病早期的患者,全科医生应该具备高度的敏感性,能够及时识别,早诊断、早治疗,提供适当干预措施,阻止疾病进一步发展,使患者重获健康;对临床期的患者,全科医生应积极治疗其疾病,尽量减少并发症和后遗症、避免残障、提供康复治疗,特别对于病程较长的慢性患者,全科医生应充分理解患者,和患者建立良好的医患关系,提高患者的依从性,鼓励患者发挥其主观能动性,和患者一起制订长期的健康照顾计划。

现代医学通过对与人群疾病有关的情况进行研究,将与疾病相关的“疾病”“病患”“患病”三个概念区分定义,用它们来描述三种不同的情况。“疾病(disease)”是指人体存在的生物学上的异常情况,可以通过体格检查、物理和化验检查及其他特殊检查加以确定,疾病是专科医生关注的对象;“病患(illness)”即患病的感觉,是指一个人的自我感觉和判断,本人认为自己有病,可



能同时存在疾病,也可仅仅是一种心理或社会方面的失调。“患病(sickness)”是一种社会地位和状态,指患者对病患采取的行动,也使他人和社会知道此人现处于不健康状态,或因某种原因装病,需要免除社会责任或需要医务人员照顾。三种情况可单独、同时或交替存在。一个人可能有明显的“病患”,感觉胸闷、心悸,他因此告诉别人或来医院治疗,就被认为是“患病”了,但在医院却查不出确切的“疾病”。或是一个人并无明显的“病患”,饮食起居均无异常,别人也不知道他“患病”,但在单位体检时却发现已患甲状腺癌,其实“疾病”已经发生,只是处于早期并未察觉,此时被别人所知,他也就“患病”了。

“以疾病为中心”的生物医学模式仅仅强调了疾病的地位,忽视了病患和患病两种情况,而“以人为中心”的生物-心理-社会医学模式则强调对这三种情况同等对待。全科医师应具备三种眼光:用显微镜检查患者身体器官上可能的病灶;用肉眼审视面前的患者,了解其患病的体验;还要用望远镜观察患者的身后,了解其社会背景情况。这样,全科医师就具有“立体”或“全方位”的思维方式,并将这种思维方式与患者的需求联系在一起。全科医师在日常诊疗过程中必须以体现高度科学性和艺术性的负责式服务的身份出现,才可能胜任自己的工作而赢得服务对象的满意。

(二) 以人为中心的健康照顾的基本原则

1. 既关注疾病也关注患者 以人为中心的健康照顾绝不仅仅是“头痛医头、脚痛医脚”,只寻找有病的器官,将“疾病”从“患者”中孤立出来单纯分析处理。因为人毕竟不是一架需要修理和更换零件的机器、不是疾病的载体,而是有思维、情感、意志、价值观的,生活在家庭、社区等特定环境中。以人为中心的健康照顾既关注疾病也关注患者,甚至关注患者胜于关注疾病,要以维护服务对象的整体健康为目标。因此,全科医生在医疗实践中,首先要向患者提供人文关怀,要关心、了解、尊重和理解患者,在用科学的方法诊治疾病的同时,还要人性化地去了解患者的心理、健康价值观、患病感受和痛苦体验等,让患者发挥他的主动性,配合医生取得最佳疗效。

2. 理解患者的角色和行为 患者角色是指从常态的社会人群中分离出来的、处于患病状态的、有求医行为和治疗行为的社会角色。患者角色包括以下四个方面:①患者可以免除或减轻其在健康状况下承担的日常工作;②患者对自身陷入疾病状态这一事实是没有责任的;③患者具有使自己尽快恢复健康的义务;④患者应该寻求有效帮助,在治疗过程中积极与医务人员合作。全科医生应理解患者角色的意义并了解患病的合理性。患者的行为包括患病行为、就医和遵医行为等。患者的行为取决于患者对所患疾病的理解,这与其个性特征、生活背景、健康信念模式和生活目的等相关。全科医生应关注患者的行为并适时加以指导和帮助,应以患者的需求为导向,营造安全、温馨的就医环境,尽可能满足患者的期望。

3. 提供个性化服务 以人为中心的照顾模式体现了个性化整体服务的原则。患者需要个性化的整体服务,全科医生首先应了解的个性化倾向,包括了解患者的背景、了解患者就医的主要原因以及了解患者对医生的期望。全科医生在实践中为患者提供个性化服务包括7个方面:①对患者的生理、心理和社会三个方面的整体性服务,这种服务即“全人照顾”,而并非单纯的对疾病的诊断与治疗;②根据患者的个性特征和背景、健康问题的性质、主要及次要需求等具体情况,给予相应的服务,遵循循证医学原则为患者提供最佳的诊疗方案;③根据患者的个性化特点,给予患者不同的治疗措施,可能“异病同治”亦可能“同病异治”;④根据不同患者的心理特点及人格特征,注重启发和调动患者的主动性,激起患者同疾病斗争的潜能和勇气,树立康复信念,使其形成良好的患病行为和遵医行为;⑤根据患者的健康问题、其原因和转归等特征,对患者本人及其家人进行相关健康问题的教育;⑥正确处理患者的局部与整体利益、暂时与长远利益、个体与群体利益等之间的关系;⑦全科医生应尽量为患者提供心理上、精神上的抚慰与照料,能够把具有健康问题的个体转变成能够解决自身问题的个体。

4. 尊重患者的权利 患者接受医疗服务过程中,有提供病情、配合治疗、增进健康、尊重医

务人员、遵守医院规章制度、支持医学研究与教学的义务,同时也享有患者应有的、维护健康所需要的一系列权利。现阶段我国患者享有以下基本权利:①患者享有人格和尊严得到尊重的权利;②患者享有必要的医疗和护理权利;③患者享有参与医疗和对疾病认知的权利;④患者享有自主和知情同意的权利;⑤患者享有拒绝治疗和实验的权利;⑥患者享有医疗保密的权利;⑦患者享有监督自己医疗权利实现的权利;⑧患者享有对医疗机构造成影响自身的工作差错、事故有要求赔偿的权利;⑨患者享有一定的社会责任豁免的权利。尊重和保障患者的权利是全科医生应尽的责任和义务。

除此之外,全科医生在医疗实践过程中还应注意做到以下几点:①让患者参与到医疗实践中来:事实上,患者本身就是治疗疾病的重要资源,全科医生应根据患者的背景和理解能力,努力让患者了解并接受病情,与患者共同协商决定临床处理方案,使患者充分了解治疗或处理思路,征求患者同意,使其积极投入到处理和康复过程中;②作出的决策应符合患者的利益:医生在做出疾病的决策时务必将患者的利益放在第一位考虑,而做出最有利于患者的最终决策。

5. 构建和发展稳定的患者参与式医患关系 建立长期、稳定、连续的合作伙伴式的医患关系是全科医疗服务的核心,是开展预防工作和慢性病管理的工作基础,也是实施以人为中心的健康照顾的先决条件。医疗服务本质上是一种医患互动的过程,医生、患者和医患关系是该过程的三个关键词。医生对于患者而言应该是容易接近、容易沟通和值得信赖的,同时又能够提供满意的服务和具有高超的技术。在积极的医患互动过程中,患者的各种需求得到满足,患者和医生的合作积极有效,患者对自身问题的了解深入,对医嘱的依从性高,患者战胜疾病的信心增强,其内在潜能得到了充分调动。因此全科医生要设法通过不同的机会建立、巩固、发展良好的医患关系,在平等的医患关系中,全科医生要与患者及时互通有关诊治疾病和预防疾病的信息,为患者提供个体化、综合性、持续性、可及性的全科医疗照顾。

6. 以患者需求为导向,注重患者安全,强调服务的健康结局 全科医疗应以患者的需求为导向,以患者及其家庭为照顾单元,协调利用多学科团队的各种资源为患者提供连续性整体服务,做到防治结合,体现整体医学的要求。全科医疗最终的目标应落脚于照顾对象的整体健康结局的改善上。全科医生在为患者制订诊疗计划时应将个人的经验与循证医学证据相结合,疗效评价应以患者的最终结局为目的,选择的诊疗方案应更安全、经济、有效,减少临床危险事件的发生,提高生命治疗。

第二节 以人为中心的健康照顾的实施

在为全体居民实施预防、治疗、康复、保健、健康教育、计划生育等健康照顾时,全科医学是遵循“以人为中心”的照顾模式进行的,它是体现在医疗服务实施全过程和各个方面的。

一、全科医疗的问诊方式

在繁忙的全科医疗工作中,全科医生迫切需要一个简明、系统的问诊方式,以便迅速掌握患者的生理、心理、社会问题。在1986年,Stuart和Lieberman首次推出了BATHE和SOAP(to BATHE)两种开放式的问诊及记录格式。

(一) BATHE 问诊方式

这种问诊方式是一种开放式的问诊方式,它强调从患者的背景、情感、烦恼、自我管理能力四方面收集信息,具体如下。

B——代表“背景(background)”,了解患者的就医背景、心理和社会因素等。医生可以用简单的开放式问题引导患者表述出来访的背景。如:“最近你的家里有什么事吗?”“最近你过得怎么样?”“从你觉得不舒服前到现在生活有什么变化吗?”等。



学
习
笔
记

A——代表“情感(affect)”，了解患者的情绪状态及情感变化。如“你觉得家庭生活如何？”“你觉得自己的工作怎样？”“你的心情如何？”等。

T——代表“烦恼(trouble)”，了解健康问题给患者带来的影响及其程度。如“你最担心的是什么？”“你最近的烦恼有哪些？”“这些问题对你的生活造成了哪些困扰？”等。

H——代表“处理(handling)”，了解患者的自我管理能力和“你是如何处理这个问题的？”“你的家人在处理这一问题时给了你什么意见或支持？”

E——“移情(empathy)”，即换位思考，对患者的不幸表示理解、认同和同情，从而使他感受到医生对他的支持，医生可获得患者的信赖。“是的，我能理解你的心情。”“你可真不容易啊！”等。

(二) SOAP (BATHE) 问诊方式

医生可以用这种问诊方式来缓和患者心理、社会的压力。

S——代表“支持(support)”，指全科医生把问题尽量正常化、普通化，以避免引起患者的过分恐惧。如“其实好多人都遇到过和你类似的麻烦”“你可以从什么方面入手来处理此事呢”等。

O——代表“客观性(objectivity)”，指医生须保持科学、客观的态度对待患者的问题，以及适度的职业界限及自我控制，鼓励患者辨清问题的现实性，了解他们的担忧，引导患者客观对待现实问题，并给予他们希望。如“最糟糕的事情又会是什么呢？”“我们一起想，一定会解决的。”等。

A——代表“接受(acceptance)”，指鼓励患者接受现患和其他情况，但不予判断，帮助患者树立对自身、家人的乐观态度。如：“我们完全可以理解这件事”“别对自己太苛刻，我认为你已经做得很好了。”等。

P——代表“关注现在(present focus)”，指鼓励患者关注当下，不叹过去不畏将来，而是做好现在要做的每一件事。如“如果换个方式，是不是更好些呢？”“如果你坚持自己的想法，应该会有所收获的。”

二、全科医生应诊中的主要任务

早在 1979 年，英国学者 Stott 和 Davis 便提出全科医生在初级保健过程中、体现以人为中心个体化医疗服务的四项主要应诊内容(图 2-1)。作者将其分为 A、B、C 和 D 四个模块，而为了表述方便和避免重复，原文中按照 A、C、D、B 的顺序进行讲解。本文亦按此顺序介绍这 4 个方面，即：①确认并处理现患问题；②对连续性问题进行管理；③适时提供预防性照顾(伺机性健康促进)；④改善患者的就医和遵医行为。

(一) 确认并处理现患问题

确认并处理现患问题是所有全科医师在应诊时的核心任务之一，也是全科医生在应诊过程中花费时间最长的部分。一般来说，患者大多因近期的不适或因此怀疑患上某种疾病、或感觉原来的疾病加重而就医。因此，全科医生在详细采集患者的病史后就应该分析患者就诊的原因。

全科医生在处理现患时不仅追求生物学问题的诊断，还要从社会和心理层面对患者进行全方位的关怀和照顾。这也是全科医生应该重视的能力。如患者为什么在此刻就诊，有什么其他的诱因，有无生活、家庭或工作的压力，情绪如何，患者对自己的看法、对这一问题的顾虑是什么，患者的健康信念是什么，他希望医师给他什么样的帮助等。从心理、社会的多角度和多层面

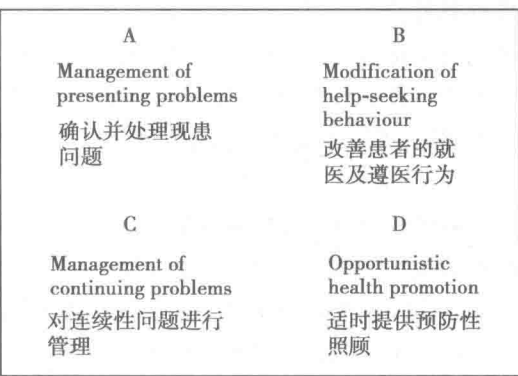


图 2-1 全科医生的四项主要应诊任务



解剖、分析患者就诊原因的思维方式正是全科医师在应诊中应当具备的能力。

(二) 对连续性问题进行管理

在很长的一段时间里,对连续性问题进行系统的管理并未像确认并处理现患问题那样得到临床医生的重视。然而,随着慢性病发病率的增高以及系统管理该类疾病带来的明显获益使全科医生越来越重视这一应诊任务。在每次应诊中全科医生均应关注患者是否存在连续性问题需要管理。这需要医生对患者进行多方面、广泛的了解。对患者的家庭及其生活环境和社会环境的了解,有利于全科医生的管理,而重要的工具莫过于详尽、全面的医疗记录以及(如果条件允许)实现计算机联网共享患者的诊疗记录。

患者是否对其患有的慢性病进行了规范化的治疗、其症状体征是否得到了有效改善、由慢性病所导致的心理压力是否有所缓解及缓解程度等问题均应得到全科医生的重视。即使患者本人没有提出,全科医生也应牢记自己在慢性病管理中的责任,利用每次与患者交流的机会,对患者的慢性病进行适当的检查和评价。这将会有效提高患者对医生的信任、提高患者依从性、改善慢性病的管理状态。这种持续性照顾覆盖了人生的各个时期、疾病的各个阶段。全科医生有责任把慢性病管理的有关知识教给患者,提高患者自我保健和自我管理能力。全科医生应对患者生活方式进行指导。全科医生要警惕暂时性问题对主要慢性病的影响。

(三) 适时提供预防性照顾(伺机性健康促进)

这一应诊任务主要分为两部分内容:①促进健康的生活方式;②在症状出现前或出现早期进行诊断和干预。前一部分内容是,在患者因某一疾病就诊时,医生不仅对该病进行诊断和治疗,而且帮助患者改变其不良生活方式以防止该疾病进展,例如改变饮食习惯、适当运动等。后一部分内容指患者因其他疾病就诊,医生对其尚未出现症状或高危因素进行干预。

一位自然人在一生中的各个阶段都可能存在特定的健康问题和受到相关危险因素的潜在影响,全科医生在日常医疗活动中应当实施以预防为导向的服务。在接诊每一位患者时必须体现预防观念,也要利用各种与患者接触的机会提供预防服务,即针对患者的具体情况给予适当的、即在患者尚未意识到不健康的生活方式对健康的影响时,要给予解说与科学指导。只有重视“医未病”,才可能真正为人们带来健康。全科医生还需根据患者的特定年龄阶段,为其进行周期性的健康检查,比如中年男性最主要的死亡原因包括心脏病、恶性肿瘤、卒中、机动车辆造成的意外伤害,而这些死亡原因大多数可以通过减肥、戒烟、限酒、健康饮食、规律锻炼、驾车时使用安全带等行为来预防。再如对育龄期妇女进行宫颈涂片检查、对绝经期妇女进行骨质疏松的评定。预防性医疗照顾在全科医疗中占有相当重要的地位,只有防患于未然,才能给人们真正的健康,缩减人类疾病治疗的费用。

(四) 改善患者的就医遵医行为

就医行为是指人们感到不适或觉察到自己可能患有某种疾病时,寻求医疗帮助的行为。改善患者就医行为就是要让患者知道,在什么情况下应该就医、什么情况下不应该就医。就医过多通常反映了患者敏感、紧张、依赖的心理;而求医过少则反映了患者对自己的健康不重视或缺乏一定的医学知识。如能适时去就医就可以避免患者对医疗资源的浪费,也可以避免患者耽误病情,进而减轻病痛、减少更大的医疗资源的浪费。

遵医行为指患者按照医生的指示及处方进行治疗的行为。遵医行为是患者医疗行为中最为重要的一个方面,常决定其疗效和转归。提高患者遵医行为可以通过以下方法来实现:①提高服务质量、改善服务态度,使患者充分信任医生;②加强患者对处方的理解和记忆,并强化执行力度;③简化药物种类,减轻患者用药负担;④改善医患关系,调动患者的主动性;⑤重视患者的心理行为,有针对性地采取个性化措施提高患者的遵医行为。

全科医生若能在应诊中很好地完成这四项任务,就可以为人们提供持续的、全方位的全科医疗服务。



三、以患者为中心的医疗之家

发展基本卫生保健服务作为解决各国医疗问题的基本途径,是实现人人享有平等医疗的关键。以患者为中心的医疗之家(patient-centered medical home, PCMH)是近年来美国基本卫生保健的改革创新模式,它在控制医疗费用、提高服务质量及患者满意度等方面取得了良好效果。PCMH 是基层医疗活动中一个特别的和重要的实践形式,它集医疗服务整合、医患合作,及实现基层医疗个体化、首诊治疗、综合协调关怀等核心内容于一体。

“医疗之家”这一概念源自 1967 年美国儿科学会(American Academy of Pediatrics, AAP),定义了为患者提供的综合便利、充满家庭般关爱的基本卫生保健服务。2007 年, AAP、美国家庭医生学(American Academy of Family physicians, AAFP)、美国内科医师学会(American College of physicians, ACP)、美国骨科学会(American Osteopathic Association, AOA)共同制订了 PCMH 的基本准则。

PCMH 是一种改进的综合性基本医疗,核心是一个由患者的家庭医生带领的团队,其中每一个成员均在综合的、持续的和协调的医疗中负有责任。患者与医疗团队保持长期的合作关系,医疗团队注重全人照顾,即不仅对疾病或症状的治疗,也是对个人健康全面的支持和指导,包括预防、精神健康和健康相关行为。

PCMH 的特点有以下几点。①以患者为中心(patient-centered),医师、患者及 PCMH 之间建立起互相信任的合作关系,保证医疗决策充分考虑了患者的想法、需求和选择,参与决策和自我医疗的患者可以获得医学教育和支持;②综合服务(comprehensive service):一个医疗团队要全面负责患者生理和心理的全方位健康需求,包括预防和保健、急性病和慢性病的治疗;③协调合作(coordinated):医疗体系内所有元素协调组织医疗的实施,这些元素包括专科医疗、医院、家庭医生、社区服务和护理支持;④服务可及性(accessible):短暂的候诊时间后患者即可获得服务,通过非办公时间的医疗、每天 24 小时电子邮件往来或电话沟通、医疗信息技术创新等增加患者对 PCMH 医疗的可及性;⑤致力于医疗质量和安全性(committed to quality and safety):通过使用卫生信息技术和其他工具,临床医师和参与员工的服务质量提高,并且保证了患者和家人对于自身健康获得知情同意的决策。总之,PCMH 不是一个地方,而是一种健康和医疗的理念。PCMH 不是用来限制患者要去哪里接受医疗服务,而在于打破传统的患者就医阻碍,让患者对基本医疗服务更加信任,提高可及性。

第三节 健康信念模型与患者管理

现阶段有一种普遍的错误观点,认为没有疾病就是健康,即使有病没有症状也是比较健康。只有在患病甚至是患重病、即将失去健康时才认识到健康是第一位的,这时患者本人、家属才会关注和重视健康。

一、健康信念模型与就医行为

患者的行为包括患病行为和就医遵医行为,它们通常与患者的健康信念关系密切。何谓健康信念呢?健康信念是指人们对自己健康的价值观念,反映了人们对自身健康的关心程度,主要涉及就医行为的价值和可能性。目前已经证明,健康信念在人们是否会采取措施预防疾病中起着至关重要的作用,人们由于社会角色、文化水平、经济状况、受教育程度和所受到家庭、社会的影响不同而对健康的看法不同。

健康信念模型(health belief model)是 20 世纪 50 年代提出的,起初用来解释人们为什么不愿接受政府提出的结核病筛查计划,现在则经常被用来规划健康促进计划、解释人们能否养成

新的健康习惯的原因(图 2-2)。该模型的基本假设是如果某一疾病对健康的威胁很大,而采取就医行为产生的效益很高,那么个人就医、以此获取适当的预防保健和治疗措施的可能性就大;反之,则就医的可能性就小。影响患者采取相应预防保健措施的因素主要有四个:①对该疾病严重程度的认识:认识到的某一特定疾病的严重性关系到一个人是否采取预防保健措施。如果不采取健康保健行动可能出现严重后果时,人们更可能会选择采取相应的行动。②采取预防措施的利弊和存在的障碍:指一旦采取健康保健行为,能获得什么益处。人们在做针对健康问题的抉择时,常常会权衡利弊。人们只有在认为所采取的行动能够保护他们的健康、使他们免受健康问题的困扰时,才会采取行动。人们认识到一个正面的益处的存在,对于想要接受一项预防措施是非常重要的。同样,认识到采取某种行动的阻碍对于人们是否会采取某项行为也有巨大的作用。③患者采取行动的可能性:指患者认为自己采取某项预防保健行动的能力,或认为自己采取该行动的可能性。低估自己的行动能力或采取行动的可能性是接受并执行健康保健意见的主要障碍之一。④将思想转化为实际行动的触发因素:尽管患者对某一健康问题已经具备了一定的认识,但在真正付诸行动前常常有一个触发因素。例如,有一患者某一天突然来就医,希望医生为他制订锻炼计划、指导他合理饮食并戒除不良嗜好,以改变自己原来不十分合理的生活方式。原来一个他的伯伯刚刚因胃癌去世,而他爸爸又患有癌前病变。该实例就是导致这位患者要求采取预防保健措施的触发因素。媒体的宣传、亲友患病、医生的告诫、他人的建议等等,都可能成为改变行为的触发因素。这些触发因素可提高患者对自己罹患疾病易感性的认识,提高对疾病严重程度的认识,提高对采取行动获益的认识;降低所存在的不利因素和行动障碍,提高患者改变自己行为的自信心。

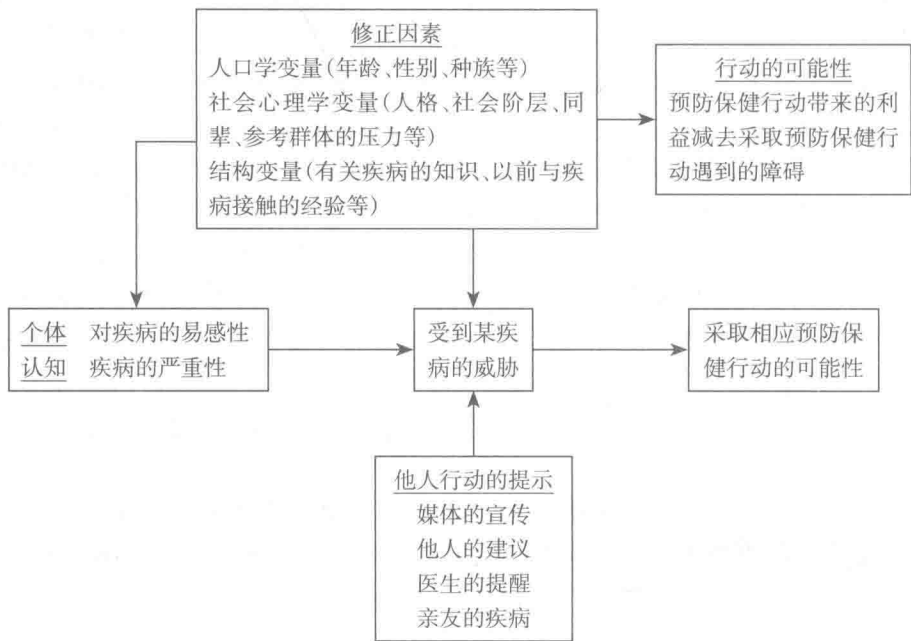


图 2-2 健康信念模型

从患者角度更加简单地说就是:①我会得这个病吗? ②这个病将会严重到何种程度? ③采取预防措施是否很容易或很难? 采取措施我将付出什么代价? ④我的行动能否使我更健康? ⑤如果行,我现在就行动起来!

所以医生应该了解患者对自身健康的关心程度,及其对有关疾病的严重性和易感性等问题的认识程度,这些都将影响患者的就医行为和疾病的预后。



二、患者管理的原则

全科医生为患者及其家庭提供健康与疾病的咨询服务,负责全面维护健康和形成健康的生活方式,定期进行适当的健康检查,利用各种机会对其进行健康教育,负责常见健康问题的诊治和全过程的管理,并且作为社区医疗卫生团队的核心,在日常医疗保健工作中管理人、财、物,协调医护和医患关系及与社区各方面的关系,与专科形成有效的双向转诊关系,其中对患者的管理是重要环节之一,具有高度个性化,要做好此项工作又需很强的艺术性,全科医生应很好地把握管理原则。

1. 协调利用各类资源提供整体服务 全科医生对患者及其家庭比较熟悉,因此对患者家庭资源的把握和利用有其独到的优势;同时也了解社区的健康资源。全科医生可根据需要调动医疗保健体系和社会力量,为患者提供医疗、护理、精神等全方位的合理处置。

2. 充分解释和适当引导 向患者详细说明病情、诊断及治疗的含义及其预后,取得患者同意;处理患者时须考虑患者的个性与健康信念,进行适当引导。

3. 鼓励患者承担自己的健康责任 改善患者和家属的自我保健意识和能力,通过有针对性的健康教育,使其承担自己的健康责任,积极进行自我保健。

4. 改变不良的生活方式与行为 开展康复、营养、群体治疗活动等。

5. 注重全科医疗照顾的可及性 要了解患者的医疗付费方式和经济条件,选择最有效、危害最小且较便宜的药物,减少不必要的询问和辅助检查,杜绝浪费,通过评价及时了解药物治疗的不良反应和成本,并经常评价疗效以及有关的伦理学问题。

6. 尽量减轻疾病对患者及其家庭的影响 比如在诊疗过程中切身地替患者考虑疾病会给患者及其家庭造成哪些影响或新问题,并考虑如何预防或解决。

三、患者管理的基本技能

患者的管理内容可归纳为以下7个方面:安慰与解释(reassurance and explanation)、告诫或建议(advice)、处方(prescription)、转诊(referral)、实验室检查和其他辅助检查、观察(observation)或随访(follow-up)、预防(prevention),即RAPRIOP。

(一) 安慰与解释

当患者出现健康问题时往往有不同程度的焦虑、担心,对疾病的诊治和预后会产生各种想法,全科医生此时应从医学和心理学不同角度给予患者支持,站在患者的立场,换位理解患者的心情和处境,表现出对患者的同情,通过安慰与解释消除患者的疑虑,纠正患者不利于健康的态度和信念。解释和心理支持的语言应该有充分的科学依据,谨慎而清晰。

成功的支持取决于医患之间的沟通与信任。医生与患者交流时,语言要通俗易懂,避免使用晦涩难懂的医学术语;应考虑患者不同的知识水平和受教育程度、性格特点等,采用适宜的方法。医生要努力获取患者的信任,良好的医患关系不仅可以提高患者对医学照顾的满意度和遵医程度,也有利于提高支持的有效性。

(二) 告诫或建议

全科医疗综合性、连续性照顾的特点使全科医生需向患者提供有关改善生活方式及合理用药等家庭管理的建议、提供经常性的咨询服务、进行必要的健康行为干预。全科医生可以就有关患者健康的生物、心理、社会各方面的问题,针对患者的具体情况和最新的临床诊疗指南,向患者解释病情,提出切实可行的有效建议,告诉患者与其疾病有关的注意事项。

(三) 处方

开药物处方是全科医生的一项基本工作。全科医生开处方时要把握社区卫生服务的特性和社区居民的需求特点,遵循国家的处方管理规定。因为任何药物都既有治疗作用同时又有可



能出现不良反应,所以必须遵循以下用药原则:少而精和个体化;明确用药目的,简化用药方案;如需用药,能外用不口服,能口服不注射,能注射不输液。要高度重视老年人、小儿、妊娠期和哺乳期妇女等特殊人群的用药特点。还要注意药物治疗对疾病的进一步检查和诊断具有正面肯定和负面干扰的影响。

一旦决定开具处方,医生就有义务向患者解释:为什么开此药物;服药的重要性;如何合理服药;药物的预期作用及效果;可能出现的不良反应及相应处理方法;用药时饮食如何调整;何时需要更换处方;对重要的告知内容要确认患者已经清楚并记录在案,要求患者遇到问题及时联系医生进行鉴别和处理。

(四) 转诊

实行双向转诊是全科医生协调性服务的重要内容。要建立正规的转诊程序并规范管理,明确转诊指征,加强全科医生的转诊能力。转诊过程中应保持患者信息的完整记录和连续管理,对患者照顾的责任从全科转移到专科。

转诊的原因经常是:①获得专科医疗;②需要专科医生对复杂问题在诊断和治疗方面得到专科医生的帮助;③进行特殊仪器的检查和治疗,如内镜检查和手术等;④出于患者或其家属的焦急情绪和压力,到相关专家那里证实全科医生的诊断和治疗方案;⑤对有不遵医的患者借专科医生的权威施加影响。

全科医生有关转诊的责任包括:①为患者选择转诊专科和专科医生;②对专科医生提供患者的详尽资料,并明确告知此次转诊的目的与要求;③保持与患者及专科医生的联系,当好患者与专科医生的协调者;④做好转回社区前的准备。

(五) 实验室检查和其他辅助检查

实验室检查以及其他辅助检查能帮助全科医生做出临床判断,全科医生需考虑:是否需要做实验室检查,做什么检查。它涉及多种因素,包括社会和心理因素、医生的习惯和态度、医患关系和管理上的因素。全科医疗主张应用适宜技术,注重体格检查,因而实验室检查和其他辅助检查比专科医疗要少得多,也简单得多。全科医师应能够判读并解释基本的检查项目,要注意任何检查项目都会有假阳性或假阴性结果;要选用费用相对低且灵敏度和特异性高的检查方法;有些检查对患者是有损伤的,要加以防范。

(六) 观察 / 随访

观察 / 随访是指由医生提出、患者认可的持续性观察,可以在诊室进行,亦可以在家中进行,先由医生与患者提前预约随访时间,随访频率依具体病情而定。如对自限性问题一般不需要十分正式的随访预约,医生通常告诫患者过一段时间后仍未完全改善,或情况有任何重大变化,就应随诊。患有急重症问题的患者往往住院治疗,出院后应进行随访,实现管理的连续性。对慢性病患者的常规指导和周期性复查是良好临床管理的基础,从早期发现问题到治疗的任何阶段,随访中需做很多事情:验证诊断的正确性,回顾治疗是否得当,检查患者的遵医行为,预见和确认可能的并发症,评价患者在生理、心理、社会等各方面的功能状态,使之达到相对健康和生命质量的最佳状态。

(七) 预防

以预防为导向的健康照顾是全科医学的基本原则之一,全科医生在医疗过程中开展三级预防有其独特的优势。全科医生的临床预防工作包括临床健康咨询、患者教育、免疫接种、疾病筛检、化学预防等,还要组织和管理社区居民自我保健和社区慢性病的综合防治。

(于凯 李双庆)

参考文献

[1] 于晓松. 全科医学理论与循证实践. 北京:人民卫生出版社,2013.



- [2] 梁万年,吕兆丰.全科医学理论与实务.北京:人民卫生出版社,2012.
- [3] 梁万年,路孝琴.全科医学.北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] 顾援.全科医学概论.北京:人民卫生出版社,2001.
- [5] Stott,Davis. The exceptional potential in each primary care consultation. J R Coll Gen Pract, 1979,29 (201): 201-205.
- [6] Robert E. Rakel, David P. Rakel. 全科医学. 曾益新主译. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2012.

第三章 以家庭为单位的健康照顾

全科医生在诊疗中,在考虑患者的生理问题的同时,还要关注患者的家庭,包括家庭各种因素对该患者患病、治疗、康复的影响,以及患病者及其家庭成员之间的相互作用关系和家庭资源的情况等。一个训练合格的全科医生应具备照顾各年龄家庭成员的健康问题的基本技能。

本章主要介绍家庭的定义、家庭的结构、家庭对健康影响、家庭功能、家庭生活周期的概念及其常见健康问题、家庭评估的方法以及以家庭为单位照顾的方法等。

第一节 家庭及其对健康的影响

一、家庭的定义

随着社会的发展,家庭的观念和定义也在不断地发生变化。不同的历史时期人们对家庭的定义是不同的,在不同文化背景中,家庭的概念亦不相同。如:在原始社会,家庭被认为是一个氏族或部落。传统上,根据家庭结构和特征把家庭定义为:在同一处居住的,靠血缘、婚姻或收养关系联系在一起的,两个或更多人所组成的单位。在现实生活中,人们发现一些具有家庭功能的团体,如同居家庭、同性恋家庭等并不符合上述定义。1980年 Smilkstein 依据家庭的功能将家庭定义为:“能提供社会支持,其成员在遭遇躯体或情感危机时能向其寻求帮助的,一些亲密者所组成的团体。”此定义几乎覆盖了二十多年来所出现的各种各样的家庭形式,并对家庭的功能给予了强调。但从家庭的社会特征来看,似乎又忽略了其某些基本特征,如法律特征。此后又有人提出:家庭是通过生物学关系、情感关系或法律关系连接在一起的一个群体。总之,到目前为止,不同社会文化背景、不同国度对家庭的定义是不同的。

对家庭的定义属于社会学范畴。从社会学角度来看,一个关系健全的家庭应包含:血缘关系、感情关系、婚姻关系、经济关系、亲缘关系、人口生产与再生产关系、社会化关系、伙伴关系8种家庭关系。在实际社会生活中,存在着大量关系不健全家庭,如单亲、单身家庭、同性恋等家庭。通常,关系不健全家庭存在的问题往往也更多。

家庭与其他社会团体不同,是一个特殊的社会团体,具有非常独特的终身性、相似性和情感性。如,家庭血缘关系是一种终身关系,这种关系不会因为家庭某成员的功能低下或家庭功能的改变而终止该成员在家庭中的角色;家庭成员在遗传、行为特点和价值观方面具有一定的相似性,这是家庭有别于其他社会团体的最突出的特点之一;家庭成员之间的关系主要受感情的控制,在感情上相互依赖和影响,家庭成员一般会更多地从感情方面来考虑家庭问题,重视对其家庭成员给予无私的关心和爱护。

二、家庭的功能

家庭作为个体与社会的结合点,同时与两个方面发生联系,因而家庭具有满足家庭成员个人和社会最基本需求的功能。家庭可以独立地满足人们社会生活的需要,家庭功能具有多样性、基础性、独立性的特征并随着社会文化的发展而变化,但其最基本的功能始终是满足家庭成员在生理、心理及社会方面各个层次的最基本需要,可归纳为以下几个方面。

1. 满足感情需要 家庭能满足人的爱与被爱的需要。家庭成员以血缘和姻缘为纽带在一



起生活,通过成员之间的相互温暖、关怀满足感情的需要。主要表现为家庭成员间的相互理解、表露和交流彼此的深层情绪与感受;家庭成员相互关怀与支持;消除因外部的社会生活挫折所带来的苦恼,以保持家庭成员的心理状态;家庭成员共度娱乐时光,调节心身,恢复体力增进家庭成员间的亲密程度。

2. 满足生殖和性需要 生儿育女,延续种族是家庭所特有的功能,同时它还满足了人对性的需要,调节和控制性行为的功能。

3. 家庭成员的社会化 家庭具有把其成员培养成合格的社会成员的社会功能。家庭引导其年轻成员学习社会规范、树立生活目标,传授给成员基本的社会技巧和知识,发展他们建立人际关系的能力,学会如何与同代和异代人相处,胜任自己的社会角色等。同其他具有社会化功能的场所(如学校、夏令营、社区等)相比,家庭是完成社会化功能的场所。

4. 抚养和赡养家庭成员 通过供给家庭成员衣、食、住、行、安全保护及对病老者的照顾等以满足成员的基本需要。抚养指夫妻间或家庭同辈人间及对下辈人供养与照料。赡养是指子女对家庭长辈的供养和照顾,体现下一代对上一辈的家庭人员责任和义务。现阶段我国农村地区的老年人在经济上对子女仍有较强的依赖性,又缺乏必要的社会福利性支持,因此子女在老年人生活的照顾及精神上的慰藉方面的负担有加重趋势。

5. 赋予成员地位 父母的合法婚姻本身便给予子女一个合法的地位。此外,家庭还能为其成员在社会经济、教育和谋求职业等方面提供某种地位,随着社会的进步,这一功能后一部分将逐渐弱化。

6. 经济支持 家庭是社会经济分配的最基本单位,也是社会最基本消费单位。家庭只有具备充分的经济资源,才能满足家庭成员各种需要,包括医疗保健、健康促进的需要。

三、家庭的结构

家庭的结构(structure of family),主要是指家庭成员的组成和类型及各成员间的相互关系,包括外部结构(即家庭的类型或人口结构)和内在结构两部分。家庭成员的组成和数量决定着家庭结构的类型,可分为核心家庭、主干家庭、联合家庭(主干家庭和联合家庭又统称为扩展家庭)和其他家庭类型等,而家庭成员间的相互关系决定着家庭的内在结构。包括权力结构、角色、沟通类型和价值观四个方面。全科医生在考察家庭结构时必须考虑以上两个同等重要的部分,并根据其特征划分家庭的结构类型,了解家庭成员相互作用的关系和规律等。

(一) 家庭外部结构

1. 核心家庭 由父母及其未婚子女组成的家庭,也包括无子女夫妇和养父母及养子女组成的家庭。现代社会中核心家庭逐渐成为主要类型。在发达国家,此类型家庭的比例曾高达80%以上。核心家庭的特征主要表现为体现在:规模小、人数少、结构简单、关系单纯,家庭内部只有一个权力和活动中心,便于做出决定等。从医疗保健的角度考虑,核心家庭的家庭资源较其他家庭类型少,家庭关系存在着亲密与脆弱的两重性,一旦家庭出现情感危机,便会陷于危机而难以自拔,最终导致家庭解体。

2. 主干家庭 由一对已婚子女同其父母、未婚子女或未婚兄弟姐妹构成的家庭,包括父和(或)母和一对已婚子女及其孩子所组成的家庭,以及一对夫妇的家庭同其未婚兄弟姐妹所组成的家庭,主干家庭在我国是一种主要的家庭形式,占家庭总数的24.28%(1992年),位列第二。主干家庭往往有一个权力和活动中心,还存在一个次中心,但家庭关系不像联合家庭那样复杂。

3. 联合家庭 又称复式家庭,由至少两对或两对以上同代夫妇及其未婚子女组成的家庭,包括由父母同几对已婚子女及孙子女构成的家庭,两对以上已婚兄弟姐妹组成的家庭等。如四世同堂的家庭,这种家庭类型的家庭结构相对松散、不稳定,家庭内存在多个权利和活动中心,多种关系和利益交织,决策过程复杂,该类型家庭在中国内地已退而成为一种为数很少的家庭



类型。

主干家庭和联合家庭称为扩展家庭。虽然这种家庭类型具有人数多、结构较复杂、关系较繁多的特点,家庭功能亦受多重相互关系的影响,但家庭内、外资源的可用性增大,有利于家庭遇到压力时,提高适应度,克服危机。

4. 其他家庭类型 包括单亲家庭、单身家庭、同居家庭、群居体、同性恋家庭、少年家庭(即由18岁以下的少年及其子女组成的家庭)等。这些家庭类型虽不具备传统的家庭形式,但却执行着家庭各种类似的功能,具有家庭的主要特征。

在某些西方国家,这些类型的家庭有明显的上升趋势。在我国,单身家庭和单亲家庭也呈增多趋势。

(二) 家庭的内在结构

家庭的内在结构是指家庭内部运作机制,是对内部运作关系的描述,反映家庭成员之间的相互作用及相互关系。这种相互关系可以从四方面进行考虑:即家庭角色、权力结构、沟通方式、家庭价值观。全科医生在接触患者及其家庭时会考虑家庭的内容结构问题,以及这些内部运作机制对健康和疾病的影响。

1. 家庭角色 角色是与某一特定的身份相关联的行为模式,它是社会对个人职能的划分。它指出了个人在社会中的地位 and 位置,代表着每个人的身份。这种身份是社会客观赋予的,而不是自己认定的。

家庭角色是家庭成员在家庭中的特定身份,代表着其成员在家庭中所应执行的职能,反映其在家庭中的相对位置 and 与其他成员之间的相互关系。家庭角色同其他社会角色一样,要按社会和家庭为其规定的特定模式规范其角色行为,这些特定模式的行为称为角色期待。对于每一位家庭成员来说都存在角色期待,如在家庭中母亲的传统角色被赋予情感和慈爱的形象,她的职责是生育和抚养子女,做“女性”行为的典范。“丈夫”的传统角色被认为是养家糊口、负责作出家庭中重要的决定等。“儿童”的角色被认为是被动和服从,包括孝敬长辈、完成学业、实现父母的愿望等。

随着社会的发展,家庭角色会随着社会潮流、家庭特定环境、文化教育背景以及宗教信仰等因素的变化而改变。如原来由父亲来养家,而现在城市家庭中多由父母双方共同养家;有的家庭中母亲成为家庭中的经济支柱等。

家庭成员通过实现角色期待,完成相应的角色行为,需要一个学习的过程,这个过程称为角色学习,包括学习角色的责任、特权、态度和情感。角色学习是一种综合性的学习,是在相互作用着的社会关系中进行的,它符合社会学习的机制和规律。角色学习是无止境的,需要不断适应角色的转变。如一个女孩子首先要学习做个好女儿,长大结婚后就要学习做妻子、做儿媳、做母亲等等角色。

当家庭中某成员实现不了对其的角色期待或适应不了角色转变时,便会在内心产生矛盾的心理,称角色冲突。角色冲突可由自身、他人或环境对角色期待的差异而引起。如在一个儿媳与婆婆关系紧张的家庭中,儿子因为同时承担着丈夫和儿子的双重角色,而使其处于左右为难的境地,发生角色冲突。角色冲突常会导致个人心理功能紊乱,严重时出现躯体功能障碍,甚至影响家庭正常的功能。

家庭成员在其家庭中角色功能的优劣是影响家庭功能的重要因素之一,全科医生在进行患者的照顾时,应考虑到家庭角色的问题。全科医生做家庭评估时,应依据以下的五个指标来判断家庭角色的功能:①家庭对某一角色的期望是否一致;②各个家庭成员是否都能适应自己的角色模式;③家庭的角色模式是否符合社会规范,能否被社会接受;④家庭成员的角色能否满足成员的心理需要;⑤家庭角色是否具有一定的弹性,能否适应角色转换并承担各种不同的角色。如果对以上各指标做出了肯定的回答,则可以认为该家庭成员的家庭角色功能是充分的。



2. 家庭的权力结构 家庭的权力结构是全科医生进行家庭评估进而采取家庭干预的重要参考资料,它反映了谁是家庭的决策者,以及做出决定时家庭成员之间的相互作用的方式。随着社会的变迁,家庭权力结构除了受到家庭所在社会传统习俗影响外,其形成还受感情和经济等因素的影响,专制的家庭权力形式正向民主、自由的家庭权力形式转变。家庭的权力结构可分为四种类型。①传统权威型:由家庭所在社会的文化传统“规定”而形成的权威。如在我国的封建社会,父亲通常是一家之主,家庭成员都认可他的权威,而不考虑他的社会地位、职业、收入、健康等。②工具权威型:负责供给家庭、掌握经济大权的人,被认为是家庭的权威人物。如在家庭中妻子是这个家庭及其成员生活的供养者,则妻子会成为家庭的角色者。③分享权威型:家庭成员分享权力,共同协商做出决定,由个人的能力和兴趣来决定所承担的责任。现代社会比较推崇这一类型。④感情权威型:由家庭感情生活中起决定作用的人担当决策者,其他的家庭成员因对他/她的感情而承认其权威。如中国家庭中的“小皇帝”现象。

家庭权力结构并非一成不变,它有时会随家庭发展的阶段变化、家庭变故、社会价值观的变迁而变化。全科医生在进行家庭评估时应注意这一特点。

3. 家庭成员的沟通方式 沟通是家庭成员间相互交换信息、沟通感情、调控行为和维持家庭稳定的有效手段,也是评价家庭功能状态的重要指标。家庭成员间的沟通一般通过信息的发送者、信息和信息的接收者三个元素来实现。在信息传递过程中,任何一个环节出现差错都会出现相应的问题。如发送者表达错误或不明确,接收者收听不清楚或错误理解等,都会导致沟通不良,影响成员间的相互关系。

Epstein 等根据家庭沟通的内容和方式的不同,将沟通分成三个方面。①第一方面描述沟通的内容。内容与情感有关时,称为情感性沟通,如“我很爱你”;内容仅为传递普通信息或与家居活动的动作有关时,称为机械性沟通,如“把鞋子我帮我拿过来”。②第二方面描述信息的表达是否清晰、是否经过掩饰、模棱两可。前者如“吸烟有害,我希望你把烟戒了”,后者如“吸烟是有害的,我不知道你为什么总是吸烟”。③第三方面描述信息是否直接指向接收者,若是直接的,称为直接沟通,如“请你在跟人交流时客气一点儿”;若是影射或间接的,称为掩饰或替代性沟通,如“有人跟人讲话从来都不考虑别人的感受”(讲话刻薄时)。

观察家庭沟通类型的意义在于通过它了解家庭功能的状态。人们发现,情感性沟通障碍一般发生在家庭功能不良的早期;而当机械性沟通也中断时,家庭功能障碍通常已相当严重。演示性和替代性的沟通多出现在功能不良的家庭中。

4. 家庭价值观 家庭价值观是指家庭判断是非的标准,以及对某件事情的价值所持的态度。价值观的形成深受传统、宗教、社会文化环境等因素的影响,在相同的社会环境中是极不容易改变的。

家庭是社会的基本单位,个人在家庭中接受人生的第一个教育历程,许多人格、观念的养成皆是在家庭中奠定基础。家庭也是人类发展互动关系的第一个社会世界,人生早期在与父母的人际互动中,承受了来自父母的教导,就在这教导的过程中,价值观有意与无意地被传递着,而个人也主动或被动地接收了一些价值观,这些来自家庭的价值观,将会影响着个体日后的观念、态度与行为。因此,全科医生必须了解家庭的价值观,特别是家庭的疾病观、健康观,如此才能确认健康问题在家庭中的地位,进而与家庭成员一起制订控制健康问题的具体方案。

四、家庭对健康的影响

McWhiney 指出,家庭对其成员健康的影响大致可以归纳为以下 6 个方面。

1. 家庭在疾病遗传方面影响 每个人的健康都会受到家族遗传因素和母亲孕期各种因素的影响。当今,先进的医学知识和技术使其中的很多健康问题和疾病可以得到预防。全科医生虽不必是一个遗传病专家,但他应知道适时地利用遗传学的知识和研究结果为其照顾者服务,



并能清楚地让其所照顾家庭了解专家建议的含义。

2. 家庭对儿童发育及社会化的影响 大量的研究显示,家庭异常和儿童的躯体、行为方面的疾病有着密切的联系。如:在孩子3个月到4岁这个儿童发展的关键时期,如果长期丧失父母照顾和情感关怀,会导致与自杀和社会病态人格等有关的精神障碍。因此全科医生应劝告儿童的父母在孩子很小的时候,应尽量避免与孩子分离。

3. 家庭对疾病传播的影响 在过去家庭居所环境狭小、条件较差时,感染性疾病在家庭中传播非常明显,如肝炎、沙眼等疾患在家庭中的传播。Buck 和 Laughton(1959)的研究证实,有神经疾患的人的配偶也有产生类似疾患的倾向。Meyer 和 Haggerty(1962)的研究表明,链球菌感染与家庭压力有关。

4. 对成人发病率和死亡率的影响 Helsing 和 Szklo(1981)的一项持续10年的控制吸烟、社会经济状况等因素的研究,得出了鳏夫的死亡率比普通对照组高。在同一试验中寡妇的死亡率没有变化。说明婚姻对健康有保护作用,至少对男人是。Kraus 和 Lilienfeld(1959)的研究表明年轻鳏夫多种疾病的死亡率都比普通组高10倍。有研究表明家庭因素不仅会影响发病率和死亡率,还影响了患者及家庭对医疗服务的利用。在家庭压力增加时,其成员对医疗服务的利用也增加。

5. 家庭对疾病恢复的影响 家庭资源和家庭的支持程度对各种疾病(尤其是慢性病)的治疗和康复有很大的影响。Anderson 等人(1981)发现,糖尿病控制不良与低家庭凝聚度和高冲突度有关。家长的漠不关心可导致最严重的糖尿病失控和病孩患抑郁症(Khurana 和 White, 1970)。

6. 家庭对求医和遵医行为、生活习惯与方式的影响 家庭的健康观直接影响其成员健康信念的形成。家庭成员的遵医和求医行为会受到家庭成员或整个家庭的影响。家庭成员的过频就医和对医生的过分依赖往往是家庭功能障碍的表现。同一个家庭的成员会具有相似的生活方式与生活习惯,不良的家庭生活习惯可能影响其成员的健康。

第二节 家庭生活周期及其常见健康问题

一、家庭生活周期的概念

家庭生活周期(family life cycle)是指家庭遵循社会与自然的规律所经历的产生、发展与消亡的过程。通常经历恋爱、结婚、怀孕、抚养孩子、孩子成家、空巢、退休、丧偶独居等时期。Duvall(1997)根据家庭在各个发展时期的结构和功能特征将家庭生活周期分为8个阶段,即:新婚期、第一个孩子出生、有学龄前儿童、有青少年、孩子离家创业、空巢期和退休期,对各阶段的界定见表3-1。

表 3-1 家庭生活周期的不同阶段及其界定

阶段	定义
新婚期	男女结合
第一个孩子出生期	最大孩子介于 0~30 个月
有学龄前儿童期	最大孩子介于 30 个月 ~6 岁
有学龄儿童期	最大孩子介于 6~13 岁
有青少年期	最大孩子介于 13~30 岁
孩子离家创业期	最大孩子离家至最小孩子离家
空巢期	父母独处至退休
退休期	从退休至死亡



在实际中,并非每个家庭都要经历上述 8 个阶段,家庭可在任何一个阶段开始或结束,对其划分仅是人为的行为。

全科医生了解家庭生活周期及其划分的意义在于:①可以帮助全科医生识别患者家庭是否处于正常发展状态;②可以根据家庭不同的发展阶段,预测和识别家庭在特定阶段可能或已经出现的问题,及时地进行健康教育和提供咨询,采取必要的预防和干预措施。

二、家庭生活周期常见的健康问题

在家庭生活周期各阶段中出现任何重大生活事件,如乔迁新居、喜得贵子、患病等,不仅会对家庭系统及其成员的心理造成影响,还会对家庭成员的健康产生影响。全科医生在为患者提供健康照顾时,除了掌握人体正常的发育过程外,还要了解患者所在家庭的发展特点。

- 1. 新婚阶段 各种家庭角色的学习与适应、性生活协调和计划生育、遗传问题等。
- 2. 第一个孩子出生阶段 父母角色的适应、生活节律变化产生的压力、养育和照顾孩子的压力、母亲的产后康复等。
- 3. 有学龄前儿童阶段 儿童的身心发展问题、孩子的教育、孩子成长中的安全保护问题。
- 4. 有学龄儿童阶段 儿童的身心发展、上学与学业问题、性教育问题等。
- 5. 有青少年阶段 青少年的教育与沟通;青少年的性教育;与异性的交往及恋爱问题等。
- 6. 孩子离家创业阶段 父母与子女的关系改变问题、第二次亲子分离问题。
- 7. 空巢期 父母间关系重新调整和适应问题、孩子离家后父母自我兴趣发展问题、与孩子沟通的问题、计划退休后的生活以及老化带来的一系列问题。
- 8. 退休阶段 社会角色和家庭内角色的转变及适应、经济及生活的压力、各种健康问题、面对老伴和亲友死亡等问题、经济及生活依赖性高,担心被赡养等问题。

三、家庭生活压力事件与家庭危机

1. 家庭生活压力事件 家庭成员在遇到问题时可以从其家庭中获得支持,但同时家庭成员也可能从其家庭中遭遇很多的压力。家庭压力更多地来源于生活压力事件:包括家庭生活压力事件、个人生活压力事件、工作生活压力事件和经济生活压力事件等四类。Holmes 和 Rahe(1967)在其研究中让被调查者将 43 个最常见的生活事件按压力感的大小和调适的难易程度排出顺序(表 3-2)。结果发现,15 个最具压力感的事件中有 10 个是来自家庭生活事件,说明家庭成员绝大多数的压力来自于其家庭内部。

表 3-2 生活压力事件评分

家庭生活事件	评分	个人生活事件	评分	工作生活事件	评分	经济生活事件	评分
配偶死亡	100	入狱	63	被开除	47	经济状况的较大变化	38
离婚	73	较重的伤病	53	退休	45	抵押品赎回权被取消	30
分居	65	性功能障碍	39	较大的工作调节	39		
结婚	50	杰出的个人成就	28	换职业	36		
夫妻和解	45	开始 / 停止上学	26	职责的较大变化	29		
家庭健康的重大变化	44	生活条件的较大变化	25	与上司矛盾	23		
怀孕	40	生活习惯的大变化	24	工作条件的较大变动	20		

学
习
笔
记



续表

家庭生活事件	评分	个人生活事件	评分	工作生活事件	评分	经济生活事件	评分
与妻子大吵	35	搬家	20				
		转学	20				
姻亲矛盾	29	睡眠习惯的较大变化	16				
子女离家	29	娱乐的较大变化	19				
家庭团聚	15	宗教活动的较大变化	19				

注 摘自崔树起主编的《全科医学概论》，人民卫生出版社

从表 3-2 中可见,生活中不论是“好事儿”还是“坏事儿”同样会给人造成压力,这也就解释了人们常说的“乐极生悲”现象。此外,需要说明的是,此表中的评分反映的是西方社会文化背景中各种生活事件的压力大小,在不同的社会文化背景下,评分必然会有所不同。

全科医生在其实际的诊疗过程中,应考虑患者的个体差异,并观察重要生活事件对患者的影响及其在疾病发生、发展中的作用,来评估压力作用的程度。

2. 家庭危机 当生活压力事件作用于个人和家庭时,就会对其产生影响。家庭成员对压力事件的认知程度及应付压力事件的家庭资源的充足与否,决定了家庭应对压力的调适能力。如果家庭中有足够资源可以用于应对家庭面临的困难,家庭可通过利用资源,功能得到良好的调适,家庭恢复到原来的平衡状态,或达到新的平衡状态。如果家庭内、外资源不足以应对家庭面临的问题或困难时,功能调适不良或不能调适,家庭即可陷于危机状态,又称家庭危机(family crisis)。

家庭出现危机后,通过一定的病态调适,会暂时处于一种病态平衡状态。当一些慢性的压力事件逐渐增加和堆积,其所造成的压力超过个人和家庭所能承受的限度时,家庭便出现耗竭性危机,家庭功能最终会进入彻底的失衡状态。

引发家庭危机出现的因素很多,如家庭成员的增加或减少、不道德事件发生、社会地位的改变等。

第三节 家庭评估

一、家庭评估的概念

家庭评估(family assessment)是通过一定的方法来了解家庭的结构状况、家庭所处家庭生活周期的阶段及其已经出现或即将出现的健康问题、家庭资源和家庭的功能情况。家庭评估是全科医生对患者及其家庭进行完整家庭照顾的重要组成部分,可分为客观评估、主观评估、分析评估和工具评估等几种类型。

1. 客观评估 是指对家庭客观的环境、背景、条件、结构和功能进行了解和评价。
2. 主观评估 是指用自我报告或主观测验等方法了解家庭成员对家庭的主观感受、愿望和反应。
3. 分析评估 是利用家庭学原理、家庭系统理论和家庭发展的一般规律来分析家庭的结构和功能状况。
4. 工具评估 是指利用预先设计好的家庭评估工具来评价家庭结构和功能的状况。

在全科医疗服务中,全科医生并不需要对每一个患者的家庭实施家庭评估,有家庭评估的适应证时才进行家庭评估。



二、家庭评估的内容

全科医生进行家庭评估需要有一定的条件,如慢性病长时间控制不良,患者在就诊时表现情绪异常,不遵医嘱服药或坚持治疗,对疾病过分焦虑或忽视疾病的严重性,需要家庭配合的治疗,精神心理问题的患者,传染病患者等。

家庭评估的内容一般包括以下方面。

1. 家庭资源 家庭为维持其基本功能,应付紧张事件和危机状态所需要的物质和精神上的支持被称作家庭资源(family resource)。家庭资源可分为家庭内资源和家庭外资源。

患者及其家庭成员在其发展过程中总会遇到各种压力事件或疾病,在此过程中,患者或其家庭成员在其家庭内或家庭外为维护健康和治疗疾病而寻求各种支持和帮助,这就是在寻求和利用家庭的内外资源。表 3-3 列出了家庭内外资源的种类。

表 3-3 家庭内外资源及其类型

家庭内资源——FAMLIS	家庭外资源——SCREEEM
经济支持(financial support):指家庭对成员提供的各种金钱和财物的支持	社会资源(social resources):指亲朋好友及社会团体的关怀与支持
维护支持(advocacy):指家庭对其成员名誉、地位、权利和健康的维护和支持	文化资源(cultural resources):指文化、传统、习俗教育等方面的支持
医疗处理(medical management):指为家人提供及安排医疗照顾	宗教资源(religious resources):指来自宗教信仰、宗教团体的支持
爱的支持(love support):指家人对成员的关怀及精神支持。满足家人的感情需要	经济资源(economic resources):指来自家庭之外的收入、赞助、保险、福利等。
信息和教育(information and education):指为家人提供医疗咨询及建议,及家庭内部的健康教育	教育资源(educational resources):指教育制度、方式、水平等
结构支持(structural support):指家庭住所或设施的变化,以适应患病成员需求	环境资源(environmental resources):指居所的环境、社区设施、公共环境等
	医疗资源(medical resources):指医疗保健机构、卫生保健制度及卫生服务的可及性、可用性

全科医生可通过家庭访谈、绘制家系图、绘制家庭圈等方式,了解患者家庭资源的状况,并帮助患者寻找可利用的资源应对家庭压力事件或度过危机。

2. 家庭功能的情况 一般通过评估工具来测量家庭功能状态。

3. 家庭内部结构情况 通过收集家庭基本资料、绘制家系图等方法来了解家庭结构情况。

4. 家庭动力学评估 通过询问或访谈、家庭成员活动观察、特定的评估工具等方式来了解家庭的内容运作机制。

三、家庭评估常用的方法

全科医学中常用的家庭评估方法有:家庭基本资料的收集、家系图、家庭圈、家庭关怀度指数(APGAR 问卷)、家庭适应度及凝聚度评估量表、P.R.A.C.T.I.C.E. 评估模型等。

1. 家庭基本资料 全科医生在诊疗中有必要了解和收集家庭的基本资料,包括家庭环境、各家庭成员的基本情况(如性别、年龄、家庭角色、职业、教育、婚姻及主要健康问题等)、家庭经济状况(包括经济来源、家庭年均收入、家庭人均收入、消费观念和健康信念、家庭生活周期、家庭重大生活事件、生活方式等)。

了解和收集家庭基本资料是全科医生做家庭评估最为常用、最为简便的方法。由于全科医生与患者及其家庭成员有着良好的医患关系和长期的照顾关系,对以上资料的收集十分准确。



具体采用文字或图表的形式进行资料收集,则应根据医生的兴趣和当地卫生机构的要求来确定。

2. 家系图 家系图(genogram, family tree)是医生在一页纸上总结与家庭有关信息的工具,可用来描述家庭结构、疾病史、家庭成员疾病间有无遗传的联系、家庭关系及家庭重要事件等,使医生能很快掌握家庭的大量信息。它包括了家庭的遗传背景及其对家庭成员的影响,也包括其他的主要医疗、社会问题及其之间的相互作用。

家系图可作为家庭档案的基本资料存于病历中。标准的家系图有3代或3代以上的家人,包括夫妇双方的所有家庭成员。

具体画法应遵循以下原则:一个家系图中至少三代人;可以从最年轻的一代开始向上追溯,也可以从患者这一代开始分别向上下展开;夫妻之间,男在左,女在右;同代人中年龄大的排在左边,年龄小的排在右边,并在每个人的符号旁边注上年龄、出生或死亡日期、遗传病或慢性病等资料。还可以根据需要,在家系图上标明家庭成员的基本情况和家庭中重要的事件、结婚和离婚日期等;用虚线圈出在同一处居住的成员;使用简明扼要的符号,并说明所使用的所有符号。

家系图是了解家庭外部结构和家庭相关信息的最佳工具,是全科医疗档案的重要组成部分。通过家系图,可以使医生快速地了解家庭的情况;快速地了解、评估家庭情况,从而改善连续性和综合性的照顾;快速识别家庭成员中的危险因素,如高血压病的家族史等;便于识别并进行高危患者的筛查;促进家庭生活方式的改变并加强患者教育。

家系图一般可在10~15分钟内完成,其内容可不断积累和完善。

家系图符号和范例,请分别见图3-1,图3-2。

从图3-2可见,来就诊的患者是崔家的三儿子崔保国,2013年8月被诊断为2型糖尿病;其父亲65岁死于心肌梗死;母亲1996年被诊断为糖尿病;他与妻子、儿子住在一起(用虚线标出)。从家系图中还可以了解其他家庭成员的情况。

对家系图绘制和相关信息的记录一个连续的过程,随着全科医生对患者个体和家庭照顾的延续,还会了解和记录更多的家庭信息。

3. 家庭圈 家庭圈(family circle, thrower)是由某一家家庭成员描述家庭内情感关系的方法,是一种患者主观评价的方法。家庭圈的作法是:先让患者画一个大圈代表患者的家庭,再在大圈内画上若干小圈,分别代表患者自己和他认为重要的家庭人员。由于文化背景的差异,患者也可以在大圈内画出他认为对他很重要的“家庭”的其他部分,如家庭中的宠物等。小圈本身的大小代表权威或重要性的大小,圈与圈之间的距离代表关系亲密的程度。患者可独立完成,随后,医生向患者提问题或让患者向医生解释图的含义,从而使医生了解患者的家庭情况。图3-3是一位患者绘制的家庭圈,根据患者的解释和描述,我们可以了解其家庭更多的情况。

4. APGAR 评价量表 APGAR量表是Smilkstein(1978年)设计的检测家庭功能的问卷,是自我报告法中的一种,主要是用来测量家庭成员对家庭功能的主观满意度。因为问题较少,评分容易,因而比较适宜在基层工作中使用。APGAR量表的名称和含义见表3-4,APGAR量表的具体内容见表3-5。

表 3-4 APGAR 量表的名称和含义

名称	含义
1. 适应度(adaptation)	家庭遭遇危机时,利用家庭内、外源解决问题的能力
2. 合作度(partnership)	家庭成员分担责任和共同做出决定的程度
3. 成熟度(growth)	家庭成员通过互相支持所达到的身心成熟程度和自我实现的程度
4. 情感度(affection)	家庭成员间相爱的程度
5. 亲密度(resolve)	家庭成员间共享相聚时光、金钱和空间的程度

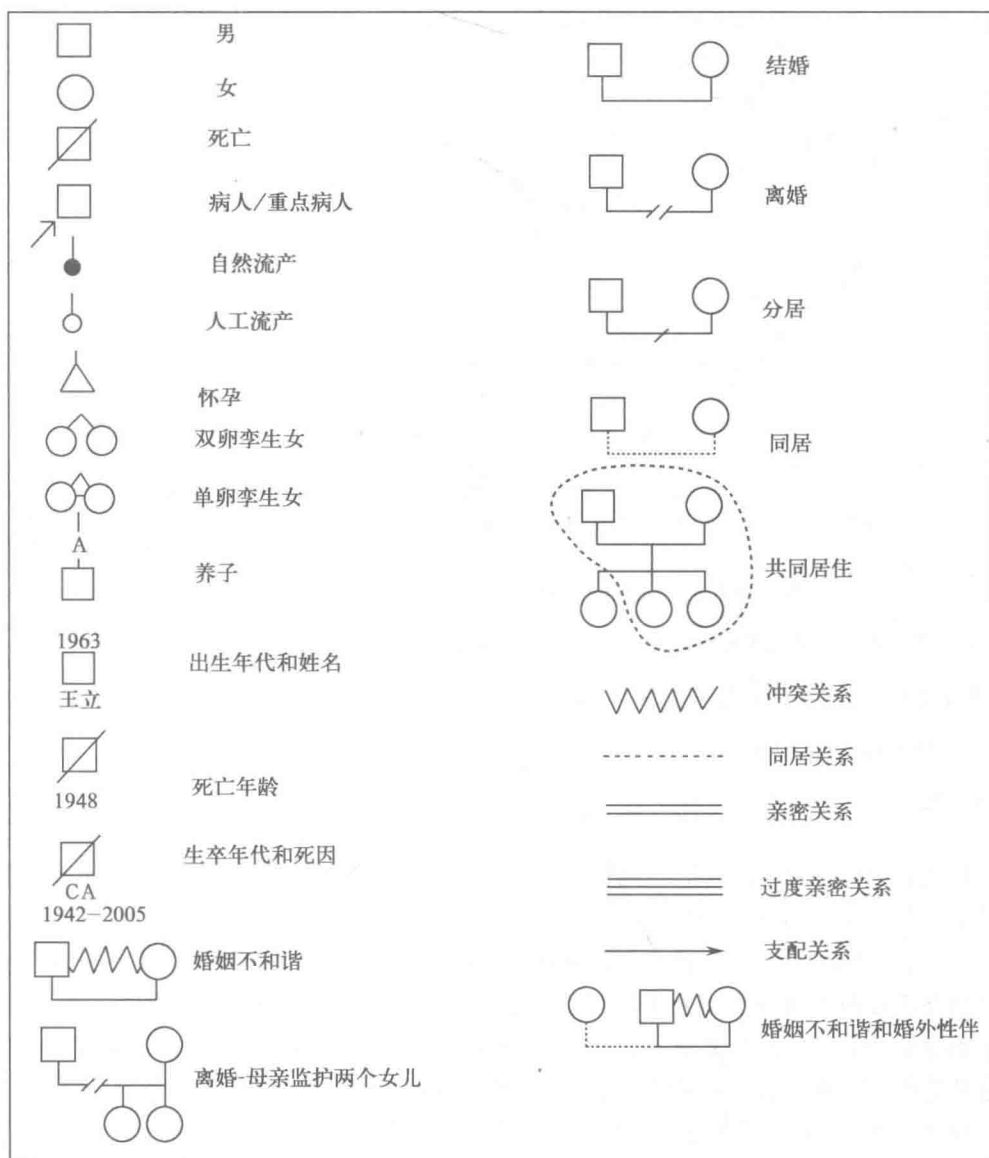


图 3-1 家系图常用符号

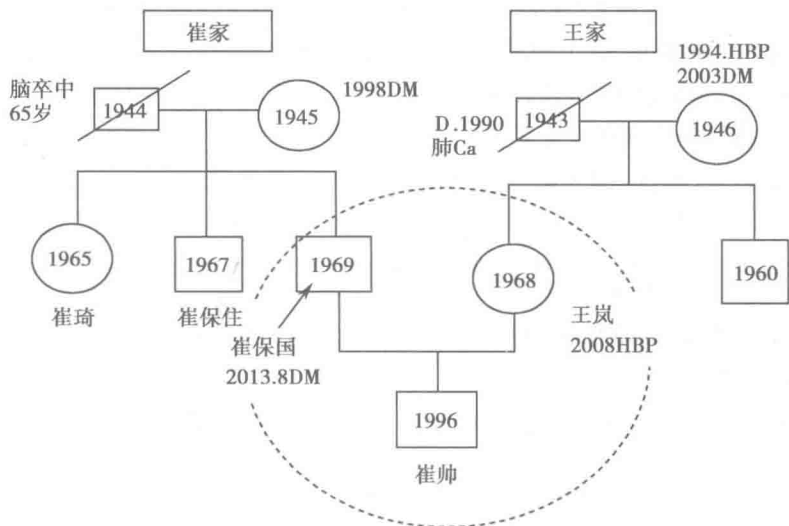


图 3-2 家系图绘制范例

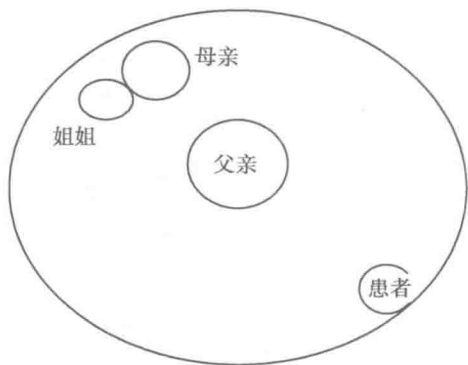


图 3-3 家庭圈绘制范例

表 3-5 家庭功能评估 APGAR 量表

内容	2 分	1 分	0 分
	经常	有时	很少
1. 当我遇到问题时,可以从家人得到满意的帮助			
2. 我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式			
3. 当我希望从事新的活动或发展时,家人都能接受且给予支持			
4. 我很满意家人对我表达感情的方式及对我情绪的反应			
5. 我很满意家人与我共度时光的方式			

该量表共分两部分,第一部分:测量个人对家庭功能的整体满意度,共 5 个题目,每个题目代表一项家庭功能。这 5 个问题有 3 个答案可供选择,若答“经常这样”得 2 分,“有时这样”得 1 分,“几乎很少”得 0 分。将 5 个问题得分相加,总分 7~10 分表示家庭功能良好,4~6 分表示家庭功能中度障碍,0~3 分表示家庭功能严重障碍。另外,通过分析每个问题得分情况,可以粗略了解家庭功能障碍的基本原因,即哪一方面的家庭功能出了问题。第二部分:了解受测者与家庭其他成员间的个别关系,分良好、较差、恶劣 3 种程度。

在使用 APGAR 量表时,应注意两个问题,首先是需要将本量表通俗化和本土化,但又不能失其精髓;其次是,正确对待用该表测评出来的结果,注意其时效性和主观性的特点。

5. 家庭适应度及凝聚度评估量表 家庭适应度及凝聚度评估量表(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale,FACES 量表)分为三种,分别用于成人家庭、有青少年的家庭和年轻夫妇双人家庭。每种问卷都由 30 个问题组成,表的右侧有与各个答案相对应的分数。评价的步骤为:先将受试者所答各题的分数用表 3-6 的方法算出凝聚度和适应度的得分;然后,根据表 3-7 找出得分所对应的凝聚度和适应度的性质;最后,则可判断出所评估家庭的适应度及凝聚度。也可以按照 Circumplex 模型(图 3-4)判断该家庭所处的家庭类型。

表 3-6 计算凝聚度和适应度的方法

凝聚度	适应度
① 第 3、9、15、19、25、29 题得分之和	① 第 24、28 题得分之和
② 用数字 36 减去步骤①的结果	② 用数字 12 减去步骤①的结果
③ 其余所有奇数题及第 30 题得分之和	③ 其余偶数题得分之和(除外第 30 题)
④ 步骤②和③的结果之和	④ 步骤②和③的结果之和



表 3-7 凝聚度和适应度得分的转换表

凝聚度	0~50	51~59	60~70	71~80
	破碎	分离	联结	缠结
适应度	0~39	40~45	46~54	55~70
	僵硬	有序	灵活	混乱

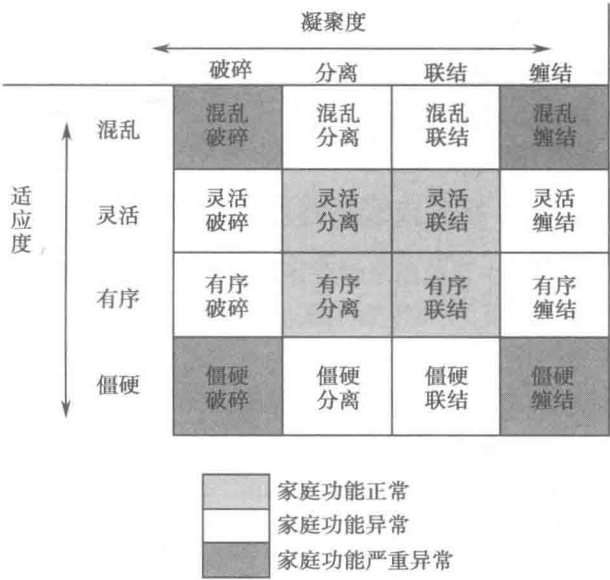


图 3-4 Circumplex 模型(将家庭分成 16 种类型)

由于文献收集的问题,在此仅列出 FACESⅡ成人问卷,以供学习者研究和试用(表 3-8)。

表 3-8 家庭评估工具——FACESⅡ成人问卷

	从不	很少	有时	经常	总是
	1	2	3	4	5
1 遇到困难时,家人能互相帮助。					
2 在家里,每个人能自由发表意见。					
3 同外人讨论问题比同家人容易。					
4 做出重大的家庭决定时,每个家庭成员都能参与。					
5 家庭成员能融洽地相聚在一起。					
6 在为孩子定规矩时,孩子也有发言权。					
7 家人能一起做事。					
8 家人能一起讨论问题,并对做出的决定感到满意。					
9 在家里,每个人都各行其是。					
10 家务活由各家庭成员轮流承担。					
11 家庭成员互相了解各自的好友。					
12 不清楚家里有哪些家规。					
13 家庭成员在做决定时同其他家人商量。					
14 家庭成员能畅所欲言。					
15 我们不太容易像一家人那样共同做事。					

学
习
笔
记



续表

	从不	很少	有时	经常	总是
	1	2	3	4	5
16 解决问题时,孩子的建议也予以考虑。					
17 家人觉得互相很亲密。					
18 家规很公正。					
19 家庭成员觉得同外人比同家人更亲密。					
20 解决问题时,家庭成员愿意尝试新途径。					
21 各家庭成员都尊重全家共同做出的决定。					
22 在家里,家人一同分担责任。					
23 家人愿意共同度过业余时间。					
24 要改变某项家规极其困难。					
25 在家里,各家庭成员之间互相回避。					
26 出现问题时,我们彼此让步。					
27 我们认同各自的朋友。					
28 家庭成员害怕说出心里的想法。					
29 做事时,家人喜欢结对而不是形成一个家庭群体。					
30 家庭成员有共同的兴趣和爱好。					

6. P.R.A.C.T.I.C.E. 评估模型 P.R.A.C.T.I.C.E. 评估工具中各字母的含义及其所记录和展示的资料分为以下几种。

P (presenting problem) 展现问题:描述家庭中存在的问题,如家庭成员所患健康问题或疾病,及其管理中的相关问题。

R (role and structure of family) 家庭结构和家庭角色:家庭成员各自在家庭中扮演的角色以及其在成员健康问题 / 疾病控制中的角色。

A (affect) 影响:家庭成员所患健康问题 / 疾病对家庭的影响,家庭成员对患病成员的健康问题 / 疾病的影响与感受。

C (communication) 交流:家庭成员间的语言表达和相互交流状况。

T (time in life cycle) 家庭生活周期:家庭所处家庭生活周期中的时段。

I (illness in family, past and present) 家族的疾病史 (过去和现在):家族疾病史、家庭成员的患病状况、家庭成员对患病成员健康状况的理解和担心情况。

C (coping with stress) 应对压力:家庭成员适应婚姻、家庭以及所患健康问题或疾病等带来的压力的情况。

E (ecology) 生态学:家庭生态学情况,如家庭内外资源的情况,家庭的支持度等。

在基层医疗服务中,全科医生经常会到患者家庭进行访视或会谈,了解家庭中与健康照顾相关的情况,在此过程中如果能够运用较好的家庭评估或资料收集模式或借助一个较好的家庭评价工具,将更有利于全科医生和相关工作者对患者及其家庭进行有效的干预和进行系统的健康照顾。

P.R.A.C.T.I.C.E. 是以问题为中心的家庭评估工具,为全科医生进行家庭评估时组织和记录家庭资料提供了一个基本的结构性框架,使得全科医生可以分步骤地收集特定信息,以对患者及其家庭成员进行系统的照顾。此工具常被用于评估医疗、行为和人际关系等相关问题,在一些国家的全科医学住院医师培训中因其实用性好而得到重视。如在慢性病的管理中,采用



P.R.A.C.T.I.C.E. 评估工具收集患者及其家庭相关方面的信息。

第四节 以家庭为单位照顾的方式

全科医生在其医疗实践活动中,将全科医学的核心理论之一“以家庭为单位照顾”应用于个体患者和家庭的医疗照顾过程,在考虑和处理健康问题的全过程中始终考虑健康问题与家庭各因素间的相互作用关系及结果,积极动员和有效利用家庭资源,灵活运用家庭系统理论为个体和家庭健康问题的照顾服务。这是全科医生工作的重要特点之一。

进行以家庭为单位的照顾与进行个体化患者照顾一样,全科医生首先应与家庭建立一种合作和互相信任的关系,然后再根据访视患者和家庭的具体情况而选择相应的照顾方式。

一、与患者家庭建立关系

患者及家属与医生间的相互信任是建立有效的家庭与医生间关系的基础。如果在诊疗和照顾过程中,彼此间缺乏应有的信任,即使医生做出很多努力,也不会使患者对医生所提出的建议和疾病管理方法遵从与配合。

医生要与患者及家庭建立良好的信任关系,除了医生的人格魅力和职业技能可以令人信任,从而使很多家庭开始相信并可以把他们的问题,甚至是敏感的健康问题告诉医生外,此时还需要医生必须具有并保持对这种关系的敏感性,掌握良好的交流技巧,以鼓励这种信任的进一步发展,完善医生与家庭的关系。

全科医生在工作中应注意利用特定的场合和时机与家庭建立良好的关系。

- 当患者或家庭第一次接触全科医生或全科医疗服务时,全科医生可以借此机会在收集病史时以家庭为导向。

- 当家庭到全科医生这里来寻求医疗保健信息时,是与家庭成员沟通和建立彼此信任的良好时机。有资料显示:在妇女孕前和怀孕过程中,丈夫们更积极主动地寻求医疗保健信息,并更愿意回答医生提出的各种问题。

- 当家庭中有急性健康问题发生或出现临终疾病等医疗危机时,家庭成员常会出现焦虑,对问题的不确定性通常会促使家庭请求医疗帮助,并建立坚固的医生-家庭关系。

- 家庭访视过程,是观察家庭环境的好机会,也是采用好方式赢得家庭信任的机会。

- 在门诊接诊家庭成员的过程也可以建立信任关系。

此外,在建立医生-家庭关系过程中,应注意掌握建立这种的关系的策略与技巧。当全科医生或护士与家庭建立关系时,须考虑家庭的文化价值、健康观、家庭规范、家庭成员的角色、交流的技巧等。如在曾经的家庭访视中,你会感受到妈妈在家庭中的绝对领导的地位,家庭医生将通过妈妈与孩子沟通,以保证她在家庭活动中重要地位。与家庭中权利中心(当家人)的接触与合作是全科医生接触任何家庭系统,建立医生-家庭关系的有效途径。

在做家庭访视的开始或某特定时段,医生或护士应用有效的方法接触每一个家庭成员,以使他们感觉到她或他正在或将被理解、被接受和被喜爱。

二、以家庭为单位照顾提供照顾的水平

多数全科医生虽在其诊疗实践中考虑家庭这一重要的因素,但提供以家庭为单位的照顾的方式和水平却存在有很大不同。以家庭为单位照顾根据在服务中考虑家庭因素和对家庭干预的水平分为以下5个层级。

1. 第一个层级 全科医生在为个人提供医疗保健服务时,给予家庭最起码的关心。
2. 第二个层级 认识到了家庭是影响个人健康的重要因素,也是解决个人健康问题的重要



场所和资源;在健康档案记录了利于诊断和治疗决定相关的家庭背景资料,并让家庭成员了解和参与健康问题的诊疗过程,指导家庭对患者的疾患做出适当的反应,帮助患者获得康复;初步评价家庭的功能,并能视情况做出适当的转会诊。

3. 第三个层级 考虑到患者、家庭和医生本身的情感反应及其相互影响对诊疗过程的重要意义;与家庭一起讨论所面临的紧张事件和家庭成员对疾患的情感反应;给予家庭必要的支持和关怀;并帮助家庭寻求和利用有效的资源,以维持家庭的正常功能。

4. 第四个层级 考虑到家庭系统理论、家庭动力学和家庭发展对诊断和治疗的重要性;全面评价家庭背景对健康和疾患的影响;评价家庭的功能状况;找出家庭危机的根源,与家庭一起讨论应付家庭危机的策略;帮助家庭成员改变角色行为、交往方式和有效利用家庭资源来应对危机事件,进行该层级水平的服务需要全科医生经历一定的专业训练。

5. 第五个层级 即做家庭治疗。把家庭看成一个完整的系统,对有严重功能障碍、需要综合性治疗的家庭,运用家庭治疗的原理和方法,提供专业性的家庭治疗服务。要提供家庭治疗服务全科医生必须接受专门的训练。

目前,大多数全科医生在其服务中仅能够提供前四个层级的服务,只有少数全科医生能提供第五个层级的服务。在全科医学的专业训练项目中通常将第三、四个层级的服务技能纳入全科医生的训练范围。

三、以家庭为单位提供照顾的方式

1. 一般性照顾 全科医生在对个体患者照顾的过程,除了向照顾对象提供常规的医疗咨询和治疗外,还要考虑家庭与家庭成员健康问题间相互作用和影响。在收集病史时考虑了家庭的因素,并收集与健康问题相关的家庭资料,在整个家庭的范围内,提供教育、咨询、治疗和预防服务。如在糖尿病的控制过程中,动员家庭成员给予患病成员支持,并参与其饮食、体育锻炼、药物使用等控制计划等。

2. 家庭咨询 家庭咨询的对象是整个家庭,而不是家庭中的某个或某些人。家庭咨询的内容是所有成员共同面临的家庭问题,如家庭遗传学咨询、婚姻咨询、患者病情难以控制、生病后情绪反应严重、感情危机、遭遇紧张事件、家庭关系问题等。当家庭出现功能障碍或处于危机状态时便需要全科医生提供必要的帮助,这种帮助可能多以家庭咨询的方式提供,经过家庭治疗专业训练的医生也可提供适当的家庭治疗。

3. 家庭访视 在交通和通讯很不发达的时代,对患者进行家庭访视是许多国家全科医生日常工作的重要组成部分。后来,随着交通和电信业的发展以及基层医疗服务的可及性等变化,家庭访视频率开始下降,全科医生的工作转变为主要以门诊服务为主,根据患者与家庭及病情的需要安排适当的家庭访视、建立家庭病床。

家庭访视分类和家庭访视的适应证,简述如下。

根据家庭访视目的不同,可将家庭访视分为三个类别:①评估性家庭访视——目的是对照顾对象的家庭进行评估,通常是一次性的,常用于有家庭问题或心理问题的患者,以及年老体弱患者的家庭环境考察。②连续照顾性家庭访视——目的是为患者提供连续性的照顾,常定期进行,主要用于患有慢性病或行动受限的家庭病床患者,以及临终的患者。③急诊性家庭访视——目的是临时处理的患者或家庭的紧急情况,多为随机性的。

家庭访视的内容十分宽泛,其适应证包括:初次接诊的新患者、新生儿的家庭、行动不便者、不明原因不遵医嘱的患者、患多种慢性病的老人、有心理社会问题的患者、某些急症患者、临终的患者及其家庭、需要做家庭结构和功能评价者、需要实施家庭咨询与治疗者等。

4. 家庭病床服务 在国外全科医疗服务中家庭病床服务是家庭访视的内容之一。在我国,家庭病床服务最早出现在 20 世纪 50 年代的天津,后来为了满足患者及家庭的医疗服务需求,



而作为一种独立的医疗照顾模式在各级医院中以家庭病床科的形式开展服务。1984年9月,由原卫生部召集,在天津召开了全国家庭病床工作经验交流会,总结了开展家庭病床工作的经验,并修改讨论的“家庭病床暂行工作条例”。条例明确提出:“家庭病床是医疗单位对适合在家庭条件下进行检查、治疗和护理的某些患者,在其家庭就地建立病床,并坚持普及与提高相结合、中西医结合,医疗、预防、保健、康复相结合的方针。”条例中还明确提出了家庭病床服务的任务和收治范围。多年来医疗服务机构一直遵循该条例的规定与要求。

由于家庭病床弥补了专业医疗机构病床的相对不足,降低了医疗费用,也避免了医院住院中的交叉感染,患者在其所熟悉的环境中接受治疗,能够得到更多的家庭支持,有利于患者的康复,在20世纪90年代初及以前的一段时间内,家庭病床的服务内容和工作模式深受患者和家属的欢迎。在各级医院均有家庭病床科,有专人负责地段和社区的的家庭病床患者,并有定期的随访制度和特定病历记录格式与内容。

随着全科医学人才的不断培养和社区卫生服务队伍的不断壮大,社区卫生服务的可及性得到进一步发展,社区卫生服务中心坐落在居民的生活社区中,居民可以在短距离内得到有效的医疗保健服务。社区卫生服务可及性的增加,使得更多的老年人愿意到社区卫生服务机构中就诊,相应的专科和综合医院的家庭病床数开始减少。而高龄老人、行动不便或卧床者、临终患者,仍然愿意得到家庭病床的照顾,家庭病床因而作为社区卫生或全科医疗服务的重要形式之一延续下来。然而在全科医疗的家庭病床服务中,除了治疗生理疾病外,还强调提供以人为中心和以家庭为单位、以生物-心理-社会服务模式进行照顾。患者和家庭对全科医疗中家庭病床服务的要求也较其他专科医疗服务更加多而细致。

各地卫生行政部门对家庭病床服务给予了足够的重视,将家庭病床作为该地区社区卫生服务的重要组成部分,很多地区都规定了社区卫生服务中患者申请建立家庭病床的标准和收费标准。全科医疗服务中的家庭病床正在进一步走向规范。

为利于家庭病床服务的开展,现将建立家庭病床的适应证和家庭病床的管理框架简述如下。

(1) 建立家庭病床的适应证:①出院后转回社区仍需治疗的患者,如急性脑血管病病情平稳需继续康复的患者,肿瘤术后或放、化疗需支持治疗的患者,高血压、糖尿病合并慢性并发症的患者,骨折术后及外伤、换药、拆线、康复、功能锻炼等。②慢性疾病需长期治疗的患者,如长期卧床患者。③临终期的患者:晚期肿瘤、植物状态、老年痴呆症等。④高龄行动不便老人的常规健康监测和家庭访视。

(2) 家庭病床的管理:①家庭病床的建立:通常由患者家庭提出建立家庭病床的申请,由所在社区卫生服务中心或站的全科医生到患者家庭对患者进行初步的评估,然后确定是否给予其建立家庭病床。明确家庭病床管理的责任医师和上级医生。上级医生一般由年资较高或高级职称的全科医生担任。②制订详细的家庭病床管理方案:决定给患者建立家庭病床后,医生要全面评价患者的病情、家庭环境、家庭资源等情况,根据具体情况为患者制订详细的家庭病床管理方案,包括健康问题的治疗方案、查房的间期、患者在家庭中接受照顾的注意事项、家庭及时寻求医疗照顾和自行转诊指征、家庭成员在健康问题照顾中的责任和义务等。该计划在执行前应务必得到患者家庭成员的认同。③定期的查房和评估:根据所制订的家庭病床管理方案,对患者家庭进行规律的家庭访视、观察病情变化、组织积极的治疗和照顾,并根据病情变化和综合评估的结果适宜地调整管理方案。对于低年资医生负责管理的家庭病床,应考虑制订上级医生定期的查房制度。对于病情较重和病情变化不稳定的患者可以及时地转诊和请专科医生来会诊。④对家庭病床的综合评价:为提高家庭病床服务的质量,对家庭病床进行科学化的管理,探索家庭病床管理的有效模式,全科医生在管理家庭病床患者的过程中除了应注意过程性评价外,还应注意对家庭病床的服务效果进行综合性评价。一般说,家庭病床的综合评价分主观和客观评价,前者包括病床患者满意度、患者家属满意度、医护人员满意度、社区卫生服务团队的

支持度等内容;后者包括家庭病床患者社会心理功能、生理功能以及经济学评价,此外还包括家庭病床的效果和效益评价。⑤签订必要的知情同意书:在家庭病床的管理中会存在各种潜在的医疗风险,全科医生在提供照顾的过程中尽量坚持有利的原则,趋利避害。在保护患者的同时,也应注意保护自己在医学伦理与法律上各种权利。在某些医疗操作执行前,须注意跟患者家庭中处于权利中心地位者交代医疗操作的潜在风险,并请其签订知情同意书,以减少或避免伦理纠纷。

5. 沿家庭生活周期不同阶段进行的预防性照顾 全科医生可根据家庭所处生活周期的不同阶段,应用生物-心理-社会医学模式提供预防性照顾,帮助处于家庭生活周期不同阶段的家庭预测即将出现的特定问题、进行有针对性的健康问题筛检、积极地提供健康信息和咨询服务等。如对处于新婚期的家庭,全科医生应积极主动地提供以下咨询服务:夫妻彼此接受对方的文化、观念和亲属关系;适应新家庭的境况和创建双方接受的生活和交往模式;性生活知识和遗传性疾病的咨询与教育;家庭的建立和维护等。

在家庭生活周期中的任何时段内,都可能出现影响健康的问题,所以全科医生在看个体患者的同时,还应着眼于整个家庭,将家庭视为“患者个体”进行个体健康和家庭问题的预测和筛检,做好预防工作。

6. 家庭治疗 家庭治疗包括了家庭咨询的所有内容,但比家庭咨询更广泛、更全面。治疗者通过采取有效的干预措施,影响家庭动力学的各个方面,从而使家庭建立新型的相互作用方式,改善家庭关系,最终维护家庭的整体功能。

全科医生要提供家庭治疗服务,必须接受专门的训练。关于家庭治疗的具体技术在本节中不再赘述。

(路孝琴)

参考文献

- [1] Ian R. McWhinney and Thomas Freeman. Textbook of family medicine. Third edition. London: Oxford University Press, 2009.
- [2] 梁万年,路孝琴.全科医学.北京:人民卫生出版社,2013.
- [3] 梁万年.全科医学导论.北京:中国协和医科大学出版社,2005.
- [4] 吕兆丰,郭爱民.全科医学概论.第4版.北京:高等教育出版社,2010.
- [5] 顾漫.全科医学概论.北京:人民卫生出版社,2001.
- [6] 崔树起.全科医学概论.第2版.北京:人民卫生出版社,2007.

第四章 以社区为范围的健康照顾

目前社会普遍认为,“在社区医疗中心或社区站出诊的所谓全科医生,医术水平低下,看不大病。”其实,这是一个认识上的误区。全科医生的岗位职责和工作定位完全不同于二、三级医院的专科医生。就患者个体来说,全科医生需要解决的是基本医疗问题,似乎起的作用不如专科医生大。但是全科医生在关注患者个体健康的同时,还要着眼于全社区居民的健康问题,需要负责的范围更加广泛,从某种程度上讲,是临床医疗与公共卫生工作的结合。我们称之为“以社区为范围的健康照顾”。

第一节 社区的概念及其健康影响因素

一、社区的定义及其特点

何谓“社区”?

德国学者 F.Tonnies 曾将社区 (community) 定义为:“是以家庭为基础的历史共同体,是血缘共同体和地缘共同体的结合”。美国学者 Goepfinger 认为:“社区是以地域为基础的实体,由正式或非正式的组织、机构或群体等社会系统组成,彼此依赖,行使社会功能”。我国著名的社会学家费孝通对社区定义是:“若干社会群体(家庭、氏族)或社会组织(机关、团体)聚集在某一地域里所形成的一个生活上相互关联的大集体”。1978 年世界卫生组织在关于初级卫生保健国际会议报告中指出:“所谓社区是以某种经济的、文化的、种族的或某种社会的凝聚力,使人们生活在一起的一种社会组织。”一般而言,同时具备人口,地域,生活服务设施,特定的文化背景、生活方式和认同意识,一定的生活制度和管理机构,这五种要素即构成一个“社区”。在城市,社区可以界定为街道办事处、居委会管辖的社会区域;而在农村,社区可界定为乡(镇)、村。

社区的特点:社区是一个较松散的组织结构,一般而言,社区组织的活动并没有强迫性,但是具有内在关联性,生活在同一个社区的居民具有共同的生活环境,共同的社会经济文化,共同的社区组织,这些构成了社区共同的健康行为因素。

二、社区健康影响因素

(一) 社区生活环境因素

一个社区拥有共同的生活环境,可以对居民的健康产生共同的影响。如水质的好坏、空气、土壤等是否被污染;是否发生放射性物质泄漏;是否邻近大型工厂、铁路、飞机场而受到噪声的影响,使听力问题、神经衰弱及心血管疾病高发;特殊地区是否因微量元素的缺乏而致病,或因特殊的地理环境而容易滋生寄生虫病和传染病等。

(二) 社区社会经济文化因素

同一个社区的居民,往往有类似的经济文化水平,对他们的健康存在共同的影响因素。由于经济文化水平的相近,他们存在对健康相似的认知,并在日常生活交往中相互影响。某种共同的社会因素成为一种致病因子时,也会对社区居民产生共同的影响。例如:某个特殊职业单位职工及其家属聚集的社区,可能会高发职业相关性疾病;拥有特定风俗习惯的社区,会高发因不良习惯而引起的某种疾病。低经济文化发展地区,居民因缺乏健康意识和良好的卫生习惯而



导致传染性疾病高发;高经济文化发展地区,因快节奏的生活方式和较大的工作压力及强度,精神紧张相关性疾病高发。如果一个社区内开设了“地下”不良网吧,会引诱该社区的青少年沉迷于黄色网站或网络暴力游戏,引发青少年的心理问题;而社区良好的文化氛围,会引导居民以健康的方式放松身心,丰富业余生活,以保持健康心态。同样,文化发展水平高的社区,居民因文化水平高,往往对自己的健康比较关注,易于接受全科医生的健康生活方式指导,对医生的建议依从性高;而居民文化水平普遍偏低的社区,居民对医生健康生活方式指导的接受程度相对偏低,居民的从医性较低。

(三) 社区组织因素

社区组织是社区中的活跃力量,是联系社区居民的重要纽带。社区组织包括社区文化团体、城市社区居委会、社区积极分子队伍等。各种各样的文体社区组织活跃在社区的街头巷尾、文化广场、公园和活动中心,极大地丰富了社区的业余文化生活。对社区居民沟通交流、业余锻炼和健康生活方式的促进方面堪比全科医生对居民健康生活方式的宣教。

(四) 社区人口因素

社区人口数量往往与人们的经济生活水平相关。人口密度高,往往代表着自然、生活环境好,经济水平高,这样地区的人们健康水平也高。人口密度低,可能是因自然条件恶劣,经济落后,生活环境差引起,这样的地区往往因为缺乏教育和卫生资源,使居民健康受到影响,如边远的山区农村等。另一方面,人口质量和再生产的速度在某种程度上也决定着人们的生活水平和生活质量,影响着人们的健康。如人口过于稠密则会引起人口质量下降、生活空间拥挤、公共卫生设施不足、资源贫乏、人际关系紧张、家庭问题增多和卫生服务明显不足等问题,影响社区的健康状况。

三、社区卫生服务与社区健康影响因素的关系

社区卫生服务是指全科医生将卫生服务工作着眼于所服务的全社区。只有全面了解影响社区健康的因素,才能更好地维护和促进本社区的整体健康。

(一) 对不良健康影响因素的干预与应对

1. 在能力范围内,解除或降低不良健康影响因素的作用。
2. 当本身能力不能解除或降低不良健康影响因素的作用时,充分了解本社区居民的疾病倾向性,做好对患者的早预防、早诊断、早治疗。

(二) 充分利用社区健康促进因素

维护、促进社区整体的健康,全科医生团队的力量是相当有限的。成功的全科医生队伍会充分利用社区健康促进因素。如发现社区青少年频发心理健康问题与社区地下不良网吧有关,全科医生没有权利取缔地下网吧,但是可以反映给相关部门如社区居委会。全科医生指导健康生活方式,对于从不到社区中心或社区站看病的居民可能会鞭长莫及,但是可以通过社区积极分子,或社区业余文体组织帮助宣传。对于从医性不好,和对自己的健康不够关注的居民,发动该居民周围的邻里帮助宣传、监督。全科医生团队如果能很好地利用社区健康促进因素,正确引领,将起到事半功倍的作用。

第二节 社区为导向的基层医疗

一、社区为导向的基层医疗的概念内涵

社区为导向的基层医疗(communitry-oriented primary care,COPC)是指将个人为单位,治疗为目的的基层医疗与以社区为单位、重视预防保健的社区医疗两者有机结合的基层工作。



COPC 的概念于 20 世纪 70 年代初,由南非医生 Kark SL 首次提出。他和他的工作团队在南非和以色列应用流行病学、社会医学、心理学、临床医疗等方法进行社区卫生服务需求评估后,为当地社区提供综合性的预防、治疗和健康教育等服务,取得了良好效果。在他将这一工作及成果予以报道后,COPC 的概念、方法随之被引入美国、英国及其他国家,得到广泛认同。COPC 计划在许多国家的基层医疗单位得以实施。

COPC 是全科医学不同于其他专科专业的独特理念。即全科医生在重视社区居民个人医疗照顾的同时,更要关注社区全体居民的整体健康,以努力解决社区的主要健康问题为己任。例如,高血压的防治,就个体医疗照顾而言,要定期监测血压,嘱患者按时服药,并根据血压情况调整降压药的种类及剂量,同时对患者的饮食及生活方式进行健康指导,定期体检,预防心脑血管并发症。而对于社区医疗而言,则要通过分发健康处方等各种手段广泛宣传高血压的危害性,提供免费测量血压的方式进行人群血压的普查,及早发现高血压患者,广泛宣传健康生活方式,宣传低盐饮食、适量运动,重点关注高危人群等。

COPC 内涵的三个基本要素:一个基层医疗单位,一个社区内特定的人群,一个明确的解决社区主要健康问题的实施过程。

二、社区为导向的基层医疗的实施过程

案例

某社区根据 2006 年辖区社区卫生诊断,发现该社区属于老城区,人口密集。总人口 3019 户,共 11 815 人。在册低保户及低保边缘户,占人口总户数 5.27%;残疾人、空巢人口、孤寡户分占人口总数 1.70%、6.20%、0.14%。60 岁以上老人占社区总人口比例的 22.64%,其中长期居住的 90 岁以上老人占 0.08%。

该社区死亡率、患病率统计见表 4-1,表 4-2。

表 4-1 2003~2005 年 ×××× 社区居民死亡率(1/10 万)及死因顺位

疾病	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
心脑血管疾病	71.40(第二位)	160.70(第一位)	118.49(第一位)	33.86(第一位)
肿瘤	71.40(第二位)	53.57(第二位)	101.57(第二位)	8.46(第三位)
呼吸系统疾病	107.10(第一位)	30.61(第三位)	16.93(第三位)	25.39(第二位)
糖尿病	8.92(第四位)	7.65(第四位)	16.93(第四位)	0(第四位)

表 4-2 ×××× 社区居民不同年龄人群患病情况

疾病	<20 岁		20~59 岁		≥60 岁		合计	
	患病数 (人)	患病率 (%)	患病数 (人)	患病率 (%)	患病数 (人)	患病率 (%)	患病数 (人)	患病率 (%)
高血压	1	0.01	218	1.85	420	3.55	639	5.41
冠心病	0	0.00	88	0.74	250	2.12	338	2.86
糖尿病	0	0.00	82	0.69	148	1.25	230	1.95
脑卒中	1	0.01	20	0.17	55	0.47	76	0.64
肿瘤	1	0.01	11	0.09	16	0.14	28	0.24
骨病	1	0.01	131	1.11	234	1.98	366	3.10
肺心病	0	0.00	22	0.19	26	0.22	48	0.41
白内障	0	0.00	2	0.02	52	0.44	54	0.46

学习
笔记



从以上数据可以看出,该社区已进入老龄化的社会,且弱势群体比例较大。经过走访调查,发现这些人或因经济困难,看病无法报销,所以有病不看;或因家中长期无子女予以经常性的照顾,又因为自身行动不便,就医性差,血压长期处于没有监测的状态,大部分人很少测量血糖。

从四年总趋势看,心脑血管疾病死亡率呈先升高后下降趋势,但在近三年中一直高居首位。说明通过历年对心脑血管疾病的干预,效果比较显著,但是仍任重道远。糖尿病所致居民死亡率有升高趋势,需予以重视。而在分年龄段患病情况统计中,60岁以上老人是患慢性病的主要人群,故应成为慢病干预的主要对象。

基于以上分析,应针对老年人及弱势群体制订社区慢性病干预计划,对行动不便的居民开展定期上门服务,监测血压、血糖,宣传健康生活方式。对弱势群体适当在经济上予以特殊照顾,给予他们更多的就医机会,提高他们的从医性。

结合以上案例,总结 COPC 的实施过程如下。

1. 确定社区以及社区人群 COPC 实施的对象应该是全科医生所在团队服务的社区内人群整体,其中包括经常到社区站或社区中心看病的患者群,同时也包括不经常来看病,甚至从未看过病的人群。全科医生应该关注社区人群整体的健康问题,从而达到维护、提高社区整体健康水平的目标。

2. 通过社区诊断,确定社区主要健康问题 运用流行病学、卫生统计学等方法,收集社区相关人口学资料,并统计患病率、发病率、死亡率、疾病顺位等情况,以及居民对常见疾病和相关健康生活方式的知、信、行等方面的信息,综合评价一个社区存在的主要健康问题。

3. 确定需优先解决的健康问题并制订社区干预计划 在确定了社区主要健康问题的基础上,综合考虑社区内可利用的资源,确定在社区主要健康问题中,哪些问题是能够解决的,且成本效益比例合理,能够接受。将这些问题列为本社区需优先解决的健康问题,制订相应的干预计划。

社区干预计划应包括明确的目标、干预人群(如高血压患病及高危人群)、干预的时间、具体措施、负责人及具体实施团队、协助单位、监督及效果评估方案等。社区干预计划一定要有可行性,目标具体,易于操作,责任到人。

4. 计划实施 应充分利用社区资源,调动社区居民的积极性,挖掘相关社区组织广泛参与。要做到这一点,必须进行广泛的宣传,与相关社区组织加强联系与沟通,动员社区组织积极配合。同时,也让实施目标人群充分认识到存在健康问题的危害性,和干预计划能达到的效果,树立信心,提高他们的从医性。

在计划实施过程中,发挥团队合作精神是十分必要的,团队合作不仅仅包括全科医生团队之间的合作,也包括医护之间,医务工作者与社会工作者、管理者之间,甚至包括医务工作者与社区业余文体组织和积极分子之间的密切合作。

计划实施过程中,应注意质量的监控,和定期的过程评价,发现问题及时调整实施方案,以保证干预计划实施的效果。

5. 效果评价 项目评价是实施 COPC 的最后一步,根据项目确定的目标,对整个项目的各项活动的发展和实施、效率、效果、费用等进行分析比较,判断项目目标是否达到以及达到的程度,并据此决定是否需要进行进一步改进和调整项目的实施计划。COPC 的项目评价包括过程评价、效果评价和效应评价。

过程评价贯穿于整个项目的每一个阶段之中。其目的是通过监测和评价各阶段活动的进展情况和效果,进行信息反馈,及时了解项目进展,调整计划。

效果评价主要是评价干预计划是否达到预期目的,以评价近期效果为主,即项目执行后的直接效果。采用的评价指标如居民知、信、行等方面的改善,居民的满意度,计划实施的成本效益分析结果和效果分析结果。



效应评价是评价项目实施后的最终作用,即项目执行的长期效果,如患病率或健康状况的改变,人们的生命质量是否得到改进等。

对 COPC 项目来说,主要应强调过程评价和近期效果评价。评价应包括计划实施后正面和负面的影响,也应包括总体评价和分类别评价。

整个实施过程是一个周而复始的循环,通过不断循环往复,逐渐提高整个社区的健康水平(图 4-1)。

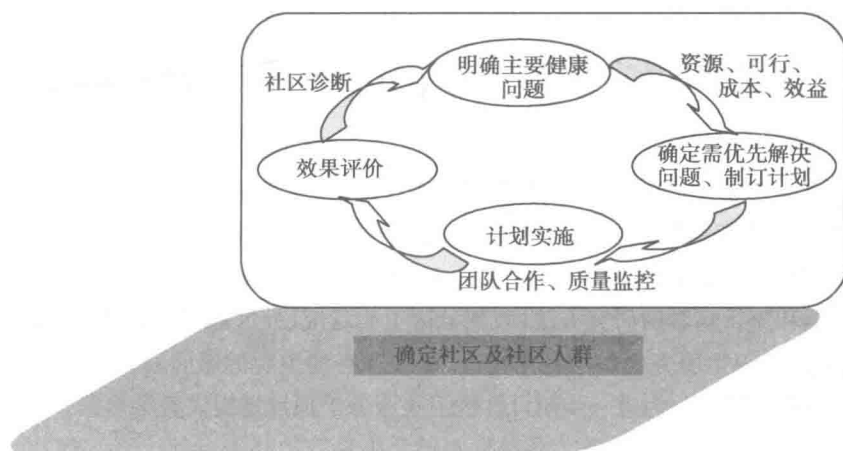


图 4-1 COPC 的实施过程

三、社区为导向的基层医疗的发展阶段

全科医疗由单纯的医疗服务发展到 COPC 模式,经历了一个渐进的发展过程,分为 5 个发展阶段。

0 级:无社区的概念,未开展 COPC,不了解所在社区的健康问题,只对就医的患者提供非连续性的照顾。

1 级:对所在社区的健康统计资料有所了解,但缺乏社区内个人健康问题的资料,根据医生个人的主观印象来确定健康问题的优先顺序及解决方案。

2 级:对所在社区的健康问题有进一步的了解,有间接调查得到的社区健康问题资料,具备制订计划和评价的能力。

3 级:通过社区调查或建立的个人健康档案资料,已掌握所服务社区 90% 以上居民的个人健康状况,针对社区内的健康问题已采取对策,但缺乏有效的干预策略。

4 级:对社区内每一居民均建立个人健康档案、家庭健康档案,已采取有效的预防保健和疾病治疗措施,建立社区内健康问题资料的收集渠道和评价系统,具备解决社区健康问题的能力和协调管理社区资源的能力。

四、开展社区为导向的基层医疗的意义

COPC 管理模式,从社会医学的角度出发,在个人医疗工作的基础上,结合居民健康信息管理,确定本社区最突出的健康问题,有的放矢地着眼于社区整体进行预防工作。经常通过促进大规模人群健康行为、健康生活方式的手段,来达到提高社区整体健康水平的目的,即对高危人群“无病防病”,针对患者群“有病防残”。在 COPC 的实施过程中,全科医生扮演了医疗者、领导者、协调者、教育者、监督者、管理者等多种角色。

五、COPC 实施中困难与障碍

COPC 的实施需要团队合作,需要社区参与,充分体现了全科医疗的综合性和协调性的服务,是全科医生提供完整的社区健康照顾的重要手段。在 COPC 的实施过程中会出现许多困难和障碍,主要体现在以下几个方面:①经费补充困难;②对 COPC 的概念认识不清,全科医生提供 COPC 的服务能力不足;③相关机构、组织,如政府及行政管理部门、各级医疗卫生服务机构、社区管理部门、社区居民等因缺乏统一认识,相互之间协作精神差。

第三节 社区卫生诊断的基本内容与方法

一、社区诊断的概念

如前文所述,当需明确社区主要健康问题时需要用到社区诊断。所谓社区诊断(community diagnosis),也称社区卫生需求评价(community health needs assessment),是社区卫生工作者运用社会学、人类学和流行病学的研究方法,收集社区卫生状况、社区居民健康状况、社区卫生资源、社区居民需求以及卫生服务提供与利用情况,发现存在的主要健康问题,确定需要优先解决的社区主要卫生问题的过程,为进一步制订社区卫生服务干预计划提供科学依据。

二、社区诊断的目的及意义

医生为患者个体提供医疗服务时,在医生开具处方、制订诊疗干预计划之前,必须充分了解病情,做出诊断。相似于个体医疗服务,全科医生在为全社区提供医疗服务时,在做出社区干预计划之前,也需要充分了解全社区的健康状况、社区需求及可利用资源,做出需求评价,即社区诊断。

社区诊断的目的包括以下几方面:

1. 分析社区存在的主要卫生问题,并在掌握社区的家庭结构,生活周期及功能,社区居民对保健的知、信、行等方面信息的基础上,分析问题的原因及其影响因素。
2. 在分析出社区主要卫生问题的基础上,进一步明确社区居民的卫生服务需求与需要。
3. 结合分析社区可利用卫生资源及其他资源,综合考虑经济投入与卫生效益的性价比,确定社区需解决问题的优先权。
4. 为将要实施的社区卫生干预计划提供必要的具体信息资料。

三、社区诊断的基本内容

(一) 社会学诊断

1. 社区特点 ①社区类型:居民社区、企业社区、城市社区、农村社区、生活社区、功能社区;②地形、地貌、地理位置;③自然资源;④风俗习惯;⑤宗教状况及其影响程度。
2. 社区自然环境状况 如自来水普及率,周围环境的污染情况,家庭或工作地点的卫生状况,居住条件等。
3. 社区人文社会环境状态 如教育水平、家庭结构分布、宗教信仰、传统社会风俗习惯、社区文化生活基本状况等。
4. 社会经济状况 ①人均收入和消费支出构成;②医疗费用支付方式和比例;③社区的社会、经济发展状况等。
5. 可利用社区资源 包括公共设施,医疗机构(医院、卫生院、诊所),防保机构(防疫站、保健院),疗养院,福利机构,社区组织,人力资源(医生、护士、药剂师、营养师、社区志愿者、积极分



子),社区意识,社区行动能力等。

6. 卫生服务需求与群众满意度 居民对卫生服务的需求与利用情况,如门诊与住院的需求及利用,就诊主要问题的构成与顺位等;卫生服务的及时性、可及性和群众的满意度。

(二) 流行病学诊断

1. 社区人口学特征 包括人口数量、性别比、年龄组成、人口自然增长率等。

2. 传染病、慢性非传染性疾病、各类伤害的发病率,死亡率(新生儿死亡率、婴儿死亡率、孕产妇死亡率、年龄别死亡率),死因构成和死因顺位等。

3. 居民疾病现患情况 人群慢性病现患率及其顺位;居民两周患病情况分析;年龄、性别不同病因住院率与平均住院天数;年龄、性别不同病因就诊率与日门诊量排序。

(三) 行为诊断

1. 社区居民关于慢性病的知识、态度、行为现状。

2. 社区居民的健康影响因素 包括社区居民的不良行为,如吸烟、饮酒;生活方式,如不合理膳食结构、不参加体育锻炼;高危人群的主要危险因素,如超重、高血压、高血脂、生活与工作的紧张、性格特征及健康信念、就医习惯等。

四、社区诊断的方法与步骤

(一) 社区诊断的准备

1. 成立工作小组 社区诊断工作是需要团队合作的工作。在准备做社区诊断前需要先成立一个工作小组,指定主要负责人,同时明确小组成员及个人的分工。

2. 提出工作方案 工作小组在开展社区诊断工作之前,应该集中讨论,首先明确此次社区诊断的目的、目标人群、内容、方法,提出一个切实可行的工作方案,并做好培训和相关准备工作。

(二) 社区诊断的实施

1. 收集资料 如同个体医疗时通过问诊、体格检查、辅助检查等手段收集资料一样,社区诊断的第一步也是收集各种有用的资料,根据社区诊断的目的不同主要包括以下几个方面的信息:

(1) 社区健康状况资料:包括患病率、发病率、疾病别发病率、死亡率、死亡原因、死亡顺位、平均期望寿命等。

(2) 卫生资源情况资料:包括卫生服务的覆盖率、公平性、可及性(医疗卫生机构的数量与分布、卫生技术人员数量与结构)等。

(3) 社区卫生服务利用情况:包括就诊人数、住院人数、住院率、平均住院日及影响门诊和住院利用的因素等。

(4) 居民行为、生活方式资料:包括就医习惯、不良行为、生活方式、药物滥用、健康危险因素、健康意识、健康信念等。

(5) 有关社区人口学信息:包括人口数、性别、年龄结构、职业分布、文化程度、重点人群和高危人群的特征等。

(6) 社会和经济指标信息:包括经济收入、就业、生活环境与条件、业余文化生活等。

(7) 社区背景信息:包括地理位置、自然资源、交通、风俗习惯、政府机构分布等。

收集资料的来源与方法:对于人口学统计资料、某些社区健康状况资料(死亡率、死亡原因、死亡顺位等)、社区经济指标、社区背景信息、卫生资源情况等,可利用公安部门、居委会、医疗机构现有的统计资料,或是参考定期普查资料;其他某些社区健康状况资料(患病率、发病率、疾病别发病率),可利用现有的社区健康档案进行统计,如果全科医生现有完备的电子健康档案系统,且社区 COPC 已发展到第4级“为每一个居民都建立了健康档案”的程度,这部分资料较易获取;



对于社区卫生服务利用情况,可充分利用日常就诊记录获取相关资料;对于有关居民行为、生活方式的资料,可采用专项调查的方法获得,研究方法可包括参与性观察、深入访谈、专题小组讨论、选题小组讨论等,也可采用问卷调查法。

2. 分析社区主要健康问题,提出初步的卫生服务需求 在充分收集有关资料的基础上,分析本社区存在哪些健康问题,及其各自的重要程度。在此基础上,确定本社区的卫生服务需求是什么。

3. 确定社区需解决健康问题的优先权 结合社区存在健康问题的急迫性,现有可利用资源的可及性,健康干预的投入与产出相比的效益性,确定本社区最优先需解决的健康问题。

4. 提出社区健康干预方案 经过团队讨论,在充分考虑到可行性的基础上,制订出一个社区健康干预方案。

5. 写出社区诊断报告 将收集的资料结果、对健康问题的分析、确定下来的需优先解决健康问题的结果,及讨论决定的社区健康干预方案撰写下来,即形成社区诊断报告。

(刘力戈)

参考文献

- [1] 梁万年. 全科医学概论. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [2] 崔树起. 全科医学概论. 北京:人民卫生出版社,2007.

第五章 以预防为导向的健康照顾

预防医学是现代医学的重要组成部分。全科医生在社区卫生服务过程中,应坚持预防为主的原则。同时,由于医学模式的改变,越来越多地要求临床医生必须将预防保健与医疗工作相结合,这就产生了临床预防。临床预防服务已成为当今医学发展的趋势之一。全科医生应了解临床预防的内容与方法,以便更好地预防疾病发生,使患者得到及时有效的治疗与康复,促进其恢复健康。

第一节 预防医学的概述

一、预防医学

(一) 概念

预防医学(preventive medicine)是医学的一个分支。它以人群为主要研究对象,应用环境医学、生物医学、临床医学和社会医学等有关学科的理论,以及流行病学、卫生统计学、毒理学等原理和方法,研究自然环境和社会环境因素对健康的影响及其作用规律,并通过制订有效的疾病预防、控制措施,对影响健康的主要危险因素进行有效的干预,以达到预防疾病或伤害、保护及促进健康的一门综合性学科。

(二) 特点

预防医学的工作对象包括个体和群体,主要关注健康人和无症状患者,采取积极的预防措施;研究方法上注重宏观与微观相结合,重点对人群健康和疾病与环境的关系研究;与临床医学相比,所采用的预防对策具有更大的人群健康效益;预防医学重视与临床医学的结合,将疾病预防的理念和措施整合于临床治疗过程中。

(三) 预防医学的发展及观念转变

18 世纪初期世界范围内传染病流行,鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病成为危害人群健康的主要疾病,预防医学的主要任务为寻找传染源、传染途径及易感人群,通过群众性卫生运动和卫生立法来控制疾病的流行。在战胜鼠疫、霍乱、天花等烈性传染病的过程中,人类逐步认识到隔离检疫、安全用水、垃圾粪便无害化处理、免疫接种等社会性预防措施效益远远高于个体预防,只有开展大规模的人群预防,提高人群的健康水平,才能有效减少或者消除传染病的发生。人类预防的概念从个体防病治病扩大到社会群体性预防,这种医学观念的明显转变称为第一次卫生革命。通过第一次卫生革命,预防医学形成较为完善的体系,大幅降低了当时严重威胁人类健康的各类传染病和寄生虫病的发病率和死亡率。

20 世纪 40 年代以来,由于大规模实施环境卫生措施以及开展人群预防接种,传染病的发病率和死亡率均有明显下降。随着城市化和工业技术的不断发展,人们的工作方式和生活方式发生了显著变化,心脑血管疾病、恶性肿瘤等慢性非传染性疾病发病率明显增加。另一方面,由于现代社会生活和工作压力增加,精神卫生及心理健康问题日益突出,各国疾病谱和死因谱均发生明显变化。研究发现,大多数慢性病的危险因素与个体的生活方式与行为因素密切相关。通过减少或去除相关危险因素,培养健康行为,可控制慢性病的发展。预防医学必须从以公共卫生人员为主体的预防发展为以临床医生为主体的预防,由单一的卫生部门、政府负责发展为个



人负责的主动预防,从单一的群体预防发展为全社会的综合性预防。预防医学的这一重大转变称为第二次卫生革命,自此,预防医学进入了整体性预防阶段。

然而,预防医学的革命还任重而道远。我国重大疾病预防控制任务十分艰巨,据调查统计,目前我国传染病患病人数仍居高位,乙型肝炎病毒携带者高达 9300 万人,结核病年发患者数约 130 万,占全球年发患者数的 14%,位居全球第二位。在不少农村地区,地方病和寄生虫病、肠道传染病、微量营养素缺乏等仍未得到有效遏制。非典、人感染高致病性禽流感、人类免疫缺陷病等新发传染病的出现,又进一步加重我国疾病预防控制工作的难度。另一方面,高血压病、糖尿病、恶性肿瘤、心脑血管疾病等患者数也在不断增加,已成为威胁人民健康的主要病种,我国卫生工作面临慢性病和传染病发展的严峻形势。此外,目前全国有重性精神障碍者约 1600 万人,精神疾病在中国疾病总负担中排名居首位,约占疾病总负担的 20%,精神卫生问题成为我国的重大公共卫生问题。

在医疗卫生服务过程中,临床医务工作者实施预防与治疗一体化的综合性保健服务已成为当今医学服务的最佳模式,服务于社区的全科医生由于自身的优势,已成为社区预防的积极参与者、个体预防的主力军。临床预防与医疗保健一体化的发展趋势,要求医生尤其是全科医生诊治每一位患者时都必须体现预防观念,在临床诊治的同时对患者提供与健康相关的预防性保健措施。只有这样,才能满足社区居民的健康需求,在我国慢性病的预防控制中发挥更大作用。

二、三级预防

临床预防根据其内容和目的,可分为一级预防、二级预防和三级预防。

(一) 一级预防

一级预防(primary prevention)又称病因预防或发病前期预防,是指在疾病尚未发生时所采取的预防措施。一级预防的主要目的是消除疾病的危险因素,其主要措施包括根本性预防措施、针对个人和群体的预防措施、针对社会和环境的预防措施。

根本性预防措施是从全球性预防战略和各国政府政策与策略角度考虑,制订与实施针对经济、文化、卫生、法规等方面的措施。例如为了保障人民健康,我国先后颁布并实施《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品卫生法》等法规。

针对个人和群体的预防措施包括特异性措施和非特异性措施两方面。非特异性措施主要有婚姻与生育咨询、健康教育与健康促进等,而免疫接种则属于特异性措施。

针对社会和环境的预防措施包括通过各种法规、卫生标准及公共政策的制订,对水源、土壤、大气的环境保护采取措施,保障食品安全,创造和维护有利于个体健康的自然条件和社会条件,减少致病因素对人群健康的影响。

(二) 二级预防

二级预防(secondary prevention)又称临床前期预防,即在疾病的临床前期,做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防,以阻止疾病的发展和恶化。

慢性病多为致病因素长期作用而发生,且其发展过程较长。因此,对于处于临床前期有可能逆转的疾病,早期发现尤为重要,例如子宫颈癌从原位癌发展到浸润癌的时间,可长达十几年,一般也要 5~8 年。宫颈癌越早诊断,治疗预后越好。再如对新入学的大学生进行 X 线胸片检查,进行结核病筛检,也属于二级预防。

早期发现疾病可通过普查、周期性健康检查、筛检、自我检查及高危人群重点项目检查等进行。实现早期诊断和早期治疗,需要全科医生将发现的患者有效地导入至专科医疗,并协助其他专科医生实现对患者的进一步诊断和治疗,如与患者和家属沟通,让其理解目前的病情及进一步检查诊断和治疗的目的、意义、方法等。



对于传染病,早发现 and 早诊断有助于患者得到及时隔离和治疗,防止和减少周围人被感染的可能性。传染病除做好早发现、早诊断和早治疗,还需做好疫情早报告及患者早隔离。传染病确定诊断(或疑似诊断)后,应按有关规定通过互联网向卫生防疫机构进行传染病报告,这也是二级预防的重要内容。

(三) 三级预防

三级预防(tertiary prevention)又称临床预防,是指在疾病的临床期对患者采取积极的对症治疗和康复治疗措施,及时有效防止病情恶化,预防并发症及残疾,最大限度地改善患者的生活质量,延长生存期,并降低病死率。

对不同类型的疾病,有着不同的三级预防策略。在三级预防策略中,一级预防最为重要。一级预防是积极、主动、经济、有效的预防措施。预防接种作为控制多种传染病的措施,已成为一级预防的成功典范。有些疾病病因明确,且为人为因素所致,如医源性疾病、职业因素所致疾病等,如能控制其发生,处理措施得当,一般能获得较好效果。但更多的疾病病因为多种因素影响,如能按其特点,通过筛查,及早诊断及治疗,则预后相对较好,如心脑血管疾病、代谢性疾病等,除了解其危险因素、致力于一级预防外,还应兼顾二级和三级预防。

三级预防措施的落实,可根据干预对象是个人还是群体,而分为临床预防服务和社区预防服务。临床预防服务是在临床场所,以个体为对象实施的个体预防干预措施,其预防服务实施的主体是临床医务人员。社区预防服务是以社区为范围,以群体为对象开展的预防工作,其预防服务实施的主体为公共卫生人员。在医疗卫生队伍中,临床医务人员占了大多数,他们是三级预防的主体力量。如何在临床医学生中开展以社区为导向的预防医学教育,提高医学生的预防保健能力,弥合临床医学与预防医学之间的“裂痕”,将是今后医学教育的主要任务。

三、临床预防及其特点

(一) 概念与意义

临床预防(clinical prevention)又称个体预防(individual prevention),是指在临床条件下,由临床医务工作者(包括医生、护士等)向患者、无症状患者及健康人提供的融预防、医疗、保健、康复等为一体的综合性卫生服务。

临床预防主要针对慢性病防治过程中的缺陷与不足而提出。世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在《公共卫生的新挑战》中举了一个非常生动的“想想上游情景”的例子:医务工作者相当于一位站在急流边上的救护员,当看到沿河而下的落水者(患者)时,救护员就跳下去把他们救上来;接着,又有另一名落水者沿河出现了,救护者又一次跳下水救人。问题是,救护员整天忙于救护上游漂下的落水者,而没有时间走到上游去看看,为什么有那么多人掉到水里去?针对这些原因,应该采取哪些措施?如果不到上游去解决落水者的根本问题,那么他们的救护工作将徒劳无功。预防医学专家经过研究,提出了临床预防的概念,它要求医生除了做好合格的“救护员”外,还要学会如何避免人们落水,即进行慢性病的病因预防。

全科医生在医疗服务过程中,应针对就医者存在的主要卫生问题开展健康咨询及教育,帮助就医者建立健康的生活方式,以有效减少和阻止疾病的发生;要利用就医者诊疗的机会,通过简便的检查,及时筛查出无症状患者,及时阻止慢性病的进程,进而提高慢性病的治疗效果。临床预防已成为一项基本的、必需的全科医疗卫生保健服务。

(二) 内涵与特征

临床预防是在临床环境下一级预防和二级预防的结合。在具体的预防措施上,它强调纠正人们不良的生活习惯,推行临床与预防一体化的卫生服务。临床预防的特征是以临床医务工作者为主体,主要针对慢性病的临床个体化预防,强调患者、家庭和社会共同参与,注重一级预防与二级预防的紧密结合,并且是以个人主动负责为主的预防。临床预防与预防医学相比,更多



采用临床医学的方法和手段,针对个体进行预防服务,很少使用群众性运动来达到目的。

(三) 意义

1. 提高临床疗效 慢性病如糖尿病、高血压等如不能早期发现或者积极治疗,晚期将会出现糖尿病肾病、高血压性心脏病等严重并发症,治疗效果差,费用高。但如能对糖尿病、高血压进行早期干预,不仅疗效显著,并发症少,生活质量亦较高。

2. 合理降低医疗费用 慢性病晚期治疗费用最为昂贵,沉重的经济负担使家庭及社会不堪负重。开展临床预防服务可带来良好的成本-效益和成本-效果,可降低慢性病的医疗费用,减轻家庭和社会的经济负担。

3. 提高人群生活质量和期望寿命 应用重点人群筛查的方法,在健康人群中发现无症状患者,对于降低发病率和病死率以及减少伤残率均有重要意义。例如,宫颈癌 0~1 期手术治疗的 5 年生存率达到 75%,而 4 期的 5 年生存率仅有 14% 左右。通过临床预防手段可做到早发现、早诊断、早治疗,提高人群生活质量和期望寿命。

4. 符合我国现行医疗体制改革要求 我国目前要全面推进医疗改革,完善医疗保障体制,解决“看病难、看病贵”的社会难题。临床预防服务强调改变人们的行为与习惯,早发现、早诊断及早治疗疾病,不仅能较好控制医疗费用,而且显著减少各种慢性病及其并发症的发生,与我国医疗体制改革要求一致。

(四) 全科医生从事临床预防优势

1. 能力优势 全科医生所接受的教育和训练,使得他们不但掌握临床医学知识与技能,同时具有预防保健知识与技能,如健康教育、行为干预、协助诊治以及康复治疗等,为开展临床一级、二级和三级预防奠定了良好的基础。

2. 角色优势 对于患者与家庭而言,全科医生既是医生,又是健康监护人、教育者、咨询者和卫生服务协调者。全科医生的多重卫生服务角色,有利于他们为居民提供临床预防照顾。对于社区或社会而言,全科医生不仅是其中的成员,还是社区健康的组织与监测者,以及服务团队的管理者和社区卫生服务的中坚力量。全科医生在社区的特殊地位,有利于开展相关资源的协调工作,有效利用家庭资源、卫生资源和社会支持,保障患者得到更有效的诊疗和康复。

3. 职责优势 全科医生为居民提供协调性照顾、综合性照顾、社区健康照顾、家庭健康照顾、临床预防照顾等,皆含有疾病的临床预防内容。所以,全科医疗的基本原则和全科医生的职责,也有利于他们开展临床预防服务。

4. 关系优势 全科医生长期工作在社区基层医疗机构,与居民保持着密切的接触,熟悉社区环境和居民的生活习惯,有利于对患者、高危人群及其家庭开展深入的健康教育和行为干预。全科医生与患者及其家庭保持着良好的医患关系,有助于利用这种依从性高的朋友式医患关系,以及实施对高血压病、糖尿病、恶性肿瘤等的早发现、早诊断、早治疗和晚期患者的康复治疗。

(五) 全科医生所需的预防医学服务知识和技能

为了有效开展临床预防服务,医务人员应掌握以下相应的临床预防知识和技能:①社区常见疾病的健康咨询和健康教育知识;②评价和鉴别个体疾病的危险因素;③应用生物医学、行为学和环境学的方法,为消除或减少疾病的危险因素进行干预;④对重要疾病筛查的知识及技能;⑤个性化疾病预防干预措施的制订与实施;⑥临床诊疗活动的组织与管理;⑦对社区及其他人群实施危险因素评价,并采取有效措施减少人群健康危险因素;⑧评估用于减少个人和社区危险因素技术的有效性。

(六) 临床预防服务原则

1. 重视危险因素的搜集 应在全面搜集个人信息、体检资料及实验室检验结果的基础上,进行危险因素分析和评估。



2. 强调患者的作用 医务人员应尊重患者的选择,鼓励医患双方共同参与决策,以作出最佳选择。在临床预防中,尤其在一级临床预防中,个人的作用是非常大的。医务人员应向患者提供与行为有关的危险因素信息,鼓励他们作出改变不良行为生活方式的具体建议和策略。

3. 做好健康教育与健康咨询 无症状的患者不会主动就医,应对他们采取积极的措施开展健康教育和咨询工作。研究表明,通过健康教育、咨询与指导,改变人们的不良行为生活方式,是最有效的预防干预手段。

4. 选择合理有效的临床预防方法 应重点针对发病及伤残严重的主要疾病和与疾病密切相关的行为因素,如酗酒、吸烟、药物滥用、缺乏体育锻炼等进行一级预防干预。同时,加强疾病的早期筛查,根据个体不同性别、不同年龄和不同危险因素,选择合适的筛查方法,使其花费较少的资源获得较大的效果和效益。

5. 临床预防不应局限于诊所和医院 患者就诊时可接受临床预防服务,健康人群也应接受定期的检查和筛查,后者的效果和效益可能会更好。

第二节 全科医疗中常见的临床预防服务

一、健康咨询

(一) 概念

健康咨询(health counseling)是指通过收集求医者的健康危险因素,与求医者共同制订改变不健康行为的计划,督促求医者执行干预计划等,促使他们自觉采纳有益于健康的行为和生活方式,减轻或消除影响健康的危险因素,预防疾病、促进健康、提高生活质量。健康咨询是在临床场所,尤其是初级卫生保健场所帮助个体和家庭改变不良行为最常用的一种健康教育方式,是临床预防服务中最主要的内容。

(二) 基本原则与要求

1. 建立良好关系 取得咨询对象的信任,建立良好的合作关系,是完成咨询并取得良好效果的前提。

2. 保护隐私 咨询者可能被告知许多个人的隐私问题,如不能做到保守秘密,不仅可能使咨询对象遭遇麻烦,而且会导致信任危机。因此,咨询者一定要替咨询对象严格保守秘密。

3. 调动积极性 对咨询对象的感受表示理解,充分调动其自身积极性,鼓励其找出最适合自己的解决问题的办法。

4. 尽量提供信息服务 努力让咨询对象明白行为因素与健康之间的关系,只有确定了它们之间的关系,才有可能采取相应的措施。

5. 找出障碍 与咨询对象一起,分析所面临的主要障碍,并制订相应对策。

6. 取得承诺 取得咨询对象对改变行为的承诺是非常重要的,受咨询对象一旦有了承诺,往往会尽力去履行其诺言。

7. 选择性干预 造成一种不良行为的因素可能是多方面的,不能期望通过咨询控制所有的影响因素。咨询的关键是首先要搞清这些影响因素,然后选择主要的、干预有效的危险因素进行干预。

8. 帮助制订改变行为的计划 列出较为周密的计划表,不但可为咨询对象提供活动指南,而且可及时地进行监督和评价。

9. 综合干预 干预措施要因人而异,总体上应采取综合性干预措施,调动家庭、单位和社会等共同参与。

10. 加强随访和监督,及时发现问题并采取相应措施。



(三) 方法

健康咨询的方法可表述为“5A”模式。5A模式是医务人员在临床场所为患者提供健康咨询的五个基本的步骤。

1. 评估(assess) 评估病情、技能、知识、自信心等。
2. 劝告(advise) 提供有关健康危害的相关信息、行为改变的益处等。
3. 共识(agree) 对个人健康目标的设定表示赞同,共同设定某个改善健康行为的目标。
4. 协助(assist) 为患者找出行动可能遇到的障碍,帮助其确定正确的策略、技巧或方法等。
5. 安排随访(arrange) 明确随访的时间、方式和行动计划。

“5A”模式适用于几乎所有行为改变的健康咨询,但在进行不同行为改变的咨询时,其每个步骤的干预内容有所不同。由于人们的行为可处于行为改变的不同阶段,在实施“5A”模式时,可以从任何一个步骤开始(图 5-1)。

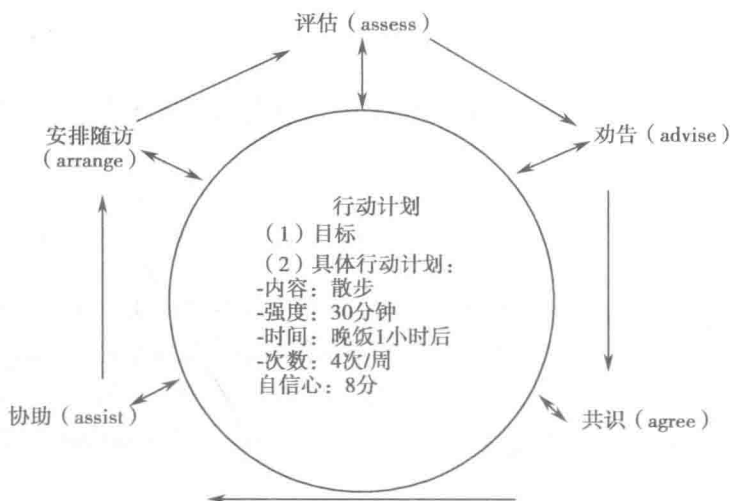


图 5-1 健康咨询的“5A”模式

二、病例发现

病例发现(case finding)又称机会性筛查(opportunistic screening),是指在全科医疗应诊过程中,根据患者的特点,针对性运用体检或辅助检查,发现患者就诊直接原因以外的其他疾病。例如,一名45岁男性患者因咳嗽就诊,全科医生可根据其明显肥胖和高血压病家族史等特点,给予检查血压、血糖、血脂和肾功能以及进行心电图检查等。病例发现是全科医生在门诊中易于执行的早期诊断措施,对疾病的预防可收到事半功倍的效果。

2005年全国子宫颈癌协作组对全国14家医院门诊宫颈癌机会性筛查结果进行分析,结果发现,对202 231例患者进行机会性筛查,共检出宫颈癌前病变5146例(2.54%),宫颈癌1134例(0.56%),疾病检出率远高于同期人群普查结果,提示提高医疗卫生机构宫颈癌机会性筛查的质量与覆盖面,可大幅度提高我国宫颈癌筛查及早诊断和早治疗的覆盖率,最终达到降低宫颈癌发病率及死亡率的目的。

三、疾病筛查

(一) 概念

疾病筛查(screening)是指运用简便、快速的体格检查、实验室或其他辅助检查方法,在健康人群中发现有健康缺陷的个体或未被识别的患者。筛查的目的是在危险人群中筛出疾病的早期患者,以便早期诊断,及时进行治疗。



(二) 应用原则

①被筛查的疾病或缺陷是当地重大的卫生问题;②对被筛查的疾病有进一步确诊的方法和条件;③对发现并确诊的患者和高危人群有条件进行有效的干预和治疗,并有统一规定的治疗标准;④被筛查的疾病或某种危险因素有可供识别的早期症状和体征或检测指标;⑤筛查试验必须快速、简便、经济、安全、可靠、有效并易为群众接受;⑥有保证筛查计划顺利完成的人力、物力、财力和良好的社会环境条件;⑦有连续而完整的筛查计划,能按计划定期进行;⑧要通盘考虑整个筛查、诊断和治疗的成本及收益问题;⑨筛查计划应能为目标人群接受,有益无害,尊重个人的隐私权,制订好保密措施。

(三) 部分筛查项目

1. 高血压病筛查 高血压病是最常见的心血管疾病,不仅患病率高,而且可引起严重心、脑、肾等并发症,是心血管疾病和脑卒中的主要危险因素。

筛查方法:定期血压监测。在住所附近的社区卫生服务中心进行定期血压测量。在内科医生的诊疗室里,应常规测量血压。建议成年人既往舒张压在85mmHg以下者,每2年检查一次血压;舒张压在85~89mmHg,每年检查一次;舒张压 ≥ 90 mmHg或收缩压 ≥ 140 mmHg则检查更应频繁,并及时就医。高血压患者要按照医嘱要求经常性测量血压。

2. 血脂异常筛查 血脂异常通常指血浆中总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)和低密度脂蛋白(LDL)升高,高密度脂蛋白(HDL)降低等。高血脂是动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称“冠心病”)的主要危险因素,而冠状动脉疾病引起的心肌梗死可以引起猝死。因此,预防和治疗高脂血症可预防或减少动脉粥样硬化的发生和发展,减少冠心病的发病率及死亡率。

对于35岁以上男性和45岁以上女性均应进行血脂检查。对于低于筛查年龄的20~35岁男性或20~45岁女性,如有冠心病家族史、糖尿病史、高脂血症家族史等危险因素,也应进行筛查。

筛查间隔:一般每5年1次,对于已有血脂异常或接近异常的,应缩短筛查间隔时间。

3. 宫颈癌筛查 建议一切有性生活的妇女每1~3年进行1次宫颈脱落细胞涂片检查(又称巴氏涂片),如果检查结果正常,可以到65岁停止检查。对于高危患者应每年检查1次。停止性生活后的绝经妇女出现阴道不规则出血,应请妇产科专家会诊并进行检查。

4. 乳腺癌筛查 30岁以上妇女应进行乳房自我检查,40岁以上的妇女每年应接受1次乳房临床检查。有条件的50~75岁妇女每1~2年应进行1次乳腺X线摄影检查或X线摄影检查与每年1次临床检查相结合的筛查以及早发现乳腺癌。应注意12岁以前月经初潮者、30岁以后初孕者、50岁以后绝经者、肥胖者、患子宫内膜炎疾病及曾患卵巢疾病等高危人群。

5. 结直肠癌筛查 建议所有40岁以上人群应每年进行1次肛门指检,以早期筛查结直肠癌。50岁以上人群,特别是有家族性肠息肉史、家族性肿瘤史、溃疡史等高风险人群,除每年进行1次大便隐血检查外,还应每3~5年进行1次乙状结肠镜检查。

(四) 异常筛查结果的处理

筛查结果异常通常都是临床医生首先发现的,筛查发现异常结果后作进一步检查,提出治疗方案及随访要求是筛查发挥作用的关键。有的病友接受了疾病筛查,却没有医生对其筛查结果进行解释或作相应处理,使筛查失去了意义。医生应对患者进行健康教育,对筛查结果进行解释,并对异常现象作出客观的医学评价。

1. 进一步检查明确诊断 根据异常筛查结果,可采用影像学检查、实验室检查或其他诊断性操作来排除筛查结果是否为假阳性或者能确定疾病的诊断。在选择最佳检查方法时应考虑检查的有效性和准确性。

2. 治疗和教育干预 根据筛查异常结果,可能发现医学治疗及教育干预的指征,这时,对患者及家属进行适当的教育和沟通,确保其充分理解治疗的必要性和重要性,进而选择恰当的治疗。



疗方案进行治疗。

3. 申请会诊、转诊或专家咨询 遇到异常筛查结果难于解释或解决时,可以有以下几种解决方法:①转诊至上级医疗机构进一步检查、诊断与治疗;②向有关专家咨询,听取专家意见后作出明确诊断和拟定治疗方案,或作进一步筛查试验;③申请或邀请有关专家会诊作出诊断、治疗或进一步检查的决定。

4. 随访 患者接受筛查发现轻微异常或接受诊断性治疗后,应继续监测,为患者安排随访,进一步观察其变化,以明确诊断。此外,随访也是监测疾病早期并发症的主要方法。

5. 健康教育 针对筛查发现的异常情况,开展临床预防。积极宣传或印发常见疾病筛查方面的知识手册或资料,让人们知晓疾病筛查的必要性和重要性,以达到人人享有卫生保健的目标。

四、周期性健康检查

(一) 概念

周期性健康检查(periodic health examination)是指根据个体所处生命周期的健康特点和易患疾病谱,选择检查项目,实施全面的健康检查,其目的是早期发现个体所患疾病,并对其健康状况进行全面评价,为进一步诊治和制订预防保健方案提供依据。

全科医生在社区卫生服务中,应当根据国家公共卫生服务规范规定的体检项目,结合居民生命同期的特殊情况和卫生保健需求,实施周期性健康检查,以早期发现疾病,提高健康保障水平。

在制订体检计划时,年龄是需要考虑的重要危险因素之一。在高危人群中,各年龄段主要疾病的发病率和死亡率明显不同,预防方法的效果也不一样。因此,针对各年龄组提出的临床预防措施,仅适用于该年龄组内部分特殊人群,不可能适用于整个人群。在临床预防过程中,应严格选择合适的对象,针对性开展临床预防,提高预防的效果并节省费用。

周期性健康检查与疾病筛查有一定区别。前者的对象是处于生命周期某阶段的个体或群体,早期发现个体所处生命周期的常见疾病,检查项目比较多;而后者是具有某种疾病的高危人群,只针对某种疾病,检查项目一般较少。

周期性健康检查也不同于既往的年度或因某种需要而进行的体检。它的检查项目充分考虑了不同年龄、不同性别对卫生保健的不同需求,注重根据证据来选择检查项目,同时考虑成本-效益。周期性健康检查的对象为无症状的个体,其着眼点为一、二级预防,其目的是确定疾病的危险因素,或早期发现疾病,为就医者制订终身的预防保健计划。周期性健康检查较普通体检更具有针对性和科学性,使医疗保健服务的质量与效率得以提高,卫生资源得到更充分的利用,符合成本-效益原则。例如,在周期性健康检查时发现血压增高,应进一步检查以明确诊断,确诊后给予综合性降压治疗;在发现血脂异常时,应建议控制饮食量,并调整食物结构、增加运动等。

(二) 内容

我国卫生部疾病控制司根据我国的现状和条件,提出周期性健康检查方案和采用的检查技术应围绕“疾病鉴别”与“健康鉴别”两方面科学选用。以下为卫生部疾病控制司的推荐方案。

1. 0~6岁 7年中进行先天性疾病、口腔卫生、视(听)力检查,用学龄前儿童询问表测试智力、身长、头围和体重,测定血红蛋白浓度,进行遗传性疾病、血液系统疾病等检查。

2. 5~15岁 每3~5年中进行口腔卫生,视(听)力检查,测量身长、体重、头围、胸围、臀围,测定血红蛋白浓度,进行寄生虫检查。

3. 10~14岁 5年中进行第一次心电图检查、血压测量、空腹血糖和血脂测定,同时进行体重、身高、腰围、臀围测量。

4. 妊娠期 进行一次空腹血糖测定,根据结果进行健康评价。



5. 20~34岁 每5年中进行一次心电图检查、血压测量、空腹血糖和血脂测定,身高、体重、腰围、臀围测量,脱落细胞检查。

6. 30~34岁 女性5年中进行一次红外线乳腺检查,有乳腺癌家族史者以后每3年进行一次复查,其他对象每5年复查一次。

7. 35~44岁 10年中进行一次X线胸部摄片;每5年做一次心电图检查,身高、体重、腰围、臀围测量、血压测量、空腹血糖和血脂测定,脱落细胞检查。糖尿病、高血压、吸烟者、肥胖患者、慢性支气管炎患者、有慢性病家族史者和检查结果异常者,根据检查结果进行健康评价,并决定复检时间。

8. 40~49岁 每5年男女均作一次粪便隐血试验,男性对象进行一次前列腺B超检查,女性进行一次妇科病理检查。同时进行心理精神疾病和骨关节疾病的检查。对检查结果异常者和有恶性肿瘤家族史者,应根据结果进行健康评价。

9. 50~65岁 重点做好35~44岁、40~49岁列举对象的5年规范复检工作。检查的重点是恶性肿瘤、心脑血管疾病和内分泌与代谢病。尤其应重视健康危险因素评价和制订健康维护计划,并督促实施。

10. 60~80岁 除重点做好35~44岁、40~49岁列举对象的5年规范复检工作和50~65岁中规定的三大类疾病外,还应注意慢性病毒感染、慢性感染性疾病、退行性疾病检查,加强骨关节疾病、心理精神疾病和运动平衡能力的检查,重视健康危险因素评价和制订健康维护计划,并督促实施。

(三) 注意事项

全科医生在开展周期性健康检查时,应注意以下事项:

1. 任何周期性健康检查表中的项目都不是绝对的,使用时,全科医生可根据居民的具体情况与特点,特别是危险因素,增加或减少检查项目。

2. 在为个人设计周期性健康检查计划时,应注意以下问题:①危害本地区居民健康的主要疾病有哪些,其可预防的程度如何;②在无症状人群中,按照现有的检测手段和技术,这些疾病可否早期检测出来,其早期预防和治疗的效果如何;③这些疾病好发于哪些高危人群;④对于各性别组、年龄组的人群,其检查方法、内容和时间间隔如何确定;⑤检查对象有无必要进行某项筛查或采取某种预防措施。

五、免疫接种

(一) 概念

免疫接种(immunization)又称预防接种,是指采用人工方法将抗原或抗体注入机体内,使机体通过人工主动免疫或人工被动免疫的方法获得对某些疾病的特异性抵抗力,从而保护易感人群,预防疾病的发生。

(二) 种类

1. 基础免疫 又称计划免疫,由国家统一规定对婴幼儿和儿童实施的免疫,是免疫预防的重要组成部分。常规的基础免疫可预防破伤风、白喉、脊髓灰质炎、百日咳等传染病。

计划免疫是根据某些传染病的疫情监测结果与人群免疫水平分析,按照科学的免疫程序,有计划地使用疫苗对特定人群进行预防接种,以提高人群的免疫水平,达到控制并最终消灭该传染病的目的。预防接种和计划免疫的实质都是通过人工免疫手段预防与控制传染病,但计划免疫比预防接种更进一步,其具有明确的、针对性很强的免疫规划、疾病监测和免疫状况分析等措施。可以说,预防接种是计划免疫工作的重要手段,而计划免疫则是预防接种的进一步完善和发展。

2. 按需免疫 即在某种传染病流行的特殊地区或特殊人群进行的免疫接种。如对经常外出的人员进行甲肝疫苗接种;对医务人员特别是经常接触血液样品的医务人员进行乙型肝炎疫



苗接种等。目前,我国这类生物制品主要有流脑疫苗、乙脑疫苗、狂犬病疫苗、破伤风疫苗、甲型肝炎疫苗、霍乱疫苗、伤寒疫苗等。

自从我国对儿童开展计划免疫工作以来,许多危及儿童生命健康的传染病如脊髓灰质炎、麻疹、白喉的发病率显著下降。但同时发现,新发传染病如 SARS、禽流感等也不断出现,某些常见的传染病如结核在成人中的发病率逐年增高。因此,成年人也应根据自身情况进行相关免疫接种,以阻断和预防传染病的发生。

(三) 实施方式

根据接种时间以及适用情况不同,预防接种的组织实施方式可分为:

1. 定期接种 按一定的时间间隔对固定区域人群按国家规定的基础免疫程序进行规定的生物制品接种,是免疫接种的常规方式。如对记录在册的儿童进行计划免疫工作。

2. 应急接种 是指某些传染病已发生流行时,对传染区域尚未发病的人群进行针对性的疫苗接种。该制品要求能在接种后很快产生免疫力,同时对潜伏期患者无危险性。可用于应急接种的生物制品有脊髓灰质炎疫苗、白喉疫苗和丙种球蛋白等。

3. 暴露后接种 即在明确暴露于某传染病后采用的应急措施,可通过免疫接种加以预防。例如,日常生活中被狂犬或疑似狂犬咬伤后注射狂犬病疫苗可预防狂犬病的发生;卡介苗可预防结核病;乙型肝炎疫苗注射可有效阻断乙型肝炎的母婴垂直传播。

(四) 要求

我国 2011 年颁布的《国家基本公共卫生服务规范》对预防接种工作有明确的要求与规定。

1. 接种前的工作 接种工作人员在对儿童接种前应查验儿童预防接种证(卡、簿)或电子档案,核对受种者姓名、性别、出生日期和接种记录,确定本次受种对象、接种疫苗的品种。询问受种者的健康状况以及是否有接种禁忌等,告知受种者或其监护人所接种疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应和注意事项,可采用书面和(或)口头告知的形式,并如实记录告知与询问的情况。

2. 接种时的工作 接种工作人员在接种操作时应再次查验核对受种者姓名、预防接种证、接种凭证和本次接种的疫苗品种,核对无误后严格按照《预防接种工作规范》规定的接种月(年)龄、接种部位、接种途径、安全注射等要求予以接种。

3. 接种后的工作 告知儿童监护人,受种者在接种后应在留观室观察 30 分钟。接种后及时在预防接种证(卡、簿)上记录,与儿童监护人预约下次接种疫苗的种类、时间及地点。有条件的地区录入计算机并进行网络报告。

(五) 疫苗免疫程序

免疫程序是指需要接种疫苗的种类及接种的先后次序,包括免疫起始月龄、各疫苗接种的次数、时间间隔、加强免疫以及联合免疫等。免疫程序的制订综合考虑了疫苗的性能、疾病的流行特征、实施条件以及经济状况等因素。我国 2011 年颁布的疫苗免疫程序(表 5-1)。

表 5-1 疫苗免疫程序

疫苗	接种对象 月(年)龄	接种 剂次	接种途径	备注
乙型肝炎疫苗	0、1、6 月龄	3	肌内注射	出生后 24 小时内接种第 1 剂次,第 1、2 剂次间隔 ≥ 28 天
甲肝灭活疫苗	18 月龄,24~30 月龄	2	肌内注射	2 剂次间隔 ≥ 6 个月
卡介苗	出生时	1	皮内注射	
脊灰疫苗	2、3、4 月龄,4 周岁	4	口服	第 1、2 剂次,第 2、3 剂次间隔均 ≥ 28 天
百白破疫苗	3、4、5 月龄,18~24 月龄	4	肌内注射	第 1、2 剂次,第 2、3 剂次间隔均 ≥ 28 天



续表

疫苗	接种对象 月(年)龄	接种 剂次	接种途径	备注
白破疫苗	6 周岁	1	肌肉注射	
乙脑(减毒)疫苗	8 月龄,2 周岁	2	皮下注射	
乙脑灭活疫苗	8 月龄(2 剂次),2 周岁,6 周岁	4	皮下注射	第 1、2 剂次间隔 7~10 天
麻疹疫苗 (麻疹疫苗)	8 月龄	1	皮下注射	
麻腮风疫苗(麻腮 疫苗、麻疹疫苗)	18~24 月龄	1	皮下注射	
流脑 A 疫苗疫苗	6~18 月龄	2	皮下注射	第 1、2 剂次间隔 3 个月
流脑 A+C 疫苗	3 周岁,6 周岁	2	皮下注射	2 剂次间隔≥3 年;第 1 剂次 与 A 群流脑疫苗第 2 剂次 间隔≥12 个月
甲肝(减毒)疫苗	18 月龄	1	皮下注射	
出血热疫苗	16~60 周岁	3	肌肉注射	接种第 1 剂次后 14 天接种 第 2 剂次,第 3 剂次在第 1 剂次接种后 6 个月接种
钩体疫苗	流行地区可能接触疫水的 7~60 岁高危人群	2	皮下注射	接种第 1 剂次后 7~10 天接 种第 2 剂次
炭疽疫苗	炭疽疫情发生时,病例或病畜 间接接触者及疫点周围高危 人群	1	皮上划痕	病例或病畜的直接接触者不 能接种

(六) 社区卫生服务机构在免疫接种工作中的主要职责

社区卫生服务机构是开展免疫接种的主要场所,其主要职责有:①负责辖区适龄儿童预防接种登记、管理、统计分析和上报;②开展适龄儿童预防接种和补种;③协助开展应急接种及强化免疫;④开展成人免疫接种工作;⑤及时向上级疾病预防控制机构报告预防接种中发生的疑似异常反应情况,并协助调查处理;⑥协助疾病预防控制机构开展各项调查、检测及统计、报告工作。

六、化学预防

(一) 概念

化学预防(chemoprophylaxis)是指对无症状的人使用药物、营养素(包括矿物质)、生物制剂或其他天然物质作为一级、二级预防措施,以提高人群抵抗疾病的能力,从而降低疾病危险,防止疾病的发生。

对已出现症状的患者,给予服用药物来治疗疾病不属于化学预防;但对于有既往病史的人使用预防性化学物质预防疾病复发,则属于化学预防。

(二) 几种常用的方法

1. 阿司匹林预防冠心病 冠心病是大多数国家死因谱的第一位,对冠心病的预防及控制措施主要有:一是针对其常见危险因素如高血压、高脂血症以及吸烟等进行一级预防,二是开展阿司匹林对冠心病的化学预防。已有研究表明,阿司匹林可抑制血小板形成动脉粥样斑块,从而降低心肌梗死和缺血性脑卒中的发生率。

学
习
笔
记



阿司匹林化学预防的适用对象主要有:40岁以上男性,绝经期女性,不足上述年龄但有冠心病危险因素者,如高血压、糖尿病、吸烟、冠状动脉疾病早期发病家族史者。

阿司匹林常见的不良反应有:腹痛、烧灼感、恶心、便秘等。此外,阿司匹林能降低血小板活性,故可能增加胃肠道出血及颅内出血的危险性。为减少大剂量阿司匹林的副作用,最好采用低剂量疗法,通常每天 75~100mg 的剂量即可达到预防效果。是否接受阿司匹林化学预防也应遵守参与者共同决策的原则,让患者明白如果他们是冠心病或血栓栓塞的高危人群,阿司匹林对其健康有益。多饮水、多食用偏碱性食物、选用肠溶衣片剂,饭后服及加服西咪替丁等 H_2 阻滞剂等,能缓解阿司匹林引起的胃肠不适,减少胃肠道出血的风险。

2. 雌激素替代疗法预防骨质疏松症 多用于绝经后妇女骨质疏松的预防治疗,可保存骨质、改善脂蛋白,降低冠状动脉疾病的发生率,降低骨质疏松性骨折的发病率,但同时其可能导致阴道出血,增加乳腺癌及子宫内膜癌发病率。

最常用的雌激素替代疗法有持续联合治疗(雌激素及孕激素同时使用,每天 1 次)或持续序贯治疗(雌激素每次月经周期连服 25 天,在服用 10~13 天后加服孕激素,直至雌激素用药 25 天止)。常见药物副作用有恶心、头痛、体重增加、出血、乳房触痛等。

(张剑锋)

参考文献

- [1] 谢波. 全科医学概论. 南京:江苏科学技术出版社,2013.
- [2] 梁万年,路孝琴. 全科医学. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [3] 吕兆丰,郭爱民. 全科医学概论. 北京:高等教育出版社,2010.
- [4] 卫生部疾病控制司. 慢性非传染性疾病预防医学诊疗规范(试行),2002.
- [5] 卫生部,国家基本公共卫生服务规范(2011 版),2011.
- [6] 梁万年. 临床预防医学. 北京:高等教育出版社,2004.
- [7] 傅华,叶葶葶. 临床预防医学. 上海:复旦大学出版社,1999.
- [8] 施榕. 预防医学. 第 2 版. 北京:高等教育出版社,2011.
- [9] The U.S Preventive Services Task Force's (USPSTF). The Guide to Clinical Preventive Services 2010-2011 (美国临床预防服务指南 2010-2011 版).
- [10] 梁万年. 临床预防 - 社区卫生服务的重要内容,中国全科医学杂志,2010,3(6):425-426.

第六章 全科医疗中的临床诊断思维

临床诊断思维(diagnostic thinking)是临床诊断过程中的科学、辩证思维,是一种最基本的临床实践活动,是临床医生必备的一种能力。临床诊断思维方法是指临床医生认识和诊断疾患等临床实践过程中采用的推理方法和逻辑思维过程。全科医学是一门定位于基层医疗保健领域的医学专科,由于全科医师需要解决的临床问题及其工作环境等均与在医院工作的其他专科医师有很大不同,因而,在全科医疗实践中运用的临床诊断策略和方法也有一定的特殊性。这种特殊性也进一步丰富了临床医学诊疗思维方法。全科医疗是以社区为导向的,在社区就诊的患者只有少部分到三级医院或教学医院就诊,社区中的医疗问题与医师在医院遇到的医疗问题有很多不同。一篇发表在新英格兰杂志的关于重新审视医疗服务生态学研究结果显示(Green LA等,2001),平均1个月时间内,一个普通社区1000人中有800人报告有不适症状,大部分人选择自我治疗,有217人去看医生,8人住院,仅有1人需要到教学医院就诊。全科医学强调在社区环境中训练医师,这可以提供更多的接触最现实问题的机会,尤其是对于门诊接诊知识和技能的训练。本章将主要介绍全科医疗中以问题为导向的临床诊断思维及常用的诊断策略。

第一节 以问题为导向的临床诊断思维

以问题为导向的临床方法(problem-oriented approach)是全科医学的重要的基本方法之一。所谓以问题为导向的临床诊断思维是指以发现、确定临床问题为出发点,以解释、解决临床问题为目标,综合运用适宜的临床诊断思维方法,对患者的各种临床问题进行初步诊断、鉴别诊断、修正或确定诊断,尽可能明确其产生的原因及影响因素,为妥善处理临床问题提供科学、可靠的依据。以问题为导向诊断思维的目标不是为了诊断而诊断,其落脚点是妥善处理人的临床问题,维护和促进人的健康。因而,以问题为导向的临床诊断思维渗透着生物-心理-社会医学观、全人照顾理念、以人为中心的临床方法以及循证医学理论与方法。

一、全科医疗常见健康问题及其特点

全科医疗是一种以门诊为主体的第一线医疗服务,其范围是宽广的,不因服务对象的性别、年龄、背景或器官系统所限制,全科医生需要应对的临床问题也是广泛、多维而具有特色的。根据美国国家卫生统计中心调查结果显示,美国门诊就诊中最常见的20种诊断依次为:原发性高血压、儿童健康检查、急性上呼吸道感染、关节病及相关疾病、恶性肿瘤、糖尿病、脊柱疾病、风湿病、体格检查、随诊检查、特殊操作及出院后医疗、正常妊娠、中耳炎和咽鼓管疾病、哮喘、脂肪代谢异常、慢性鼻窦炎、心脏病、急性咽炎和过敏性鼻炎。常见的慢性疾病依次为:高血压、关节炎、血脂异常、糖尿病、抑郁症、肥胖症、癌症、哮喘、慢性阻塞性肺疾病、缺血性心脏病、骨质疏松症、脑血管疾病、充血性心力衰竭和慢性肾衰竭。在美国、加拿大、英国和澳大利亚全科医疗诊所中,前20位的就诊症状相似,只是排序略有不同,为咳嗽、咽部不适、背痛、上呼吸道感染、皮疹、腹痛、抑郁、耳痛、头痛、发热、疲劳、腹泻、哮喘、鼻塞或打喷嚏、腹泻、胸痛、膝部不适、视功能不良。根据我国第四次国家卫生服务调查结果,城乡居民两周就诊的前15位疾病见表6-1。其中,有73.7%的居民首诊在基层医疗卫生机构,城市为48.3%,农村为81.7%。



表 6-1 2008 年调查地区居民两周就诊疾病构成(%)

顺位	城乡合计		城市合计		农村合计	
	疾病名称	构成	疾病名称	构成	疾病名称	构成
1	急性上感	13.1	高血压	15.2	急性上感	14.7
2	普通感冒	9.6	急性上感	7.7	普通感冒	10.3
3	高血压	8.5	普通感冒	7.2	急慢性胃肠炎	9.2
4	急慢性胃肠炎	8.2	糖尿病	6.0	高血压	6.5
5	类风湿性关节炎	3.6	急慢性胃肠炎	4.9	类风湿性关节炎	4.2
6	椎间盘疾病	3.4	椎间盘疾病	4.2	椎间盘疾病	3.2
7	脑血管病	3.0	缺血性心脏病	4.1	流行性感冒	3.1
8	慢性阻塞性肺病	2.8	脑血管病	2.8	脑血管病	3.0
9	流行性感冒	2.8	慢性阻塞性肺病	2.4	肺气肿	3.0
10	缺血性心脏病	2.2	流行性感冒	2.1	牙齿、口腔疾患	1.7
11	糖尿病	2.0	牙齿、口腔疾患	2.1	缺血性心脏病	1.7
12	牙齿、口腔疾患	1.8	类风湿性关节炎	1.8	肺炎	1.6
13	肺炎	1.4	脱位、扭伤和劳损	1.4	胆结石症胆囊炎	1.3
14	脱位、扭伤和劳损	1.3	肾炎和肾病变	1.2	脱位、损伤和劳损	1.2
15	胆结石症胆囊炎	1.3	胆结石症胆囊炎	1.2	消化性溃疡	1.2

(资料来源:2008 年我国第四次国家卫生服务调查结果)

学
习
笔
记

与专科医生在医院接诊的症状谱和疾病谱相比,全科医生在基层涉及的症状、疾病或健康问题通常具有以下特点:①广泛性,全科医师接触首次就诊患者遇到的临床问题常常是没有经过其他医师筛选的,临床评估诊断过程需要从整个医学范围内进行考虑。②多维性,健康问题涉及生理、心理和社会适应等多个层面,由多种原因综合作用而致,知识、态度、信仰、情绪、行为、关系以及社会环境的相互作用,影响患者的患病体验。因而,全科医疗实践中更需要系统、整体的思维方式,这也增加了全科医疗中的复杂性。③变异性,处于早期、未分化阶段的健康问题在全科医疗中十分常见,这可能是急性或重症疾病的早期表现,也可能是自限性、轻微的功能改变,这两种情况的鉴别诊断需要具备经过充分训练乃至娴熟的临床技能。处理尚未分化的疾病是全科医生应具备的核心能力之一。④诊断明确的慢性病或慢性病健康问题很常见,随着医学诊疗技术进步以及人口老龄化进程的加剧,慢性病共病(multiple chronic diseases)即同时患有两种及两种以上的慢性疾病或健康问题的患者日益增多,需要采用系统整体论的方法进行推理和提供全人照顾。⑤健康问题多于疾病,常见病、多发病多于少见病、罕见病,在基层门诊,疾病发生的概率与医院门诊是不同的。疾病患病率不同,预测值也就不同,因而诊断思维也有所不同。

总体上讲,全科医生在临床上需要处理的临床问题中常常是症状、体征、辅助检查结果以及与健康相关的心理、行为、社会适应等问题,健康问题和多于疾病,常见病和多发病多于少见病和疑难重症。不仅如此,全科医生工作环境与医院的专业医生也存在很大差异。基层医疗机构一般缺乏齐全的高新仪器设备,可利用的实验室检查和各种辅助检查也十分有限。全科医生又很少有上级医生指导或其他专科医生的及时会诊,工作独立性强。再加之患者健康问题的复杂多样性,患者的症状或其他健康问题多数是慢性的、常见的、自限性的或一过性的,但也可能是急性的、严重的和少见的,需要全科医生具备良好的识别能力,全科医师必须是一名杰出的诊断学家。



二、以问题为导向的诊断思维方法

在全科医疗门诊,患者就诊的主要原因与其他专科门诊相似,可能是为了明确不适症状、或异常体征、或异常检查结果的原因,也可能是为了确定某种诊断明确疾病的治疗方案,也有部分患者是为了预防疾病、健康咨询、开假条等其他原因就诊。本部分主要介绍患者因不适症状或异常体征与检查结果就诊过程中全科医生常用的诊断思维方法,其他以问题为导向的临床决策方法不属于本章讨论范畴。

(一) 临床推理过程

全科医学是一门隶属于临床医学的二级学科,临床医学的诊断思维、临床推理过程与方法同样适用于全科医疗实践。一般情况下,临床推理过程主要包括3个步骤(图6-1):第一,确定临床问题;第二,寻找线索;第三,建立假设和诊断。尽管书面上讨论是按照这3个步骤的顺序进行的,但在实际工作中,多数医师同时考虑这3个步骤并不断地修订和完善诊断。

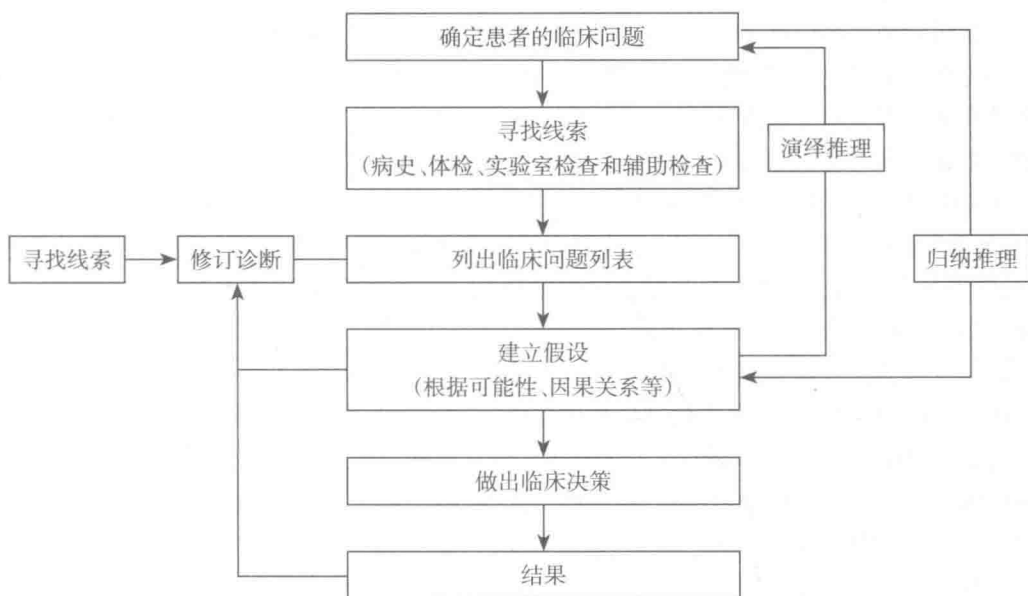


图 6-1 临床推理过程

(二) 常用的临床推理方法

1. 归纳推理法 归纳推理(inductive reasoning)是从特殊到一般的推理方法,即从个别性前提出发,根据一类事物的部分对象具有某种性质,推出这类事物的所有对象都具有这种性质的推理,得出一般性结论。临床诊断常常是针对个体患者的,个体患者的症状、体征等临床表现、其他病史及相关检查结果也都是个别的、具体的或是特殊的,由此获得初步诊断却是一种普遍性的结论。在归纳推理过程中,个别性的前提是真实的,但获得的一般性结论却未必真实,只是增加了诊断的可能性,永远有例外存在的可能。因此,临床医生需要了解、承认,并有能力分析和处理这种不确定性。例如,临床医生做出初步诊断后,需要进一步完善相关检查和制订经验性治疗方案,如果治疗有效,检查结果支持初步诊断,将可以确定诊断。反之,就需要重新验证,修订诊断。因此,临床医生总是如履薄冰的。

2. 演绎推理法 演绎推理(deductive reasoning)是从一般到个别的推理方法,即从一般性的前提出发,通过推导即“演绎”,得出具体或个别结论的过程。临床诊断中常采用的推理方法是假设-演绎推理(hypothetical-deductive reasoning),首先提出诊断假设解释患者的临床问题,然后从普遍性原理出发,进一步有针对性地收集患者信息,选择实验室和辅助检查,或制订初步治



疗方案,根据检查结果和(或)治疗结果来验证假说是否正确,修正鉴别诊断,必要时回归患者,以肯定、补充或排除初步诊断,得出最可能的诊断结论。假设-演绎推理过程是一个“如果……那么……但是……因此(是,否)”[if-then-but- therefore (yes, no)]的过程,即如果我们有一定的信息,那么某种假设可能是正确的,但我们通过检验检查获得了进一步的信息,因此,可以确认该假设是真的或是假的。在此过程中一般会形成一个经典的鉴别诊断列表。该方法是临床上最常用的诊断推理方法。

3. 概率推理法 概率推理(probabilistic reasoning)是指利用特定症状、体征或诊断试验的诊断价值来确认或排除诊断的推理方法。在临床工作中,医生根据临床资料作出可能的临床诊断以解释患者症状、体征或辅助检查阳性结果,通常不是一个诊断而是多个,一般根据每一个可能诊断发生的概率对这些诊断进行排序,形成鉴别诊断列表,使用不同的术语来表示可能性的大小,如非常肯定或可靠、肯定或可靠、非常可能、可能、不可能、非常不可能、不能排除等。然后,进一步完善相关资料,查找诊断依据,缩小诊断范围,获得最可能的诊断。对于检查前疾病发生概率的估计(验前概率)应选择与患者临床表现相似人群的流行病学资料,而不是一般人群的患病率。实际上是某种症状或症状群的预测值,即具有某种症状或症状群患者患某病的概率。对于检查后概率的变化(验后概率)则依据诊断试验的似然比来评估患某种疾病可能性。全科医生熟悉社区患病率和个人背景资料,有利于以概率方法得出最可能的诊断。关于表述诊断可能性的词汇是模糊不确定的,患者通常难以理解。循证诊断常采用0~100%的定量方法描述某种疾病在某个患者身上发生的可能性,但鉴于临床工作的复杂性,临床医生极少使用0和100%来表述,如临床诊断中常见“发热待查,病毒性肺炎可能性大”“水肿待查,特发性水肿可能性大”。有时,临床上带有“问号”的诊断可能比带“句号”的诊断更符合科学,更有利于妥善处理患者的健康问题。

4. 类比推理法 类比推理(analogical reasoning)系指根据两个或两个以上患者的部分临床信息相同或相似,推出某个患者的其他临床资料与其他患者相同或相似,从而获得临床诊断的推理方法。类比推理过程中,医生不仅比较不同患者临床资料的相同点,也比较两者的不同点,以不同的方式去思考不同患者的临床问题。类比推理法常常需要和其他推理方法相结合以提高临床诊断的准确性和效率。

5. 模型识别法 模型识别法(pattern recognition)属于一种类比推理方法。有些疾病的临床表现和检查结果会形成一些特定的组合,临床上常称之为疾病的“典型特征”,经临床实践获得了反复的证实。当我们遇到某个患者的临床表现和检查结果与之相同或相似时,会迅速地作出初步诊断。如发热、咳嗽、咯铁锈色痰,伴血白细胞数量增多,提示大叶肺炎。使用模型识别方法需要临床医生记住疾病的典型表现或者以前的典型案例,需要注意的是,临床上可能会出现不典型的情况,不适合模型识别。

6. 临床预测规则 临床预测规则(clinical prediction rule)属于一种模型识别方法,根据已被明确定义、广泛验证的疾病症状群,通过类比建立初步诊断或进行鉴别诊断、确定。如全科医疗中经常使用的Ottawa足踝损伤鉴别诊断标准、卒中风险预测ABCD2评分、深静脉血栓形成的Wells评分等。

(三) 从症状入手的诊断思维方法

以症状入手的诊断思维是如何运用物理诊断学作出一个初步诊断/印象诊断。常用的方法有现场即刻诊断法、刻画诊断法、归缩诊断法、从个别问题推理、利用时间进行诊断、除外诊断法、诊断三联征、菱形诊断法等。

1. 现场即刻诊断法 现场即刻诊断法(spot diagnosis)是指临床医生对从视觉和听觉采集到症状的最初、即刻的反应,如看见皮肤上的痤疮或听到犬吠样咳嗽。现场即刻诊断法是一种非语言模型的无意识识别,是模型识别法的一种,主要依靠临床经验,常见于湿疹、痣、痤疮、软疣



和感染性结膜炎(红眼病)等疾病的初步诊断。国外全科医疗中,大约 20% 的接诊病例应用该诊断法,其中 63% 不需要进一步采集病史,使用其他诊断思维方法。

2. 刻画诊断法 刻画诊断法是医生在接诊过程中运用严密的逻辑思维和熟练技巧,仔细问诊,重点刻画一个症状的特点,与某个疾病的典型症状进行类比,提供临床初步诊断的线索。重点是对临床症状的客观描述以及本质特征的准确把握。逻辑思维具有规范、严密、有条理和可重复的特点,刻画一个症状的特征也有规范的程序和内容,一个症状的刻画内容至少包括以下 9 个方面:①患者的性别、年龄;②是否有诱因;③是急性起病还是慢性;④发生的部位、范围和性质;⑤严重程度;⑥缓解或加重的因素;⑦持续时间与病程;⑧伴随症状;⑨是否存在并存疾病等。刻画诊断法不仅要求对症状有全面细致的把握,也要求掌握疾病的特点。临床医生需要清楚地意识到患者的症状并不都是典型的,临床上变异性较大,而且,即便是看似典型的症状也不能单就症状来肯定是某种疾病,也可能不是想象中的疾病诊断。

3. 归缩诊断法 归缩诊断法,又称向导诊断法,适用于患者具有多个临床症状的情况,对症状的临床意义进行定位或定性分析,即进行交叉分析评估,以逐渐缩小诊断的范围,临床上也可能将诊断直接定位于某个疾病,有利于有针对性地选择实验室和辅助检查以确定诊断。典型归缩诊断法的应用例子是,某患因“发热、咳嗽、咯铁锈色痰伴右下胸痛”就诊,对于发热症状,归属于定性症状,可能是感染性疾病;对于咳嗽症状,可归属于定位症状,可能是胸部疾病;对于咯铁锈色痰,是一个特征性的定性症状,则考虑大叶肺炎的可能性大;对于伴右下胸痛,又是定位症状,考虑可能是右下叶肺炎。由此,该患者的初步诊断是“右下叶肺炎可能性大”。再比如,某患因“发热、尿频、尿急、尿痛两天”就诊。发热属于定性症状,也考虑感染性疾病;而尿频尿急尿痛是定位症状,该患者初步诊断可考虑“泌尿系统感染”,但若进一步确诊是泌尿系统的哪个具体部位,是什么病原体感染,还需要进一步完善检查来确诊。但在基层,通常结合尿常规结果可以开始经验性治疗。

4. 从个别问题推理诊断法 从个别问题推理诊断法是一种更适合于全科医生在基层接诊的诊断思维方法,以避免漏诊和误诊。患者因多个症状就诊时,全科医生并不首先对症状群进行综合分析和概括,产生先入为主的概念,如采用“胸痛伴吞咽困难”来描述患者重要的症状和(或)体征。而是在总体考虑之前,先从每一个个别症状、体征入手,按照“3s 规则”来分别解释每一个问题。所谓“3s 规则”是指对于每个问题,都应考虑至少 3 种解释,形成单独的鉴别诊断,以便尽可能尽快明确患者的健康问题是否是急性问题,哪些是重要问题、关键问题或是本质问题,以便能及时、正确、妥善地处理,最大限度地避免漏诊和误诊。“3s 规则”不仅仅用于解释产生症状的原因,也用于解释选择实验室检查和各种辅助检查的原因,选择治疗方案的原因以及做出每个诊断的原因。总之,“3s 规则”适合于医师对其做出的每个临床决策的解释。

5. 利用时间帮助诊断 利用时间帮助诊断,是一种“等等看”的策略,利用疾病病程进行预测和诊断的方法。如接诊一名主诉“腹痛、腹泻”的患者,如果没有报警症状或体征,并考虑病毒性胃肠炎的可能性大,我们可以观察和对症治疗 1~2 周后,再判断是否需要考虑其他疾病,进行进一步检查。全科医疗中在遇到处于未分化状态、无法用疾病解释的症状,或者没有特异性诊断方法的疾病,排除了急危重症,可采用这种“等等看”的策略,密切观察症状、体征的变化,连续随访患者,及时修正、补充或确定诊断,以尽早妥善处理。全科医生在基层往往没有为患者进行全面检查和鉴别诊断的条件和设备,因而,在某种意义上讲,全科医疗中的诊断是复杂、困难且富有挑战的。

6. 除外诊断法 在鉴别诊断中,常采用除外诊断法,其也是一种独立的诊断思维方法。通常应用于不能肯定是某种疾病的情况,将可能的原因尽可能全地列出,然后逐一排除,无法排除的疾病作为诊断假设。或者用于间接肯定某病以确立诊断。在基层医疗中,全科医生会遇到的健康问题可能是恶性、危及生命的疾病,或是轻症的小病,或是处于未分化状态、或者是处于生



物、心理、社会交界层面的问题,难以用疾病来解释,这种情况更适合采用除外诊断法,尤其在识别报警症状或体征(red flags),排除恶性疾病或危及生命重要疾病时。如某患者因头痛就诊,可能是由常见疾病紧张性头痛或偏头痛引起,但在临床上必须常规排除恶性高血压,颞动脉炎和蛛网膜下出血等严重疾病,预防医疗风险。著名加拿大家庭医学学者 Anthony S.Dixon 曾讲“作为家庭医师,必须是经常诊断它不是什么,而不是肯定是什么”。

7. 诊断三联征 当今医学领域中,知识更新速度大大加快,医学信息来源十分丰富,人民群众的医疗保健需求也越来越高,这使得工作在基层的全科医生面临的挑战越来越多。全科医生不可能精通所有疾病的诊断,即使专科医师在本学科领域也很难做到。因此,如何识别少见疑难疾病一直是基本医疗工作的难题。国外的学者提出了一个全科医疗中很实用的诊断思维方法,称为诊断三联征(diagnostic triad),值得借鉴。诊断三联征是根据疾病 3 个症状要点,判断患者可能患有某种疾病的可能性,通常在全科医生遇到疑难、少见疾病时使用,为提诊断供线索,避免漏诊,提高安全性。利用该诊断法获得的结论一般不作为初步诊断,而是考虑是否需要紧急处理或立即转诊。诊断三联征并非臆测,或是“想当然”,而是建立在丰富的临床实践和研究基础上的。尽管在学术上对该方法还有一些争议,但在基层医疗中很实用。《Murtagh 全科医学》一书为全科医生提供了一些诊断三联征的例子,见表 6-2,可供临床参考。

表 6-2 Murtagh J 总结的诊断三联征(举例)

序号	诊断三联征	诊断提示	序号	诊断三联征	诊断提示
危及生命疾病			不易辨识潜在疾病:		
1	发热、僵直、低血压	败血症	1	不适感、体重减轻、咳嗽	肺癌
2	发热、呕吐、头痛	脑膜炎	2	发热、肌痛或头痛、干咳	非典型肺炎
3	疲乏、头晕、晕厥	心律失常	3	不适感、盗汗、无痛性淋巴结肿大	非霍奇金淋巴瘤
4	发热、流涎、哮鸣音	会厌炎(儿童)	4	嗜睡、反应性动作迟缓、便秘	甲状腺功能减退
5	头痛、呕吐、意识障碍	蛛网膜下腔出血	5	不明原因发热、心脏杂音、栓塞	感染性心内膜炎
6	腹痛、闭经、阴道异常出血	宫外孕	6	乏力、多关节炎、发热或皮肤损害	系统性红斑狼疮

(资料来源:John Murtagh. Murtagh 全科医学,梁万年主译,北京:人民军医出版社,2010.)

8. 菱形诊断法 菱形诊断法是一个先发散后集中的一个思维过程的形象描述,从一个临床症状开始,尽可能全面地考虑该症状的病因,然后利用伴随症状、体征和(或)辅助检查结果进行除外诊断,获得初步诊断。这种诊断法一般更适合在综合医院应用。

第二节 全科医疗中的临床诊断策略

临床诊断策略(diagnostic strategy)是在一定原则指导下综合运用临床推理和诊断思维程序做出临床诊断的一系列方案集合。由于在基层全科医生常遇到的临床问题多数是不适的症状,而不是严重的疾病。这些不适的症状在很多情况下不能用某种确切的疾病来解释,严重疾病的患病率也低。因此,同样重视科学和人文精神的全科医生与侧重于生物医学的专科医生的临床诊断策略是有差异的。比如,在临床诊断过程中,全科医生常常不是等待完善了所有检查、应用程序诊断法确诊疾病后,再进行治疗。这在专科医生的眼中可能被认为是不科学的,似乎是与专科医学的临床策略背道而驰的。然而,对于处理一过性的、自限性、无法用疾病解释的症状,



全科医学的临床策略可能是更有效的,因为毕竟无论是专科还是全科,我们有着一致的目标,就是妥善处理患者的临床问题,满足患者的健康需要和需求,维护和促进健康。全科医学与专科医学在临床策略上的差异很少是由学科本身的特征所决定的,而是诊疗环境不同带来的结果。

一、全科医疗中临床诊断思维原则

全科医疗中的临床诊断思维原则包括以下九个方面。全科医生在日常诊疗实践中应遵循的首要原则是以人为中心的原则。

(一) 以人为中心的原则

全科医生在临床实践过程中的关注点始终是服务对象,是作为一个整体的人,而不仅仅是疾病或健康问题。如全科医生的关注点是发热的婴儿、想了解性传播疾病的青少年、有膝关节疼痛的搬运工人、腿部骨折的运动员或得了感冒、卒中后偏瘫的老人,而不是发热、人类免疫缺陷病、骨折等。以人为中心的临床诊疗模式是以生物-心理-社会医学模式以及全人照顾理念为指导,在临床诊断过程中,考虑微观世界和宏观世界,了解患者的期望、想法、感受、担忧等,与患者多沟通,共同对诊断方法进行筛选、制订和实施。其基本点是关注患者,了解患者的背景与环境,而且,对健康问题的认识和诊断在多数情况下是基于长期积累的对人的了解。

(二) 假设有病的原则

全科医生在接诊时,无论遇见因何种原因就诊的患者,都应该首先建立一个该患者可能患有某种疾病,甚至是急性、严重疾病的可能,如快速识别胸骨中部压榨性疼痛症状是不是由心绞痛或心肌梗死引起、头痛伴颈强直是不是由脑膜炎引起等,以避免误诊、漏诊,规避医疗风险。全科医生经常要想要做的是排除诊断,而不是确定诊断。强调具备快速识别急危重症的能力,掌握一些危及生命疾病的特异性、典型症状或体征,决策是否需要抢救治疗、紧急处理及立即转诊。

(三) 假设是常见病的原则

全科医生的服务对象是相对固定的人群,是以社区为范围的,全科医生应掌握社区疾病谱及患病率情况。根据该社区的疾病概率,首先考虑常见病多发病。但并不是忽视少见病,诊断三联征为全科医生提供了很好的鉴别少见、疑难疾病的方法。

(四) 假定是器质性疾病的原则

尽管基层全科医生比医院专科医师更有机会接触更多的功能性疾病,但对于健康问题的诊断和鉴别诊断来讲,总是应该首先建立一个可能是器质性疾病的诊断假设。社区通常不具备完善功能性疾病诊断依据的条件,这就需要我们运用协调性、综合性照顾的原则和方法,慎重诊断。出于对生命的尊重和健康的爱护,无论多么谨慎都是不过分的。

(五) 重要疾病优先检查的原则

日常临床诊疗中的重要疾病是指一些危及生命的、恶性的以及急性需要立即处理的疾病,如恶性肿瘤、脑卒中、冠心病、心律失常、严重的感染、儿科、外科与妇科急症等。判断某一症状可能是哪种疾病时,我们一般先列出一个疾病列表,按照可能发生概率的大小进行排序,同时要考虑先行检查重要疾病,尽可能地不漏诊。一旦漏诊,会给患者及其家庭带来无法弥补的损失,难以被人接受。同时也规避医疗风险,减少医疗纠纷。

(六) 一元和多元有机结合的原则

患者就诊的症状常常不是一个,而是多个症状。对于涉及多个器官系统的症状群,可能是典型的,但临床上也常见不典型的症状群,尤其在基层,同病异症或同症异病的情况也是不少见的,我们需要考虑用一元论或多元论来解释。专科医疗通常采用一元论优先的原则,而在基层,建议按照“3s 规则”先从个别问题推理,遵循一元和多元有机结合的原则。



(七) 可能优于肯定的原则

在基层全科医疗中,特别是对于首次就诊的患者,全科医生作出一个肯定诊断是少见的现象,多数是初步诊断、印象诊断、可能的诊断。有时候需要先根据初步诊断制订处理方案,临床诊断并不总是先于临床治疗,这本身就是一种临床诊断策略。临床上,确诊疾病和治疗疾病所需要的临床信息往往有质的区别,而且通常做出治疗决策需要较少的临床信息。而且,如果给予试验性治疗后,如果患者症状缓解,病情好转,可以支持某种疾病的诊断,反之,能排除该种疾病或支持其他疾病的诊断,重构诊断列表。著名家庭医学学者 Crombie DL 和 McWhinney IR 曾指出,诊断未必是临床推理的最终结局。

(八) 从整体观点出发的原则

从整体观念出发是指以生物-心理-社会医学模式为指导,合理运用系统整体论的方法,践行全人照顾的理念,指导临床诊疗工作。其主要表现在以下三个方面:①处理全身和局部关系,对症状的分析先考虑是不是由全身疾病引起的,再考虑可能是局部器官系统的原因,如鼻出血。②同时考虑患者微观世界和宏观世界因素对健康的影响,病史采集内容除主诉、现病史等与疾病相关资料外,还包括个人资料、家庭背景和社会情境等心理社会资料。③患者的健康状况是由并存的多种疾病共同作用的结果,在确认和处理患者现患问题的同时,考虑是否存在其他健康问题或疾病,始终关心患者的健康问题及其疾病发展。

(九) 基于循证诊断的原则

一个典型的门诊全科医疗过程需要 15 分钟时间,全科医生通常需要解决 3 个完全不同的问题。因而,全科医生在忙碌的医疗实践中,临床诊断过程通常以一种“思维定式”为指导。思维定式是一种预先形成的、概念性的和标准的处理临床问题的方式,其形成于院校教育毕业前后的早期临床训练过程,并在之后的长期临床实践中,通过临床经验的积累、专家的指导、与同行的交流等在持续的职业发展不断地被优化。将循证医学的理论和方法运用到临床诊断过程中被认为是一种科学、定量的临床推理和诊断思维方法,循证诊断(evidence-based diagnosis)可以帮助我们定量地分析疾病发生的可能性,选择诊断性试验并解释检查结果,有助于提高诊断质量和效率。尽管目前其在基层医疗中应用还有很多局限性,但将现有最佳证据、临床经验与患者的需求和意愿有机结合以提供最佳的临床决策是全科医生应始终坚持和追求的重要原则之一。循证诊断过程的 4 个重要组成部分为:①患者的问题,如“对于某种疾病,诊断试验 A 比诊断试验 B 更有效吗?灵敏度和特异度是多少?”,“诊断试验 C 可以进一步明确某种疾病的诊断吗?”。②查找可以回答该问题的最佳证据。③评价诊断试验真实性、重要性,估计其临床应用的适用性。④决策是否可以将某个真实、重要的诊断试验应用于具体的患者,考虑其是否可获得,是否可支付得起、是否准确等。

二、全科医疗诊断思维三阶段模型

研究显示,在基层医疗实践中,全科医生在实际工作中的诊断程序并不总是按照传统教科书中所描述的采集病史、体格检查、归纳和分析临床资料后列出需要解决的临床问题、形成诊断假设、鉴别诊断、选择实验室和辅助检查来验证假设、进一步搜集和分析临床资料、作出最终诊断的步骤进行。通常在问诊的早期就形成了诊断假设,并在假设-演绎推理中指导后续的病史采集和体格检查。C Heneghan 和 P Glasziou 等英国全科医学学者提出了一个适合全科医生日常诊疗实践中使用的诊断思维三阶段模型(图 6-2),每个阶段运用一种或多种不同的临床推理方法。首先,建立初步诊断。在问诊初期,通常采用现场即刻诊断法、自我诊断、列出主诉和模型识别方法建立初步诊断假设。然后,验证、修正诊断假设。采用限制性除外诊断(Murtagh 诊断策略)、定位和定性归缩诊断逐步验证、概率推理、模型识别验证诊断、临床预测规则等策略和方法验证诊断假设,修正诊断。最后,确认最终诊断。对于某些疾病,如痤疮,若在第一阶段能够

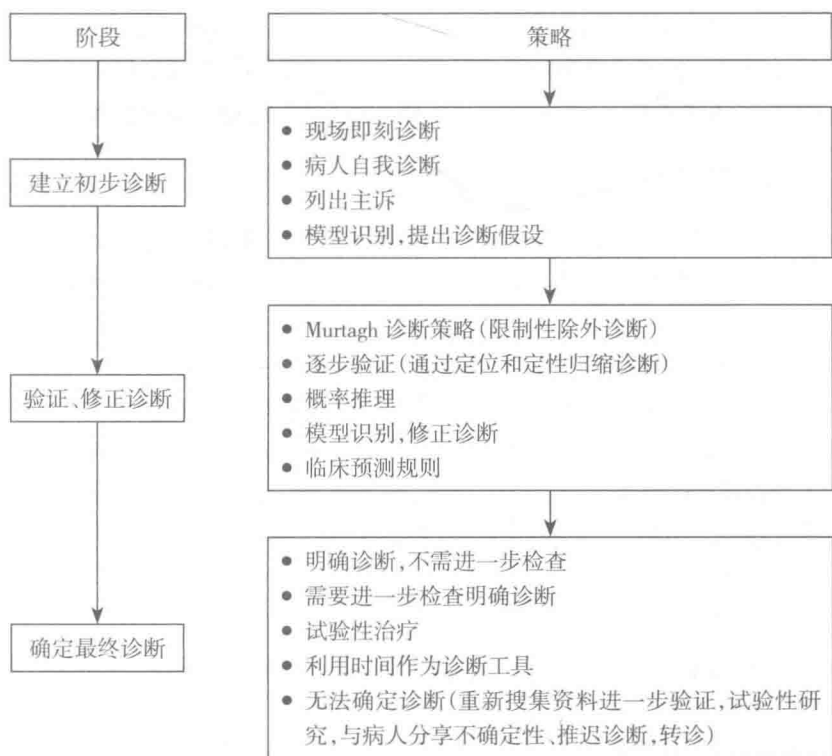


图 6-2 全科医疗诊断思维三阶段模型

基本确定诊断,可以跳过第二步,直接确诊。国外研究显示,在全科医疗中,不需要进一步检查,能明确诊断的病例不足 50%,大多数病例需要通过进一步检查、诊断性治疗以及“等等看”策略,利用时间帮助诊断以确诊。对于仍不能诊断的病例,一般可选择以下策略:重新搜集资料进一步验证,试验性研究,与患者分享不确定性、推迟诊断,转诊至上级医院。针对具体的临床病例,一般不能通过单一的推理方法获得可靠的结论,往往需要综合运用多种临床推理方法,形成一定的临床诊断策略或诊断思维程序,来明确诊断。

三、Murtagh 安全诊断策略

从某种意义上讲,学习知识要比培养技能更容易,特别是在临床上遇到相互矛盾的或者是两难的问题需要解决的时候。临床医生在每天的医疗实践中面对的临床问题千变万化,充满了不确定性。全科医生作为居民健康的“守门人”面对更多的挑战,需要处理更多的不典型、非特异的症状或症状群,早期识别严重的、危及生命的疾病并及时转诊,保障医疗安全和质量,规避医疗风险。为此,澳大利亚著名家庭医学专家 John Murtagh 根据其多年的临床经验和理论研究结果,提出了一种适合全科医生、被普遍采用的、简单的安全诊断策略,多用于初步诊断常见病,尽快识别急性、严重的、危及生命的疾病,分析并判断是否可能有导致某种症状、症状群、体征的容易被忽略或遗漏的疾病。可供我们学习和借鉴。Murtagh 安全诊断策略的基本诊断思维包括以下 5 个自问自答的问题。

(一) 具有这种症状和体征的常见疾病有哪些

首先列出引起某种症状的常见疾病有哪些,然后搜集分析临床资料,提出诊断假设。这与假定有病以及假定是常见病的原则一致。常见病的列出主要依据医生的医学知识、临床经验、研究证据、患者资料以及社区患病率等流行病学资料的了解。

(二) 有没有重要的不能被忽略的疾病

该问题与假定是器质性疾病以及重要疾病优先检查的原则相一致,主要依靠医生的临床经



验和判断。刻画诊断法、诊断三联征等都是有益的思维方法。在临床上,医生应注重总结、积累来自自己和他人的临床经验,结合患者的实际情况,并不一定都是“三联征”,也可以是“四联征”或“五联征”,以帮助快速评估,任何时候都是可能优于肯定,避免危及生命的、重要的疾病漏诊和误诊。

(三) 有没有容易被遗漏和忽略的疾病

重点针对不会危及生命的、轻症的疾病,也包括重大疾病的危险因素。这些健康问题、不适症状和疾病一样困扰患者,同样不能漏诊或忽视。如吸烟引起的腹痛,微量元素缺乏、经前综合征、围绝经期综合征等。

(四) 患者是否患有潜在而常有许多共同特征的疾病

针对多个症状,常常不典型,少有阳性体征的情况,患者可能患有重要疾病,也可能是轻症的小病、容易被忽略的潜在疾病。临床上需要考虑用一元论或多元论来解释,主要的、可能的疾病是什么,还有没有其他的原因等。John Murtagh 医生在《Murtagh 全科医学》中介绍了 7 种主要的潜在疾病,可供借鉴:①抑郁症;②糖尿病;③药物滥用;④贫血;⑤甲状腺和其他内分泌疾病;⑥脊柱疾病;⑦尿道感染。

(五) 患者是不是有什么话还没有说

患者可能有意或无意隐瞒或忽视一些症状,这种情况常可能与精神心理问题、性问题、药物滥用问题、家庭与工作背景因素等相关。与患者建立良好的、长期的、稳固的医患关系,尊重、关心、同情患者,了解患者,以及从整体观点出发的思维原则的合理运用等均有助于患者的表达,为临床诊断提供有益的线索。

四、全科诊疗中诊断思维与其他专科医疗的不同

加拿大学者 McWhinney IR. 曾指出,全科医疗中的临床诊断思维与其他专科医疗的不同主要体现在以下几个方面。

1. 由于全科医生处理的疾患常常处于疾病早期,因而,其所能寻找到的线索较少并与其他专科医疗不同。

2. 全科诊疗的病史采集,需要同时考虑生物学因素以及患者的心理行为等背景因素,患者的知识和家庭背景在全科医疗建立诊断假设过程中起重要作用。

3. 由于全科医疗中疾病发生率和患病率与医院不同,因而最初的诊断假设或临床问题列表的排序均可能不同。

4. 当全科医生诊断尚未分化疾病时,通常不能像已经出现明显症状和体征时,做出一个明确的疾病诊断。

5. 由于寻找线索主要基于诊断假设,因而全科医生的诊断策略通常不同于其他专科医疗。

6. 由于全科医生比较熟悉患者的病史和背景,因此,很少采用其他专科医疗中常规的诊断策略。

7. 关于诊断的目标 对于自限性疾病,全科医疗中诊断的目的是排除严重疾病,因此通常采用除外诊断法除外急危重症即可,而不是获得确切的临床诊断。对于其他的疾病,全科医疗中诊断的目的可能是确定是否需要转诊,对于转诊的病例,同样不需要在全科医疗中明确诊断。

8. 由于全科医疗具有连续性特点、全科医生与患者间建立了长期良好的医患关系,全科医生更熟悉患者的病史,能及时感知临床问题的微妙变化,通常在明确症状并非由严重疾病所致之后,允许安排随访观察,利用时间作为诊断工具。

9. 由于全科医疗中诊断的目标与其他专科不同,同一检查结果在不同诊疗环境中其验证假设的临床意义是不同的。

全科医学临床思维方法是科学的、辩证的,如何运用临床思维方法是艺术。我们重视临床



思维方法的掌握和正确运用,可以帮助全科医生少走弯路,提高服务质量和效率。更为重要的是,临床问题的妥善解决不是单一的临床思维及其方法运用的结果,是高尚的职业道德、可信临床资料的搜集、渊博的专业知识、娴熟的技术技巧、丰富的临床经验、最佳的外部研究证据与正确的临床思维综合作用的结果,准确的病史采集和娴熟的体格检查技能在全科诊疗中尤为重要。

(王 爽)

参考文献

- [1] Robert E. Rakel, David P. Rakel 著. 全科医学. 曾益新译. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2012.
- [2] Arroll B, Allan GM, Elley CR, et al. Diagnosis in primary care: probabilistic reasoning [J]. J Prim Health Care. 2012;4(2):166-173.
- [3] John Murtagh 著. Murtagh 全科医学. 梁万年译. 北京:人民军医出版社,2010.
- [4] Mcwhinney IR. Decision making in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners Occasional Paper, 1980, 53(10):31-33.
- [5] Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. Diagnostic strategies used in primary care. BMJ, 2009, 338(7701): 946.
- [6] Dixon AS. 'There's a lot of it about': clinical strategies in family practice. J R Coll Gen Pract, 1986, 36(291): 468-471.
- [7] 孙宝志. 临床医学导论. 第3版. 北京:高等教育出版社,2008.
- [8] Andrew Polmear. Evidence-Based Diagnosis in Primary Care: Practical Solutions to Common Problems. Butterworth Heinemann Elsevier, 2008.

第七章 全科医疗中的医患关系与伦理学问题

第一节 全科医疗中的医患关系

一、医患关系概述

(一) 医患关系的概念

医患关系(doctor-patient relationship)是指在医疗实践活动中所产生的人际关系。医患关系的概念有广义和狭义之分。广义的医患关系是指以医生为主体的与从事医疗活动有关的“医方”群体,同以患者为主体的与求医行为有关的“患方”群体之间的人际关系。“医方”既包括医生、护士、药师、技师等医务人员,也包括医疗机构及其行政人员、后勤人员等;“患方”不仅包括患者本人,还包括患者的亲属、监护人等关系人。狭义的医患关系是指医生与患者之间形成的人际关系。本章所指的医患关系是狭义的医患关系。

(二) 医患关系的内容

根据与医疗技术实施有无关系,医患关系可分为技术关系和非技术关系。

1. 技术关系 是指医生依靠医疗技术向患者提供诊断、治疗、预防、保健、康复等具体医疗活动中形成的互动关系。技术关系是医患关系最基本、最主要的表现形式,是非技术关系产生和形成的基础。

2. 非技术关系 是指医生与患者在诊疗过程中因思想、情感、心理、社会、伦理、法律等诸多非技术因素而构成的互动关系。非技术关系主要包括道德关系、价值关系、情感关系、经济关系和法律关系等。

(1) 道德关系:人际关系需要一定的道德原则和规范来约束。医患关系属于一种特殊的人际关系,更需要医患双方遵循一定的道德规范。作为医生,应具有高尚的道德修养、崇高的敬业精神,并关心、爱护和尊重患者,同时注意保护患者的隐私;作为患者,应向医生如实提供自己的病情,配合医生的诊疗工作,遵守医院规章制度,尊重医务人员及其劳动,自觉维护正常的诊疗秩序。

(2) 价值关系:医患双方通过诊疗活动体现或实现各自的价值诉求,从而形成一定的价值关系。医生通过医学知识和技术为患者提供医疗服务,得到患者和社会的认可与尊重,实现自身价值;患者通过接受诊治而减轻痛苦、延长生命、恢复健康,从而更好地承担和完成一定的社会角色。

(3) 情感关系:医患双方围绕诊疗活动实现各自价值的过程中,会形成一定的情感关系。患者因为疾病往往感觉身体不适、心理负担加重、情绪低落,在情感上希望得到医生的关怀和帮助,从而增强自己战胜疾病的信心;医生也希望在情感上获得患者的理解与认可,以便更好地为患者服务提供精神动力。良好的医患关系,能够增强医患双方的相互信任,有利于疾病的诊治和康复,甚至在情感上使医患双方成为良师益友。

(4) 经济关系:医疗活动是一种特殊的经济活动。医患关系是在医疗活动中产生的,是为满足医患双方各自需要而形成的一种利益关系。在这种关系中,医生通过医疗活动付出一定的体力和脑力劳动,从而获取正当的劳动报酬;患者因接受医疗服务而支付一定的费用。

(5) 法律关系:随着社会的发展和医学的进步,医患关系不仅依靠道德的约束和规范,医患



双方也必须在法律约束的范围内行使各自的权利并履行相应的义务。就患者而言,从挂号开始,便与医方建立起契约关系,受相应法律、法规的保护和监督,如果患者权益受到损害可以依法追究医疗机构及其医务人员的责任;就医生而言,其权利和义务同样受相应法律、法规的保护和制约,如果医生的权益受到损害,也同样可以寻求法律途径解决。

(三) 医患关系的特征

1. 双方目的的同一性 医患双方的目的是一致的,即最大限度地恢复健康。医患关系是围绕患者的诊疗活动建立起来的人际关系,在这一关系中,医生的目的是解除疾病给患者带来的痛苦,恢复其健康;患者的目的也同样如此。因此,医患双方的目的具有同一性,也是医学的目的所在。

2. 双方利益的一致性 在诊疗过程中,医生通过良好的医疗服务为患者减轻痛苦、恢复健康,从而获得其经济收入,并满足一定心理和精神需求,实现人生价值;患者通过接受医生的服务而减轻痛苦、重获健康,使其可以履行一定的家庭和社会角色,实现人生价值。

3. 双方信息的不对称性 医学是一门专业性强、技术含量高、知识更新快、风险程度高的学科。只有经过长时间不断的专业学习和临床实践,并通过国家统一组织的医师资格考试,完成执业医师注册,方能成为真正意义上的医生,因此,客观上使得医生掌握了大量的医学信息。而对于寻求医疗服务的患者而言,即使通过读书、网络或专家咨询等获得相关的医学信息,也不能与医生掌握的医学信息相匹配,而成为信息劣势的一方。

4. 医疗过程的互动性 疾病的治愈或健康的恢复需要医患双方共同努力,仅依靠一方难以实现这一目标。医生因诊疗疾病所开具的检查、化验或施行的技术操作需要得到患者的认可与配合,以确保患者的健康利益最大化。反之,如果医生不积极地对患者所患疾病进行系统的诊断和治疗,或者患者拒绝执行医生的医疗处置,就很难实现最佳医疗效果。

(四) 医患关系的模式

目前,国内外学者广泛认可的是 1956 年美国学者萨斯(Szasz)和荷伦德(Hollender)在《内科学成就》中发表的《医患关系的基本模式》中提出的医患关系模式,即主动—被动型、指导—合作型和共同参与型(表 7-1)。

表 7-1 萨斯-荷伦德医患关系模式表

模式	医生地位	患者地位	适用对象	类似关系
主动-被动	绝对权威	被动接受诊疗	无关系人照护的休克昏迷、急诊重度外伤及意识丧失的患者	父母与婴儿
指导-合作	指导作用	主动配合诊疗	意识清醒的急性期、感染期患者	父母与青少年子女
共同参与	帮助作用	积极参与诊疗	慢性病、心理疾病及有一定医学知识的患者	成人与成人

1. 主动—被动型 是一种传统的医患关系模式。其特征是医生在诊疗过程中起主导作用,是绝对的权威,患者只能被动接受医生的诊治。这种模式适用于无关系人照护的休克昏迷、急诊重度外伤及意识丧失的患者。

2. 指导—合作型 是现代医患关系的一种基本模式。医生起指导作用,患者在接受医生诊疗方案和意见的情况下发挥自身的主动性,从而提高疗效、恢复健康。此种模式的适用对象往往是意识清醒的急性期或感染期患者。

3. 共同参与型 是现代医患关系模式的一种发展趋势。其特点是患者不再被动接受诊疗,而是积极的参与者,包括积极协助医生作出正确诊断、制订和实施治疗方案、密切跟踪反馈治疗效果等。慢性病、心理疾病及有一定医学知识的患者一般适用于这种模式。

学
习
笔
记



二、全科医疗中良好医患关系的建立

(一) 建立良好医患关系对全科医疗的重要作用

1. 良好的医患关系是做好全科医疗服务的基础 全科医疗服务具有基础性、持续性、个体化、综合性和协调性的特点,其服务内容贯穿于人的全生命周期,并着重关注特定阶段的特殊生理、心理、家庭和社会方面的健康问题。这一特点就决定了全科医疗不同于专科医疗的形式,不仅要解决患者的当前健康问题,还要注重探寻当前健康问题与其既往疾病和生活习惯的联系,从而找到更为恰当的干预措施。因此,全科医疗服务内容的实现,必须建立在良好医患关系的基础上。

2. 良好的医患关系是全科医生可以调动的有力资源 全科医生在社区医疗服务中往往扮演着一个“多面手”的角色,既是疾病诊疗、健康维护、病患照顾和全方位健康管理的医生,又是疾病危险因素早期筛查、促进健康生活方式形成的教育者;既是社区医疗卫生资源的“守门人”,又是社区医疗卫生保健工作的管理者;既是实现社区与各级各类医疗保健机构双向转诊的沟通者,又是建立社区健康档案与社区健康网络的组织协调者。这些角色的实现,都需要全科医生调动其良好的医患关系资源,动员大家参与到健康维护与健康促进的工作中,从而带动整体健康水平的提高。

3. 良好的医患关系有利于促进全科医疗的健康发展 良好的医患关系能够促使全科医生关心患者,热爱本职工作,产生强烈的成就感和满足感,成为有效调动全科医生工作积极性的内在动力,使其业务技能和服务水平不断提高,进而推动全科医疗事业的发展。同时,良好的医患关系也能够促使广大服务对象关注全科医生的工作,关心全科医疗的发展,为全科医疗工作的不断改进和完善建立坚实的群众基础。

(二) 全科医疗中建立良好医患关系的有效途径

1. 具备良好的职业素养 全科医生的职业素养与其世界观、人生观、价值观、道德修养、医疗能力以及对职业和生活的态度等因素密切相关。全科医生应重视生命、尊重生命,并富有同情心和爱心,对待患者反映的健康问题持亲切、关怀、真诚与负责的态度,善于理解患者的愿望并尽可能地给予帮助和解决,从而建立良好的医患关系。相反,全科医生如果对患者的健康问题漠不关心、得过且过,则会降低信任度,甚至引发医患矛盾。

2. 提供优质、高效的服务 全科医疗工作的“产出”是由患者满意度来衡量的,而患者满意度是通过全科医疗服务过程实现的。全科医生应在学校教育的基础上积极参加继续教育,如专业培训、学术交流与研讨等活动,加强与国内外同行的交流学习,不断提升自己的业务知识和技术水平,才能为患者提供更为优质和高效的诊疗服务,增强患者的信任,使患者乐于得到全科医生的帮助和指导,从而有效促进和谐医患关系的建立。

3. 建立充分、有效的沟通 良好医患关系的建立与全科医生的沟通能力和沟通技巧密切相关。全科医生要注重沟通能力的培养,平等对待患者,尊重患者的人格,更多地站在患者角度理解患者的痛苦和不适,真诚地帮助患者解决问题。在与患者沟通的过程中,全科医生应认真听取患者对健康问题的叙述,并使用关心、支持、安慰、鼓励和劝导性语言,增强患者战胜疾病的勇气和信心。同时,全科医生也要注意沟通技巧的学习和使用,针对不同的患者、不同的健康问题采取不同的语言和非语言沟通技巧,以达到事半功倍的效果。

4. 坚持患者利益至上的服务理念 时刻把患者利益放在首位是全科医疗中“以患者为本”这一理念的最佳体现。全科医生通过提供与健康相关的服务来获得报酬,但不能为了获得更高的经济利益而损害患者的利益。此外,除健康服务以外需要患者或居民配合的社区工作,要考虑对方的意愿,并建立在知情同意基础上。只有树立患者利益至上的服务理念,才能使全科医疗的医患关系更加良好而长久。



5. 树立良好形象、身体力行 全科医生自身的良好形象能起到榜样的作用,运用自身生动事例来教育人、影响人,能够弘扬正确价值取向,增强教育的实效性和感染力。全科医生要身体力行,养成良好的生活方式和习惯,增强患者对全科医生的信任与敬佩,从而有利于良好医患关系的建立和维系。

(三) 全科医生人文素质的培养

人文素质是一种基础性素质,其内涵丰富,是包括知识、信仰、艺术、道德、法律、习俗在内的一个复杂的整体。人文素质对一个人的道德素质、身心素质和专业素质的养成与提高具有较强的影响力和渗透力。

全科医生在学习专业知识和专业技能的同时,还要注重学习人文知识,培养人文精神。首先,全科医生要培养良好的思想道德素质,积极倡导并践行新时期下“富强、民主、文明、和谐,自由、平等、公正、法治,爱国、敬业、诚信、友善”的社会主义核心价值观;其次,通过对中外文学、史学、哲学及艺术等优秀传统文化的学习,不断提高审美修养和哲学修养,提升自己的精神境界;第三,全科医生在钻研医学知识的同时,还要加强心理学、生物学、伦理学、法学等与医学相关学科知识的学习,建立广博、坚实的知识基础。

人文素质的培育是一个长期的过程,全科医生只要坚持不懈,努力学习,一定会更好地促进全科医疗事业的不断进步和全面发展。

第二节 全科医疗中的医患沟通

一、沟通概述

(一) 相关概念

沟通(communication)一词在西方是由拉丁文 communis 演变而来,原意是分享和建立共同的看法;在我国,沟通是指使两方能通连。虽然东西方对沟通的释义不尽相同,但其核心都是指双方之间信息传递、理解互动的过程。

人际沟通(interpersonal communication)是指人们为实现一定的目的,通过一定渠道,交流思想、感情和知识等信息的过程。简单地说,人际沟通就是转移信息的过程,就是人与人之间信息的传递与互动。

(二) 沟通的要素

根据 Hein 1973 年提出的理论,沟通的基本要素包括信息背景、信息发出者、信息、信息传递渠道、信息接收者、反馈六个要素。

1. 信息背景(information background) 是指沟通发生的环境,包括地点、周围条件等,沟通的时间及沟通参与者的个人特征,包括知识水平、经历、文化背景及心理特点等。

2. 信息发出者(message sender) 是指把自己的思想、情感、知识等信息传递出去的一方。

3. 信息(message) 是沟通的具体内容,是个体思想、背景、态度、个性、知识、行为模式和价值观的表现形式,包括语言性信息和非语言性信息。

4. 渠道(route) 是指信息传递的手段、方式、途径或通道,是信息由一方传递给另一方所经过的路径。

5. 信息接收者(message receiver) 是指接收信息的一方。只有当信息接收者接收了信息发出者发出的信息,才能形成有效沟通。信息接收过程包括接收、解码和理解三个步骤。信息接收者和发出者常常互换角色。

6. 反馈(feed back) 是指信息接收者接到信息后的反应和回馈,是信息发出者和信息接收者之间相互反应的过程。反馈是沟通的重要组成部分,通过反馈可以评价沟通的有效性。



在全科医疗的医患沟通中,无论是医生作为信息发出者,患者为信息接收者(如健康指导、健康讲座等);还是患者为信息发出者,医生为信息接收者(如患者主诉病史等)。医患双方都需要在发出信息后注意接收对方的反馈,不断实现沟通角色的互换,最终达到解决健康问题的目的。以社区健康咨询过程为例展现沟通构成的要素(图 7-1)。

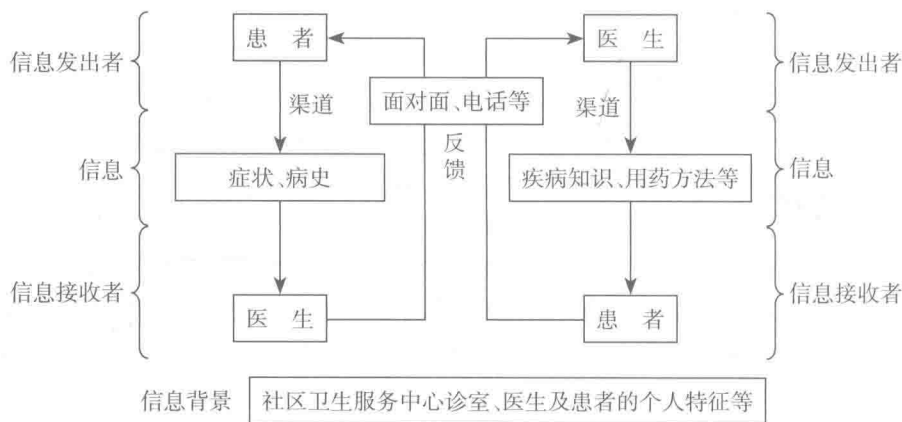


图 7-1 社区健康咨询过程中的沟通要素示意图

(三) 沟通的基本原则

一般来说,充分有效的沟通必须遵循沟通的基本原则。

1. 诚信 是建立良好人际沟通的前提和基础。全科医生在工作中一定要抱着真诚的态度与对方沟通,并以对自己的许诺或达成共识的事情,做到言必信、行必果,为再次良好而有效的沟通奠定基础。

2. 平等 在全科医疗中,平等包含两方面含义,一方面是全科医生与社区居民地位和关系上的平等;另一方面是全科医生对待不同的服务对象时要一视同仁、平等相待。

3. 尊重 尊重分为自尊和他尊,在尊重自己的同时,也要尊重他人。在沟通过程中,如果你充分尊重对方,自然会获得来自对方的尊重,从而使双方产生共鸣,建立融洽的关系。

4. 移情 即沟通双方设身处地站在对方的角度,通过认真的倾听和提问,理解对方的感受,并以正确的方式把这种感受传达给对方。

5. 理性 是指沟通双方能够客观、理智地了解、认识和分析沟通的内容,避免情绪化和非正常思维带来的干扰。全科医生要学会控制自己的情绪,清醒地思考问题,以便达到充分有效的沟通效果。

6. 慎言 沟通的语言既可“治病”,也可“致病”。沟通过程中,要慎重对待自己的言辞,避免使用自大、夸张、批评、责备、抱怨和攻击性的语言,避免触及对方隐私,避免口无遮拦、喋喋不休。

(四) 影响沟通的因素

影响沟通的因素既包括沟通方式、沟通地点、沟通环境等外在因素,又包括沟通者表达能力、理解能力、身体状况、心理特征、情绪状态及个人修养等内在因素。这些因素的条件状况往往决定沟通的成败。

1. 沟通方式 也就是前面所叙述的沟通渠道,其形式多样,而且不同的沟通方式往往解决不同的问题。以全科医疗中医患沟通方式为例,其优缺点和适用范围见表 7-2。

2. 沟通的地点与环境 在进行人际沟通时,不同的沟通地点往往会产生不同的沟通效果。沟通环境指沟通双方所处地点周围状况和情境,往往与沟通地点密切相关。

如全科医生在诊室对居民进行问诊时,场合比较正式,空间相对封闭,有利于患者表述自己的真实感受及个体隐私;在社区街道,流动人群较多,不宜谈及过多私密话题;在对社区居民进



表 7-2 全科医疗中常见的沟通方式、优缺点及适用范围

沟通方式	优点	缺点	适用范围
大众传媒(如电视、广播、报纸等)	覆盖面广,易解决居民“知”的问题	缺少居民“信”和“行”的反馈	适合人群间共性健康问题的指导或解决
面对面交谈	可实现一对一交流,利于信息的传递,易达到完全互动	对沟通双方时间要求严格,效率低	适合所有全科医疗对象个性化的健康问题的解决
电话沟通	可实现一对一交流,实现互动,方便快捷	不能传递眼神、表情等非语言信息	适合无听力障碍人群的个性化健康指导
健康讲座	易实现居民健康知识的宣教和普及	居民反馈少,难以解决个性化的健康问题	适合某特定区域有共同健康需求人群
新媒体(如 QQ、微博、微信等)	兼具大众传媒和个体沟通两种功能	对网络、智能手机等不熟悉的人群难以实行	适合人群间共性及个性健康问题的指导或解决

行家庭访视时,环境相对安静、氛围融洽,容易与受访者拉近心理距离,可就居民存在的健康问题进行较为细致的沟通和探讨,也利于唤起其他家庭成员对其健康状况的关注;在社区举办健康讲座时,能够促使社区居民对普遍、共性的健康问题产生共鸣。

3. 沟通双方的表达和理解能力 这一因素与沟通者的家庭环境、成长环境、受教育程度、社会接触及个人努力程度等密切相关。一般来说,家庭氛围融洽、成长环境和谐、受教育程度高、社会接触广并不断完善自我的沟通者具有较强的表达能力和理解能力,更容易获得良好的沟通效果;反之,对于单亲或家庭氛围长期紧张、成长环境封闭、接受教育贫乏、社会接触面窄且对自我要求低的沟通者,表达能力和理解能力相对欠缺。

4. 沟通双方的身体、心理及情绪状态 沟通双方身心放松、情绪稳定,能够使所表达的内容更加系统、清晰和明确,有利于信息的有效交流。如果沟通的一方或双方存在身体不适或心情焦躁、不安、愤怒等负面情绪时,沟通效果就会大打折扣。医患沟通中,医生沟通的对象通常是处于生理或心理的不适状态,这就对全科医生的个人素质与沟通能力提出了更高要求。

5. 沟通者的个体修养 是指基于个体心理特征基础上的人的综合素质的体现。一个人能力、气质、性格及品德修养对沟通效果起着举足轻重的作用。性格乐观、态度积极、心胸豁达的人往往能够结交更多的朋友,赢得更多的信任,也更容易与他人进行充分有效的沟通。而品质低劣、性格孤僻、多疑、自卑、嫉妒等,都会阻碍人际沟通的有效进行。

二、全科医疗中医患沟通的技巧

医患沟通(doctor-patient communication)是指在医疗卫生和保健工作中,医患双方围绕疾病诊疗、预防、保健、康复等主题,以患者为本,以医生为主导,对各种信息进行全方位分析和多途径交流的过程,以达到维护健康、促进医学发展和社会进步的目的。全科医疗服务中,良好而有效的医患沟通可以科学地指引医生更好地为患者提供优质的医疗卫生和保健服务。

全科医疗中的医患沟通技巧可分为语言沟通技巧和非语言沟通技巧。

(一) 全科医疗中的语言沟通技巧

1. 运用得体的称呼语 称呼语是语言沟通的开始,全科医生恰如其分地使用称呼语会给患者良好的第一印象,为后续的沟通奠定相互尊重和信任的基础。医生要根据患者性别、年龄、身份、职业等特征的不同而使用不同的称谓,力求尊重为先,恰当自然。对年长者,可尊称为某叔叔、某阿姨等,对年轻者可称为小刘、小李等,以示尊重,但不宜以就诊号、床号取代称谓。全科医生对经常接触或长期接受全科医生健康照顾的患者,可以直接称呼为“老某”“小某”等,以拉近医患之间的距离。



2. 营造和谐的沟通氛围 全科医生对就诊患者首先要以微笑迎接,然后热情招呼其坐下,并握手或点头表示对其尊重,消除其紧张不安的情绪。交谈之初,可以“言它式”开场,避免直入主题。如以天气或居民小区最近关注的话题入手,过渡到对患者的病情的询问。此外,全科医生应尽量保持诊室环境的整洁、安静,避免接打电话、随意走动及闲杂人等进入,干扰沟通过程。

3. 主动倾听,积极反馈 倾听是全科医疗中医患沟通的一种重要手段,可以使患者感受到医生的尊重和理解,便于患者向医生传递自身的健康信息和真实感受。全科医生在与患者沟通时应该与对方保持目光的接触,集中精力倾听其叙述,仔细观察其面部表情和肢体语言,以正确“阅读”所传递的信息,给予适时反馈。在倾听的过程中,医生一方面要善于采用认同和表扬的语言鼓励对方进行叙述;另一方面也要以“是这样啊”“接下来呢”“我可以理解”等话语积极回应对方,并根据需要重复对方所叙述的重要信息,避免信息的缺失及合作态度不主动。

4. 形象化表达医学术语 全科医生的语言既要准确、简练、条理分明,又要使患者容易理解和接受。因为医患双方存在着医学信息、理解能力、受教育程度等因素的差异,所以全科医生在与患者沟通的过程中,应该尽量使用通俗易懂的语言,避免医患之间产生误解,影响沟通效果。在不得不使用深奥难懂的医学术语时,医生可以借助图片、模型、影像等资料加以释疑,必要时可以采用比喻、类比等修辞手法给予形象化说明,使对方充分理解和接受所要表达的内容。

5. 从患者角度看待问题 全科医生要根据不同患者的特点,采用不同的沟通方式,其核心就是换位思考。全科医生面对的患者各异,每个患者所反映的健康问题千差万别,即使同一患者同样的健康问题,也会因时间的不同而可能采取不同的诊疗方案。这就要求全科医生要站在患者的立场来看待所反映的健康问题,掌握该问题所导致患者身体和心理的变化,探究其与患者健康相关的家庭因素、生活事件及人物之间的关系,从而从根本上采取有效的针对性措施加以解决。

6. “开放式”与“封闭式”提问相结合 开放式提问的回答范围没有限制,有利于患者开拓思路,充分、主动、自由地表达自己的观点和真实想法。如在了解患者的感受或者询问病情时,常采用开放式提问“您最近身体有什么不舒服吗?”“您与家人相处的如何呢?”等;封闭式提问将应答限制在特定范围内,患者回答的选择性小,甚至只能用简单的“是”“不是”“有”“没有”来回答。此外,全科医生是交谈的主导者,在让患者充分表达自己的想法和要求的同,也要注意引导交谈的方向,使交谈流畅有效。如果已经充分获得患者疾病的某些信息,患者仍然滔滔不绝,可以适时提问转移话题。

7. 使用适宜的语气、语调和语速 语气有肯定、陈述、疑问、感叹等,能够体现交谈者情感和态度。全科医生的语气应该亲切自然,对患者充满关爱,适时地使用恰当的语气。语调即说话的腔调,就是声调高低、抑扬轻重的配合和变化。对同一事情的阐述,语调不同往往传递的情感也不同,全科医生应该善于使用不同语调间的控制和转换,既不能从头到尾都是平的,使患者感觉枯燥乏味,又不能一味应用过高的语调,令人反感。语速是指说话的速度。全科医生的语速应该急缓适宜、停顿适当,以更好地吸引患者的注意力,使其更易接受和吸收全科医生所表达的信息。

(二) 全科医疗中的非语言沟通技巧

全科医疗中的非语言沟通技巧主要包括以下几个方面。

1. 衣着得体 衣着就是指人的穿衣打扮,可以展现出一个人的整体精神面貌。全科医生的衣着应该干净、整洁、得体。当与患者初次接触时,全科医生的衣着是患者对其进行判断的重要依据。如果其衣着表现符合患者的心理预期,则会降低患者的焦虑情绪,给患者良好的第一印象。反之,则会降低患者对全科医生的信任和期待,进而影响沟通质量。

2. 正确理解和表达面部表情 面部表情是人类情绪、情感的外在表现。全科医生一方面要善于“读懂”患者面部表情所传递出的信息,另一方面也要以合适的面部表情反馈给患者。当患



者叙述疾病痛苦、眉头紧锁时,医生应该神情专注,微微点头,表示理解;当患者情绪轻松、如释重负时,医生应该面带微笑,与其分享快乐。

3. 善于运用眼神传递信息 眼神是非语言沟通的重要渠道,正确理解患者眼神传递的信息并附以恰当眼神及时反馈,对医患沟通尤为重要。全科医生与患者保持目光接触,有利于鼓励患者继续讲述病情。目光坦诚,充满仁爱,能够增强患者信任,拉近医患心理距离。但应该注意,不宜一直盯着患者眼睛看,也不能目光游离或斜视患者,而应注视患者面颊下部,以使对方感到尊重和重视。

4. 运用恰当的身体姿势 身体姿势能够反映双方的心理及情绪状态,也可以体现双方的态度和意愿。在患者叙述时,全科医生可以适当与对方缩小距离,上身微微前倾,以表示愿意倾听;在患者讲话迟疑,有所顾虑时,全科医生可以握手或拍肩以表示关怀,并愿意为其保密。

5. 保持合适的交谈距离 全科医疗中,医患双方的交谈距离因医患关系及场合的不同而不同。一般来说,全科医生与患者应该成一定角度而坐,间隔 0.5~1.0 米,并避免面对面直视,从而便于双方目光自由接触和分离,而不致尴尬和压迫感。此外,全科医生也要根据文化、地区、民族和风俗习惯的不同,而采取不同的医患交谈距离,以便对方接受。

6. 营造和谐的沟通环境 沟通环境能够影响全科医疗医患双方的心理及情绪状态,甚至决定沟通的成败。在医患沟通过程中,要做到沟通环境通风良好、光线柔和、整洁安静,并尽量做到一医一患,以更好地保护患者隐私,达到良好的沟通效果。

第三节 全科医疗中的伦理学问题

一、医学伦理学概述

(一) 基本概念

1. 伦理(ethics) “伦”本义为辈分、人伦,我国古代有“五伦”之说,引申为人与人之间的关系;“理”本义为玉石的纹理,引申为规律和规则;“伦理”二字连用就包括了外在的规范和人际关系的规律两层含义。

2. 道德(morality) 是人们在社会生活实践中形成并由经济基础决定的上层建筑,以善恶作为评价标准,依靠社会舆论、传统习俗和内心信念,用以调节人际关系、人与自然关系,并追求自身人格完善的心理意识、原则规范、行为活动的总和。

3. 伦理学(ethics) 是一门以道德为研究对象的学科或科学,它研究道德的产生、发展、本质、评价、作用以及道德的教育、修养和规律等内容,是对道德生活的哲学概括,也称道德哲学。伦理学可分为规范伦理学、元伦理学、美德伦理学和描述伦理学四种类型。

4. 医德(medical morality) 是医者以善恶为尺度认识和调节医方与患方之间、医方与医方之间、医学与社会及生态之间利益关系的所有医德活动现象、关系现象和意识现象的总和。它是人类追求和实现健康利益的产物和反映,是一般社会道德在医学领域中的特殊表现,属于职业道德范畴。

5. 医学伦理学(medical ethics) 是以医德为研究对象的一门学科,它运用伦理学的理论、方法来研究医学领域中人与人、人与社会、人与自然关系的道德现象、道德问题及其规律,是伦理学的一个分支,也是医学的一个重要组成部分。它是医学实践和医学活动的产物,是指导医务人员“应该做出什么决定”“为何做出这样的决定”以及对此进行严格评判的法则体系。

(二) 医学伦理学的原则

医学伦理学的原则可分为基本原则与应用原则。

医学伦理学的基本原则是医学道德的最一般原则,是构建其他所有医学道德规范的道德根



据,贯穿整个医学道德体系的始终。1981年,在上海举办的“全国第一届医德学术讨论会”首次明确提出了我国的“社会主义医德基本原则”,其内容为“防病治病、救死扶伤、实行革命的人道主义,全心全意为人民服务”。后来,经修改确定为“防病治病、救死扶伤、实行社会主义人道主义,全心全意为人民服务”,简称为社会主义医学人道主义。

医学伦理学的应用原则是在基本原则的基础上,结合我国的医学实践而形成的,是指导当代医学实践活动的基本伦理准则。医学伦理学的应用原则主要包括以下几点。

1. 生命价值原则(principle of life value) 是指人的生命至高无上,医学应该尊重人的生命,尊重生命本身以及生命对他人和社会的价值。生命价值原则主张人的生命是生物学生命与社会学生命的统一,尊重生命包括尊重人的生物学生命与社会学生命。生命价值原则为器官移植、基因诊断与治疗等高新技术的发展和稀有医疗卫生资源的分配等提供了重要的选择依据。

2. 知情同意原则(principle of informed consent) 是患者行使自主权的具体体现,是基本的伦理准则之一。它要求医务人员在向患者提供信息的过程中,必须以患者利益为本,提供充分、详实的、可供其作出决定的信息,并加以必要解释和说明,以便对方在充分知情的情况下做出选择。

3. 医疗保密原则(principle of medical confidentiality) 是指医务人员保守患者及其关系人隐私,避免造成不良医疗后果或损害其身心健康、人格尊严和声誉的准则。医疗保密原则尊重了患者及其关系人的隐私权,是维系良好医患关系的重要保证。同时,该原则不仅指保守患者的秘密,还包括对患者保密,即特定情况下不向患者泄露真实病情,以达到更好诊疗效果的目的。

4. 医疗最优化原则(principle of optimal health) 是指在医学实践中,医务人员追求以最小的代价获取最佳诊疗效果的决策过程,也称效用原则。患者的利益包括损伤最小、痛苦最轻、效果最佳及花费最少等方面。在提供医学服务的过程中,医务人员应从患者实际出发,综合考虑其的利益,整体统筹,从主观、客观以及行为效果上追求患者的利益最大化。

5. 公正原则(principle of justice) 是指在医学服务中公平、正直地对待每一位患者的伦理准则。其内容包括有同样医疗需求的患者应该得到同样的医疗待遇,不同医疗需求的患者应该得到不同的医疗待遇,同时也包括人人都平等地享有合理使用和公平分配卫生资源的权利。

二、全科医疗中的伦理问题

伦理贯穿于每一项全科医疗服务及医疗服务的过程中。全科医疗服务的伦理问题主要包括健康、医患关系、慢性病防控、诊断和治疗、健康教育、临终关怀等伦理问题。

(一) 全科医疗中的健康伦理

健康不仅仅指没有疾病和衰弱,而是指一个人身体、心理、精神和社会适应的完好状态。它既是每个社会成员的一项基本权利,也是每个社会成员的基本义务。在全科医疗中,全科医生应该倡导“健康为人人,人人为健康”的健康道德理念。同时应该做到:①利用医学知识和技术,积极帮助居民恢复和实现健康;②努力学习健康知识,树立科学的健康观念;③传播健康知识,践行健康行为;④督促居民改变不良生活和行为习惯,促进健康;⑤制止危害健康的言行,减少危害健康事件的发生;⑥促进居民为他人健康贡献力量等。

(二) 全科医疗中的医患关系伦理

全科医疗中的人际关系包括全科医生与患者之间的“医患关系”、医生之间的“医际关系”及全科医生与社会的“医社关系”,其中医患关系是全科医疗中最基本、最核心的关系。作为社区居民“朋友”的全科医生应该做和谐医患关系的倡导者、建立者、维护者和促进者。在全科医疗中,应该着重做到:①树立以患者为本的理念,不做损害患者利益的行为;②充满仁爱和关怀,切实理解患者的不适和痛苦;③充分尊重和信任患者,增强其战胜疾病的信心;④保护患者的隐



私,维护患者人格尊严和声誉;⑤不断加强医德修养,提高自己精神境界;⑥善于学习和使用沟通技巧,不断增强沟通效果等。

(三) 全科医疗中的慢性病防控伦理

慢性病的全称是慢性非传染性疾病,不是特指某种疾病,而是对一类起病隐匿、病程长且病情迁延不愈,缺乏确切传染性生物病因证据,病因复杂且有些尚未被完全确认的疾病的概括性总称。慢性病的预防和控制是全科医疗工作的重要组成部分。慢性病防控的伦理要求包括:①全面贯彻实行三级预防理念与措施;②强化对患者和家属的知识教育及行为指导;③关注慢性病患者心理健康,提供足够的社会支持。

(四) 全科医疗中的诊断和治疗伦理

诊断和治疗是全科医疗工作中的重要组成部分,是一个系统的、连续的过程。全科医生诊疗的伦理要求主要包括:①及时诊断,是指全科医生应该尽早、尽快地对居民所患疾病进行诊断;②准确诊断,即全科医生通过科学的问诊、辅助检查,并经过严密的临床思维过程而对患者所作出的诊断;③全面诊断,即全科医生的诊断应该细致、全面,不存在缺项、漏项的情况。

全科医生治疗的伦理要求包括:①利用科学的手段,实行有效治疗;②严格执行治疗方案,密切关注治疗过程;③客观评价治疗效果,适时调整治疗方案;④切实履行告知义务,充分尊重患者自主权;⑤以患者的病情及实际情况为依据,努力降低患者付出的代价等。

(五) 全科医疗中的健康教育伦理

健康教育(health education)是指通过有计划、有组织、有系统地教育活动,促使人们自愿改变不良的健康行为和影响健康行为的相关因素,消除或减少影响健康的危险因素,以预防疾病、促进健康和提高生活质量。健康教育是以社区为范围,以社区居民为对象,以慢性病教育为主体的一种系统性的教育活动。在健康教育活动中,全科医生应该:①科学细致地制订教育计划;②合理确定教育内容、时间和地点;③积极组织动员教育对象参与到健康教育的活动之中;④努力为健康教育活动营造适宜环境;⑤根据实际情况变化,适时调整完善教育活动进程;⑥及时总结评价健康教育成果,为下一阶段的教育活动提供依据;⑦积极树立良好的工作作风;⑧做良好生活习惯和健康生活方式的践行者,发挥榜样作用等。

(六) 全科医疗中的临终关怀伦理

临终关怀(hospice)是指一种新兴的医疗保健服务项目,它是由医师、护士、社会工作者、家属、志愿者及营养学和心理学工作者等多方面人员组成的团队,对临终患者及其关系人提供全面照护,以便使临终患者得以舒适、安宁地度过人生的最后旅程。临终关怀服务不是单纯的医疗、护理服务,而是包括医疗、护理、心理、死亡教育、社会支援和居丧照顾等多方面的服务;临终关怀的服务对象不仅是临终患者,也包括临终患者的家属。全科医生对社区提供临终关怀服务,应坚持:①以真诚、仁爱、宽容的态度来对待临终患者,理解其心理,最大限度满足他们的愿望;②保护临终患者的权利,维护其人格尊严;③不断安慰和鼓励临终患者,使其理解生命弥留之际的意义;④对临终患者家属进行关怀和照顾,帮助其减轻痛苦和哀伤。

(王永晨)

参考文献

- [1] 王锦帆,尹梅. 医患沟通. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] Paddison CAM, Abel GA, Roland MO, et al. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations*, 2013.
- [3] 黄锦荣,李艳丽. 医患沟通存在的问题及对策. *河南科技学院学报*, 2013, (9): 71.
- [4] 秦晓虹,钱祖贤. 医患沟通不良的成因与对策. *江苏卫生事业管理*, 2013, 24(5): 113-114.
- [5] 祝增珠. 全科医学概论. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [6] 孙福川,王明旭. 医学伦理学. 北京:人民卫生出版社,2013.



- [7] 张斌. 公共卫生实践中的伦理困境及其伦理规制. 中国医学伦理学, 2012, 25 (6): 746-748.
- [8] 严勤, 施永兴. 中国临终关怀服务现状与伦理探讨. 生命科学, 2012, 24 (11): 1298-1301.
- [9] Julia Balzer Riley. Communication in Nursing. Mosby, 2006.
- [10] Lisa Kennedy Sheldon. Communication for Nurses: Talking with Patients. Sudbury. Jones and Bartlett Publishers, 2009.

第八章 循证医学在全科医疗实践中的应用

循证医学作为新的医学实践模式开始被普遍应用,其本质是基于证据的决策与实践。实践循证医学方法就是寻找和评价证据,淘汰现行较差的干预措施,促使新的最优干预措施进入医学实践,从而节省资源,提高卫生服务的质量和效率。运用全科医学基本理论知识和最佳科学研究证据为服务对象提供优质全科医疗服务是全科医生必须具备的专业素质。如何充分利用最佳科学证据,做出最适宜的临床决策支持全科医疗,应作为目前全科医生的重点培训项目。本章将介绍循证医学与全科医疗的概念及其联系,循证全科医疗实践的步骤与方法及其案例展示,以指导全科医生查证用证,为患者提供优质高效的全科医疗服务,使患者、政府、专科医生和社会人士信任全科医生重要的“守门人”作用。

第一节 循证医学与全科医疗

一、循证医学与全科医疗的定义与关系

循证医学(evidence based medicine,EBM)是20世纪90年代兴起的一门新兴学科。David Sackett 教授的经典定义即“循证医学是慎重、准确、明智地应用当前所能获得的最佳研究证据来确定患者的治疗措施”,其实质是现代临床医疗诊治决策的科学方法学。循证医学是将最优的研究证据与临床医生的技能、经验和患者的期望、价值观三者完美结合,并在特定条件下付诸临床治疗、预防、诊断、预后等医学实践的实用性科学。

相比传统医学,循证医学有其独特的医学实践要素和优势。循证医学强调“证据”及其质量作为临床实践的决策依据,提倡将医学实践经验与当前可得的最佳证据有机结合,充分考虑服务对象的期望及选择,可不断提高临床医疗质量和培养医学人才素质,促进临床医学的发展,从而为患者提供更优质高效的医疗服务。循证医学遵循四项原则:①必须是基于问题的研究,先确定临床上遇到的实际问题,后将问题具体化为可以回答的科学问题即开展研究;②必须是遵循证据的决策,强调医疗决策应尽量以客观研究结果为依据;③必须关注实践的结果,将解决的问题升华为证据,对未解决的问题持续探索;④必须进行后效评价,考虑成本效果。这种强调以证据为基础的决策与实践,可避免无效的、昂贵的和不恰当的医疗决策,适应患者、社会发展和基本医疗保险的需要,在临床诊疗活动中发挥着重要作用,已广泛应用于临床各学科。

借助现代医学科学成果,各临床医学专科迅猛发展,在医疗卫生服务被割裂为各专科服务片段的同时,人们发现以人为中心的连续性、综合性医疗服务变得极其缺乏。由于近年来人口老龄化,疾病谱和死亡谱的变化,医学模式的转变,医疗资源分配不合理与费用增长过快,医疗机构功能分化等问题的凸显,使得强调个体化的基础医疗照顾的全科医学重新得到重视和发展。

相比专科医疗,全科医疗既要与之共享人类医学在知识和技能方面的发展成果,更加强调以人为中心,以家庭为单位,以问题为导向的服务理念。全科医疗为服务对象从躯体和精神上提供一种可及的、安全的、费用效益比良好的基础性的医疗照顾,是基于最佳科学证据,充分考虑服务对象的需求、尊重患者家庭、个人的价值观的优质医疗服务。

因此,随着新的生物-心理-社会医学模式的发展和我国卫生改革措施的实行,全科医疗被赋予越来越重要的社会责任。全科医疗服务贯穿人的整个生命周期,包括从妇女围生期到新生



儿、青少年、中老年、乃至临终关怀各个阶段的健康问题。相比专科医生,全科医生需要提供长期负责式的医疗服务实践,自然全科医生所要面对的临床问题的内涵和外延就更加广泛和多样化。众多临床问题的解决不仅需要全科医生具有全面的临床问题的识别与处理能力,而且需要以全科医生为主导的全科医疗服务能满足社会卫生经济效益需求,这就使得全科医疗与循证医学的有机结合成为必然趋势。全科医疗“以患者为中心,以问题为导向”的诊疗模式需要循证医学来决策和实践,循证医学以“证据为基础”服务于患者的理念与全科医疗宗旨相契合。因而开展以循证医学为基础的全科医疗服务,成为促进全科医学发展和培养全科医生能力的最优选择,循证全科医疗实践也不可避免受到重视。

循证全科医疗是指全科医生面对服务对象时,首先通过有效的沟通,建立积极的医患关系,并在全面采集病史、体检以及必要的实验室检查、影像学等检查资料的基础上,应用自己的理论知识与临床技能,发现和诊断个人、家庭、社区的疾病与健康问题,再结合当前医学的最佳证据,并考虑患者的意愿与临床医疗的具体环境做出诊治决策,从而实现对疾病与健康问题的有效治疗和照顾。

二、循证全科医学资源

循证医学的实践模式是有证查证用证,无证创证用证。这使得循证全科医疗实践在强调证据、经验和患者价值观有机结合的同时,必然对用于查证的循证医学资源提出要求。那么什么是理想的循证医学资源?理想的循证医学资源应是多层次的,每个层次涉及不同程度的信息,具体来讲包含以下六方面:①可供全科医生直接使用的推荐意见;②可供全科医生查询使用的信息库;③用于支持推荐意见的证据小结;④用于判断推荐意见强度的信息;⑤单个的相关临床研究摘要;⑥单个的相关临床研究证据。这样,全科医生根据自己的时间安排和问题需求,迅速获得所需的证据,斟酌证据的科学性、适用性和可转化性后作出决策,从而节约花费在检索、评价、总结证据上的时间成本。

在国外,美国家庭医师学会网站、UpToDate、BestPractice、ACP PIER 及专为掌上设备开发的InfoPOEMs 等以临床问题形式整合证据的循证医学知识库就属此类资源。这类资源既有类似医学书籍的背景知识介绍,又有相关的最新证据总结,还结合专家经验针对临床问题和患者人群的差异性给出不同的推荐意见、推荐强度和证据级别。这类资源的出现和不断完善使越来越多的全科医生实践循证医学成为可能。近年来,随着电子病历系统、电子健康档案系统及电子医嘱系统等信息系统和循证医学资源的发展,另一类更为理想的证据资源正在探索中。这种证据资源是基于高质量证据的知识库与医疗信息系统的高度整合,能提供循证决策支持和个性化患者服务的计算机辅助决策系统(computerized decision support system, CDSS),它能督促全科医生使用以当前最佳证据为基础的最安全有效的实践方案,减少重复检查的可能,减少人为因素的医疗差错,从而提高医疗质量和效率。国内目前虽缺乏真正意义上的中文循证医学知识库,但由国外证据知识库、全科医学学术期刊、循证临床指南和专家推荐意见组成的循证医学资源仍然成为我国全科医生开展循证实践必须要掌握的与专业相关的信息资源。

1. 全科医学相关学术期刊 常见的国外全科医学学术期刊有《牛津家庭医学杂志》(Oxford Journal of Family Practice)、《英国全科医学杂志》(The British Journal of General Practice)、《澳大利亚家庭医师》(Australian Family Physician)、《美国家庭医师》(American Family Physician)和《加拿大家庭医师》(Canadian Family Physician)等。这些英文专业期刊虽创刊时间不同,主办国家不同,但办刊宗旨一致,均是为发达国家及发展中国家的全科医师、全科医学领域的教育者和研究者及时了解最新的医疗信息,传播有利于全科医生诊疗的循证医学研究成果,促进国际全科医学教育与研究,促进全科医学的学科发展和患者照顾的质量改进。

目前国内的全科医学学术期刊不多,主要有4种杂志,包括创刊于1998年的《中国全科医



学杂志》,创刊于2002年的《中华全科医师杂志》和创刊于2003年的《中华全科医学杂志》及《全科医学临床和教育》;还有1份报刊,创刊于2011年的《中国医学论坛报·全科医学周刊》。上述期刊都是主要服务于基层和社区医生,内容既包括全科医学和社区卫生服务的系列理论研究和全科医学领域前沿进展及临床研究,又包括临床指南学习、实际病例分享和实用技能训练,还关注全科医学相关的政策、法规。这些期刊在引领中国全科医学发展和支持社区卫生服务发展方面起到重要作用。

2. 循证临床指南 长期以来,临床医生大多习惯于听取专家意见,早期的临床实践指南也多基于专家意见。随着循证医学的发展,这种指南的质量及可靠性受到质疑。循证医学倡导者尝试在专家推荐意见达成共识的过程中引入循证方法,即让专家意见更加循证。只有让专家们知晓制订和更新循证指南的步骤及过程,才能让医疗实践随着临床指南的不断增加和应用,成功过渡到循证实践中去。现在的国际指南协作网,在循证指南的制订、传播和应用中逐步趋于完善。

按照制订的方法通常可将临床指南分为两大类。

(1) 基于专家共识的临床指南(consensus based guideline):是早期的、传统的指南编写方法。由来自不同学科领域的一组专家及其相关人员,针对具体的临床问题,运用临床经验和主观判断,进行一次或多次的商讨后达成的共识形成推荐意见作为指南,由专业学会或政府机构发布,如《眩晕诊治专家共识》等。

(2) 循证指南(evidence based guideline):是基于系统评价的证据和平衡了不同干预措施的利弊,在此基础上形成的能够为患者提供最佳保健服务的推荐意见即指南。这样可增加指南的客观透明性,减少主观片面性,让临床医生做到知证决策,合理诊治,已成为指南制订的主流,现代质量评价较好的临床指南均为循证临床指南。如《2013年新版美国血脂控制指南》《2013欧洲高血压指南》和《2014慢性阻塞性肺疾病全球倡议》等。

临床实践指南是一种医疗实践工具,能帮助医生获取正确而明晰的推荐意见,在临床工作知道应该做些什么、不应该做什么及如何做好,但其并不能替代临床医生的临床思维和判断。临床指南作为一种重要的费用管理、质量控制和培训教育的工具,能够提高全球卫生经济效益,进而促进临床指南的开发、使用。目前,结合国际循证临床指南与我国国情,由我国卫生部推荐的《中国高血压防治指南》《中国心力衰竭诊断和治疗指南》《中国脑血管病防治指南》《中国糖尿病防治指南》等近二十种国家级的临床指南已作为我国主要慢病防治的重要指导工具。

第二节 循证全科医疗的实践步骤

一、循证全科医疗实践

完整的循证医学实践包括五个步骤:提出明确的临床问题;系统全面查找证据;严格评估证据;应用最佳证据协助临床决策;后效评价,止于至善。在医疗活动中,临床医生采取三种模式在实践中运用证据:一是“拷贝”模式,完全遵照有威望专家的意见做决定,缺失寻证查证、评估取证的过程,有主观片面之嫌;二是“运用”模式,检索严格评价过的证据资源如证据总结用于决策,可节约大量寻证时间,但完整性可能不足;三是“实践”模式,完全遵照上述步骤实施循证实践,虽内容相对全面,但时间花费较大。因为全科医生面临临床问题不胜枚举,所以循证全科医疗实践中,建议采用的是“运用”模式,即运用其他人所制订的循证摘要和循证指南或方案,解决基本健康问题。

1. 明确全科医疗实践中需要解决的临床问题 在循证全科医疗实践中,提出具体的问题,在问题引导下寻找证据。能否发现并提出亟待解决并构建良好的问题,是临床循证实践的关键。在全科医生的培养中,要特别注重训练提出科学问题的能力,根据服务对象的实际情况以及自



身工作条件,区分患者关心的背景问题和医师关注的前景问题之间的差异,从病因、诊断、治疗、预后、预防、康复,以及防治结合为主的整体健康维护和促进、提供全方位综合性服务等方面入手,通过考虑下列因素来选择亟待解决的问题:①在全科医疗领域中涉及面最广的问题;②在诊断与鉴别诊断、预防与治疗过程中最需要解决的问题;③医患双方最关注的焦点问题;④目前最有可能解决的问题。

国际上通常采用 PICO 原则构建一个具体的临床问题,并通过检索获取用于支持临床决策的最新证据文献。PICO 原则格式包括 4 个基本部分(表 8-1)。

表 8-1 PICO 原则

PICO	问题内容
患病人群或健康问题 (Patients/Problem)	与诊断治疗有关的患者特征(年龄、性别、地域、种族、环境、职业) 等待解决的健康问题(现患疾病以及其他有临床意义的症状等)
干预措施或暴露因素 (Intervention/Exposure)	暴露的危险因素 诊断性试验方法 预防与治疗方法
比较干预或暴露措施 (Comparison/Control)	对照组的干预措施、治疗药物、诊断方法 可能是空白对照
临床结局(Outcome)	希望达到的治疗目标及效果(如病死率、治愈率等)

构建 PICO 问题的目的是分解问题,易于提炼关键词,便于进行检索和调整检索式。

例 1:一位 50 岁的女性更年期失眠患者,因担心副作用未曾使用安眠药,有朋友推荐褪黑素(melatonin)可以治疗失眠(insomnia)。于是她向全科医生询问,服用褪黑素对改善失眠是否有效,若全科医生凭借以往经验无法给出确切答案,可以通过查阅文献来寻找解决问题的最佳证据。构建 PICO 格式的 4 个基本成分见表 8-2。

表 8-2 构建 PICO 格式的 4 个基本成分

P	I	C	O
失眠患者 insomnia	褪黑素 melatonin	有无对照干预措施 no clear	睡眠时间 sleeping time

例 2:对于一位发病 2 小时被诊断为急性冠脉综合征(acute coronary syndrome,ACS)的 71 岁的女性患者,为降低近期死亡的风险,是否应进行经皮冠状动脉介入(PCI)治疗?如何提出临床问题?比较以下两种问题提法:其一,“PCI 对 ACS 患者有效吗?”按照 PICO 格式的要求,发现该问题缺少不同临床措施的比较和临床具体结局两项内容,故此为构建不良的问题;其二,“用 PCI 与不用 PCI 相比能降低 ACS 患者近期死亡的风险吗?”分析这一问题可以看出,它具备了 PICO 的 4 项基本成分,成为内容完整、清晰明确而可以回答的构建良好的问题。

2. 检索和收集与问题有关的证据资料 在循证医学教育中开展以问题为中心的学习(problem-based learning),这里的问题是指一个需要回答的临床问题。当面临一个临床问题且不确定是否有当前最佳解决方法时,全科医生应尽可能快速地选择最佳证据资源,寻找当前最佳答案。最佳的临床研究证据应具有以下特征:医生在基层医疗实践中所需解决的临床问题;采用以患者意愿性结局及生存质量为评价指标;有可能改变既往医学知识及临床实践中过时或不当的方式和方法。

全科医生应清楚从何处寻找证据,寻找哪种级别的证据。全科医生在获取最佳证据资源时,应根据“6S”模型,从证据系统(systems)、证据总结(summaries)、证据摘要(synopses of syntheses)、系统评价(syntheses)、研究摘要(synopses of studies)和原始研究(studies)逐级检索。证据来源包



括书籍、期刊等纸质版和在线文献数据库等网络版两种形式。与纸质版的信息资源相比,网络信息便于检索,获取容易,更新及时,备受现代循证实践者的推崇。因此,拥有电脑和网络连接,成为循证工作的必备硬件措施。但是,纸质版信息资源也不能被完全摒弃。在全科医生基本知识及技能培训时,纸质版资源的教科书作用也很重要。

全科医生的循证临床实践不同循证医学的研究,主要是查证用证,甚少涉及查证创证,因此不需要全面系统地查找所有的文献。在循证全科医学实践中,美国的家庭医学教授 David Slawson 和 Allen Shaughnessy 就证据类型,率先提出以患者为导向的证据(patient oriented evidence that matters, POEM)的定义,以区别既往以疾病为导向的证据(disease oriented evidence, DOE)。相比 DOE 主要针对中间指标如实验室结果或其他评价反应的指标改变,POEM 主要针对与患者相关的重要结局如发病率、病死率或生活质量的改变,更加符合全科医学以患者为中心的医疗服务理念。例如他汀类药物治疗能降低血浆胆固醇水平是 DOE 证据,而他汀类药物治疗能降低患者动脉粥样硬化疾病的发生风险则是 POEM 证据。

POEM 证据有以下纳入标准:①证据满足基层医生在日常医疗实践面临解决健康问题时的需求;②证据所需测定的临床结局对于基层医生和其服务对象具有重要意义:其中包括发病率、致残率、治愈率和死亡率等终点指标;③证据使用可提高基层医生的医疗实践水平。

实践循证明确需要查找的问题时,既可以按照 POEM 的要求来构建,也可以按照 DOE 的要求进行构建。但两者所得结果有时一致,有时不一致,有时没有定论,如表 8-3 所示。当只能获取 DOE 指南时,则应指出主要的临床建议缺乏结局证据的支持。举例说明后一种情况:“虽然甲胎蛋白(AFP)检测可发现早期原发性肝癌,但至今尚未能有证据证实 AFP 筛查可降低患者死亡率。”

表 8-3 POEM 与 DOE 的循证结果比较

干预措施	POEM	DOE	备注
他汀类降脂药物治疗	用他汀类药物行降脂治疗可降低患者动脉粥样硬化疾病的发生率	用他汀类药物行降脂治疗能降低血浆胆固醇水平	POEM 与 DOE 的结果一致
抗心律失常疗法	证实某些抗心律失常药物与死亡率升高相关	证实抗心律失常药物能降低心电图显示的室性期前收缩发生率	POEM 与 DOE 的结果相反
甲胎蛋白筛检	目前缺乏证据证实甲胎蛋白筛检能够降低肝癌死亡率	用甲胎蛋白筛检可发现早期原发性肝癌	尽管 DOE 的证据可信,但尚不能得到 POEM 确认

按照以患者为中心的全科医疗服务模式的要求,患者的利益高于一切,故全科医生要采用 POEM 的循证医学要求,当 POEM 和 DOE 不一致时,要以 POEM 为准则。因此,定制 Info POEM 掌上循证医学数据库,用于日常全科医疗实践,在美国的家庭医生中比较普遍。

3. 评价证据的真实性和实用性 在循证临床实践中,面对层出不穷又参差不齐的大量临床研究证据,应采用临床流行病学、循证医学等原则和方法,严格评价所搜集证据的质量,以及证据的效度大小和精确性,并结合自己患者的情况及医疗机构的条件等判断证据的适用性如何。因而,循证医学最鲜明的特点是对证据质量进行分级,并在此基础上做出推荐。

不同的研究可能采用不同的证据分级方法。目前最常应用的是由包括 WHO 和 Cochrane 协作网在内的 60 多个国际组织、协会采纳的 GRADE 证据质量和推荐强度分级系统(grading recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)。它对证据质量和推荐强度做出明确定义,证据质量指疗效评估的正确度,推荐强度指遵守推荐意见利大于弊的确信度,其中“利”包括降低发病率和病死率、提高生活质量,降低医疗负担和减少资源消耗,“弊”包括增

学
习
笔
记



加发病率和病死率、降低生活质量或增加资源消耗。GRADE 还明确患者价值观和意愿,基于推荐意见的强弱,分别从临床医生、患者、政策制订者等使用者角度作出诠释,因而该分级系统在系统评价、卫生技术评估和指南的制作上占有优势。另外,针对全科医疗实践,美国家庭医生学会(AAFP)还建立简单的 ABC 三级分级法:A 级(随机对照试验 RCT/meta 分析):以患者为导向的高质量 RCT 研究与采用综合检索策略的高质量 meta 分析(定量系统评价);B 级(其他证据):为设计完善的非随机临床试验,检索策略正确、论证强度高的定性系统评价;C 级(共识/专家意见):以疾病为中心的研究,包括共识观点或专家意见。这一分级方法在美国家庭医生全科医疗实践中具有指导意义。对综述或原始研究进行准确提炼形成的 POEM 摘要为临床实践提供最恰当的信息,可帮助全科医生把有限的时间集中在有效地使用证据方面,并且都附带有推荐的等级。

4. 应用证据指导临床实践 证据有助于患者获得更好地诊治,降低不良反应发生。但是临床决策不能单纯依靠证据,必须考虑患者所处的特定临床环境和其本人的价值和偏好。现实中的患者与证据中患者的性别、年龄、临床生物学特征、病程、疾病严重程度、并发症、合并症、遵医行为、社会环境、文化水平等多方面往往存在差异,我们需要注意的是,对所获最佳证据,必须结合临床经验、具体病情、患者意愿和价值取向,以及社会经济、卫生政策、文化环境、家庭及社会资源支持等实际情况,进行综合考虑和评估。充分考虑干预措施对具体患者的影响,权衡利弊、可能发生的不良反应及费用和方案的效果和安全,使用经过严格评价合格的最佳证据,与患者及家属形成协作关系,共同做出临床决策以指导临床实践。

在全科医疗实践中,经常遇到多种疾病或健康问题并存的患者。如面对一位老年冠心病患者,在决定采用指南推荐的方法进行治疗时,发现患者合并了其他健康问题—酒精性肝硬化,慢性阻塞性肺疾病等。这时需要对复杂问题进行综合干预,简单的指南推荐意见可能已不能满足需求,需要全科医师综合各指南的推荐意见给出综合的治疗方案。全科医生还需要和患者商讨决定目前需要优先处理的问题,达到证据和患者意愿之间的完美结合。在患者同意的前提下,将当前最佳证据应用到患者的治疗中。

5. 后效评价,完善循证依据 后效评价的目的在于总结循证医学实践经验、不断改进医疗方案。在医疗实践中,全科医生应将循证应用前自己在临床工作中常用的处理方法及其效果与循证应用后的效果和效益等进行对比分析与评价,包括在循证实践中的过程评价和结果评价。若过程评价良好,说明该全科医生掌握循证方法,有利于循证医学的继续学习;若结果良好,证实该循证措施确实可以指导临床实践,有利于医疗质量的提高。反之,应具体分析原因,找出问题,加强循证学习和针对问题进行新的循证研究和实践,不断去伪存真,止于至善。

二、循证医学实践对全科医生的要求

工作压力和时间紧张、循证医学资源缺乏或获取困难、知识和技能不足等都是制约当前世界各国全科医生的循证医学实践的常见原因,但对目前中国的全科医生开展循证实践有更多需要和要求。

1. 全科医生进行循证医学实践需要的条件 ①国家卫生政策支持;②快捷的 internet 网络和高配置的计算机或掌上电脑;③医疗机构的图书馆库存足量的电子全文数据库;④图书馆配备为临床医师提供检索支持的专职信息专家;⑤针对实际问题和病案,持续开展有针对性的专题讲座或指南培训等继续全科医学教育。

2. 培养和提高全科医生开展循证实践的能力 全科医生是实施循证全科医疗实践的主体,全科医生循证医疗实践成功与否与其是否具备必须的相关知识和技能密切相关。全科医生接受循证方法培训,加强循证指南学习,反复进行循证实践,能促进其对循证医学相关方法与术语的知识的掌握,以及检索和评价证据的能力的培养,从而更好地保证和改善全科医疗的质量和



效率。

由此可见,要确保循证医学实践,全科医生应具备科学态度和自我发展能力等素质,既要加强自我学习,不断接受循证医学培训,又要注意时间的合理调配,批判性地评价新知识和信息,保证知识的积累和更新,还要积极参与继续教育和学术研讨会,更要加强医患交流,确保临床决策符合患者的价值取向和意愿。

第三节 循证全科医疗实例介绍

一、循证全科医疗实践案例介绍

本节以一个在全科医疗中经常遇见的病例简要介绍循证实践的内容。

(一) 病例介绍

一位 39 岁女性患者,因发现血压偏高和失眠问题前来就诊,询问医生,她能被诊断高血压吗,睡不着觉怎么办,需要用药吗?

(二) 完善患者资料并作出评估

应从生物-心理-社会三个层面完善关于血压及睡眠的背景资料及检查。从生物角度详细了解患者发现血压升高的时间、血压值、是否出现过头痛、恶心等高血压症状,存在睡眠问题有多长时间,采取过哪些干预措施,既往健康状况,用药史,平素饮食结构与食盐及脂肪类食物摄入情况,有无吸烟饮酒等。相关体格检查:测量收缩压和舒张压,体重指数 BMI。辅助检查:血糖/糖化血红蛋白、血脂、尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)和心电图。从社会层面询问其家族史,工作情况,生活事件,经济状况。从心理方面关注患者对疾病知识的了解,对疾病的关心程度,患者的价值观与期望。根据以上三个层面的情况进一步作出评估。

患者,青年女性,病程 6 个月,主要表现为发现血压较前升高半年,既往血压(120~125)/(70~75)mmHg,近期血压多为 135/85mmHg,偶达 140/88mmHg,无头痛、恶心等症状,同时合并失眠问题,未接受任何治疗。既往健康状况良好,每年定期体检血压血糖血脂等基本正常,不喜用药,饮食清淡低盐少脂,无吸烟饮酒史;父亲患有高血压,采取改变生活方式及药物治疗,血压控制良好;本人为大学教师,教学科研工作繁重,近半年因职称问题忧虑影响睡眠,已婚,配偶及女儿均健康,夫妻关系良好,家庭经济状况良好。门诊血压 140/85mmHg, BMI 22kg/m², 随机指尖血糖 7.6mmol/L, TC 4.2mmol/L, HDL-C 1.30mmol/L, LDL-C 2.91mmol/L, BUN 5.2mmol/L, Cr 92.1mmol/L, HbA1c 6.1%。患者因高血压有遗传倾向,对血压格外关注;对于睡眠问题,虽有朋友建议服安眠药,但患者担心药物副作用从未服用,患者此次就诊目的就是希望确定诊断,给予合适的治疗解决目前的健康问题。

(三) 运用循证医学理论和方法构建并回答临床问题

获取患者主观及客观资料后,循证医学实践就需要根据关注视角与实践水平不同,构建不同类型的临床问题,一是一般性问题即背景问题(background question),二是特殊性问题即前景问题(foreground question)。对于初学实践者来说,多构建背景问题,即围绕疾病,直接询问某疾病或状况的常识性问题;对于临床医生面临如何做出诊治选择的需要时,则常采用前面提到的 PICO 模式构建前景临床问题。依据本病例构建两个问题以举例说明:

1. 高血压发病的危险因素是什么?(背景问题)

2. 药物治疗失眠与非药物治疗失眠相比能更好地改善睡眠时间吗?(前景问题) PICO 法构建前景问题的四个成分:P(患者或人群):失眠患者(insomnia);I(干预措施):药物治疗(drug therapy);C(对照措施):非药物治疗(no drug therapy);O(结局):睡眠时间(sleeping time)

查找证据:背景问题通常可以通过教科书、综述及指南快速得到答案。目前多数标准



化的医学教材均可在网上查阅,使用教科书时要注意查找最新版本。AAFP, Best Practice 和 UpToDate 均是较好的综述性研究信息资源,可利用关键词:高血压(hypertension)、危险因素(risk factor)进行检索。背景问题还可通过查阅临床循证指南或证据摘要获得证据。相比背景问题而言,前景问题的证据查找要复杂些。利用关键词:失眠患者(insomnia)、药物治疗(drug therapy)、非药物治疗(non-drug therapy)、睡眠时间(sleeping time)进行文献检索。最常用的检索信息来源包括 Cochrane Library、Best Practice 和 UpToDate 等在内的循证医学知识库和 PubMed, EMB 等平台数据库。InfoPOEMs 有助于快速查找 POEM 证据。

回答临床问题:通过上述查找证据,第一个背景问题的解答是:发生原发性高血压的主要危险因素是年龄,约 50% 的 60 岁及以上的人会出现高血压。年龄、性别和家族史是不可改变的危险因素。中国人群高血压发病的主要危险因素有超重和肥胖、高盐膳食、中度以上的饮酒、精神紧张及缺乏体力活动等。第二个前景问题查找证据发现,非药物治疗即认知行为疗法包括睡眠卫生教育,放松训练,刺激控制,睡眠限制及认知疗法等。美国睡眠医学会推荐认知行为疗法(CBT)为治疗失眠的一线治疗方法。药物治疗包括 γ -氨基丁酸受体激动药,褪黑素受体激动药和具有镇静催眠作用的抗抑郁药。2012 年 Morin 的研究表明,单纯药物治疗和认知行为在短期内治疗失眠均有效,但药物治疗在急性期(第 1 周)具有更好效果;治疗第 4~8 周时,两种方法疗效无明显差异;比较长期治疗疗效时,由于药物不良反应明显且疗效减退,认知行为疗法更具优势。因此应在药物干预的同时进行认知行为治疗(I 级推荐)。

(四) 综合分析

该病案中的患者尚未达到高血压诊断标准,目前危险因素不多,主要是精神紧张和睡眠问题,进行情绪调节和处理失眠等干预后,定期随访血压,暂时可以不用降压药,同时与患者交流治疗高血压主要目的是降低心血管病发病及死亡的总风险,而患者的心血管病发病的危险因素控制良好,不必过于担心。关于失眠问题,根据上述循证证据,应给予药物治疗及认知行为疗法联合治疗,在 4~8 周后可根据失眠的改善情况逐渐考虑停药,与患者说明处理依据,同时解释短期内使用药物治疗比较安全,而且失眠问题与血压的波动关系密切,需要积极治疗,以保证患者更好地遵从医嘱,从而解决健康问题。

二、学习和实践循证医学应注意的问题

全科医生针对全科医疗中的问题进行循证研究和实践,去伪存真,不断提高自身业务技能和医学学术水平、高效地解决临床问题,更好更全面地为患者服务。在全科医疗中循证实践中,应注意以下问题。

1. 循证全科医疗实践需要正确合理运用 RCT 结果 循证医学一致认为,通过 RCT 取得的科学证据最具优越性和可信性。但如果简单照搬某个 RCT 的结果去治疗患者就会偏离循证医学的初衷。全科医生在开展循证实践,决定是否将一项研究结果用于自己的患者时必须慎重。全科医生临床决策所涉及的内容广度和需要综合考虑的因素幅度,与其他专科医生差异显著。全科医疗实践是指全科医生在建立长期、良好的医患关系前提下,综合考虑患者的临床资料、文化背景和期望值,所做出的临床决策满足医疗服务的可及性和人文性、符合和医疗措施的成本-效果与成本-效益的需要的基本医疗服务。全科医学所研究的重点不仅限于某些疾病的诊疗手段和处理技术,而更要关注以患者为中心的生活事件中涉及的广泛的临床健康问题、医学伦理问题与价值取向问题等。一定要注意临床试验的目的、研究对象的特征与自己要干预的病患之间具有哪些相似性和差异性,从而判断该试验结果能否对临床决策有帮助。

循证医学不能简单等同于 RCT 和 meta 分析,需要采用多种科学研究手段。通过患者及其背景资料可以整合出不同的临床问题,这就需要不同的研究设计进行回答。治疗性研究中,多推荐采用 RCT 的研究方法。病因学研究中,不宜采用 RCT 的研究方法,也是违背伦理道德要



求的。预后方面的研究中,无论是回顾性队列研究还是前瞻性队列研究,均有科学性及认可度。全科医生在随访自己的患者得到外部证据而产生的描述性研究结果,也属于证据来源。例如,全科医生面对患者的生活事件、工作压力和情绪问题时,和患者面对面的沟通交流往往比采取一些直接的干预措施能更好地解决这类问题,而这一临床决策的科学依据多来自于非随机对照试验。因此,在循证全科医疗实践中,既要正确理解证据的等级,还要详细了解患者的愿望及动机,充分掌握科学研究中金标准的 RCT 结果的适用范围,决定对患者采取干预措施的优先顺序。在一些情况下定性研究同样能获得对患者最有价值、最合适的科学证据,从而做出“以患者为中心”的临床决策。

2. 在循证全科医疗实践中,循证证据的运用不能违背患者意愿 在循证全科医疗实践中应注意,依靠证据做出的具有权威性和有效性的临床决策,不一定能获得患者本身的认可。全科医生在进行循证临床决策时应以患者为中心,尊重患者的价值观和喜好。实践循证医学不只是直接将证据指导实践,还必须充分考虑患者的期望或选择。当患者要求进行结肠癌筛查时,全科医生会依据循证医学研究或指南安排粪便隐血(fecal occult blood test, FOBT)和基于高危因素的问卷调查,但患者接受大便检查容易,问卷调查完成困难。由此可见,人们的喜好或行动和循证医学的结果并不是完全一致的。因此,要确保循证实践,全科医生应尽量在获取高质量临床证据的同时,加强医患交流,确保临床决策符合患者意愿。

3. 开展循证全科医疗实践,全科医生应尽量作以 POEM 证据为基础的临床决策 在医学模式上,全科医疗更注重从生物-心理-社会三个方面改善和提高患者的健康,提供“个人-家庭-社区”一体化服务。而目前证据多是关于患者的诊断、治疗等方面的,研究的终点多是关注相关生物指标的变化。全科医疗实践中经常遇见的健康问题,如慢性咳嗽、控制血压、管理血糖、生命周期保健等,要做出临床决策更需要关注的是以患者为中心如何提高生命质量、降低致残率及死亡率、延长寿命、减少并发症的科学证据。如对抗高血压治疗研究证据的选择,能较好地说明全科医生和心血管专科医生在利用证据时的不同之处。心血管专科医生关注对高血压危险因素的控制以及这些因素对降低收缩压及舒张压水平或心血管事件发生的作用(DOE 证据),而全科医生除了要关注对高血压危险因素的控制的同时,更关注这些因素对延长寿命、降低致残率及死亡率的作用(POEM 证据)。

(苏巧俐)

参考文献

- [1] 祝培珠. 全科医学概论. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 王吉耀. 循证医学与临床实践. 第3版. 北京:科学出版社,2012.
- [3] 于晓松. 全科医学理论与循证实践. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] 李幼平. 循证医学. 北京:人民卫生出版社,2014.
- [5] 王家良. 循证医学. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2014.
- [6] Rosser. Evidence-based Family Medicine. Hamilton. B.C. Decker Inc. 1998.
- [7] R. Brian Haynes. 循证医学实践与教学. 詹思延译. 北京:北京大学医学出版社,2006.
- [8] Keith Kwok-Wai Chan. Problem-Based Approach to Family Medicine. Amsterdam: The Hong Kong College of Family Physicians/Elsevier (Singapore) Pte Ltd, 2009.
- [9] Hannes K, Leys M, Vermeire E, et al. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. BMC Fam Pract, 2005, 6: 37.
- [10] Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report, Sleep, 2006, 29 (11): 1415-1419.
- [11] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet, 2012, 379: 1129-1141.

第九章 社区健康管理

《国家基本公共卫生服务规范(2011年版)》包括11项内容,即城乡居民健康档案管理、健康教育、预防接种、0~6岁儿童健康管理、孕产妇健康管理、老年人健康管理、高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理、重性精神疾病患者管理、传染病及突发公共卫生事件报告和处理以及卫生监督协管服务规范。在11项任务中有8项与健康管理有关。因此,社区卫生服务以社区居民群体(包括患者和健康者)为服务对象的特点,决定了社区健康管理是社区卫生服务的重要内容。

第一节 健康管理概述

一、健康管理的基本概念

关于健康管理(health management),目前还没有一个举世公认的定义,要回答什么是健康管理,需要先将这个名词作一词义上的解剖。健康管理由“健康”和“管理”两个词复合而成,透过现代健康的定义,可以帮助我们理解蕴含其中的健康管理理念。

健康不是简单的无病、无残、无伤,也不是能吃能喝。世界卫生组织(WHO)1948年关于健康的定义:“健康是一种躯体、精神与社会和谐融合的完美状态,而不仅仅是没有疾病或身体虚弱。”具体来说,健康包括三个层次。第一躯体健康,指躯体的结构完好、功能正常,躯体与环境之间保持相对的平衡。第二心理健康,又称精神健康,指人的心理处于完好状态,包括正确认识自我、正确认识环境、及时适应环境。第三社会适应能力良好,指个人的能力在社会系统内得到充分的发挥,个体能够有效地扮演与其身份相适应的角色,个人的行为与社会规范一致,和谐融合。

管理就是要通过计划、组织、指挥、协调和控制达到资源配置和使用的最优化,目标是能在最合适的时间里把最合适的东西用在最合适的地方发挥最合适的作用,来达成目的。

健康管理就是针对健康需求对健康资源进行计划、组织、指挥、协调和控制,达到最大的健康效果的过程。要计划、组织、指挥、协调和控制个体和群体的健康,就需要全面掌握个体和群体的健康状况(可以通过全面监测、分析、评估来完成),需要采取措施维护和保障个体和群体的健康(可以通过确定健康危险因素提供健康咨询和指导,对健康危险因素进行干预来完成)。简言之,保护健康资源,节约健康资源,最大限度的合理利用健康资源并让其发挥最大的作用,这就是健康管理。

社区卫生服务中的健康管理即社区健康管理,以社区卫生服务为平台,以全科医生为核心,包括社区护士、心理咨询师、健康管理师、营养师等,以社区居民为对象,对健康和疾病的危险因素进行检测、评估和干预的管理过程。为居民建立个人健康档案和家庭健康档案,跟踪个人健康状况,充分利用社区内外各种资源,应用健康教育、膳食指导和运动锻炼等各种干预措施,为社区居民提供健康管理服务,以预防和延缓疾病的发生,减少疾病并发症,提高患者生存质量。

二、健康管理的基本内容与步骤

健康管理是一种前瞻性的卫生服务模式,它以较少的投入获得较大的健康效果,从而增加了医疗服务的效益,提高了医疗保险的覆盖面和承受力。一般来说,健康管理有以下3个基本步骤(图9-1)。

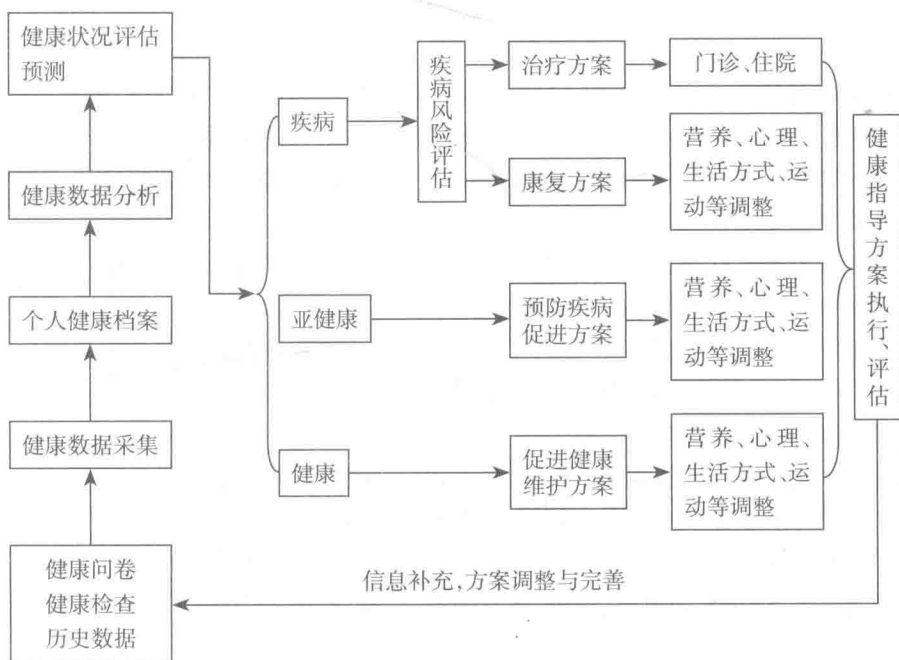


图 9-1 健康管理循环过程图

第一步是了解你的健康。只有了解个人的健康状况才能有效地维护个人的健康。因此,具体地说,第一步是收集服务对象的个人健康信息。个人健康信息包括个人一般情况(性别、年龄等)、目前健康状况和疾病家族史、生活方式(膳食、体力活动、吸烟、饮酒等)、体格检查(身高、体重、腰围、血压等)、实验室检查(血脂、血糖等)与辅助检查等。

第二步是进行健康及疾病风险性评估,即根据所收集的个人健康信息,对个人的健康状况及未来患病或死亡的危险性用数学模型进行量化评估。其主要目的是帮助个体综合认识健康风险,鼓励和帮助人们纠正不健康的行为和习惯,制订个性化的健康干预措施并对其效果进行评估。

第三步是进行健康干预。在前两部分的基础上,以多种形式来帮助个人采取行动、纠正不良的生活方式和习惯,控制健康危险因素,实现个人健康管理计划的目标。与一般健康教育和健康促进不同的是,健康管理过程中的健康干预是个性化的,即根据个体的健康危险因素,由健康管理师进行个体指导,设定个体目标,并动态追踪效果。

应该强调的是,健康管理是一个长期的、连续不断的、周而复始的过程。健康管理的全过程应是“健康管理单循环”的多次往复运行。即是从“健康危险因素的检查监测(发现健康问题)开始→到健康危险因素评价(认识健康问题,引导干预)→再到健康危险因素干预(解决健康问题)结束”的往复循环(图 9-2),即在实施健康干预措施一定时间后,需要评价效果、调整计划和干预措施。

事实上,健康管理过程不可能由一个循环周期完成,而应该周而复始地运行几个周期(实际多少周期因人而异)。其中后一个循环的检查监测和评价(收集的信息情况),又是前一个循环干预效果的评估依据。健康管理循环每运行一个周期,都要解决部分健康危险问题,通过健康管理循环的不断运行,使管理对象的健康问题不断得到解决,从而走上健康之路。

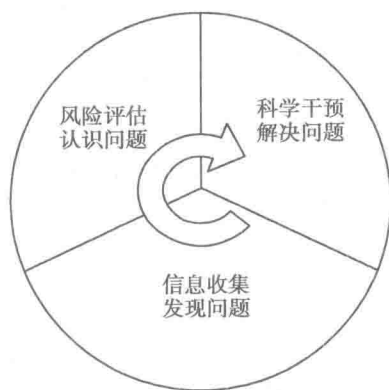


图 9-2 健康管理的不断循环



三、健康档案

居民健康档案(health record)是记录有关居民健康信息的系统化文件,包括病历记录、健康检查记录、保健卡片以及个人和家庭一般情况记录档案等。它是社区卫生服务工作中收集、记录社区居民健康信息的重要工具。健康管理的第一步是要了解健康,在收集健康信息后要为管理对象建立健康档案。

就社区健康管理而言,居民健康档案应包括个人健康档案、家庭健康档案和社区健康档案。但在日常工作中用的最多的是个人健康档案。

个人健康档案,包括以问题为中心的个人健康问题记录和以预防为导向的周期性健康检查记录,以及长期用药记录、辅助检查记录、住院记录、转诊记录、会诊记录、周期性健康检查记录。这些记录主要以表格形式出现。

目前,全科医疗中个人健康问题记录多采取以问题为中心的医疗记录(problem-oriented medical record,POMR)。POMR 由基本资料、问题目录、问题描述、病情流程表等组成。

1. 基本资料 基本资料一般包括人口学资料(如年龄、性别、教育程度、职业、婚姻、种族、社会经济状况等)、行为资料(如吸烟、饮酒、饮食习惯、运动、就医行为等)、个人史(药物过敏、月经史等)。

2. 问题目录 问题目录中所记录的问题是指过去影响、现在正在影响或将来还要影响患者健康的异常情况。可以是明确的或不明确的诊断,可以是无法解释的症状、体征或实验室检查结果,也可以是社会、经济、心理、行为问题(如失业、丧偶、偏异行为等)。问题目录常以表格形式记录,将确认后的问题按发生的年代顺序逐一编号记入表中。分主要问题目录和暂时性问题目录,前者多列慢性问题及尚未解决的问题,后者则列急性问题。

3. 问题描述及问题进展记录 问题描述将问题表中的每一问题依序号逐一以“S-O-A-P”的形式进行描述(表 9-1)。

S:代表患者的主观资料(subject data);主观资料是由患者提供的主诉、症状、病史、家族史等,医生的主观看法不可加入其中,要求尽量用患者的语言来描述。

O:代表客观资料(objective data):是医生诊疗过程中观察到的患者的资料。包括体检所见之体征、实验室检查、X线等检查的资料以及患者的态度、行为等。

A:代表评估(assessment):评估是 SOAP 中最重要、也是最困难的一部分。完整的评估应包括诊断、鉴别诊断、与其他问题的关系、问题的轻重程度及预后等。

P:代表计划(plan):计划也称与问题相关的计划,是针对问题而提出的,每一问题都有相应的计划。包括诊断计划、治疗计划、患者指导等。

表 9-1 POMR 中的 SOAP 书写范例

患者刘某某,男,50 岁

问题 1:糖尿病

S:乏力、多尿两个半月

既往有消化性溃疡史

父亲患有糖尿病,母亲死于脑卒中

O:身高 175cm,体重 62.5kg

血压 18.6/12kPa (140/90mmHg)

尿糖(+++),空腹血糖 8.9mmol/L (160mg/dl)

A:根据以上资料,该患者考虑 2 型糖尿病可能性大,但应排除其他原因引起的血糖和尿糖升高。本病可能并发多种感染、动脉硬化、肾脏病变、神经病变、酮症酸中毒等。

P:诊断计划

①测定尿糖、尿酮体



续表

② 测定血糖、血脂等

③ 检查眼底

④ 检查尿常规、肾功能

治疗计划

① 糖尿病饮食

② 体重监测

③ 使用口服类降糖药物

④ 必要时使用胰岛素(如应激、感染等情况下使用)

⑤ 注意皮肤护理,防止感染

⑥ 定期监测血糖、尿糖

患者指导

① 介绍有关糖尿病常识

② 避免加重糖尿病病情的各种因素(包括饮食、心理因素)

③ 介绍控制饮食的方法和意义

④ 预防或减少并发症发生的措施(如注意个人卫生)

⑤ 注意血糖控制,帮助患者学会自查血糖

⑥ 介绍使用降糖药物的注意事项

⑦ 对子女进行血糖检查

4. 病情流程表 流程表以列表的形式描述病情(或其他问题)在一段时间内的变化情况,包括症状、体征、检验、用药、行为等的动态观察。

流程表通常在病情(或问题)进展一段时间后,将资料做一图表化的总结回顾,可以概括出清晰的轮廓,及时掌握病况,修订治疗计划、患者教育计划等。积累之,于教学、科研受益匪浅,也是自我学习提高的良好教材。

需要指出的,并非所有患者的健康档案均有必要设计、记录病情流程表,而是对于患有各种慢性病或某些特殊疾病的患者,或患有医生感兴趣的病种的患者时,才有必要使用病情流程表。除按表格记录病情流程外,也可按 SOAP 描述。

四、健康风险评估

健康风险评估(health risk assessment)是一个广义的概念,它包括了简单的个体健康风险分级方法和复杂的群体健康风险评估模型。在健康管理学科的发展过程中,出现了很多种健康风险评估的方法。传统的健康风险评估一般以死亡为结果,多用来估计死亡概率或死亡率。近年来,随着循证医学、流行病学和生物统计学的发展,大量数据的积累,使得更精确的健康风险评估成为可能。健康风险评估技术的研究主要转向发病或患病可能性的计算方法上。传统的健康风险评价方法已逐步被以疾病为基础的患病危险性评估所取代,因为患病风险比死亡风险更能帮助个人理解危险因素的作用,有助于有效地实施控制措施。

患病危险性的评估,也称为疾病预测。可以说是慢性病健康管理的技术核心。其特征是估计具有一定健康特征的个人在一定时间内发生某种健康状况或疾病的可能性。健康与疾病风险评估及预测一般有两类方法。第一类方法建立在评估单一健康危险因素与发病率的基础上,将这些单一因素与发病的关系以相对危险性来表示其强度,得出的各相关因素的加权分数即为患病的危险性。由于这种方法简单实用,不需要大量的数据分析,是健康管理发展早期的主要健康风险评价方法。目前也仍为很多健康管理机构和项目所使用,包括美国卡特中心(Carter Center)及美国糖尿病协会(ADA)。第二类方法建立在多因素数理分析基础上,即采用统计学概率理论的方法来得出患病危险性与危险因素之间的关系模型,能同时包括多种健康危险因素。



所采用的数理方法,除常见的多元回归外,还有基于模糊数学的神经网络方法及 Monte Carlo 模型等。这类方法的典型代表是 Framingham 的冠心病模型。

患病危险性评估的一个突出特点是其结果是定量的、可比较的。由此可根据评估的结果将服务对象分成高危、中危和低危人群,分别施以不同的健康改善方案,并对其效果进行评价。

在健康风险评估的基础上,我们可以为个体和群体制订健康计划。个性化的健康管理计划是鉴别及有效控制个体健康危险因素的关键。将以那些可以改变或可控制的指标为重点,提出健康改善的目标,提供行动指南以及相关的健康改善模块。个性化的健康管理计划不但为个体提供了预防性干预的行动原则,也为全科医生等和个体之间的沟通提供了一个有效的工具。

第二节 健康管理的策略

健康管理的策略在发达国家主要有生活方式管理、需求管理、疾病管理、灾难性病伤管理、残疾管理和综合的群体健康管理等。结合我国社区卫生服务的日常工作实际,本节主要介绍生活方式管理、疾病管理的步骤和内容。

一、生活方式管理

生活方式管理主要关注健康个体的生活方式、行为可能带来的健康风险,这些行为和风险将影响他们对医疗保健的需求。生活方式管理使用对健康或预防有益的行为塑造方法促进个体建立健康的生活方式和习惯,以减少健康危险因素。它要帮助个体做出最佳的健康行为选择,调动个体对自己健康的责任心,通过采取行动降低健康风险和促进健康行为来预防疾病和伤害。换言之,生活方式管理是通过健康促进技术,来保护人们远离不良行为,减少健康危险因素对健康的损害,预防疾病,改善健康。其核心是通过科学的方法指导或帮助人们矫正不良生活方式。因此,生活方式管理的效果取决于如何使用行为干预技术来激励个体和群体的健康行为。生活方式管理的策略也可以是其他健康管理的基本组成成分。

生活方式,即人们采取的生活模式,包括饮食结构、工作、睡眠、运动、文化娱乐、社会交往等诸多方面。它以经济为基础,以文化为导向。其核心要素是生活习惯,受人文的价值观、道德伦理等的影响较大,与健康密切相关。过重的压力造成精神紧张,不良的生活习惯,如过多的应酬、吸烟、过量饮酒、缺乏运动、过度劳累等,都是危害人体健康的不良因素。

对于一个人来说要改变过去几十年的生活行为是一件非常不容易的事情,试图通过泛泛的健康教育、健康指导、健康咨询等方式改变人们的生活方式的效果不尽如人意。提倡好的健康生活方式,我们不但要有一个良好的意愿,还要有一个坚定的决心,同时,也要有一个科学的方法。这就需要我们不断地学习,去认识自己,掌握科学的健康生活方式知识和自我改善的技能,建立良好的生活方式,为提高全人群的健康贡献一份自己的力量。

(一) 生活方式管理的特点

1. 以个体为中心,强调个体的健康责任和作用 由于不同的文化背景使人们在情趣、爱好、嗜好、价值取向方面有所不同,因而生活习惯、风度、气度也有所差异,生活方式是由我们自己来掌控的,选择什么样的生活方式纯属个人的意愿。我们可以告诉人们哪些是有益于健康的生活方式,应该坚持,如运动、戒烟、不挑食等。我们也可以通过多种方法和渠道帮助人们做出决策,比如访谈、讲座、俱乐部,提供条件供大家进行健康生活方式的体验,指导人们掌握改善生活方式的技巧等,但这一切都不能替代个人做出选择何种生活方式的决策。

2. 以健康为中心,强调预防为主 在健康管理过程中,要始终贯穿以人的健康为中心,树立科学的生活方式、构筑健康的“四大基石”,即合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡。预防是生活方式管理的核心,其含义不仅仅是预防疾病的发生,还在于逆转或延缓疾病的发展历程。



我们能够通过对自身生活方式的调整,适当采取保健措施,来达到最大限度促进自身健康的目的。

3. 形式多元化,强调综合性 在实际应用中,生活方式的管理可以以多种不同的形式出现,也可以融入健康管理其他策略中去。例如,生活方式管理可以纳入疾病管理项目中,用于减少疾病的发生率或降低疾病的损害;可以在需求管理项目中出现,帮助人们更好地选择食物,提醒人们进行预防性的医学检查等。不管应用了什么样的方法和技术,生活方式管理的目的都是相同的,即通过选择健康的生活方式,减少疾病的危险因素,预防疾病或伤害的发生。

(二) 健康行为改变的技术

生活方式管理可以说是其他健康管理策略的基础。其中生活方式的干预技术在生活方式管理中举足轻重,有四种主要技术,即教育、激励、训练和营销常用于促进人们改变生活方式。①教育,是传递知识,有助于人们确立态度,改变行为;②激励,通过正面强化、反面强化、反馈促进、惩罚等措施进行行为矫正;③训练,通过一系列的参与式训练与体验,培训个体掌握行为矫正的技术;④营销,利用社会营销的技术推广健康行为,营造健康的大环境,促进个体改变不健康的行为。单独应用和联合应用这些技术,可以帮助人们朝着有利于健康的方向改变生活方式。

行为改变理论发展的跨理论模式已经被广泛研究和应用,跨理论模式认为健康行为的改变和进步要经历几个阶段。行为阶段模型认为,可以把人的行为分割成一些阶段,每个人处于不同的阶段中。而且,人们可以在不同的阶段之间移动,来实现期望要做的行为。用行为阶段模型设计的干预措施,是在不同的行为阶段采取特定的干预。

1. 行为改变阶段 已得到广泛认可的行为改变模式的五个阶段:考虑前期阶段、认真考虑阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段(图9-3)。也有人分为五期,即意向前期、意向期、准备期、行动期和维持期。

(1) 考虑前期阶段(意向前期):是指当事人并没有打算在近期内改变自己的某种行为方式,他们通常会把改变的期限定为6个月内,处于“考虑前期阶段”的人们一般并不认为他们的行为方式存在着什么不妥——即便在别人(如他的家人、员工等)看来问题已经非常严重。

(2) 认真考虑期(意向期):是人们往往已经意识到他们的行为方式存在着很大的问题,而且准备在近期内(一般为6个月)对自身行为作出改变。

(3) 准备阶段(准备期):是人们希望马上改变自身行为方式(通常期限在下个月内),或者是目前他们已经在尝试着对自身行为方式作零星的改变,例如减少了每天的吸烟量或是偶尔参加一些体育活动。

(4) 行动阶段(行动期):是人们往往会为自己指定某个指标水平(如每周锻炼3次,每次20分钟或者更长时间,或是6个月内不吸烟),并积极地改变着自身行为。

(5) 维持阶段(维持期):当一个人对自身行为的改变已经维持一段时间(在实际操作中我们通常把这一时间定为6个月或更长),我们就认为它目前处于维持阶段。

大量研究成果把这五个阶段的发生定义为一个循环往复的过程,这似乎更为恰当。人们会以各自不同的速度,在这几个阶段中一遍又一遍的循环重复。通常人们处于前几个阶段的时间会相对长一些,而且往往会在行动阶段或维持阶段功亏一篑,而不得不再次重复前边的几个阶段,即考虑前期阶段、考虑阶段、准备阶段。

2. 方法 确定某个人所处的行为改变阶段,可以让我们了解他的行为改变的动机就緒状态,然后就可以确定适合这个人的干预措施和方法。通常帮助人们改变行为的方法有意识觉醒、

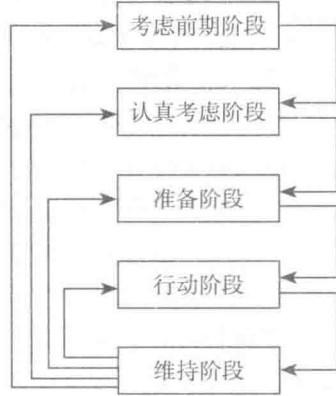


图9-3 行为改变模式阶段



情感唤起、自我再评价、环境再评价、自我解放、帮助的人际关系、反制约、增强管理、刺激控制和社会解放等。

表 9-2 是以增加身体锻炼为例,说明行为改变的 5 阶段,以及相对应的行为改变的 10 种方法。

表 9-2 怎样把改变阶段模型用于增强患者的身体锻炼

行为改变阶段	问题	改变行为的方法
考虑前期阶段 (意向前期)	没有考虑要增加身体锻炼	分析目标行为的积极和消极方面,并提供简单的信息 (意识觉醒、情感唤起)
认真考虑阶段 (意向期)	想要增加身体锻炼	鼓励和帮助人们作出承诺,增加自我效能,选定锻炼课程 (社会解放)
准备阶段 (准备期)	询问医生,并考察锻炼场所	确定目标,确定开始锻炼时间和锻炼方式,利用社会支持 (帮助的人际关系),利用刺激控制
行动阶段 (行动期)	参加锻炼场所活动	评价人们的目标实现程度,给人们提出建议应对疲劳、 不适、缺乏动机的方法。对高自我效能的人们表示出 赞扬(增强管理、反制约、刺激控制)
维持阶段 (维持期)	在 6 个月内,锻炼身体每周 3 次	评价人们各种应对方法的有效程度,调整锻炼目标和 锻炼方法

(三) 生活方式管理的步骤

第一步,场所收集资料,了解生活方式。

在进行生活方式管理前,首先要了解管理对象的生活方式。包括饮食、起居、运动、娱乐、爱好等。同时,还要了解管理对象的价值取向和对健康行为的态度等。

- (1) 饮食:食物结构、进食频率和量、口味等。
- (2) 运动:运动项目、频率和量等。
- (3) 起居:作息时间。
- (4) 嗜好:是否吸烟,吸烟的品种、每天吸烟量,开始吸烟的年龄,吸烟的年限等。

是否饮酒,酒的品种、每天饮酒量,开始饮酒的年龄,饮酒的年限等。

第二步,评估行为危险因素。

根据管理对象的生活方式,分析判断存在的健康危险因素,如高脂饮食,钠盐摄入过多,蔬菜水果摄入不足,不参加运动等。

第三步,判断行为改变所处阶段。

在使用行为改变阶段模型时,要通过评估确定管理对象所处的行为改变阶段,应该先做一些小调查(比如简短的谈话,或问卷调查)来了解人们处于哪个行为改变阶段。然后,针对每个具体的个体所处的阶段,确定有针对性地帮助他改变行为的方法。比如,

“这个人是不是读过与身体锻炼有关的文章,对身体锻炼有多深的了解?”(如果答案是“否”,就可以采用意识觉醒方法)

“这个人是不是相信锻炼身体能让他更健康?”(如果答案是“否”,就可以再用自我再评价方法)还可以要求参与者做一份问卷调查表,回答问题。以运动为例:

- (1) 我现在不锻炼。 A 是;B 否
- (2) 我打算在未来的 6 个月内开始锻炼。 A 是;B 否
- (3) 我现在就在进行有规律的锻炼。 A 是;B 否
- (4) 我已经进行有规律的锻炼并保持了 6 个月。 A 是;B 否



根据问卷答案判断:

如果第1题 = 是 并且第2题 = 否,那么阶段 = 意向前期

如果第1题 = 是 并且第2题 = 是,那么阶段 = 意向期

如果第1题 = 否 并且第3题 = 否,那么阶段 = 准备期

如果第3题 = 是 并且第4题 = 否,那么阶段 = 行动期

如果第3题 = 是 并且第4题 = 是,那么阶段 = 维持期

把行为改变阶段与行为改变方法密切地结合起来,只有这样才能有效地帮助人们从一个行为阶段转变到下一个行为阶段。

在实际工作中,阶段评估仅适用于对管理对象初次进行行为干预的行为所处阶段评估。多数情况下阶段评估以沟通方式完成,不宜过多使用问卷(问卷仅适合规模调查或某一特定评估)。过多使用问卷调查会增加管理对象合作的障碍,口头沟通形式更有利于健康管理师了解具体情况,包括管理对象个人对事物的认识、理解和态度,而问卷无法替代人与人的沟通。此外,面对面的沟通增进彼此了解,有利于管理对象建立良好的依存性。

第四步,制订和实施保健计划。

提出分阶段计划,并与管理对象进行沟通。在管理对象接受行为改变的建议并尝试进行行为改变后,为管理对象制订该行为改变的阶段计划,有利于提高行为的进一步改善。

在计划实施过程中,将行为的改善与管理对象本人的自我主观感觉和相关指标改善相联系,有利于增强管理对象执行计划的信心,也利于提高计划的执行率。

行为改变跨理论模式在健康心理学上是用于解释和预测一个人完成指定的行为改变是成功还是失败,比如养成不同的习惯。分为五个阶段(考虑前期阶段、认真考虑阶段、准备阶段、行动阶段和维持阶段)。以上阶段计划可因人而异,但最重要的是需要健康管理师与管理对象充分沟通,讨论计划的可行性以及可能遇到的障碍,确保计划的实施。阶段间隔时间以一至二月为宜,过短管理对象行为未改变,过长不利于该计划的落实。而在评估后行为改变过程中阶段的分段并不明显,而且各阶段的分段也因人而异,一小部分人因健康需求高和实施条件成熟,行为改变进入维持期较快;但大部分人在接受第一次的健康教育至最后的行为进入维持期需要相当长的时间,其中与其健康状况及周围支持有关,健康状况差的,周围支持环境好的,改变快,健康状况一般的人改变该行为的意愿不强烈,周围支持环境又一般,尤其是工作中单位领导和同事的支持度对管理对象行为改变的影响较大。

二、疾病管理

(一) 疾病管理的概念

疾病管理(disease management)是基于“预防疾病要比治疗疾病的花费要低”这一理念建立的。它是以疾病发展的自然过程为基础的、综合的、一体化的保健和费用支付管理体系。其特点是以人群为基础,重视疾病发生、发展的全过程,提供全方位的疾病诊断、治疗、监测、维护服务(如疾病高危人群的识别和管理,患病后的临床诊治、疾病状况的监测、生活方式干预和改善、其他疾病并发症的风险评估预防与治疗、疾病的自我维护与监测、相关医学和健康知识的普及和教育等),帮助患者控制病情的发展,防止病情的恶化及并发症的出现,提高患者和家人的生活质量。强调预防、保健、医疗等多学科的合作,强调个人积极参与和自我管理,提倡资源的及早利用,减少非必需的发病之后的医疗花费,提高卫生资源和资金的使用效率。

疾病管理的目标是通过健康产业链的各组织和部门相互协作,提供持续、优质的健康保健服务,提高成本效益,并在此基础上提高疾病好转率 and 目标人群的生活质量,以及对健康保健服务的满意度。



(二) 疾病管理特点

疾病管理为患有特定疾病(慢性病)的人提供需要的医疗保健服务,主要是在整个医疗服务系统中为患者协调医疗资源。它强调患者自我保健的重要性,实质上是患者自我管理。患者必须监督自己疾病进展,在各个方面改善自己的行为,如坚持服药、饮食和症状监控等。患者必须每天和医护人员交流自己的疾病状态。

1. 目标人群是患特定疾病的个体。

2. 不以单个病例和(或)其单次就诊事件为中心,而是关注个体或群体连续性的健康状况与生活质量,这也是疾病管理与传统的单个病例管理的区别。

3. 医疗卫生服务及干预措施的综合协调至关重要。疾病管理关注健康状况的持续性改善过程,而多个服务提供者的医疗卫生服务与干预措施的一致性需要协调。

(三) 疾病管理的策略和步骤

根据国外经验,整个疾病管理的计划包括设计、实施、评价和推荐四个阶段。其中以患者为中心的管理团队模式,强调疾病管理责任师的特殊作用、患者自我管理和家庭社会支持的作用,强调个性化的综合干预。开展疾病管理的步骤如下。

1. 筛查患者 通常可用以下几种方法:①可从已建立的健康档案中找出所要管理的患者,进行登记和核实,最好是将健康档案与社区常规的诊疗信息系统连接起来,开展持续性保健服务;②对常规体检发现属于管理范围的患者进行登记等;③对常规门诊就诊的、属于管理范围的患者进行登记等;④其他途径的筛查,如流行病调查等。

疾病管理目标人群为:①疾病的高危人群;②疾病患者。对高危险度、高医疗费用的人群开展早期预防和治疗,开展疾病管理。确定高危险人群首先要对患者的风险度进行评价,患者患其他疾病的风险度以及患疾病本身并发症的风险度。

最适合疾病管理的疾病,必须满足以下的基本条件。

(1) 依照循证医学,容易并能够制订疾病治疗和预防指南的疾病。

(2) 结果是可以衡量的。

(3) 五年内容易看到成效。

(4) 耗费医疗成本极大的疾病。

依照国内外的文献,最为适合疾病:糖尿病、心脏病、脑卒中、癌症、哮喘、前列腺疾病、皮肤病和心理健康疾病如抑郁症等。次适合的疾病为:高血压、肾透析、药物滥用和消化性溃疡、人类免疫缺陷综合征(AIDS)等。据相关资料,通常选择高血压、糖尿病、哮喘、抑郁症等疾病作为管理疾病。这些疾病往往医疗费用较高,但是通过对患者进行健康教育和医生的培训,会大大提高治疗效果,提高患者治疗的依从性,减少并发症和死亡。

2. 管理患者分层 为确定随访的频率、干预的方式和干预的强度,将精力放到危险度高、自我保健意识差的人群上,将预备管理的患者进行分层。确定患者个体危险(情感和心理、功能状况、社会工作和支持系统、经济状况、环境、健康行为和知识、病史、医疗状况、疾病过程等),对危险程度进行分级(层),一般分3~5层即可。以高血压为例,可这样分为三层:一层为血压 $>140/90\text{mmHg}$,并且有并发症和相关临床情况的高血压患者;二层为没有并发症的和相关临床情况,血压 $>140/90\text{mmHg}$ 的高血压患者,没有定期监测血压;三层为所有其他的高血压患者。

3. 制订保健计划 针对每个患者的实际情况,在患者的共同参与下一步一步地设立小的具体的目标,逐步达到最终的目标。目标设定要具有可行性,要十分具体、清楚,可操作。一次不要设定太多的目标,最好一次一个目标。如指导患者减重,可定为把早餐的油条改为馒头或面包。

管理好患者不仅仅是科学,还是科学和艺术的结合。每个居民的问题都不一样,有些人是



忘记服药,有些人是怕药物有副作用而不服药物。健康管理师要学会与患者沟通的技能,建立良好的医患关系,这样患者的依从性就会加强,制订的保健计划才有针对性,体现个性。

4. 执行保健计划、定时随访 对疾病管理患者定时随访内容包括健康教育、临床用药指导、健康行为生活方式建立,如患者是否减少了盐的摄入、是否戒烟等。

(1) 方法:常见的疾病管理干预方式有电话咨询指导、邮寄健康教育材料或上网阅读和上门家访。危险度低的患者可采用邮寄健康教育的文字材料或上网阅读的干预方式。这种方式成本最低,但干预效果也较差。多数患者的管理采用电话干预的方式,电话干预成本中等,效率高,干预效果中等至高。采用电话干预每个人大约20分钟。上门家访的方式成本高,但干预效果好。由于这种方式很费人力、物力,建议用于行动困难的老年人、残疾患者或有非凡困难的家庭。

(2) 患者自我管理:疾病管理成功的要害是患者的自我治理能力的提高。患者的自我治理能力都包括哪些方面呢?以高血压为例,患者的自我治理能力主要包括:对自己血压监测的能力,患者对自己血压评估的能力,患者对药物作用及副作用的简单了解,患者用药物依从性的能力,患者把握行为矫正的基本技能,选择食物、进行体育锻炼的能力,戒烟、戒酒、减重、压力管理的技能,寻求健康知识的能力和就医的能力。

(3) 培训:理解和贯彻医学会、社区卫生协会制订的有关技术指南和规范,是医生培训的主要内容。技术指南提供的信息具有权威性,是根据大量循证医学研究的结果由专家集体论证达成一致的建议。因此,医生应把握技术指南的精神并应用到医疗实践中,这样才能给患者提供最好的医疗保健。

(4) 协调:协调卫生保健服务是疾病管理的重要内容,要为患者建立转诊和急诊通道。当病情需要转诊时,基层医生要把握转诊的标准。疾病管理责任师应为患者建立双向转诊的通道,为患者进一步到上级医院就诊提供方便,减少不必要的重复检查,节省卫生经费。

在这个环节中,疾病管理责任师起了至关重要的作用,担负的职责:与患者沟通,与医生和患者共同制订个体化的疾病防治计划,健康教育,危险因素干预,连续观察患者病情及治疗依从性的变化,了解患者需求并及时向医生反馈患者病情,帮助患者提高自我管理以及获得家庭和社会支持等。疾病管理责任师要为患者提供更多的健康教育和更多的疾病预防知识,尽可能改变患者的不良生活方式,减少疾病危险因素的危险。

5. 疾病管理效果评价 测量结果对于疾病治理成功与否也是十分重要的。这些反馈的结果对于找出管理的不足,提高疾病管理质量十分有帮助。评价干预效果应测量以下几方面:

- (1) 临床结果:测量临床指标、并发症、发病及死亡情况等。
- (2) 经费结果:测量医疗费用、住院、急诊和门诊次数、误工天数、生活质量。
- (3) 行为结果:测量患者和医生的依从性、患者的自我治理能力。
- (4) 服务质量结果:测量患者的满足度、医生的满足度和治理者的满足度。

疾病管理发展到今天,方法和策略已经标准化,但管理的技术还在不断地发展。疾病管理的目标人群主要针对的是患病的人群,因此从社区全人群的健康目标出发,疾病管理还要从个体转向以人群为基础的健康管理。

(四) 疾病管理实施

以高血压患者个体管理实施方案为例。

第一步,收集临床评估资料,筛选患者。应用个人健康档案、健康检查记录、慢性病患者门诊随访记录、高血压规范管理随访监测记录表中信息。

- (1) 评估是否为易患个体。
- (2) 确定是否为原发性高血压。
- (3) 排除继发性高血压。

第二步,患者血压水平分级。根据患者血压水平,按表9-3诊断高血压并分级。



表 9-3 血压水平分类和定义

类别	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)
正常血压	<120	和	<80
正常高值血压	120~139	和(或)	80~89
高血压	≥140	和(或)	≥90
1 级高血压(轻度)	140~159	和(或)	90~99
2 级高血压(中度)	160~179	和(或)	100~109
3 级高血压(重度)	≥180	和(或)	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	和	<90

第三步,完善相关检查。做相关检查,收集资料。

(1) 明确有无心血管疾病危险因素。

(2) 明确是否存在靶器官损害及并存的相关疾病

第四步,确定危险分层。

高血压患者心血管危险分层标准见本书第二篇第十章。

第五步,制订个体管理方案,实施随访管理。管理责任师收集患者生活行为方式,根据患者血压级别和其他危险因素情况,进行患者危险分层,并按危险分层情况,制订健康保健计划,实行分级随访和管理。按分级管理的频次,监测患者的血压、各种危险因素、临床情况、疗效、相关生活行为因素。

(1) 一级管理。①管理对象:男性年龄 <55 岁,女性年龄 <65 岁,高血压 1 级,无其他心血管疾病危险因素,按照危险分层属于低危的高血压患者;②管理要求:至少 3 个月随访一次,了解血压控制情况,针对患者存在的危险因素情况采取非药物治疗为主的健康教育处方。当单纯非药物治疗 6~12 个月效果不佳时,增加药物治疗。

(2) 二级管理。①管理对象:高血压 2 级或 1~2 级同时有 1~2 个其他心血管疾病危险因素,按照危险分层属于中危的高血压患者;②管理要求:至少 2 个月随访 1 次,了解血压控制情况,针对患者存在的危险因素采取非药物治疗为主的健康教育处方,改变不良生活方式。当单纯非药物治疗 3~6 个月效果不佳时,增加药物治疗,并评价药物治疗效果。

(3) 三级管理。①管理对象:高血压 3 级或合并 3 个以上其他心血管疾病危险因素或合并靶器官损害或糖尿病或有并存的临床情况,按危险分层属于高危和很高危的高血压患者;②管理要求:至少一个月随访一次,及时发现高血压危象,了解血压控制水平。加强规范降压治疗,强调按时服药,密切注意患者的病情发展和药物治疗可能出现的副作用,发现异常情况,及时向患者提出靶器官损害的预警与评价,督促患者到医院进一步治疗。

第六步,效果评估。

(1) 根据个体情况每半年到一年做一次。

(2) 进行眼底和实验室检查复查。

(3) 进行生活质量评估。

(4) 进行危险因素评估

(5) 方法:①根据血压控制情况进行评估,分为优良、尚可和不良;②根据危险分层标准进行重新评估;③根据重新评估的级别出具个体管理方案。

(张开金)



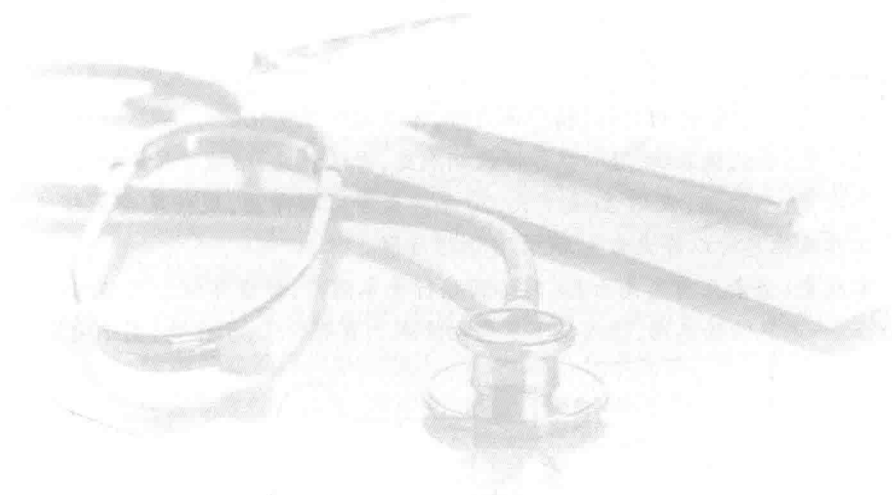
参考文献

- [1] 张开金. 健康管理理论与实践. 第2版. 南京: 东南大学出版社, 2013.
- [2] 陈君石, 黄建始. 健康管理师. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007.
- [3] 张开金. 社区卫生服务导论. 南京: 东南大学出版社, 2013.
- [4] 卢祖洵. 社会医学. 第2版. 北京: 科学出版社, 2008.
- [5] 汤士忠, 张开金, 康健. 常见慢性病社区管理. 南京: 东南大学出版社, 2011.

五血高到克取

第二篇

常见慢性病的社区管理



第十章 原发性高血压

原发性高血压是以体循环动脉压升高为主要临床表现的心血管综合征,通常简称为高血压。高血压可损伤机体心、脑、肾等重要脏器的结构和功能,并与其他心脑血管病危险因素并存,是心脑血管疾病发病和死亡的主要危险因素。根据中国疾病预防控制中心 2012 年公布的我国监测数据研究显示,中国成年人中高血压患病率高达 33.5%,估算全国患病人群为 3.3 亿。尽管目前有明确治疗方案能使几乎每一个高血压患者的血压水平降低到正常水平,然而,我国人群高血压知晓率、治疗率和控制率仅为 35.7%、28.8% 和 6.6%,高血压的综合防控形势依然十分严峻。重要原因之一是患者对高血压认识不足、治疗依从性差。由于高血压是一种慢性病,需要终身管理,而且,大部分患者在基层卫生医疗机构就诊,大多数时间需要患者进行自我监测和管理,因此,基层卫生机构是高血压综合防治基地,基层全科医生是主要管理者,高血压的基层管理至关重要。本章将从基层门诊全科医生接诊开始,主要介绍基层原发性高血压的诊疗与管理。

临床病例

主观资料(S):赵某,男,43岁,以“头晕5年,加重伴后枕部搏动感1个月”为主诉来社区门诊就诊。初步的病史采集如下。

患者于5年前出现头晕、头胀痛、嗜睡、精神紧张时加重,于市级医院就诊,诊断“原发性高血压”,最高血压170/100mmHg,给予口服降压药物(具体不详)治疗后患者症状好转。5年来患者间断口服降压药物,未系统监测血压。1年前患者因工作繁忙、作息不规律彻底停用降压药物。1个月前,患者于强烈精神刺激后出现严重头晕,伴后枕部搏动感,与体位及头位无关,无视物旋转,无意识障碍,无恶心呕吐,无听力改变,无肢体麻木及感觉运动障碍。大便规律,饮食睡眠欠佳,精神体力可,体重无明显变化。

既往史:否认糖尿病、冠心病等慢性病病史,否认肝炎、结核等传染病史。

个人史:不饮酒,吸烟20支/天,20年。大学本科学历,现任某企业销售经理。患者平素工作及休息时以静坐为主,无体育锻炼习惯。

家族史:父亲生前患高血压、因结肠癌行手术治疗,母亲体健。兄弟姐妹4人,一兄患高血压,一弟患结肠息肉,行内镜下息肉切除术。育有一子,子体健(图10-1)。

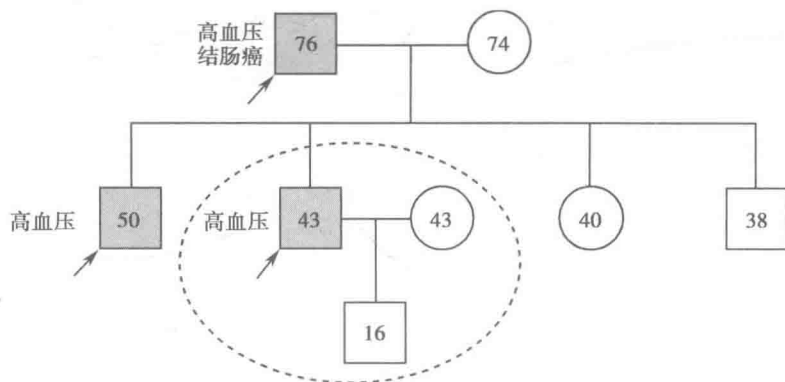


图 10-1 患者家系图



该患者近一个月因强烈精神刺激后头晕加重,伴后枕部搏动感,既往有高血压病史,未经规范治疗。对于此类患者,基层全科医生在初步病史采集后,首先要明确患者就诊的主要原因,需要考虑以下3个相关问题。

【问题1】该患者就诊的主要目的是什么?

思路1:确认和处理现患问题。这是全科医生以及其他专科医生接诊患者的核心任务。该患此次就诊需要解决的主要健康问题是头晕,是一个临床常见、但非特异的症状。基层卫生服务机构的诊疗环境与综合性医院不同,与医院门诊相比,基层门诊常见的疾患为常见病、多发病以及涉及生理、心理和社会适应等多个层面的健康问题,具有广泛性、多维性、变异性的特点,且多种健康问题并存。另外,医疗资源相对不足,可利用的实验室检查和各种辅助检查方式十分有限。因而,针对同一症状或疾病,基层卫生机构门诊与医院的诊疗方式也有所不同。Murtagh安全诊断策略是基层全科医生常用的诊断策略(见本书第六章)。

思路2:头晕(dizziness)是一个临床上难以确切描述的主诉,患者通常主诉头昏沉、头胀、眼花、头重脚轻等模糊感觉。对所有因头晕就诊的患者,都需要鉴别是否是眩晕、晕厥、平衡失调或非特异性头晕,重点询问伴随症状。在基层门诊,最常见的主诉“头晕”是非特异性头晕。

该患者以头晕伴后枕部搏动感为主诉,与体位和头位无关。常自觉胸闷、乏力、食欲缺乏,睡眠欠佳。无自身或周围物体旋转或摇动的感觉,无耳鸣、听力障碍,无头痛、恶心、呕吐,无面色苍白、出汗,无复视、构音不清,无一过性意识丧失,无肢体疼痛、活动不灵和感觉障碍,无发热、无心悸、胸闷,无外伤及用药史等。根据患者症状,可初步考虑为非特异性头晕。

知识点

头晕的临床分类

眩晕、晕厥前兆、平衡失调感、非特异性头晕。

【问题2】引起非特异性头晕的常见疾患有哪些?

思路1:非特异性头晕的病因可能与眩晕、晕厥前兆和平衡失调感病因相同,是相关疾病较轻的一个临床表现,也可能虽经系统的检查也无法明确诊断,属于医学无法解释的症状,或称不能用疾病解释的症状。引起非特异性头晕的可能原因有:高血压、低血压、心律失常等心血管疾病,神经系统疾病,贫血,全身中毒性疾病,眼源性疾患,感染性疾病,代谢性疾病,颈椎病和颈肌病,抑郁症和焦虑症等。在基层,引起非特异性头晕的常见疾患通常是心血管疾病、脑血管疾病、抑郁症和焦虑症和医学无法解释的疾病。

该患为男性,43岁,头晕伴后枕部搏动感,常自觉胸闷、乏力、食欲缺乏。无其他伴随症状。有明确的诱因:精神刺激。既往诊断原发性高血压,38岁起病,有家族史。未经系统治疗和管理。故该患头晕原因初步考虑为原发性高血压,需要与继发性高血压相鉴别。同时需要除外其他常见疾患,特别是除外严重的、不能被忽略的疾病,避免危及生命的疾病漏诊。

思路2:与其他专科诊疗一样,全科医生也是首先通过问诊进行鉴别诊断。初步诊断假设是临床医生随着问诊的进行而逐渐形成的,对于所有疑似高血压的患者均应该询问是否存在原发性与继发性高血压的典型症状与原因,为进一步的鉴别诊断提供线索。临床上,大多数高血压患者没有特异性症状,是通过体检或其他疾病就诊时发现。而大多数头晕的患者并不是由于高血压引起的。因此,即使是既往有高血压病史的患者也需要进行头晕的鉴别诊断。对于本病例,在进行高血压鉴别诊断同时,还需要考虑是不是由严重危及生命的疾病引起头晕?



知识点

原发性高血压的典型症状

1. 大多数起病缓慢,缺乏特异性症状。
2. 常见症状有:头晕、头痛、颈项强直、疲劳、心悸等,典型高血压头痛随血压下降后可消失。
3. 较重症状有:视力模糊、鼻出血等。

知识点

继发性高血压的主要疾病及其典型临床表现

主要疾病	典型临床表现
肾实质性高血压	高血压;伴明显蛋白尿、血尿和贫血
肾血管性高血压	血压升高进展迅速、突然加重;上腹部和背部肋脊角处可闻及血管杂音
原发性醛固酮增多症	多数情况下血压为轻中度增高;可有肌无力、周期性瘫痪、烦渴、多尿等
嗜铬细胞瘤	阵发性血压升高;伴心动过速、头痛、出汗、面色苍白
皮质醇增多症	高血压;向心性肥胖、满月脸、水牛背、皮肤紫纹、毛发增多等
主动脉狭窄	上臂血压增高,下肢血压不高或降低;肩胛区、胸骨旁、腋部可有动脉搏动和杂音;腹部听诊可有血管杂音

【问题3】是不是由严重危及生命的疾病引起头晕?

思路1:遵循重要疾病优先检查的原则。这些疾病通常是指一些危及生命的、恶性的以及急性需要立即处理的疾病,如脑卒中、急性冠脉综合征、心律失常、严重的感染、恶性肿瘤及其他社区急症。尽管患病概率可能不大,也要考虑先行检查重要疾病,尽可能地不漏诊。对于非特异性头晕,不能除外的严重疾病有:高血压急症和亚急症、严重心律失常、心肌梗死、脑肿瘤、脑卒中。

思路2:对于该病例,基层全科医生在接诊的每个环节中均需要优先除外严重疾患。因而,在问诊过程中,特别需要询问是否存在意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧、心前区疼痛等。

【问题4】病史采集结束后,下一步查体应重点做哪些方面?

思路1:体格检查的主要目的是支持、修订或否定问诊过程中形成的诊断假设。有助于发现继发性高血压线索、靶器官损害情况、并存临床疾病情况。在基层门诊查体的重点应包括:①生命体征测量;身高、体重、腰围测量;必要时测量立、卧位血压和四肢血压。②观察有无库欣面容、向心性肥胖、紫纹与多毛,神经纤维瘤性皮肤斑,甲状腺功能亢进性突眼征或下肢水肿等。③触诊甲状腺,检查周围血管搏动。④重点的心肺检查,听诊心脏有无杂音,颈动脉、胸主动脉、腹部动脉和股动脉有无杂音。⑤检查腹部有无肾脏增大(多囊肾)或肿块。⑥神经系统检查。

思路2:近几十年来,大量的高新技术和设备应用于临床,但病史、体格检查的诊断符合率并没有下降。一个合格的临床医生依据仔细询问病史、细致的查体和正确的临床思维应该能做出60%~70%的临床诊断。在基层,由于缺乏先进的诊疗设备,全科医生反而会在长期的基层诊疗实践中,培养了独特的基层诊疗思维和娴熟的物理检查能力。

知识点

血管杂音的常见听诊部位

颈部、背部两侧肋脊角、上腹部脐两侧、腰部肋脊角处。



病例续:社区门诊查体记录

客观资料(O):血压 185/105mmHg,一般状况可。双肺听诊呼吸音清,心率 74 次/分,心律整,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

【问题 5】上述门诊记录是否准确反映了患者的体征?

思路:上述体格检查记录并不能完整反映患者的患病情况及特点,应针对继发性高血压的特点以及其他引起头晕的疾病特点进行重点查体,以期进行鉴别诊断。

该患者补充相关检查后的体检结果为:体温(T):36.5℃,呼吸(R):16 次/分,脉搏(P) 74 次/分,血压(BP):右上肢 BP 185/105mmHg,左上肢 BP 180/100mmHg,右下肢 BP 195/100mmHg,左下肢 BP 195/100mmHg,身高 1.73m,体重 78kg,体重指数(BMI):26kg/m²。一般状况可。鼻唇沟对称,伸舌居中,颈椎活动良好,无压痛,双肺听诊呼吸音清,叩诊心界向左下扩大,心尖搏动位于左锁中线外 0.5cm 处,可触及抬举性心尖搏动,心率 74 次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,无压痛,未触及腹部包块,双肾区无叩痛,腹部听诊闻及血管杂音。双下肢无水肿,双足背动脉搏动良好。神经根牵拉试验、霍夫曼试验阴性。肌力、肌张力、腱反射正常,深感觉、痛温觉、位置觉正常,病理反射未引出。

【问题 6】结合上述体检结果,为明确诊断应进一步实施哪些检查?

思路 1:根据上述查体结果:BP:185/105mmHg,叩诊心界向左下扩大,心尖搏动位于左锁中线外 0.5cm 处,可触及抬举性心尖搏动,腹部听诊可闻及血管杂音,余无阳性体征,结合病史,可初步诊断为高血压。对于所有诊断为高血压的患者,应进行诊断性评估。血压水平分类和定义见本书第一篇第九章第二节。

思路 2:全科医生的基本职责之一是帮助患者做好高血压的自我管理,因而,全科医生不仅应该掌握诊室血压和动态血压的测量方法,还需要掌握家庭血压测量的方法,并教会患者如何进行家庭血压监测。家庭血压监测的临床意义在于有助于提高高血压的知晓率、诊断和判断预后的准确性以及降压治疗的质量与达标率。

知识点

高血压的诊断标准

1. 主要依据诊室测量的血压值。
2. 采用经核准的汞柱或电子血压计。
3. 患者于安静休息状态下,取坐位测量上臂肱动脉部位血压。
4. 在未使用降压药物的情况下,非同日测量三次血压值收缩压均大于等于 140mmHg 和(或)舒张压均大于等于 90mmHg 可诊断高血压。
5. 患者既往有高血压病史,正在使用降压药物,血压正常也诊断为高血压。

知识点

《家庭血压监测中国专家共识》的建议

1. 在高血压的诊治和管理中,除了诊室血压、动态血压测量外,建议患者进行家庭血压监测。
2. 建议选择经过临床验证的上臂式全自动电子血压计进行家庭血压监测。
3. 监测频率与时间 对于初诊或血压控制不佳患者,建议就诊前连续测量 5~7 天,每日早、晚各测量 2~3 个读数,间隔 1 分钟,取平均值。对于血压控制良好患者,建议每周测量 1 天。
4. 高血压的管理者应积极推动家庭血压监测,包括高血压患者和目前血压正常者。



思路 3:结合病史和体格检查结果,基层实验室和辅助检查项目的选择思路主要有 2 个,一是尽可能除外可能的社区急症,二是诊断性评估。高血压患者诊断性评估的主要内容包括:①确定血压水平及其他心血管危险因素。②判断高血压的病因,明确有无继发性高血压。③寻找靶器官损害以及相关临床情况,评估心血管疾病发生风险,以指导诊疗和管理。

需要特殊关注的是,在基层检查项目的选择还取决于基层医疗机构的设备条件及其可利用的医疗资源。尽管理想的诊疗过程是在完善高血压的诊断评估后开始初始治疗。但在基层,并不是所有的患者都在完善诊断和心血管疾病风险评估后才开始治疗和管理。基于本章病例该患者就诊医疗机构的实际情况,全科医生为患者选择了以下检查项目:血常规(全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容)、尿液分析(蛋白、糖和尿沉渣镜检)、血生化(钾、空腹和餐后 2 小时血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、尿酸、肌酐、心肌酶谱)、心电图、眼底、胸部 X 线检查、颈椎双斜位 X 线片、头 CT、使用抑郁自评量表和焦虑自评量表筛查抑郁症和焦虑症。

知识点

高血压应做的实验室检查和辅助检查项目

1. 基本项目 血生化检查(包括钾离子、空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、肌酐和尿酸);全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容;尿液分析(包括尿蛋白、尿糖和尿沉渣镜检);心电图。

2. 推荐项目 24 小时动态心电图、超声心动图、餐后 2 小时血糖、血同型半胱氨酸、尿白蛋白定量(糖尿病患者必查项目)、尿蛋白定量(用于尿常规检查蛋白阳性者)、眼底检查、胸部 X 线检查、脉搏波传导速度(PWV)、以及踝臂血压指数(ABI)等。

3. 选择项目 对怀疑为继发性高血压患者,根据需要可以分别选择以下检查项目:血浆肾素活性、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血游离甲氧基肾上腺素及甲氧基去甲肾上腺素、血和尿儿茶酚胺、动脉造影、肾和肾上腺超声、CT 或磁共振成像、睡眠呼吸监测等。对有合并症的高血压患者,进行相应的脑功能、心功能和肾功能检查。

病例续:基层门诊实验室检查与辅助检查

客观资料(O):实验室检查:钠 151mmol/L,氯 98mmol/L,甘油三酯 2.6mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇 4.5mmol/L、高密度脂蛋白胆固醇 0.84mmol/L,空腹血糖 6.8mmol/L、餐后 2 小时血糖 8.9mmol/L,余未见异常。辅助检查:心电图:窦性心律,心率 82 次/分,电轴左偏,RV6 2.8mV,RV5+SV1 4.3mV,V4~V6 导联 T 波双向。头 CT 未见明显异常。颈椎双斜位:颈椎退行性变。胸部 X 线:心胸比率超过 1:2。抑郁自评量表测试结果:总粗分 51,标准总分 63.75,参考诊断有(中度)抑郁症状。焦虑自评量表测试结果:总粗分 40,标准总分 50,参考诊断有(轻度)焦虑症状。

【问题 7】该患在基层就诊的初步评估结果是什么?

思路 1:全科医疗中的基层评估是指根据就诊者的主、客观资料作出的初步印象、疾病诊断或健康问题评估。全科医疗中的评估类似其他专科医疗的临床诊断,但又有所不同。基层评估不仅包括初步印象和疾病诊断,还包括个人心理行为评估、家庭评估等。有时悬而未决的临床问题也可列入评估列表中。

思路 2:具有科学基础的系统整体论是全科医学的哲学方法,用以解释和处理患者的健康问题,提供以人为中心的全人照顾。按照全人照顾的理念,全科医生对个体健康状况的评估并不局限于某个器官系统,通常将病态看做是多种疾病及其危险因素综合的结果,根据患者躯体、心



理、社会、精神等多方面的需求提供健康照顾。对于该病例,全科与其他专科不同的诊断思维是,全科医生不仅仅考虑引起头晕的相关疾患(包括精神心理疾患)以及与高血压相关的心脑血管系统疾患及其危险因素,如上所述。同时,也分析其是否有其他的并存疾病或重大疾病的危险因素,适时地提供包括临床预防在内的健康照顾。适时地提供预防性照顾也是全科医生应诊的主要任务之一。

根据病史、体格检查、实验室检查和辅助检查结果,该患者在基层的初步评估结果如下。

病例续:基层初步评估结果

评估(A):①原发性高血压3级。②高血压性心脏病。③血脂异常症,高甘油三酯血症,高低密度脂蛋白胆固醇血症,低高密度脂蛋白胆固醇血症。④高钠血症。⑤空腹血糖受损,糖耐量异常。⑥超重。⑦吸烟者。⑧有中度抑郁症状,轻度焦虑症状。⑨结直肠癌高危人群。

【问题8】该患者在基层应如何处置?

思路1:在初步评估基础上,需要为患者制订基层处置计划(P),包括诊断计划、治疗计划、患者指导计划或健康管理计划等。

思路2:制订基层处置计划过程中,全科医生和患者及其家属重点讨论转诊、治疗和基层管理等。基层医疗机构与医院双向转诊的主要目的是确保患者安全和医疗质量,减轻患者经济负担,充分发挥基层与医院各自的技术优势,有效利用医疗资源,通过分工协作,最大限度地提高百姓健康水平。

对于本病例患者,在充分尊重患者意愿以及与患者和(或)其家属协商的前提下,提出基层门诊的处置计划如下。

病例续:基层处置计划

处置计划(P):①立即启动治疗性生活方式干预。②立即启动药物治疗,选择钙离子拮抗剂(CCB)+血管紧张素酶抑制剂(ACEI)类降压药联合治疗。③立即转诊至上级医院,进一步明确诊断和治疗方案。④建立个人健康档案,纳入社区高血压患者健康管理,制订健康管理计划。⑤2周内随访。

知识点

高血压患者基层转诊至医院的指征

1. 对于初诊高血压患者,基层转诊指征如下:

- (1) 合并严重的靶器官损害或临床情况,如高血压急症等。
- (2) 鉴别原发性与继发性高血压。
- (3) 需要进一步明确高血压诊断及心血管疾病危险分层,如怀疑白大衣高血压。
- (4) 因其他疾病诊疗需要到上级医院进一步检查,如精神心理疾患、糖尿病、恶性肿瘤筛查等。

(5) 妊娠和哺乳期妇女。

2. 对于已在基层管理的复诊高血压患者,基层转诊指征如下:

- (1) 在改善生活方式的基础上,按照初始治疗方案治疗2~3个月,血压不达标者。
- (2) 难治性高血压。
- (3) 血压控制平稳的患者,再度出现血压升高并难以控制者。
- (4) 随访过程中,出现新的、基层无法处理的不良反应或其他严重临床疾患。



思路 3:目前,基层高血压患者的诊疗方案主要是依据《内科学》(第 8 版)和 2010 年《中国高血压防治指南》(以下简称《指南》)。对于诊断明确的高血压患者,无论采用何种治疗策略,均应达到《指南》规定的治疗目标要求。标准治疗目标是:①在非药物治疗基础上,优先选择长效制剂,遵循小剂量、联合用药和个体化的原则。②控制其他可逆性的危险因素。③治疗靶器官损害和并存的临床疾患。

本章病例的非药物治疗方案如下:采用个体化健康咨询方式,干预以下内容,帮助患者建立健康生活方式:①限盐。②控制体重。③戒烟。

本章病例的初始药物治疗方案如下:①二氢吡啶类钙拮抗剂联合血管紧张素转换酶抑制剂降压治疗。②使用他汀类药物控制血脂水平。

本章病例转诊目的旨在评估患者其他心血管危险因素、亚临床靶器官损害,诊断是否存在精神心理疾患、糖尿病,筛查结直肠癌。

知识点

治疗性生活方式干预指导方案

内容	目标	措施	收缩压 下降范围
减少 钠盐 摄入	每人钠盐摄入量逐步降 至 <6g/d	1. 日常生活中钠盐主要来源为腌制、卤制、泡制 的食品以及烹饪用盐、应尽量少用上述食品。 2. 建议在烹饪时尽可能用量具(如盐勺)称量加 用的钠盐。 3. 用替代产品,如代用盐、食醋等。	2~8mmHg
体育 运动	强度:中等量,每周 3~5 次,每次持续 30 分钟左 右	1. 运动的形式可以根据自己的爱好灵活选择, 步行、快走、慢跑、游泳、太极拳等均可。 2. 应注意量力而行,循序渐进,运动的强度可通 过心率来反映,可参考脉率公式。 3. 目标对象为没有严重心血管病的患者。	4~9mmHg
合理 膳食	营养均衡	1. 食用油,包括植物油(素油)每人 <25g/d。 2. 少吃或不吃肥肉和动物内脏。 3. 其他动物性食品也不应超过 50~100g/d。 4. 多吃蔬菜、400~500g/d,水果 100g/d。 5. 每人每周可吃蛋类 5 个。 6. 适量豆制品或鱼类,奶类 250g/d。	8~14mmHg
控制 体质 量	BMI<24kg/m ² ,腰围 <90cm(男性),<85cm (女性)	1. 减少总的食物摄入量。 2. 增加身体活动量。 3. 肥胖者若非药物治疗效果不理想,可考虑辅 助用减肥药物。	5~20mmHg/ 减重 10kg
戒烟	彻底戒烟,避免被动吸烟	1. 宣传吸烟危害与戒烟的益处。 2. 为有意戒烟者提供戒烟帮助,一般推荐采用 突然戒烟法,在戒烟日完全戒烟。 3. 戒烟咨询与戒烟药物结合。 4. 公共场所禁烟,避免被动吸烟。	
限制 饮酒	每天白酒 <50ml 或葡 萄酒 <100ml 或啤酒 <300ml	1. 宣传过量饮酒的危害,过量饮酒易患高血压。 2. 高血压患者不提倡饮酒。 3. 酗酒者逐渐减量;酒瘾严重者,可借助药物	2~4mmHg

摘自 2010 年版《中国高血压防治指南》



知识点

初诊高血压患者的评估及启动药物治疗流程图(图 10-2)

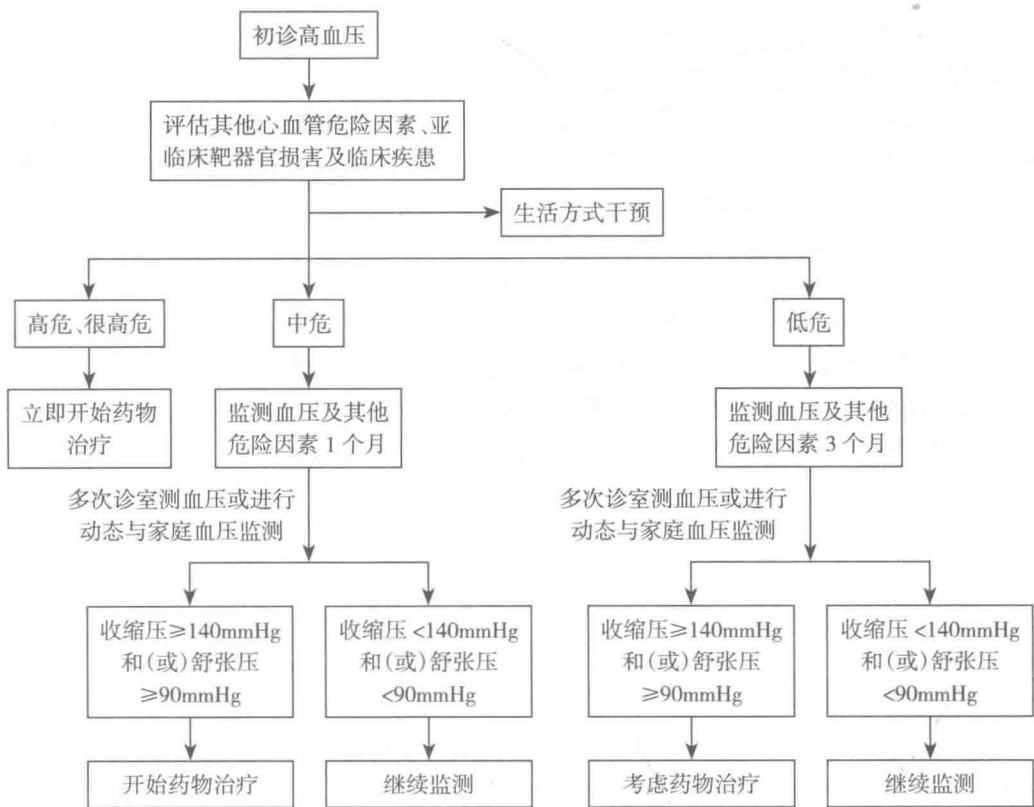


图 10-2 初诊高血压患者的评估及启动药物治疗流程图
摘自 2010 年版《中国高血压防治指南》

知识点

选择单药或联合降压治疗流程图(图 10-3)

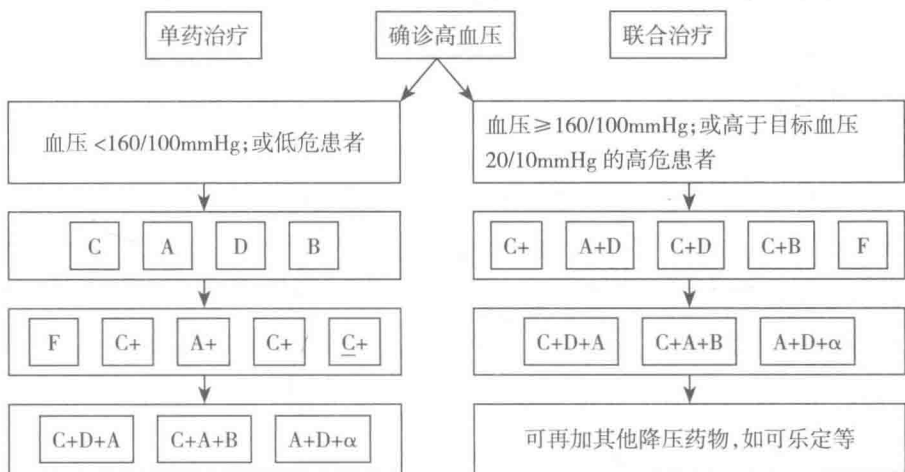


图 10-3 选择单药或联合减压治疗流程图
摘自 2010 年版《中国高血压防治指南》

ACEI: 血管紧张素转换酶抑制剂; ARB: 血管紧张素受体拮抗剂; A: ACEI 或 ARB; B: β 受体阻滞剂; C: 钙拮抗剂; D: 噻嗪类利尿剂; F: 低剂量固定复方制剂

学
习
笔
记



【问题9】该患转诊上级医院后,拟做哪些检查和处置?

思路1:检查项目重点围绕转诊目的来进行。第一,是要明确影响患者心血管预后的重要因素,需补充检查血同型半胱氨酸、尿微量白蛋白、超声心动图、颈动脉超声、双下肢动脉彩超、动态心电图、OGTT 和胰岛素水平。第二,请精神医学科会诊,明确抑郁症诊断。第三,行大便隐血和纤维结肠镜检查筛查结直肠癌。

思路2:按照全科医学全人照顾的理念,全科医生应为患者提供以整体健康的维护与促进为方向的长期负责式照顾。因而,在解决患者现患的同时,还应适时地提供预防服务,特别是以第一级和第二级预防为主的临床预防服务。该患者为结直肠癌的高危个体,故应通过大便隐血和纤维结肠镜检查筛查结直肠恶性肿瘤。

病例续:专科门诊辅助检查及会诊意见

同型半胱氨酸水平正常。尿微量白蛋白:10mg/24h。超声心动图:室间隔厚度8~9mm,左室后壁厚度11mm。颈动脉超声及双下肢动脉彩超未见异常。动态心电图提示:窦性心律,偶发房性期前收缩。OGTT 结果见表10-1。

表 10-1 患者 OGTT 结果

	0'	30'	60'	120'	180'
Glu (mmol/L)	6.30	12.60	13.64	10.88	4.98
CPS (pmol/L)	5551.48	1604.91	1976.19	2210.25	1182.89
IRI (mIU/L)	7.46	40.09	47.08	53.69	15.17

大便常规检查无异常,便潜血阴性。纤维结肠镜检查未见异常。精神医学科会诊意见:除外抑郁症。

【问题10】该患者在心血管专科就诊的确定诊断有哪些?

思路:该患者经转诊完善检查后,明确原发性高血压和高血压心脏病诊断,除外高血压急症、脑卒中、脑肿瘤、心肌梗死、结直肠癌等可能的、严重的、危及生命疾病诊断,补充诊断:心律失常(偶发房性期前收缩)、周围动脉粥样硬化性疾病、高胰岛素血症、中度抑郁状态。最终确立疾病诊断为:①原发性高血压3级(极高危险组),②高血压性心脏病;③心律失常(偶发房性期前收缩)。④血脂异常症,高甘油三酯血症,高低密度脂蛋白胆固醇血症,低高密度脂蛋白胆固醇血症;⑤空腹血糖受损,糖耐量减低,高胰岛素血症。⑥高钠血症。在其他专科,临床医生多数情况下只关于躯体疾病的诊断,采用 ICD-10 进行疾病分类和登记。

知识点

影响高血压患者心血管预后的重要因素

心血管危险因素	靶器官损害	伴临床疾患
• 高血压(1~3级) • 年龄>55岁(男性);>65岁(女性) • 吸烟 • 糖耐量受损(餐后2小时血糖7.8~11.0mmol/L)和(或)空腹血糖受损(6.1~6.9mmol/L) • 血脂异常 总胆固醇≥5.7mmol/L(220mg/dl)或LDL-C>3.3mmol/L	• 左心室肥厚 心电图:Sokolow-Lyon>38mm或Cornell>2440mm·ms;超声心动图LVMI≥125g/m²(男性),≥120g/m²(女性) • 颈动脉超声IMT≥0.9mm或动脉粥样硬化斑块 • 颈股动脉PWV≥12m/s • ABI<0.9	• 脑血管疾病 脑出血,缺血性脑卒中 短暂性脑缺血发作 • 心脏疾病 心肌梗死史,心绞痛,冠状动脉血运重建史,慢性心力衰竭 • 肾脏疾病 糖尿病肾病,肾功能受



续表

心血管危险因素	靶器官损害	伴临床疾患
(130mg/dl) 或 HDL-C<1.0mmol/L (40mg/dl)	• eGFR 降低 [eGFR<60ml/(min·1.73m ²)] 或血清肌酐轻度升高	损,肌酐≥130 (1.5,男性), ≥124μmol/L (1.4mg/dl,女性)
• 早发心血管病家族史 [一级亲属发病年龄 <55 岁 (男性), <65 岁 (女性)]	115~133μmol/L (1.3~1.5mg/dl,男性)	• 外周血管疾病
• 腹型肥胖 [腰围 ≥90cm (男性), ≥85cm (女性)] 或肥胖 (BMI ≥28kg/m ²)	107~124μmol/L (1.2~1.4mg/dl,女性)	• 视网膜病变
• 血同型半胱氨酸升高 (≥10μmol/L)	• 尿微量白蛋白 30~300mg/24h 或 白蛋白 / 肌酐 ≥30mg/g (3.5g/mol)	出血或渗出,视盘水肿
		• 糖尿病
		空腹血糖 ≥7.0mmol/L (126mg/dl)
		餐后 2h 血糖 ≥11.1mmol/L (200mg/dl),糖化血红蛋白 ≥6.5%

注 LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇;BMI:体质指数;LVMI:左心室质量指数;IMT:内膜中层厚度;ABI:踝臂血压指数;PWV:脉搏波传导速度;eGFR:估算的肾小球滤过率

知识点

高血压患者心血管危险分层标准

其他危险因素和病史	高血压		
	1 级	2 级	3 级
无	低危	中危	高危
1~2 个其他危险因素	中危	中危	很高危
≥3 个其他危险因素或靶器官损伤	高危	高危	很高危
临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危

注 1 级高血压:收缩压 140~159mmHg 和(或)舒张压 90~99mmHg;2 级高血压:收缩压 160~179mmHg 和(或)舒张压 100~109mmHg;3 级高血压:收缩压 ≥180mmHg 和(或)舒张压 ≥110mmHg

【问题 11】根据专科检查和会诊结果,如何调整治疗方案?

思路 1:该患诊断为原发性高血压 3 级(很高危组),有心脏靶器官损害,并存有糖代谢异常、高胰岛素血症,需要在强化生活方式干预基础上,长期联合使用药物治疗。药物治疗方案包括:选择 CCB+ACEI 类药物联合控制血压,使用他汀类药物调脂治疗以及阿司匹林抗血小板治疗。

思路 2:大多数高血压患者需要长期乃至终身治疗,因而需要专科医师、全科医生、患者与家属等多方面的共同努力以尽可能实现综合控制目标。所有诊断明确的高血压患者均应纳入基层高血压患者管理。在医院心血管专科就诊的高血压患者,也应转回基层接受全科医生的规范化管理。

知识点

医院转回基层的转诊指征

- 1. 明确诊断和治疗方案。
- 2. 靶器官损害和并存临床疾患控制稳定。

学习
笔记



病例续:转诊回基层门诊管理

患者转诊医院 2 周后,基层全科医生对患者进行了电话随访,患者自测血压 130/83mmHg,无明显不适主诉。并与患者预约了基层门诊初次随访时间。

【问题 12】首次社区随访主要内容是什么?

思路 1:全科医生每次随访高血压患者均应评估以下内容:①血压水平。②是否存在需要紧急处理和转诊的危及情况。③是否有药物副作用。

此外,首次社区随访还需要完成以下任务:①补充健康档案,完成全科医疗基层门诊接诊记录。②确定基层管理级别和管理内容。③与患者及家属协商,确定管理方案,包括管理目标、随访的方式和干预措施等。本章病例的基层管理方案见表 10-2。

表 10-2 本章病例基层管理方案

内容	目标	措施
一、管理级别	三级管理	强化管理
二、重点监测指标		
◆ 血压	BP<140/90mmHg	◆ 治疗生活方式干预 药物治疗 家庭血压监测
◆ 血糖	FPG<6mmol/L 2hPG<8mmol/L	◆ 治疗生活方式干预 三个月监测一次
◆ 血脂	LDL<3.0mmol/L	◆ 治疗生活方式干预 药物治疗 两个月后复查
三、非药物治疗		
◆ 减少钠盐摄入	◆ 每天食盐量逐渐降至 <6g	◆ 戒掉餐中吃咸菜习惯,尽量少在外就餐,逐渐适应低盐饮食习惯。
◆ 体育锻炼	◆ 每周 3 次及以上中等强度体育锻炼,每次 30 分钟	◆ 晚餐后快走
◆ 合理膳食	◆ 低盐低脂平衡膳食	◆ 糖尿病饮食
◆ 戒烟	◆ 彻底戒烟,避免被动吸烟	◆ 一年内,逐渐达到彻底戒烟目标
◆ 限制饮酒	◆ 不饮酒	◆ 继续保持不饮酒良好习惯
◆ 控制体重	◆ BMI<24 WC<90cm	◆ 非药物治疗、半年复查
◆ 心理平衡	◆ 缓解中度抑郁状态,保持心理平衡	◆ 预约下一次随访时间,重点讨论导致抑郁状态的原因和干预措施
四、药物治疗	药物名称	剂量 / 用法
◆ 控制血压	◆ 苯磺酸氨氯地平 ◆ 雷米普利	◆ 5mg/ 日,一次口服 ◆ 5mg/ 日,一次口服
◆ 调节血脂	◆ 阿托伐他汀	◆ 20mg/ 晚,一次口服
五、预约下一次随访时间		
◆ 两周后		

思路 2:基层门诊接诊记录不同于医院专科门诊,其格式由主观资料(S)、客观资料(O)、评估(A)和处置计划(P)构成。全科医疗中的评估不仅包括上述专科医疗的疾病诊断,还包括健康问题评估。根据本章临床案例,补充评估结果包括:超重、吸烟者、结直肠癌高危人群。

表 10-3 《国家基本公共卫生服务规范》推荐高血压患者随访服务记录表



姓名: 编号□□□□-□□□□□□

随访日期	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
随访方式	1 门诊 2 家庭 3 电话 □			1 门诊 2 家庭 3 电话 □			1 门诊 2 家庭 3 电话 □			
症 状	1 无症状	□	□	□	□	□	□	□	□	
	2 头痛头晕	□	□	□	□	□	□	□	□	
	3 恶心呕吐	□	□	□	□	□	□	□	□	
	4 眼花耳鸣	□	□	□	□	□	□	□	□	
	5 呼吸困难	□	□	□	□	□	□	□	□	
	6 心悸胸闷	□	□	□	□	□	□	□	□	
	7 鼻衄出血不止	□	□	□	□	□	□	□	□	
	8 四肢发麻	□	□	□	□	□	□	□	□	
	9 下肢水肿	□	□	□	□	□	□	□	□	
体 征	血压 (mmHg)									
	体重 (kg)	/			/			/		
	体质指数	/			/			/		
	心率									
	其他									
生 活 方 式 指 导	日吸烟量(支)	/			/			/		
	日饮酒量(两)	/			/			/		
	运 动	次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周
		次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周	分钟/次	次/周
	摄盐情况(减淡)	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	轻/中/重	
	心理调整	1 良好	2 一般	3 差	□	1 良好	2 一般	3 差	□	
	遵医行为	1 良好	2 一般	3 差	□	1 良好	2 一般	3 差	□	



续表

随访日期	年	月	日	年	月	日	年	月	日
随访方式	1 门诊 2 家庭 3 电话 ☐			1 门诊 2 家庭 3 电话 ☐			1 门诊 2 家庭 3 电话 ☐		
辅助检查*									
服药依从性	1 规律 2 间断 3 不服药 ☐			1 规律 2 间断 3 不服药 ☐			1 规律 2 间断 3 不服药 ☐		
药物不良反应	1 无 2 有 ☐			1 无 2 有 ☐			1 无 2 有 ☐		
此次随访分类	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐			1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐			1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 ☐		
药物名称 1									
用法用量	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次
药物名称 2									
用法用量	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次
药物名称 3									
用法用量	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次
其他药物									
用法用量	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次	每次 mg	每日 次
原因									
机构及科别									
下次随访日期									
随访医生签名									



思路 3:基层随访中,全科医生的重点问诊内容包括:询问患者症状,特别注意是否有危急情况、新发症状和用药情况等。对不需紧急转诊患者,询问患者疾病情况和生活方式,包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。重点体格检查内容有:①测量血压、心率、体重、腰围,计算体质指数(BMI)。②包括心脏听诊、血管杂音在内的重点查体。③必要时行神经系统检查。然后,根据诊查结果和随访管理计划确定基层门诊实验室检查和辅助检查项目,填写高血压患者管理随访表。国家基本公共卫生服务规范推荐的社区高血压患者随访表见表 10-3。

思路 4:评估是否存在危急情况,如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$;意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一,或存在不能处理的其他疾病时,须在处理后紧急转诊。

知识点

基层高血压分级管理内容

按照《指南》要求,基层全科医生应根据患者高血压危险分层对其进行分级管理,管理内容如下表 10-4。

表 10-4 社区高血压分级管理内容

项目	一级管理	二级管理	三级管理
管理对象	低危患者	中危患者	高危、很高危患者
建立健康档案	立即	立即	立即
非药物治疗	立即开始	立即开始	立即开始
药物治疗 (初诊者)	可随访观察 3 月, 血压 仍 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 即开始药物治疗	随访观察 1 月, 血压 仍 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 即开始药物治疗	药物治疗
血压未达标或不稳定, 随访测血压	3 周 1 次	2 周 1 次	1 周 1 次
血压达标且稳定后,常 规随访测血压	3 月 1 次	2 月 1 次	1 月 1 次
测 BMI、腰围	2 年 1 次	1 年 1 次	6 月 1 次
检测血脂	4 年 1 次	2 年 1 次	1 年 1 次
检测血糖	4 年 1 次	2 年 1 次	1 年 1 次
检测尿常规	4 年 1 次	2 年 1 次	1 年 1 次
检测肾功能	4 年 1 次	2 年 1 次	1 年 1 次
心电图检查	4 年 1 次	2 年 1 次	1 年 1 次
眼底检查	选做	选做	选做
超声心动图检查	选做	选做	选做
转诊	必要时	必要时	必要时

注 BMI:体质指数。随访检测记录说明:①血压监测:医院、社区站(中心)测量或患者自测血压均可;血压不稳定者增加随访和测压次数;鼓励患者自测血压。②其他检测项目:社区站(中心)或医院检测均可。③辅助检测的频率为基本要求,根据需要可增加监测次数

学
习
笔
记



知识 点

基层高血压患者分级管理流程图(图 10-4)

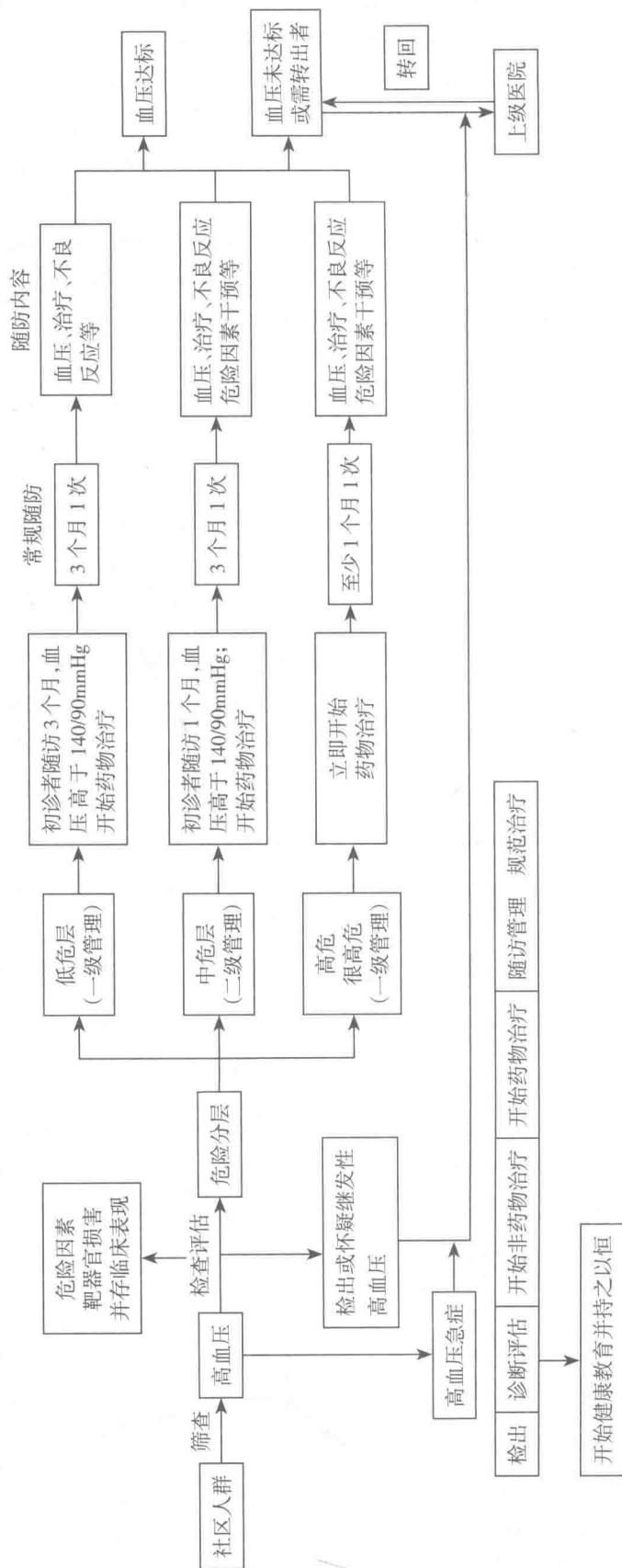


图 10-4 基层高血压患者分级管理流程图

摘自 2010 年版《中国高血压防治指南》



【问题13】全科医生如何提供个体化、预防性健康咨询?

思路1:患者教育是全科医生及其他专科医生共同的责任。由于专科医生很少和患者建立长期持续的医患关系,专科医疗的时间又十分有限等原因,因而,很少提供有计划的患者教育、生活方式干预的具体指导以及连续的病情监测与随访管理。预防性健康咨询是全科医生在接诊任何患者时的主要应诊任务之一。全科医生对高血压患者个体化健康咨询的主要内容包括:

- ①高血压的基本知识:什么是高血压,如何早期发现和确诊高血压,高血压发生的危险因素等。
- ②高血压的危害:靶器官损害和临床并发症。
- ③高血压患者分层管理与控制目标。
- ④高血压相关心脑血管疾病危险因素的处理常识。
- ⑤非药物治疗内容与方法:健康饮食、适量运动、体重控制、戒烟限酒、心理平衡。
- ⑥药物治疗的常识:抗高血压药物种类、用法、禁忌证、不良反应等。
- ⑦患者自我管理的内容、方法、目的和意义等。

知识点

高血压患者教育的重点内容

1. 初诊时 高血压的危害、高血压发生的危险因素及其控制、确诊高血压应做的检查、家庭自测血压的方法。
2. 复诊时 告知个体血压控制目标、药物治疗常识、制订个体化生活方式干预方案。
3. 随访时 自我管理与监测随访的内容、方法和意义,如何观察高血压的并发症。

思路2:以人为中心是全科医生在临床场所提供健康咨询的主要原则,常用方法是在与患者进行有效的沟通交流的基础上,取得患者信任,帮助患者实现建立健康行为与生活方式的目标,改善患者就医行为和治疗依从性,提高疾病自我管理的能力。对于本章案例,全科医生重点和患者讨论三个问题:①服药依从性。②定期接受全科医生管理。③确定行为危险因素的优先干预次序并实施行为干预(戒烟、减少钠盐摄入、合理膳食、体育锻炼、心理平衡、控制体重)。

知识点

健康咨询 5A 工作模式

1. 评估 (Assess)。
2. 劝告 (Advice)。
3. 达成共识 (Agree)。
4. 协助 (Assist)。
5. 安排随访 (Arrange follow-up)。

• 知识点扩展或问题延伸

【问题1】高血压患者基层管理中,最难处理的问题是什么,应怎样解决?

思路1:治疗性生活方式干预是高血压及大多数慢性非传染性疾病综合治疗的基础。良好的就医、遵医行为也是高血压患者是否能实现治疗目标的决定性因素之一。而绝大多数人的健康行为不是由于缺少知识,而是由于信念认同上的偏差。信念决定行动,行动决定结果。因而,提高自我效能和行为干预是高血压等慢性病患者基层管理中最难处理的问题。

思路2:自我效能 (self-efficacy) 是指人们对自己能否建立健康行为能力的评价和判断,以及因健康行为取得预期结果的自信心,是影响个体健康信念的重要因素。根据健康信念模式 (health belief model),如果一名高血压患者坚信彻底戒烟能有效预防心血管事件发生,降低死亡风险,并认为自己有能力解决戒烟过程中遇到的困难,具有较强的意志力避免吸烟的诱惑,则其自我效能较高,彻底戒烟的可能性大。



知识点

健康信念模式

健康信念模式是一种用于解释个体健康行为的理论模式,属于个体水平的行为理论。健康信念模式认为健康信念是人们采纳健康行为的基础和动因。一个人是否采纳健康行为与下列因素相关:①对疾病威胁的感知。②对行为益处和障碍的感知。③自我效能。④社会人口学因素。⑤行为线索,即行为改变的诱发因素。

知识点

自我效能产生的途径

设定和达到目标、口头劝说和支持、借鉴他人经验、激发积极的情感

思路3:一个人的信念往往具有一定情感色彩,采取何种行为方式通常取决于他们所相信的,而所相信的不一定是科学的、基于证据的、或是客观事实。因而行为改变是一个复杂的过程。根据阶段变化理论(The Transtheoretical Model, The Stages of Change model),人们的行为变化是一个动态的过程,需要在特定阶段采取有针对性的干预策略,最终实现建立健康行为与生活方式的目标。全科医生往往综合运用相关的行为改变理论,制订个体化的干预策略。全科医生首先应了解患者处于何种行为改变阶段,针对不同阶段的心理需要提供相应的指导和帮助,促使患者行为向成功建立健康行为的下一个阶段转变。根据本章病例,不同行为改变阶段的戒烟策略见表 10-5。

表 10-5 不同行为改变阶段戒烟策略举例

行为改变阶段	评估	患者特点	个体化干预策略
无打算阶段	未来 6 个月内尚未打算戒烟	- 了解烟草使用的危害 - 受工作与生活环境影响,认为“我不可能有问题”、“我不可能戒烟”	- 全科医生提供患者教育 - 重点内容:吸烟增加心脑血管疾病和恶性肿瘤等疾病发生
打算阶段	打算在未来 6 个月内开始戒烟	- 因担心急性冠脉事件和恶性肿瘤的发生而打断戒烟 - 对自己能否戒烟信心不足 - 希望到权威医院戒烟门诊获得咨询	- 提供典型案例,鼓励患者,提高自我效能 - 协助转诊戒烟门诊 - 制定戒烟目标和时间表:半年内(2013 年 10 月 12 日前)彻底戒烟,2013 年 7 月 12 日前,吸烟量减至 10 支/天,至彻底戒烟
准备阶段	打算在未来 1 个月内开始戒烟	希望得到全科医生帮助,彻底戒烟	- 与患者共同制订戒烟后的随访计划 - 从不买烟开始,扔掉吸烟相关用具,逐渐过渡到不吸烟
行动阶段	已经戒烟,但时间少于 6 个月	- 患者家属支持患者戒烟 - 患者好朋友中有多人吸烟,影响患者戒烟	- 向同事和朋友宣布戒烟决定 - 在家庭环境彻底戒烟,指导患者采用替代方法,如嚼口香糖 - 学习戒烟相关常识,与医生共同讨论戒烟问题,处理戒断症状,必要时药物治疗
维持阶段	保持戒烟状态达 6 个月以上	- 患者本人开始不适应吸烟环境 - 仍存在来自朋友的吸烟诱惑	依靠坚强的意志和成功的结果持续获得社会认同,从而保持良好的不吸烟习惯

学
习
笔
记



知识点

行为变化的 5 个阶段

1. 无打算阶段。
2. 打算阶段。
3. 准备阶段。
4. 行动阶段。
5. 维持阶段。

对于成瘾性行为来说,行为变化还有第 6 个阶段(终止阶段)。

知识点

烟草依赖综合征诊断依据

世界卫生组织于 1998 年正式将烟草依赖列入慢性高复发性疾病。根据国际疾病分类(ICD-10)诊断标准,烟草依赖诊断依据如下。

在过去 1 年内体验过或表现出下列 6 条中的至少 3 条可确诊烟草依赖综合征

- (1) 对吸烟的强烈渴望或冲动感。
- (2) 对吸烟行为的开始、结束及剂量难以控制。
- (3) 当吸烟被终止或减少时出现生理戒断状态,表现为戒烟后烦躁不安、易怒、焦虑、情绪低落、注意力不集中、失眠、心率降低、食欲增加、体重增加、口腔溃疡、咳嗽、流涕等。
- (4) 耐受性增加,必须使用较高剂量的烟草才能获得过去较低剂量的效应。
- (5) 因吸烟逐渐忽视其他的快乐或兴趣,在获取、使用烟草或从其作用中恢复过来所花费的时间逐渐增加。
- (6) 坚持吸烟不顾其明显的危害性后果,如过度吸烟引起相关疾病后仍然继续吸烟,明确知道自己的行为有害但无法自控。

【问题 2】全科医生如何开展社区人群高血压管理?

思路 1:开展以社区为导向的基层医疗(community-oriented primary care,COPC)是基层医疗卫生服务的重要特征,也是全科医生应具备的核心能力。全科医学的主旨强调将个体和群体健康照顾融为一体,全科医生应能够将个体疾病诊疗与群体的预防保健有机结合起来。对于高血压的防治,在个体层面的诊疗和管理目标主要是血压及其心血管疾病危险因素的综合达标和预防高血压并发症。在人群层面社区防治的主要目标是高血压患者管理率、高血压患者规范管理率、管理人群血压控制率、高血压知晓率、治疗率和控制率。这将有助于将全科医生的服务对象从就医者扩大到未就医者,从患者扩大到健康人和高危个体,有助于将全科医疗服务从患者的诊疗和管理扩大到健康人群和高危人群的预防和管理,提高基本医疗卫生服务的质量和效率。

知识点

社区高血压防治效果评价指标

1. 高血压患者健康管理率 = 年内已管理高血压人数 / 年内辖区内高血压患者总人数 $\times 100\%$ 。



注:辖区高血压患病总人数估算:辖区常住成年人口总数 $\times$ 成年人高血压患病率(通过当地流行病学调查、社区卫生诊断获得或是选用本省(区、市)或全国近期高血压患病率指标)。

2. 高血压患者规范管理率 = 按照规范要求进行高血压患者管理的人数 / 年内管理高血压患者人数 $\times 100\%$ 。

3. 管理人群血压控制率 = 最近一次随访血压达标人数 / 已管理的高血压人数 $\times 100\%$ 。

4. 高血压知晓率 = 知道自己患高血压人群 / 高血压总人群 $\times 100\%$ 。

5. 高血压治疗率 = 近两周在服用高血压药物的人数 / 高血压总人群 $\times 100\%$ 。

6. 高血压控制率 = 血压控制达标的人数 / 高血压总人群 $\times 100\%$ 。

思路 2:全科医生开展社区人群高血压管理的策略是面向一般人群、高风险人群和患病人群,运用健康促进、健康管理和疾病管理等手段进行社区综合防治。具体的实施步骤如下:①确定目标人群。②开展社区诊断。③分析并确定需优先解决的健康问题。④制订社区干预计划并实施。⑤进行效果评价。⑥在前期工作基础上开展新一轮社区干预,周而复始。

知识点

高血压社区防治操作流程

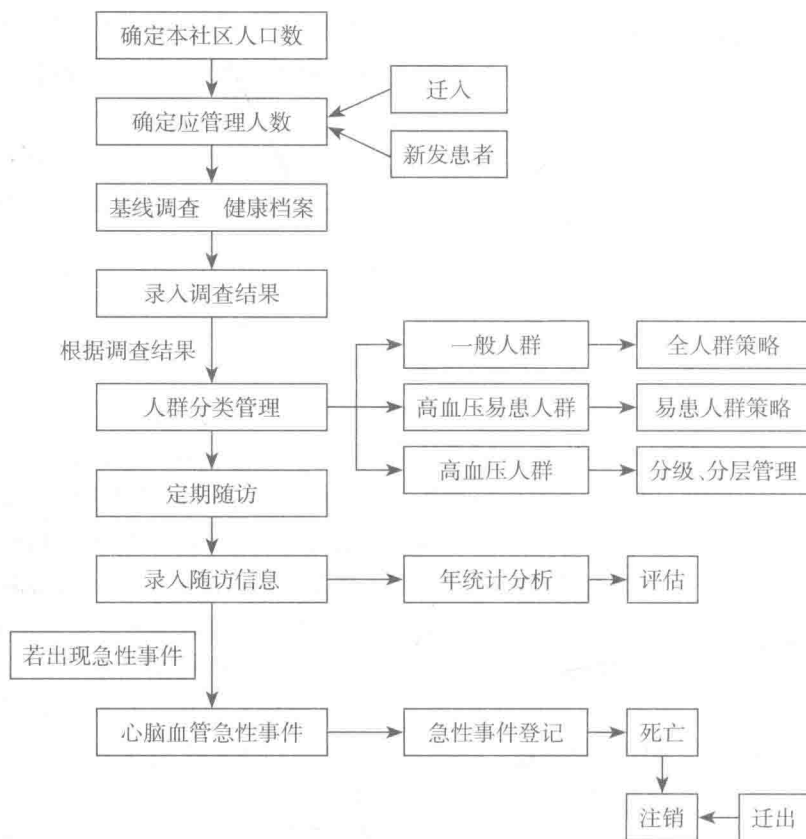


图 10-5 高血压社区防治操作流程

思路 3:高血压的检出是高血压干预与管理的第一步,检出方法主要包括:①有计划地测量普通人群血压,建议健康成年人每年测量 1 次血压,至少每 2 年测量 1 次血压。②机会性筛查,如利用到医疗机构就诊、公共场所健康促进活动、各种体检以及社区建立健康档案等机会



筛查血压。③易患人群的筛查:这些人群包括血压水平为收缩压 130~139mmHg 和(或)舒张压 85~89mmHg;有高血压家族史者;长期高盐饮食者;超重或肥胖者;长期过量饮酒者;年龄 ≥ 55 岁者。对于易患人群,建议至少每半年测量一次血压,鼓励进行家庭血压监测。

知识点

社区高血压筛查流程(图 10-6)

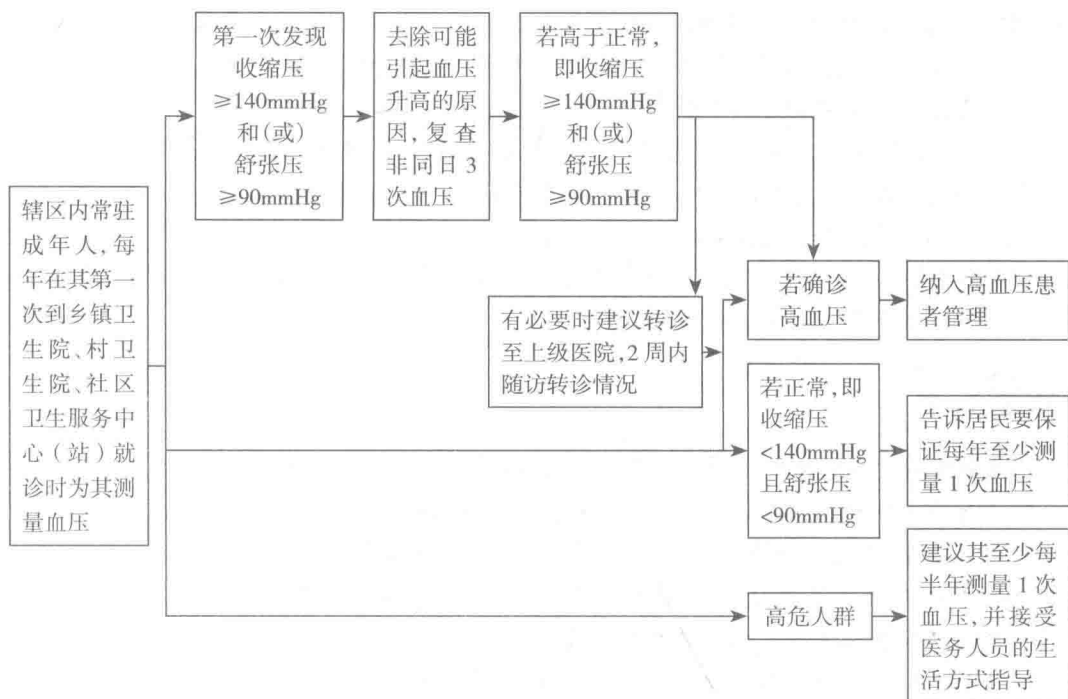


图 10-6 社区高血压筛查流程
(改编自 2011 年版《国家基本公共卫生服务规范》)

(王 爽 于 凯)

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学.第8版.北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 李镒冲,王丽敏,姜勇,等.2010年中国成年人高血压患病情况.中华预防医学杂志,2012,46(5):409-413.
- [3] 祝墀珠.全科医生临床实践.北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010.中华心血管病杂志,2011,39(7):579-616.
- [5] 卫生部.国家基本公共卫生服务规范(2011年版).[2011-05-24] http://www.gov.cn/zwgk/2011-05/24/content_1870181.htm
- [6] 傅华.临床预防医学,第2版.上海:复旦大学出版社,2014.
- [7] 丁荣晶,吕安康.心血管病患者戒烟处方中国专家共识.中华心血管病杂志,2013,41(增刊1):9-11.

第十一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠状动脉粥样硬化性心脏病(coronary atherosclerotic heart disease),简称冠心病(coronary heart disease,CHD),是指冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞,导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病,也称缺血性心脏病(ischemic heart disease)。

冠心病在临床上可分为5型:隐匿型冠心病、心绞痛、心肌梗死、缺血性心肌病和猝死。近年根据冠心病的发病特点和治疗原则的不同趋向于两大类:慢性冠脉病(chronic coronary heart disease)和急性冠脉综合征(acute coronary syndrome,ACS)。前者包括稳定型心绞痛、隐匿型冠心病和缺血性心肌病。后者包括不稳定型心绞痛、非ST段抬高性心肌梗死和ST段抬高性心肌梗死,也有将冠心病猝死包括在此类中的。

临床病例

主观资料(S):患者赵某,男,63岁,以“间断胸痛半年余”为主诉来社区门诊就诊。

患者约半年前于快速负重上楼时出现胸痛,不伴头昏、心悸、咳嗽、喘气及呼吸困难等,当即停止活动,休息数分钟后缓解,未行进一步诊治。其后在疾走、快速上楼等活动时,再发4~5次胸痛,每月不超过一次(最后一次发生在昨日快步赶公交车时),每次持续数分钟至十余分钟不等,经终止活动并休息后可缓解。

起病以来,精神食欲睡眠无异常,大小便正常,体力体重无改变。

【问题1】患者以“胸痛”就诊,应该考虑哪些情况,处理流程如何?

思路1:胸痛是门急诊(包括社区门诊)患者就诊过程中常见的主诉症状,其病因复杂,临床表现各异,预后及危险性差异大。在临床上,按胸痛的危险程度可分为低危胸痛和高危胸痛。高危胸痛多为致命性疾病所致,主要包括急性冠脉综合征、主动脉夹层、肺栓塞、张力性气胸等;此类胸痛死亡率高,自然预后差,应积极采取干预措施。低危胸痛一般不会危及生命,包括反流性食管炎、肋软骨炎、带状疱疹、胸膜炎、心脏神经官能症等。因此,全科医师应熟悉胸痛的常见病因,对胸痛高度重视,能迅速对胸痛进行判断,给予及时正确处理以降低风险。

思路2:社区门诊对胸痛的处理流程。对于急性胸痛患者:其一,要快速排除最危险、最紧急的疾病,如急性心肌梗死、主动脉夹层、肺栓塞、张力性气胸等,对生命体征不稳定的患者,应立即开始稳定生命体征的治疗;同时做好转诊准备;其二,对生命体征稳定的患者,积极获取病史和体征后仍不能明确诊断的,应常规留院观察或转诊至综合医院进一步检查,对于可以明确病因的患者,予以相应处理或若不能处理应及时转诊。对于非急性胸痛患者:详细采集病史和体征,予以常规检查和必要的治疗,若不能明确病因,建议转诊至综合医院进一步检查。

知识点

胸痛如何产生?

任何理化、机械和生物的因素(如机械压迫、化学刺激、外伤、炎症、肿瘤等)刺激心脏大血管的感觉纤维、气管、支气管和食管的迷走感觉纤维以及膈神经的传入纤维等,均可引起胸痛感觉。因此,胸部包括胸壁各层(皮肤、肌肉、肋间神经、肋骨、胸骨、胸椎直至胸



膜壁层)、心脏、主动脉、肺动脉、气管、食管、纵隔以及肺的病变或损伤均可引起胸痛。此外,某一内脏与体表某一部位同受某些脊神经后根传入神经支配时,内脏的传入冲动还可引起体表相应部位的疼痛感(放射痛)。

知识点

胸痛的病因有哪些?

心源性胸痛:①缺血性疾病:稳定性心绞痛、急性冠状动脉综合征、主动脉瓣疾病、二尖瓣垂脱、肥厚性梗阻型心肌病;②心包疾病:急性心包炎、心脏压塞;③大血管疾病:主动脉夹层、胸主动脉瘤等;④其他:应激性心肌病、心肌炎、心脏挤压伤(冲击伤)等。

非心源性胸痛:①胸壁疾病:肋软骨炎、肋间神经炎、带状疱疹、急性皮炎、肋骨骨折、血液系统疾病所致骨痛(急性白血病、多发性骨髓瘤)等;②呼吸系统疾病:急性肺栓塞、张力性气胸、肺动脉高压、胸膜炎、自发性气胸、肺炎、急性气管-支气管炎、胸膜肿瘤、肺癌等;③纵隔疾病:纵隔肿瘤、纵隔气肿;④膈肌疾病:膈疝、膈下脓肿;⑤消化系统疾病:胃食管反流病(包括反流性食管炎)、食管痉挛、食管裂孔疝、食管癌、急性胰腺炎、胆囊炎、消化性溃疡和穿孔等;⑥心理精神因素:抑郁症、焦虑症、惊恐障碍等。

【问题2】根据上述病史可疑的诊断是什么,还需要补充哪些病史?

思路1:患者出现间断活动后胸痛,持续时间不超过十分钟,经终止活动并休息后可缓解,应该高度怀疑冠心病稳定型心绞痛。

思路2:补充病史包括:详细询问胸痛的发作特点,有无伴随症状和相关鉴别诊断的症状,患者的既往史、个人史、社会心理史、家族史、身高体重、饮食习惯、冠心病危险因素等。

知识点

什么是稳定型心绞痛?

稳定型心绞痛(stable angina pectoris)是在冠状动脉固定的较严重狭窄的基础上,由于心肌负荷增加引起的心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧的临床综合征,是临床上最常见的心绞痛,其发生的频率、程度、性质及诱发因素等在数周至数月内无明显变化。

知识点

心绞痛的特点

部位:典型的心绞痛部位是在胸骨后或左前胸,范围大约有拳头或手掌大小,可以放射到颈部、咽部、颌部、上腹部、肩背部、左臂及左手指内侧。

性质:心绞痛往往不是真正的疼痛,而是紧缩感、压迫感、烧灼感、窒息感、沉重感或胸憋、胸闷,部分患者只描述为胸部不适,有的表现为乏力、气短,主观感觉个体差异较大。

持续时间:呈阵发性发作,持续数分钟至数十分钟。

诱发因素:心绞痛的发作与劳力或情绪激动有关,如走快路、爬坡时诱发,多发生在劳力当时而不是之后。

缓解方式:停下休息或舌下含服硝酸甘油症状可在1~5分钟迅速缓解。

知识点

冠心病的危险因素有哪些?

冠心病的危险因素包括:男性,年龄(男性 ≥ 45 岁;女性 ≥ 55 岁)、早发冠心病家族史(直系亲属中男性 < 55 岁,女性 < 65 岁出现冠心病)、吸烟、高血压(血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 或服抗高血压药者)、高胆固醇或高低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、低高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、高甘油三酯、高血糖、胰岛素抵抗、糖尿病,有明确的脑血管或周围血管阻塞的既往史,重度肥胖(超重 $\geq 30\%$)、较少运动、社会心理因素等。除性别、年龄与家族史外,其他危险因素都可以治疗或预防。

临床病例(续)

主观资料(S):在与患者进一步交流后了解情况,补充病史如下:①胸痛多位于左前胸部,疼痛呈压迫性,一般可以耐受,无明显伴随症状,无咳嗽、咳痰、咯血、反酸、嗝气、胃痛、腹痛等,疼痛与呼吸运动无关。②相关病史:有混合型高脂血症(具体指标记忆不详)3年,超声发现脂肪肝5年,无高血压、糖尿病等;吸烟30余年(约三天一包),偶尔饮酒,家庭饮食偏油腻,成员均偏胖。企业退休干部,长期伏案工作,平素性格乐观开朗,但较少运动。父母病史不详,兄弟姐妹2人,均无冠心病、高血压、糖尿病、脑卒中等病史,1子体健。

患者对胸痛较为担心,要求明确原因。

客观资料(O):

体格检查:BP 135/70mmHg,身高 168cm,体重 78kg(BMI 27.6kg/m²),神志清楚,体型偏胖,步态正常,颈静脉无怒张,呼吸平稳,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心界不大,心率 78次/分,心音正常,未闻杂音,腹软,无压痛反跳痛,肝脾不大,双下肢不肿。

【问题3】在充分了解病史及体格检查后,下一步做何检查有助于明确诊断和评价病情。

思路1:全科医师应结合患者病史和体格检查结果,根据本级医疗机构设备条件及其可利用的医疗资源的实际情况,安排相关检查;必要时可建议患者至上级医院进一步检查。

思路2:基本的常规检查包括:血脂、血糖、血红蛋白、甲状腺功能、肝肾功能、血尿常规等。所有可疑患者均应做静息心电图,有条件可做动态心电图监测、超声心动图等,必要时可进一步做运动负荷心电图、心肌放射性核素检查、冠脉CTA、冠状动脉造影等明确诊断。若患者胸痛症状不典型,必要时行钡餐或胃镜、胸片或肺部CT、肝胆超声等以进行相关的鉴别诊断。

知识点

冠心病常用的特殊检查

(1) 静息心电图:心电图出现动态的缺血性ST-T改变,有助于冠心病心绞痛诊断。但约半数患者静息心电图在正常范围,其他最常见的ECG改变为非特异性的ST-T改变。

(2) 动态心电图:又称Holter,通过连续24小时记录并自动分析心电图,可发现心电图ST-T改变和各种心律失常,不仅可以反映有症状的心肌缺血(心绞痛发作),也可以发现无症状的心肌缺血。同时可以观察发作的频度和持续时间。但此过程中出现的ST-T改变可受多种因素影响,一般不作为诊断冠心病心肌缺血的主要依据。但心绞痛症状出现的时间伴随的ST-T改变,则有重要的诊断价值。



(3) 运动心电图试验:适于疑似冠心病,静息心电图无明显异常需要明确诊断者,运动负荷增加心脏负荷以激发心肌缺血,运动中出现典型的心绞痛,心电图改变主要以 ST 段水平型或下斜型压低 $\geq 0.1\text{mV}$ (J 点后 60~80ms)持续两分钟为运动试验阳性标准。

(4) 超声心动图:若无心脏病史,未发作时多为正常表现。可探测到缺血坏死区心室壁运动异常,排除结构性心脏病引起心绞痛(如主动脉瓣狭窄、肥厚性心肌病)。

(5) 放射性核素检查:包括心肌灌注显像、放射性心肌核素显影以及正电子放射心肌断层显像(PET)。心肌灌注显像在静息时示灌注缺损主要见于心肌梗死后瘢痕部位。放射性心肌核素显影可测定左心室射血分数及显示心肌缺血区室壁局部运动障碍。PET 通过对心肌血流灌注和代谢显像匹配分析可准确评估心肌活力。

(6) 冠脉 CTA:是能够显示冠脉病变及形态较为可靠的无创检查方法,敏感性超过 90%,特异性 50% 左右。目前阴性预测价值较高,阳性判断意义有限,对病变程度的判断有一定局限性,尤其当存在钙化病变时常难以准确判断病变程度。

(7) 冠脉造影:为有创性检查,是诊断冠心病、判断冠脉病变严重程度的金标准,对决定治疗策略和判断预后有重要价值。

临床病例(续)

客观资料(O):

在向患者仔细解释目前病情,引起其足够重视并商量后,于当日行常规心电图、胸片、Holter。结果显示:心电图未见明显异常(图 11-1),胸片正常,次日 Holter 示日均心率 81 次/分,未见明显心律失常,可见快频率依赖性 ST-T 改变(在主动快步上楼略感胸痛时)。次日查空腹血常规、肝肾功能、血糖、甲状腺功能均正常;血脂全套:总胆固醇 5.96mmol/L,甘油三酯 2.35mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇 0.86mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 3.11mmol/L。

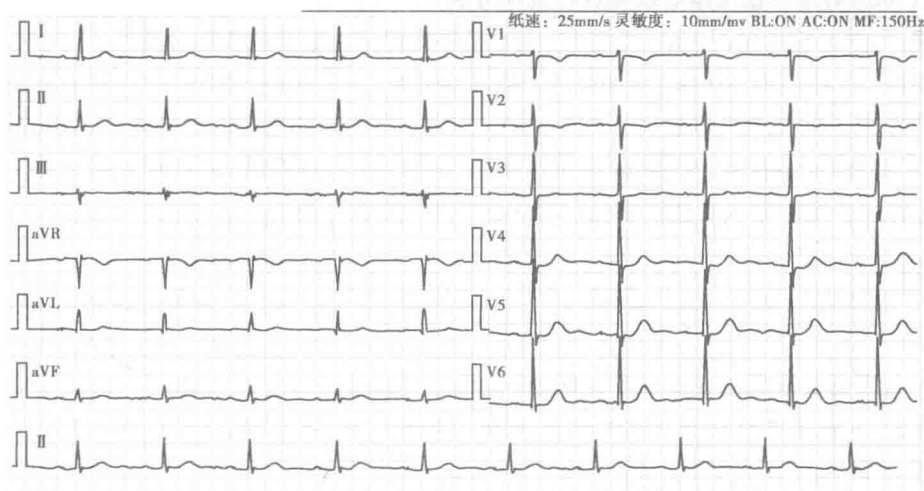


图 11-1 心电图

【问题 4】根据上述病史及检查结果是否可诊断稳定型心绞痛。

思路:患者有发作性左前胸痛,与活动有关,一般持续十分钟左右,休息后可缓解,有相关冠心病危险因素(高脂血症、肥胖、吸烟、活动少等),虽为初发,但病程有半年,且发作较为规律,仍考虑稳定型心绞痛。



知识点

根据典型心绞痛的发作特点和冠心病的危险因素,即可作出初步诊断;结合心肌缺血的客观依据和(或)冠脉病变的影像学检查,即可明确稳定型心绞痛诊断。若症状不典型,结合心电图等有心肌缺血表现的客观检查资料或冠脉造影等,一般均可建立诊断。

【问题5】稳定型心绞痛需要和哪些疾病相鉴别?

思路:①急性心肌梗死:疼痛部位、性质与稳定型心绞痛相仿,但程度更重、时间更长,硝酸酯的作用减弱甚至无效。特异性的心电图改变和心肌损伤标志物的检测可资鉴别。②主动脉夹层:多因主动脉壁动脉瘤发生破裂,可同时出现血压增高,胸痛性质剧烈可放射至背部、腹部、下肢等,影像学检查也可作为鉴别的参考。③急性心包炎:一般多见于年轻人,疼痛多位于心前区、上腹部及颈部,持续存在,为刀割样锐痛,深吸气、体位改变和吞咽时加重,坐位或前倾位及憋气时减轻,早期可出现发热及心包摩擦音。心电图可见 QRS 波群低电压,ST 段弓背向下抬高及 T 波倒置。④其他疾病引起的心绞痛:包括严重的主动脉瓣病变、风湿热或其他原因引起的冠状动脉炎、梅毒性主动脉炎引起的冠状动脉口狭窄或闭塞、肥厚型心肌病引起的心肌相对缺血、X 综合征、心肌桥、先天性冠状动脉畸形等引起的心绞痛,可根据其他临床表现进行鉴别。⑤肺栓塞:可表现为胸痛咯血、呼吸困难,血压下降,多发生于手术后、长期卧床等,选择性肺动脉造影可确定诊断。⑥心脏神经症:是排除诊断,患者常诉胸痛,但为短暂(几秒钟)的刺痛或较持久(几小时)的隐痛,且胸痛部位经常变动。患者常喜欢不时地深吸一大口气或作叹息性呼吸,常伴有心悸、疲乏等神经衰弱的症状。⑦肋间神经痛和肋软骨炎:本病疼痛常累及 1~2 个肋间,但并不一定局限在前胸,为刺痛或灼痛,多为持续性而非发作性,咳嗽、用力呼吸和身体转动可使疼痛加剧,沿神经走行处有压痛,手臂上举活动时局部有牵拉疼痛;后者一般在肋软骨处有压痛。⑧不典型疼痛:还需与反流性食管炎及食管裂孔疝、消化性溃疡、胆囊炎及胆石症、胰腺炎、颈椎病、带状疱疹等所引起的胸、腹疼痛相鉴别。

【问题6】如何对慢性稳定型心绞痛进行危险分层?

思路:可根据临床情况、运动心电图、左心室功能评估及冠脉造影综合判断。运动心电图早期出现阳性(ST 段压低 $>1\text{mm}$)、运动核素心肌灌注异常、左室射血分数低于 35%、冠脉造影证实为多支或左主干病变为高危患者。此外,应重视冠心病相关的危险因素的评价,如高龄、吸烟、高脂血症、高血压、糖尿病、肥胖、外周血管疾病、早发冠心病家族史、心肌梗死病史等。心绞痛严重程度分级可参照加拿大心血管学会(CCS)心绞痛严重程度分级。

知识点

心绞痛如何分级?

一般根据加拿大心血管病学会(CCS)分级分为四级。

I 级:一般体力活动不引起心绞痛,例如行走和上楼,但紧张、快速或持续用力可引起心绞痛的发作。

II 级:日常体力活动稍受限制,快步行走或上楼、登高、饭后行走或上楼、寒冷或风中行走、情绪激动可发作心绞痛或仅在睡醒后数小时内发作。在正常情况下以一般速度平地步行 200m 以上或登一层以上的楼梯受限。

III 级:日常体力活动明显受限,在正常情况下以一般速度平地步行 100~200m 或登一层楼梯时可发作心绞痛。

IV 级:轻微活动或休息时即可以出现心绞痛症状。



【问题7】全科医师如何对患者的病情做出评估。

在社区门诊的诊疗过程中,全科医师对患者病情做出的评估类似于专科医疗中专科医师所做出的临床诊断,两者都是根据患者的主观症状和客观资料作出的判断,但两者又有所不同。全科医疗是以人为中心的健康照顾,不仅要了解患者的躯体疾病的状况,还要了解患者心理、家庭和社会情况,如必要时可对患者进行抑郁/焦虑自评量表测试等。因此,对患者的评估不仅仅包括对疾病的诊断,还应包括个人心理行为评估和家庭评估等。

根据该患者的病史、体格检查、实验室检查和辅助检查结果,评估结果如下。

临床病例(续)

评估(A):

- (1) 冠心病,稳定型心绞痛,CCS II级。
- (2) 血脂异常:高胆固醇血症,高甘油三酯血症,高低密度脂蛋白胆固醇血症。
- (3) 超重。
- (4) 吸烟者。

【问题8】根据目前评估状况如何给予患者相应治疗。

稳定型心绞痛的治疗主要包括:改变不良生活方式,去除危险因素,缓解心绞痛症状,延缓或逆转动脉硬化的进展,减少血栓形成,预防心肌梗死和死亡,提高生活质量,延长寿命。

知识点

稳定型心绞痛缓解期的一般治疗有哪些?

向患者解释疾病的性质、预后、治疗方案以取得患者的合作,消除患者的紧张焦虑情绪。控制冠心病危险因素如高血压、高血脂症、吸烟、糖尿病、痛风、肥胖。消除冠心病的诱发因素,避免过度劳累,生活要有规律,保证充分休息,根据病情安排适当的体力活动。治疗并发的其他系统疾病,如胆囊疾病、溃疡病、颈椎病、食管炎等。这些疾病的发作常可诱发心绞痛,使其难以控制。

学习
笔记

知识点

稳定型心绞痛缓解期的药物治疗有哪些?

缓解期改善预后的药物包括抗血小板治疗(阿司匹林、氯吡格雷)、 β 受体阻滞剂、调脂治疗、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)。

减轻症状和改善缺血的药物包括:硝酸酯制剂、 β 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂,三类药物可单独、交替或联合使用,但应与改善预后的药物联合使用。

其他药物包括:代谢性药物曲美他嗪和钾通道开放剂尼可地尔可减少心绞痛发作。

临床病例(续)

处置计划(P):

向患者仔细解释病情,消除疑虑,考虑其初发心绞痛,建议可至专科或综合医院进一步详细检查。但患者自觉发作次数较少,要求先在社区治疗。与其共同商量后制订治疗方案如下。

1. 改变家庭油腻饮食习惯,控制饮食(减少饱和脂肪酸和胆固醇的摄入),减轻体重(半年至一年内减轻5kg左右),逐步彻底戒烟,适当运动(每日步行1~2小时),避免剧烈运动、



劳累等,避免情绪激动,保持大便通畅。

2. 根据患者的病情可予以冠心病二级预防(阿司匹林每日 100mg,比索洛尔每日 2.5mg,阿托伐他汀每日 20mg);备用硝酸异山梨酯(消心痛),若再次发作心绞痛,立即休息并可舌下含服 1 片硝酸异山梨酯,必要时马上至社区门诊或上级医院就诊。

3. 建立健康档案,定期(2~3 个月)复诊,复查心电图、血脂、肝肾功能等。

知识点

稳定型心绞痛发作时如何处理?

在院外心绞痛发作时,应立刻停止活动或休息,有条件者可吸氧。一般患者在停止活动后症状即可消失。

心绞痛发作较严重时,可用作用较快的硝酸酯制剂,如硝酸异山梨酯、硝酸甘油。这类药物除扩张冠脉、降低冠状循环阻力外,还对外周血管具有扩张作用,减少静脉回流心脏的血量、降低心室容量、心腔内压、心排血量和血压,减低心脏前后负荷和心肌的需氧,从而缓解心绞痛。必要时在应用硝酸酯制剂的同时可考虑用镇静剂。

缓解不明显时应立即就诊,如在医院或门诊,尽可能在发作时做心电图。

病例(续)

其后半年患者每 1~2 月于社区门诊复诊取药,坚持药物治疗,已戒烟,体重减轻 2kg,偶有发作心绞痛,休息或含服硝酸异山梨酯数分钟后缓解。复查心电图正常,肝肾功能正常;血脂全套:总胆固醇 3.98mmol/L,甘油三酯 1.68mmol/L,高密度脂蛋白 0.96mmol/L,低密度脂蛋白 2.02mmol/L。嘱患者继续坚持目前治疗。

【问题 9】稳定型心绞痛患者在缓解期如何随访和健康管理?

思路:可建议患者每 3 个月随访一次,了解自觉症状,心绞痛发作情况;评估生活方式改善的效果(包括饮食、戒烟、体重、运动等);评估心理状态,给予健康教育和心理行为干预;测量血压,做心电图,检测血脂、血糖(若有糖尿病,需检测血糖),必要时检测肝肾功能,做 Holter 等;根据以上情况评估药物治疗的效果,调整药物治疗方案。

知识点

调脂治疗的血脂起始治疗值和治疗目标值

根据《中国成人血脂异常防治指南》血脂异常危险分层方案,总胆固醇 >5.18mmol/L,低密度脂蛋白 >3.37mmol/L 的冠心病高危和极高危(ACS,冠心病合并糖尿病)的患者血脂水平的起始治疗值和治疗目标值如下。

	起始治疗值	治疗目标值
高危患者	总胆固醇 >4.14mmol/L	总胆固醇 <4.14mmol/L
	低密度脂蛋白 >2.59mmol/L	低密度脂蛋白 <2.59mmol/L
极高危患者	总胆固醇 >4.14mmol/L	总胆固醇 <3.11mmol/L
	低密度脂蛋白 >2.07mmol/L	低密度脂蛋白 <2.07mmol/L



临床病例(续)

主观资料(S):

患者在家属陪同下再次就诊,较为紧张。诉近一周因房屋装修劳累,几乎每日均有发作心绞痛,部位、程度、持续时间同前,含服硝酸异山梨酯可缓解。今日发作心绞痛两次,第二次发作持续近 20 分钟,含服 3 次硝酸异山梨酯方缓解,立即来社区门诊就诊。

客观资料(O):

在门诊检查过程中,再发心绞痛,发作时血压 145/65mmHg,心率 70 次/分,做心电图示前壁心肌缺血(图 11-2),立即予以休息、吸氧、含服硝酸异山梨酯后缓解,前后持续约 10 分钟。缓解后复查心电图正常。



图 11-2 心电图示前壁心肌缺血

【问题 10】患者目前的诊断考虑是什么?

思路:患者有明确的冠心病史,坚持冠心病二级预防后缓解,虽目前发作持续时间不超过 20 分钟,含服硝酸异山梨酯可缓解,但近一周发作频繁,仍考虑急性冠脉综合征,高度疑似不稳定型心绞痛,且需密切动态观察,除外心肌梗死。

【问题 11】不稳定型心绞痛需要和哪些疾病相鉴别?

思路:除了心绞痛相鉴别的疾病外,不稳定型心绞痛主要和非 ST 段抬高型心肌梗死相鉴别,两者同属于 ST 段不抬高的 ACS,具有相同的病理改变,在发作时心电图上差别不大,均无 ST 段抬高(变异型心绞痛除外),在临床表现上相似,只是后者胸痛更加严重,持续时间更长。两者主



要的区别在于心肌酶谱的变化上,根据 CK-MB 诊断标准,若 CK-MB $\geq$ 正常上限的 2 倍,则无 ST 段抬高的 ACS 即为 NSTEMI,反之则为 UA;若以肌钙蛋白为诊断标准,则将 ST 段不抬高的 ACS 分成 NSTEMI(肌钙蛋白阳性)与 UAP(肌钙蛋白阴性)。

【问题 12】目前如何处理?

思路:①留观患者,做好心理疏导,消除紧张情绪。②做心电图检查,应加做 V_{7-9} 、 V_{3-5R} ,如果正常,15~30 分钟后复查。若在发作时记录下心电图,应在症状缓解后复查。③有条件的情况下,可急查肌钙蛋白,除外心肌梗死。如果在发病 6 小时内为阴性,可在发病 8~12 小时再次复查。④建立静脉通路,予以吸氧、心电监护,准备好基本急救措施(如除颤仪)。⑤予以阿司匹林 300mg 嚼服,若不适用阿司匹林,可服用氯吡格雷 300~600mg。⑥必要时予以硝酸甘油静脉缓慢维持及镇静治疗。⑦建议患者转上级医院进一步诊治。

知识点

冠心病患者由社区门诊转诊至上级医院的指征

1. 首次发生心绞痛。
2. 首次发现的陈旧性心肌梗死。
3. 发作较前频繁、持续时间延长、活动耐量下降的稳定型心绞痛患者。
4. 需要调整药物治疗方案或需要进一步检查的稳定型心绞痛患者。
5. 无典型胸痛发作,但心电图有 ST-T 动态改变。
6. 确诊、高度怀疑或不能排除急性冠脉综合征的患者。
7. 考虑血运重建的患者。
8. 新近发生的心力衰竭或正在恶化的慢性心力衰竭。

临床病例(续)

向患者及家属交待病情后,予以阿司匹林 300mg 嚼服,硝酸甘油缓慢静脉维持,并通过 120 急救车转诊至上级医院。转诊过程中未再发作心绞痛。在上级医院调整药物治疗后,仍反复发作心绞痛,多次查肌钙蛋白正常,心电图提示动态缺血改变,心脏超声正常。遂行冠脉造影提示前降支 80% 狭窄,植入涂层支架一枚,一周后好转出院。术后一月再至社区门诊复诊。目前服药方案:阿司匹林每日 100mg,氯吡格雷每日 75mg,比索洛尔每日 5mg,阿托伐他汀每日 20mg,曲美他嗪每次 20mg,每日 3 次,单硝酸异山梨酯缓释胶囊每日 50mg。一月来未发作心绞痛。测血压 130/70mmHg,心率 68 次/分。

【问题 13】目前如何指导患者下一步治疗?

思路:①继续健康教育,通过与患者交流、咨询,让患者进一步了解冠心病及其治疗的相关知识,保持乐观心态,避免情绪激动、不必要的紧张和焦虑。②鼓励患者继续原有改善生活方式的措施(饮食控制、戒烟限酒、减轻体重等),控制冠心病危险因素。③继续适当康复运动,建议每日有氧运动(行走、慢跑、骑自行车、游泳、爬楼梯),30~60 分钟,以不感觉劳累为原则。建议初始从 20 分钟开始,根据患者运动能力逐步增加运动时间。运动频率 3~5 次/周,运动强度为最大运动强度的 50%~80%。④继续目前药物治疗,1~2 个月门诊复诊,调整用药。

知识点

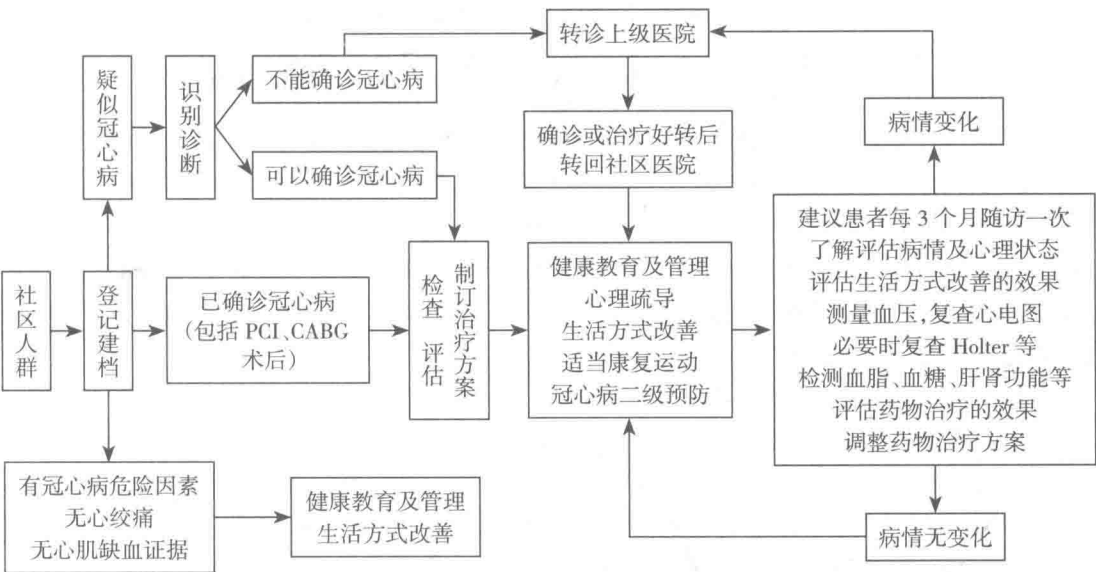
有氧运动

有氧运动:有氧运动所致的心血管反应主要是心脏的容量负荷增加,改善心脏功能。



其对冠心病的治疗作用有:使冠状动脉管径增大、弹性增加;改善血管内皮功能,从而改善冠状动脉的结构和功能;促进冠状动脉侧支循环建立,代偿性的改善冠状动脉供血供氧能力;稳定冠状动脉的斑块;增加血液流动性,减少新发病变;有益于防控冠心病的危险因素,如高血压、血脂异常、糖尿病及肥胖等。

知识扩展或问题延伸



冠心病的社区管理流程

(张存泰)

参考文献

[1] 葛均波,徐永健.内科学.第8版.北京:人民卫生出版社.2013.

[2] 祝增珠.全科医生概论.北京:人民卫生出版社.2013.

[3] 郭继鸿.全科医师心血管病学.北京:人民军医出版社.2012.

[4] 中华心血管病杂志编辑委员会,胸痛规范化评估与诊断共识专家组.胸痛规范化评估与诊断中国专家共识.血管病杂志,2014,42(8):627-632.

[5] 中华医学会心血管病学分会.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南.中华心血管病杂志,2007,35(3):195-206.

[6] 中华医学会心血管病学分会.不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南.中华心血管病杂志,2007,35(4):295-304.

[7] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南.中华心血管病杂志,2007,35(5):390-419.

学习
笔记

第十二章 慢性心力衰竭

心力衰竭(heart failure, HF)是各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈及(或)射血能力受损而引起的一组综合征。由于心室收缩功能下降射血功能受损,心排血量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和(或)体循环淤血,临床表现主要是呼吸困难和无力而致体力活动受限和水肿。慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是大多数心血管疾病的最终归宿,也是最主要的死亡原因。根据我国 2003 年的抽样统计成人心力衰竭患病率为 0.9%;发达国家心力衰竭患病率约为 1%~2%,每年发病率约为 0.5%~1%。随着年龄的增加,心力衰竭患病率迅速增加,70 岁以上人群患病率更上升至 10% 以上。据美国心脏病学会(AHA) 2005 年的统计报告,全美约有 500 万心力衰竭患者,心力衰竭的年增长数为 55 万。心力衰竭患者 4 年死亡率达 50%,严重心力衰竭患者 1 年死亡率高达 50%。尽管心力衰竭治疗有了很大进展,心力衰竭患者死亡数仍在不断增加。

引起 CHF 的基础心脏病的构成比,我国过去以风湿性心脏病为主,但近年来其所占比例已趋下降,而高血压、冠心病的比例明显上升。如据上海市的一项统计 1980 年 CHF 的病因,风湿性心脏病为 46.8% 占首位,至 2000 年仅为 8.9% 退居第三位,而冠心病、高血压病已跃居第一、二位。据 2005 年对我国 17 个地区的 CHF 病因调查,冠心病占 57.1%,高血压病占 30.4%。风湿性心脏病虽然在病因构成中的比例已趋下降,但瓣膜性心脏病仍不可忽视。同时,慢性肺心病和高原性心脏病在我国也具有一定的地域高发性。

临床病例

男患,43 岁。主诉:夜间不能平卧 1 个月,胸闷、气短 20 天。

患者 1 个月前无明显诱因出现夜间不能平卧,偶有夜间憋醒,腹胀且餐后明显,未予以重视,20 天前出现胸闷、气短,就诊于中医院口服中药治疗,无明显改善,3 天前就诊于当地社区医院,腹部超声检查提示有腹水,遂来就诊。发病以来,神志清,精神一般,咳嗽,咳白色清痰,双下肢重度水肿,无恶心呕吐等不适,食欲缺乏及睡眠差,二便正常。

【问题 1】患者此次就诊目的是什么? 通常患者会提问为什么我夜间不能平卧? 为什么双下肢会水肿? 我们考虑的可疑诊断是什么? 属于哪个系统疾病?

思路 1:该患者发病时间 1 个月有余,伴有食欲缺乏及夜间休息差,夜间严重影响生活质量,并且年轻,以往无任何疾病病史,应该引起重视,应该做详细全面检查对目前身体状况做一明确评估,强烈建议住院做进一步检查治疗。

思路 2:通过上述问诊该患者可疑诊断是什么? 患者年轻,平时身体健康,出现上述症状,从症状学上分析,我们要首先考虑心血管方面和呼吸系统方面及消化系统几方面的问题。

知识点

心力衰竭的鉴别诊断

针对该患者,我们需要考虑相应诊断包括:①左心衰竭:夜间阵发性呼吸困难,多见于老年人有高血压或慢性心瓣膜病史,发作时必须坐起,以减少回心血量,缓解心脏负荷,重



症者肺部有干湿性啰音,甚至咳粉红色泡沫痰,常称之为“心源性哮喘”,应与支气管哮喘相鉴别。②支气管哮喘多见于青少年有过敏史;发作时双肺可闻及典型哮鸣音,咳出白色黏痰后呼吸困难常可缓解。测定血浆BNF水平对鉴别心源性和支气管性哮喘有较重要的参考价值。③心包积液、缩窄性心包炎时,由于腔静脉回流受阻同样可以引起颈静脉怒张、肝大、下肢水肿等表现,应根据病史、心脏及周围血管体征进行鉴别,超声心动图检查可得以确诊。④肝硬化腹水伴下肢水肿应与慢性右心衰竭鉴别,除基础心脏病体征有助于鉴别外,非心源性肝硬化不会出现颈静脉怒张等上腔静脉回流受阻的体征。

【问题2】全科医生接诊需要注意询问详细病史,包括生活规律,特殊饮食习惯,工作场所环境。详细询问每次症状出现有没有原因?每次症状发作时间,地点,时间持续长短,需要怎样才能使得症状缓解?

思路1:患者发病1个多月的时间,无发热,无咳黄痰,无胸痛,肺部感染情况暂时可以不考虑。首先要考虑心源性阵发性呼吸困难。

知识点

心力衰竭发生常见诱因

心力衰竭发生常见诱因包括呼吸道感染是最常见,最重要的诱因;感染性心内膜炎作为心力衰竭的诱因也不少见,常因其发病隐袭而易漏诊;心律失常心房颤动是器质性心脏病最常见的心律失常之一,也是诱发心力衰竭最重要的因素;其他各种类型的快速性心律失常以及严重的缓慢性心律失常均可诱发心力衰竭;血容量增加如摄入钠盐过多,静脉输入液体过多、过快等;过度体力劳累或情绪激动如妊娠后期及分娩过程,暴怒等;治疗不当如不恰当停用利尿药物或降血压药等;原有心脏病变加重或并发其他疾病如冠心病发生心肌梗死;风湿性心瓣膜病出现风湿活动;合并甲状腺功能亢进或贫血。

病例续

入院后问诊及查体辅助检查:既往酒精肝病史20余年,否认高血压、糖尿病等慢性病史,否认乙型肝炎、结核等传染病史,否认手术史、外伤史及输血史。

婚姻生育史:适龄婚育,育有1女,配偶及女儿体健。

家族史:否认家族类似疾病史及其他遗传病史。

查体:体温37.5℃,脉搏135次/分,呼吸25次/分,血压145/95mmHg。发育正常,营养中等,慢性病容,表情自如。自主体位,步态正常,查体合作,神志清楚。全身皮肤黏膜黄染;眼睑无水肿,结膜正常,巩膜轻度黄染。

专科情况:双肺呼吸音粗,未闻及干、湿性啰音,未闻及胸膜摩擦音。心前区无隆起,搏动正常,心前区未触及震颤,无心包摩擦感,心浊音界左下扩大,心率135次/分,律齐,第一心音正常,A₂>P₂。腹部膨隆,无压痛,反跳痛,移动性浊音阳性,双下肢轻度水肿。

思路2:根据患者主诉,症状,考虑需要进行进一步相关检查,包括心电图、胸片;检查双肺病变及心影大小,心胸比值。心动超声检查心包及心脏四腔大小,心室收缩情况,测量心输出量及主动脉肺动脉测值。双下肢血管超声检查排除血管病变。以及常规化验、肝肾功能、电解质检查。患者夜间不能平卧,偶有夜间憋醒,即考虑有左心功能不全。患者又有腹水,双下肢水肿,表现体循环障碍,考虑有右心功能不全,既有左心功能障碍也有右心功能障碍,那么还要考虑有全心功能不全。双下肢水肿还需要要排除下腔静脉梗阻情况。



【问题3】患者临床诊断是什么？如果考虑患者有心脏功能方面疾患，针对该患者临床常需要的检查方法有哪些？

知识点

【辅助检查】

一、实验室检查

1. 利钠肽：心钠肽(atrial natriuretic peptide, ANP)和脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)是心力衰竭诊断、患者管理、临床事件风险评估中的重要指标，临床上常用BNP及NT-proBNP。未经治疗者若利钠肽水平正常可基本排除心力衰竭诊断，已接受治疗者利钠肽水平高则提示预后差，但左心室肥厚，心动过速，心肌缺血，肺动脉栓塞，慢性阻塞性肺疾病(COPD)等缺氧状态，肾功能不全、肝硬化、感染、高龄等均可引起利钠肽升高，因此其特异性不高。

急性心力衰竭的排除标准：BNP<100pg/ml, NT-proBNP <300pg/ml。慢性心力衰竭的排除标准：BNP<35pg/ml, NT-proBNP <125pg/ml。

2. 肌钙蛋白 严重心力衰竭或心力衰竭失代偿期，败血症患者的肌钙蛋白可有轻微升高，但心力衰竭患者检测肌钙蛋白更重要的目的是明确是否存在急性冠状动脉综合征。肌钙蛋白升高，特别是同时伴有利钠肽升高，也是心力衰竭预后的强预测因子。

3. 包括血常规、尿常规、肝肾功能、血糖、血脂、电解质等。对于老年及长期服用利尿剂，RAS抑制剂类药物的患者尤为重要，在接受药物治疗的心力衰竭患者随访中也需要适当监测。甲状腺功能检测不容忽视，因为无论甲状腺功能亢进或减退均可导致心力衰竭。

二、心电图

心力衰竭并无特异性心电图表现，但能帮助判断心肌缺血，既往心肌梗死，传导阻滞及心律失常等。

三、影像学检查

1. X线检查 是确诊左心力衰竭肺水肿的主要依据，并有助于心力衰竭和肺部疾病的鉴别。心影大小及形态为心脏病的病因诊断提供重要的参考资料，根据心脏扩大的程度和动态改变也间接反映心脏功能状态。但并非所有心力衰竭患者均存在心影增大。

X线胸片可反映肺淤血，肺淤血的有无及其程度直接反映心功能状态。早期肺静脉压增高时，主要表现为肺门血管影增强，上肺血管影增多与下肺纹理密度相仿，甚至多于下肺。由于肺动脉压力增高可见右下肺动脉增宽，进一步出现间质性肺水肿可使肺野模糊。Kerley B线是在肺野外侧清晰可见的水平线状影，是肺小叶间隔内积液的表现，是慢性肺淤血的特征性表现。急性肺泡性肺水肿时肺门呈蝴蝶状，肺野可见大片融合的阴影。左心衰竭还可见胸腔积液和胸膜增厚。

2. 超声心动图 能更准确地提供各心腔大小变化及心瓣膜结构及功能情况。方便快捷地评估心功能和判断病因，是诊断心力衰竭最主要的仪器检查。

(1) 收缩功能：以收缩末及舒张末的容量差计算左室射血分数(LVEF值)，虽不够精确，但方便实用。正常LVEF值>50%，LVEF≤40%为收缩期心力衰竭的诊断标准。

(2) 舒张功能：超声多普勒是临床上最实用的判断舒张功能的方法。可有导致舒张功能不全的结构基础，如左心房肥大，左心室壁增厚等。心动周期中舒张早期心室充盈速度最大值为E峰，舒张晚期(心房收缩)心室充盈最大值为A峰，正常人E/A值不应小于1.2，中青年应更大。舒张功能不全时，E峰下降，A峰增高，E/A比值降低。对于难以准确评价A峰的心房纤颤患者，可利用组织多普勒评估二尖瓣环测得E/E比值，若>15，则提示存在舒张功能不全。



3. 放射性核素检查 放射性核素心血池显影能准确地评价心脏大小和 LVEF。还可以通过记录放射性 - 时间曲线计算左心室最大充盈速率以反映心脏舒张功能。常同时行心肌灌注显像评价存活 / 缺血心肌,但在测量心室容积或更精细的心功能指标方面价值有限。

4. 心脏磁共振 (cardiac magnetic resonance, CMR) 能评价左右心室容积、心功能、节段性室壁运动、心肌厚度、心脏肿瘤、瓣膜、先天性畸形及心包疾病等。因其精确度及可重复性成为评价心室容量、肿瘤、室壁运动的金标准。增强磁共振能为心肌梗死、心肌炎、心包炎、心肌病、浸润性疾病提供诊断依据,但费用较高,部分心律失常或起搏器植入患者等不能接受 CMR,故其有一定局限性。

四、心 - 肺吸氧运动试验

在运动状态下测定患者对运动的耐受量,更能说明心脏的功能状态。本试验仅适用于慢性稳定性心力衰竭患者。运动时肌肉的需氧量增高,需要心排血量相应增加。正常人每增加 $100\text{ml}/(\text{min}\cdot\text{m})$ 的耗氧量,心排血量需增加 $600\text{ml}/(\text{min}\cdot\text{m})$ 。当患者的心排血量不能满足运动时的需要,肌肉组织就需要从流经它的单位容积的血液中提取更多的氧,结果使动 - 静脉血氧差值增大。在氧供应绝对不足时,即出现无氧代谢,乳酸增加,呼气中 CO_2 含量增加。进行心 - 肺吸氧运动试验时,求得两个数据:

1. 最大耗氧量 [Vozmax, 单位: $\text{ml}/(\text{min}\cdot\text{kg})$] 即运动量虽继续增加,耗氧量已达峰值不再增加时的值,表明此时心排血量已不能按需要继续增加。心功能正常时,此值应 >20 ,轻至中度心功能受损时为 $16\sim20$,中至重度损害时为 $10\sim15$,极重损害时则 <10 。

2. 无氧阈值即呼气中的 coz 的增长超过了氧耗量的增长,标志着无氧代谢的出现,以开始出现两者增加不成比例时的氧耗量作为代表值,故此值愈低说明心功能愈差。

五、有创性血流动力学检查

对急性重症心力衰竭患者必要时采用右心漂浮导管 (Swan-Ganz 导管) 在床边进行,经静脉插管直至肺小动脉,测定各部位的血压及血液含氧量,计算心脏指数 (CI) 及肺小动脉楔压 (PCWP),直接反映左心功能,正常时 $\text{CI}>2.5\text{L}/(\text{min}\cdot\text{m}^2)$; $\text{PCWP}<12\text{mmHg}$ 。危重症患者也可采用 PiCCO 动态监测,经外周动、静脉置管,应用指示剂热稀释法估测血容量,外周血管阻力,全心排血量等指标,更好地指导容量管理,通常仅适用于具备条件的 CCU、ICU 等病房。

病例续

该患者辅助检查结果

胸部 X 片 (图 12-1): 提示心影明显增大,心胸比值 $>50\%$,肺部轻度淤血。腹部超声:

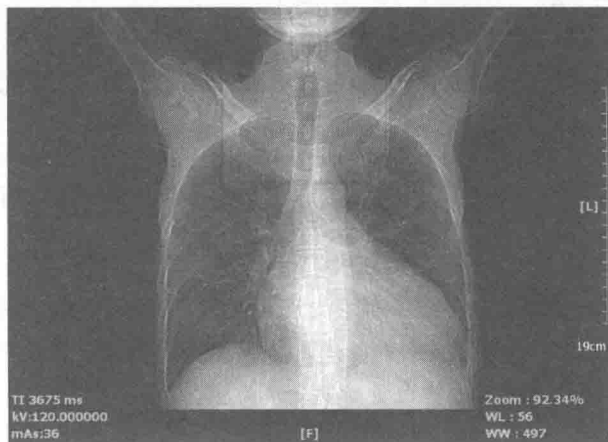


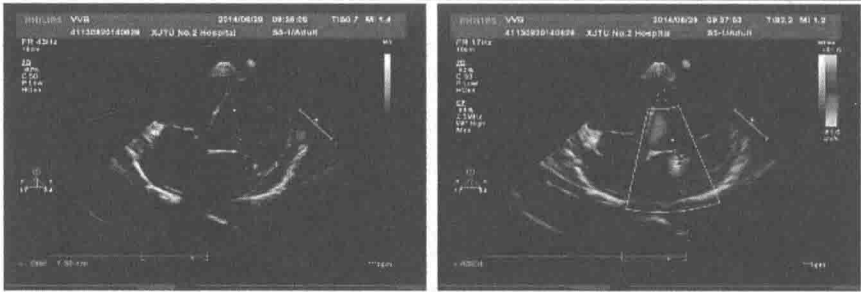
图 12-1 胸部 X 线片



胆囊壁毛糙、增厚,腹水(大量)。心脏超声(图 12-2):全心扩大,左室壁运动幅度普遍减低,左心收缩功能测值减低,舒张松弛功能限制性充盈,二、三尖瓣反流(少-中量),主动脉瓣反流(少量),心包积液(少量),LVEF 40%。BNP 835pg/ml NT-proBNP 1025pg/ml。血常规;HB 121g/L,肝肾功能、电解质正常。

彩超检查报告单

姓 名:	性 别: 男	年 龄: 43岁	申请科室: 急诊科
超声号:	住院号:	床号:	检查部位: 心脏



超声描述:

超声测量数据:
二维数据mm:LA:50 AO根部:33 RVOT: 34
LV:48 LA: 56 RA: 44
M型数据: IVSmm: 厚度/幅度: 6.3/4.8
LVPWmm: 厚度/幅度: 6.3/4.4
LV前后径mm: 舒张期末: 67 收缩期末: 50
左心功能测定: EF: 0.48 FS%: 25
频谱cm/s: MVo:60/55 AO:63
全心增大,大血管内径测值正常范围。
各组瓣叶回声纤细,运动自如。
室间隔及左室后壁厚度正常,运动幅度减低;
左心功能测值减低;
心包腔可见液性暗区,左室前壁1.3cm,右室前壁1.2cm。
PW: 二尖瓣口瓣上血流频谱正常。
CW+CDFI:二尖瓣返流彩束面积2.9cm², Vmax:220cm/s;
三尖瓣返流彩束面积2.7cm², Vmax:150cm/s。

超声提示:

全心增大,考虑心肌病
左心收缩功能测值减低
二、三尖瓣反流(少量)
心包积液(少量)

图 12-2 心脏超声结果

【问题 4】需要的临床检查结果有了,下面还需要了解掌握心力衰竭常见临床症状是什么?

知识点

【临床表现】左心衰竭最为常见,单纯右心衰竭较少见。左心衰竭后继发右心衰竭而致全心衰竭者;以及由于严重广泛心肌疾病同时波及左、右侧而发生全心衰竭者临床上更为多见。

一、左心衰竭以肺淤血及心排血量降低表现为主。

1. 症状

(1) 程度不同的呼吸困难



1) 劳力性呼吸困难:是左心衰竭最早出现的症状,系因运动使回心血量增加,左房压力升高,加重了肺淤血。引起呼吸困难的运动量随心力衰竭程度加重而减少。

2) 端坐呼吸:肺淤血达到一定的程度时,患者不能平卧,因平卧时回心血量增多且横膈上抬,呼吸更为困难。高枕卧位、半卧位甚至端坐时方可使憋气好转。

3) 夜间阵发性呼吸困难:患者已入睡后突然因憋气而惊醒,被迫采取坐位,呼吸深快。重者可有哮鸣音,称之为“心源性哮喘”。大多于端坐休息后可自行缓解。其发生机制除因睡眠平卧血液重新分配使肺血量增加外,夜间迷走神经张力增加,小支气管收缩,横膈高位,肺活量减少等也是促发因素。

4) 急性肺水肿:是“心源性哮喘”的进一步发展,是左心衰竭呼吸困难最严重的形式。

(2) 咳嗽、咳痰、咯血:咳嗽、咳痰是肺泡和支气管黏膜淤血所致,开始常于夜间发生,坐位或立位时咳嗽可减轻,白色浆液性泡沫状痰为其特点。偶可见痰中带血丝。长期慢性淤血肺静脉压力升高,导致肺循环和支气管血液循环之间形成侧支,在支气管黏膜下形成扩张的血管,此种血管一旦破裂可引起大咯血。

(3) 乏力、疲倦、头晕、心悸:这些是心排血量不足,器官、组织灌注不足及代偿性心率加快所致的主要症状。

(4) 少尿及肾功能损害症状:严重的左心衰竭血液进行再分配时,首先是肾的血流量明显减少,患者可出现少尿。长期慢性的肾血流量减少可出现血尿素氮、肌酐升高并可有肾功能不全的相应症状。

2. 体征

1) 肺部湿性啰音:由于肺毛细血管压增高,液体可渗出到肺泡而出现湿性啰音。随着病情的由轻到重,肺部啰音可从局限于肺底部直至全肺。患者如取侧卧位则下垂的一侧啰音较多。

2) 心脏体征:除基础心脏病的固有体征外,慢性左心衰竭的患者一般均有心脏扩大(单纯舒张性心力衰竭除外)、肺动脉瓣区第二心音亢进及舒张期奔马律。

二、右心衰竭以体静脉淤血的表现为主

1. 症状

1) 消化道症状:胃肠道及肝脏淤血引起腹胀、食欲缺乏、恶心、呕吐等是右心衰竭最常见的症状。

2) 劳力性呼吸困难:继发于左心衰竭的右心衰竭呼吸困难业已存在。单纯性右心衰竭为分流性先天性心脏病或肺部疾患所致,也均有明显的呼吸困难。

2. 体征

1) 水肿:体静脉压力升高使皮肤等软组织出现水肿,其特征为首先出现于身体最低垂的部位,常为对称性可压陷性。胸腔积液也是因体静脉压力增高所致,因胸膜静脉还有一部分回流到肺静脉,所以胸腔积液更多见于同时有左、右心衰竭时,以双侧多见,如为单侧则以右侧更为多见,可能与右膈下肝淤血有关。

2) 颈静脉征:颈静脉搏动增强、充盈、怒张是右心衰竭时的主要体征,肝颈静脉反流征阳性则更具特征性。

3) 肝脏肿大:肝脏因淤血肿大常伴压痛,持续慢性右心衰竭可致心源性肝硬化,晚期可出现黄疸、肝功能受损及大量腹水。

4) 心脏体征:除原有基础心脏病相应体征外,可因右心室显著扩大而出现三尖瓣关闭不全的反流性杂音。

三、全心衰竭

右心衰竭继发于左心衰竭而形成的全心衰竭,当右心衰竭出现之后,右心排血量减少,因此阵发性呼吸困难等肺淤血症状反而有所减轻。扩张型心肌病等表现为左、右心室同时衰竭者,肺淤血症状往往不很严重,左心衰竭的表现主要为心排血量减少的相关症状和体征。

【问题5】心力衰竭患者,临床诊断常用分类有哪些?

知识点

心力衰竭的类型

一、左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭

左心衰竭指左心室代偿功能不全而发生的心力衰竭,临床上较为常见,以肺循环淤血为特征。单纯的右心衰竭主要见于肺源性心脏病及某些先天性心脏病,以体循环淤血为主要表现。左心衰竭后肺动脉压力增高,使右心负荷加重,长时间后,右心衰竭也继之出现,即为全心衰竭。心肌炎心肌病患者左、右心同时受损,左、右心衰竭可同时出现。

单纯二尖瓣狭窄引起的是一种特殊类型的心力衰竭。它不涉及左室的收缩功能,而是直接因左心房压力升高而导致肺循环高压,有明显的肺淤血和相继出现的右心功能不全。

二、急性和慢性心力衰竭

急性心力衰竭系因急性的严重心肌损害或突然加重的负荷,使心功能正常或处于代偿期的心脏在短时间内发生衰竭或使慢性心力衰竭急剧恶化。临床上以急性左心衰竭常见,表现为急性肺水肿或心源性休克。

慢性心力衰竭有一个缓慢的发展过程,一般均有代偿性心脏扩大或肥厚及其他代偿机制参与。

三、收缩性和舒张性心力衰竭

心脏以其收缩射血为主要功能。收缩功能障碍,心排血量下降并有阻性充血的表现即为收缩性心力衰竭,也是临床上所常见的心力衰竭。心脏正常的舒张功能是为了保证收缩期的有效泵血。当心脏的收缩功能不全时常同时存在舒张功能障碍。单纯的舒张性(舒张期)心力衰竭如前所述可见于高血压、冠心病的某一阶段,当收缩期射血功能尚未明显降低,而因舒张功能障碍而致左室充盈压增高导致肺的阻性充血。

严重的舒张期心力衰竭见于原发性限制型心肌病、原发性肥厚型心肌病等。

【问题6】针对该患者,我们考虑的临床诊断是什么?

思路:本患者根据辅助检查结果提示,得出相应临床诊断为:扩张性心肌病,全心功能衰竭,心功能IV级。

【问题7】心力衰竭的诊断应该考虑哪几个方面的问题?为了便于临床评估和治疗,临床分期及分级有哪些呢?

知识点

【心力衰竭的分期】

心力衰竭的分期如前所述,心力衰竭是各种心脏结构性和功能性疾病所导致的,其病理生理过程不断进展的临床综合征。近年来,对心力衰竭的治疗已有很大的进步,但从整体上看死于心力衰竭的患者数目仍在逐步上升。这一方面是由于人口老龄化,另一部分原



因是由于心血管疾病的治疗进步,特别是急性心肌梗死的抢救成功率提高,存活的患者增多。为了从整体上减少因心力衰竭而死亡的患者,仅仅针对已发生心力衰竭临床表现的患者是不够的,必须从预防着手,从源头上减少和延缓心力衰竭的发生。为此,2001年美国AHA/ACC的成人慢性心力衰竭指南上提出了心力衰竭的分期的概念,在2005年更新版中仍然强调了这一概念,具体分期如下。

A期:心力衰竭高危期,尚无器质性心脏(心肌)病或心力衰竭症状,如患者有高血压、心绞痛、代谢综合征,使用心肌毒性药物等,可发展为心脏病的高危因素。

B期:已有器质性心脏病变,如左室肥厚,LVEF降低,但无心力衰竭症状。

C期:器质性心脏病,既往或目前有心力衰竭症状和(或)体征。

D期:需要特殊干预治疗的难治性心力衰竭。心力衰竭的分期对每一个患者而言只能是停留在某一期或向前进展而不可能逆转。如B期患者,心肌已有结构性异常,其进展可导致3种后果:患者在发生心力衰竭症状前死亡;进入到C期,治疗可控制症状;进入D期,死于心力衰竭,而在整个过程中猝死可在任何时间发生。为此,只有在A期对各种高危因素进行有效的治疗,在B期进行有效干预,才能有效减少或延缓进入到有症状的临床心力衰竭。

【心力衰竭的分级(NYHA 分级)】

是按诱发心力衰竭症状的活动程度将心功能的受损状况分为四级。这一分级方案于1928年由美国纽约心脏病学会(NYHA)提出,上述的心力衰竭分期不能取代这一分级而只是对它的补充。实际上NYHA分级是对C期和D期患者症状严重程度的分级。

I级:患者患有心脏病,但日常活动量不受限制,一般活动不引起疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。

II级:心脏病患者的体力活动受到轻度的限制,可出现疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛。休息时无自觉症状,但平时一般活动受限制。

III级:心脏病患者体力活动明显受限,小于平时一般活动即引起上述的症状。

IV级:心脏病患者不能从事任何体力活动。休息状态下也出现心力衰竭的症状,体力活动后加重。

这种分级方案的优点是简便易行,因此,几十年以来仍为临床医生所用。但其缺点是仅凭患者的主观陈述,有时症状与客观检查有很大差距,同时患者个体之间的差异也较大。

【问题8】那么能够引起心力衰竭常见的原发病有哪些呢?

知识点

本病因几乎所有类型的心脏疾病、大血管疾病均可引起心力衰竭。

1. 原发性心肌损害

(1) 缺血性心肌损害:冠心病心肌缺血和(或)心肌梗死是引起心力衰竭的最常见的原因之一。

(2) 心肌炎和心肌病:各种类型的心肌炎及心肌病均可导致心力衰竭,以病毒性心肌炎及原发性扩张型心肌病最为常见。

(3) 心肌代谢障碍性疾病:以糖尿病心肌病最为常见,其他如继发于甲状腺功能亢进或减退的心肌病,心肌淀粉样变性等。

2. 心脏负荷过重

(1) 压力负荷(后负荷)过重:见于高血压、主动脉瓣狭窄、肺动脉高压、肺动脉瓣狭窄



等左、右心室收缩期射血阻力增加的疾病。为克服增高的阻力,心室肌代偿性肥厚以保证射血量。持久的负荷过重,心肌必然发生结构和功能改变而终至失代偿,心脏排血量下降。

(2) 容量负荷(前负荷)过重:见于以下两种情况。①心脏瓣膜关闭不全,血液反流,如主动脉瓣关闭不全、二尖瓣关闭不全等;②左、右心或动静脉分流性先天性心血管病如间隔缺损、动脉导管未闭等。此外,伴有全身血容量增多或循环血量增多的疾病如慢性贫血、甲状腺功能亢进症等,心脏的容量负荷也必然增加。容量负荷增加早期,心室腔代偿性扩大,心肌收缩功能尚能维持正常,但超过一定限度心肌结构和功能发生改变即出现失代偿表现。

【问题9】我们需要了解的发生心力衰竭患者的病理生理变化有哪些呢?

知识点

【病理生理】

目前已经认识到心力衰竭是一种不断发展的疾病,一旦发生心力衰竭即使心脏没有新的损害,在各种病理生理变化的影响下,心功能不全将不断恶化进展。当基础心脏病损及心功能时,机体首先发生多种代偿机制。这些机制可使心功能在一定的时间内维持在相对正常的水平,但这些代偿机制也均有其负性的效应。当代偿失效而出现心力衰竭时病理生理变化则更为复杂。其中最重要的可归纳为以下四个方面。

一、代偿机制当心肌收缩力减弱时,为了保证正常的心排血量,机体通过以下的机制进行代偿。

1. Frank-Starling 机制 即增加心脏的前负荷,使回心血量增多,心室舒张末期容积增加,从而增加心排血量及提高心脏做功量。心室舒张末期容积增加,意味着心室扩张,舒张末压力也增高,相应的心房压、静脉压也随之升高。待后者达到一定高度时即出现肺的阻力充血或腔静脉系统充血。

2. 神经体液的代偿机制 当心脏排血量不足,心腔压力升高时,机体全面启动神经体液机制进行代偿,包括

交感神经兴奋性增强:心力衰竭患者血中去甲肾上腺素(NE)水平升高,作用于心肌 β -肾上腺素能受体,增强心肌收缩力并提高心率,以提高心排血量。但与此同时周围血管收缩,增加心脏后负荷,心率加快,均使心肌耗氧量增加。除了上述血流动力学效应外,NE对心肌细胞有直接的毒性作用,可促使心肌细胞凋亡,参与心脏重塑(re-modeling)的病理过程。此外,交感神经兴奋还可使心肌应激性增强而有促心律失常作用。

肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)激活:由于心排血量降低,肾血流量随之减低,RAAS被激活。其有利的一面是心肌收缩力增强,周围血管收缩维持血压,调节血液的再分配,保证心、脑等重要脏器的血液供应。同时促进醛固酮分泌,使水、钠潴留,增加总体液量及心脏前负荷,对心力衰竭起到代偿作用。

近年的研究表明,RAAS被激活后,血管紧张素II(angiotensin II, AII)及醛固酮分泌增加使心肌、血管平滑肌、血管内皮细胞等发生一系列变化,称之为细胞和组织重塑。在心肌上AII通过各种途径使新的收缩蛋白合成增加;细胞外的醛固酮刺激成纤维细胞转变为胶原纤维,使胶原纤维增多,促使心肌间质纤维化。在血管中使平滑肌细胞增生管腔变窄,同时降低血管内皮细胞分泌一氧化氮的能力,使血管舒张受影响。这些不利因素的长期作用,加重心肌损伤和心功能恶化,后者又进一步激活神经体液机制,如此形成恶性循环,使病情日趋恶化。



3. 心肌肥厚 当心脏后负荷增高时常以心肌肥厚作为主要代偿机制,以心肌细胞肥大,心肌纤维化为主,但心肌细胞数量并不增多,进展缓慢,在心脏后负荷增高的长期代偿中起到重要作用。导致心肌重塑。

二、心力衰竭时各种体液因子的改变

近年来不断发现一些新的肽类细胞因子参与心力衰竭的发生和发展,重要的有:

1. 心钠肽(atrial natriuretic peptide, ANP)和脑钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)。正常情况下,ANP 主要储存于心房,心室肌内也有少量表达。当心房压力增高,房壁受牵引时,ANP 分泌增加,其生理作用为扩张血管,增加排钠,对抗肾上腺素、肾素-血管紧张素等的水、钠滞留效应。正常人BNP 主要储存于心室肌内,其分泌量亦随心室充盈压的高低变化,BNP 的生理作用与 ANP 相似。

心力衰竭时,心室壁张力增加,心室肌内不仅 BNP 分泌增加,ANP 的分泌也明显增加,使血浆中 ANP 及 BNP 水平升高,其增高的程度与心力衰竭的严重程度呈正相关。为此,血浆 ANP 及 BNP 水平可作为评定心力衰竭的进程和判断预后的指标。

心力衰竭状态下,循环中的 ANP 及 BNP 降解很快,且其生理效应明显减弱,即使输注外源性 ANP 亦难以达到排钠、利尿降低血管阻力的有益作用。新近研究开发的重组人BNP(Nesiritide)临床应用,可发挥排钠、利尿、扩管等改善心力衰竭的有益作用。

2. 精氨酸加压素(arginine vasopressin, AVP) 由垂体分泌,具有抗利尿和周围血管收缩的生理作用。对维持血浆渗透压起关键作用。AVP 的释放受心房牵张受体(atrial stretch receptors)的调控。心力衰竭时心房牵张受体的敏感性下降,使 AVP 的释放不能受到相应的抑制,而使血浆 AVP 水平升高,继而水的滞留增加;同时其周围血管的收缩作用又使心脏后负荷增加;对于心力衰竭早期,AVP 的效应有一定的代偿作用,而长期的 AVP 增加,其负面效应将使心力衰竭进一步恶化。

3. 内皮素(endothelin) 是由血管内皮释放的肽类物质,具有很强的收缩血管的作用。心力衰竭时,受血管活性物质如去甲肾上腺素、血管紧张素、血栓素等的影响,血浆内皮素水平升高,且直接与肺动脉压力特别是肺血管阻力升高相关。除血流动力学效应外,内皮素还可导致细胞肥大增生,参与心脏重塑过程。目前,实验研究已证实内皮素受体拮抗剂 bosentan 可以对抗内皮素的血流动力学效应并减轻心肌肥厚,明显改善慢性心力衰竭动物的近期及远期预后。临床应用内皮素受体拮抗剂初步显示可改善心力衰竭患者的血流动力学效应。

4. 细胞因子 在调节心力衰竭的心肌结构和功能改变中可能起着重要作用。

三、关于舒张功能不全

心脏舒张功能不全的机制,大体上可分为两大类:一种是主动舒张功能障碍,其原因多为 Ca^{2+} 不能及时地被肌浆网回摄及泵出胞外,因为这两种过程均为耗能过程,所以当能量供应不足时,主动舒张功能即受影响。如冠心病有明显心肌缺血时,在出现收缩功能障碍前即可出现舒张功能障碍。另一类舒张功能不全是由于心室肌的顺应性减退及充盈障碍,它主要见于心室肥厚如高血压及肥厚性心肌病时,这一类病变将明显影响心室的充盈压,当左室舒张末压过高时,肺循环出现高压和淤血,即舒张性心功能不全,此时心肌的收缩功能尚可保持较好,心脏射血分数正常,故又称为 LVEF 正常(代偿)的心力衰竭。

【问题 10】临床上心力衰竭的诊断和鉴别诊断?



知识点

心力衰竭完整诊断包括症状学及病因学和辅助检查作出诊断,心功能评价及预后评估。

心力衰竭主要应与支气管哮喘、心包积液、缩窄性心包炎、肝硬化腹水伴下肢水肿疾病鉴别。

【问题 11】该患者有长期饮酒史,诊断为扩张性心肌病,是否与其长期饮酒有关?

知识点

扩张性心肌病缺乏特异性诊断指标,临床上看到心脏增大、心律失常和充血性心力衰竭的患者时,如超声心动图证实有心腔扩大与心脏弥漫性搏动减弱,即应考虑有本病的可能,但应除外各种病因明确的器质性心脏病,如急性病毒性心肌炎、风湿性心脏病、冠心病、先天性心血管病及各种继发性心肌病等后方可确立诊断。病因迄今不明,除特发性、家族遗传性外,近年来认为持续病毒感染是其重要原因,持续病毒感染对心肌组织的损伤、自身免疫包括细胞、自身抗体或细胞因子介导的心肌损伤等可导致或诱发扩张型心肌病。此外尚有围生期、酒精中毒、抗癌药物、心肌能量代谢紊乱和神经激素受体异常等多因素也可引起本病。

【问题 12】本患者应该给予的治疗方案是什么?

思路:针对本患者有水肿、心率快、血压偏高,我们考虑给予醛固酮拮抗剂,血管转换酶抑制剂, β 受体阻滞剂。第一步:利尿剂(只要有体液滞留)利尿剂小剂量开始,体重每日减轻0.5~1.0kg为宜 螺内酯10~20mg/d;第二步:ACEI或 β 受体阻滞剂;第三步:ACEI+ β 受体阻滞剂(黄金搭档)。

【问题 13】目前慢性心力衰竭的全面的思路有哪几方面?

知识点

心力衰竭的治疗目标:是防止和延缓心力衰竭的发生发展,缓解临床症状,提高生活质量;改善长期预后,降低病死率与住院率。治疗原则:采取综合治疗措施,包括对各种可致心脏功能受损的疾病如冠心病、高血压、糖尿病的早期管理,调节心力衰竭的代偿机制,减少其负面效应,如拮抗神经体液因子的过度激活,阻止或延缓心室重塑的进展。

一、一般治疗

1. 生活方式管理

(1) 患者教育:要让患者和家属明确了解准确的有关疾病知识及其管理的指导。包括健康的生活方式,平稳的心态,适当的相关诱因规避,规范的药物治疗,合理的随访计划。

(2) 体重管理:可以直观地反映患者体液潴留情况及利尿剂疗效,食物热量摄入管理,避免体重过度增加,帮助指导调整治疗方案。

(3) 饮食管理:包括营养物质摄入,避免营养不良,按需控制水和食盐摄入,维持治疗效果。

2. 休息与活动 急性期病情不稳定,应限制体力活动,卧床休息,以降低心脏负荷,有利于心功能的恢复。稳定期适当活动能提高骨骼肌功能,改善活动耐力及生活质量。根据病情轻重不同,在不诱发症状的前提下从床边小坐开始逐步增加有氧运动。

3. 病因治疗 对所有可能导致心脏功能受损的常见疾病如冠心病、高血压、糖尿病、代谢综合征等,在尚未造成心脏器质性改变前应积极早期进行有效治疗。并且注意诱发因素发生。



二、药物治疗

心力衰竭常用治疗药物包括以下几种。

1. 利尿剂 是心力衰竭治疗中改善症状的基石,是心力衰竭治疗中唯一能够控制体液滞留的药物,但不能作为单一治疗。原则上在慢性心力衰竭急性发作和明显体液滞留时使用。利尿剂的适量应用至关重要,剂量不足则体液滞留,将减低 RAAS 抑制剂的疗效并增加 β 受体拮抗剂的负性肌力作用;剂量过大则容量不足,将增加 RAAS 抑制剂及血管扩张剂的低血压及肾功能不全风险。

2. RAAS 抑制剂 心力衰竭患者治疗首选 ACEI,当 ACEI 引起干咳,血管性水肿时,不能耐受者可改用 ARB,但已使用 ARB 且症状控制良好者不需换为 ACEI。研究证实 ACEI 与 ARB 联用并不能使心力衰竭患者获益更多,反而增加不良反应,特别是低血压和肾功能损害的发生,因此目前不主张心力衰竭患者联合应用。

3. β 受体拮抗剂 可抑制交感神经激活对心力衰竭代偿的不利作用,长期应用能减轻症状,改善预后,降低死亡率和住院率且在已接受 ACEI 治疗的患者中仍能观察到 β 受体拮抗剂的益处,说明上述两种神经内分泌系统阻滞剂联合应用具有叠加效应。

4. 正性肌力药 心力衰竭患者的心肌处于血液或能量供应不足状态过度或长期应用正性肌力药物将会扩大能量的供需矛盾,加重心肌损害,增加死亡率。

5. 血管扩张剂 不建议应用于治疗慢性心力衰竭,仅在伴有心肌梗死或高血压患者中使用,对存在心脏流出道或瓣膜狭窄患者禁用。

【问题 14】针对不同类型的心力衰竭应该有什么样的治疗思路?

知识点

1. 慢性收缩性心力衰竭的治疗

(1) 按心力衰竭分期

A 期:积极治疗高血压、糖尿病、脂质紊乱等高危因素。

B 期:除 A 期中的措施外,有适应证的患者使用 ACE 抑制剂,或 β 受体阻滞剂。

C 期及 D 期:按 NYHA 分级进行相应治疗。

(2) 按心功能 NYHA 分级

I 级:控制危险因素;ACE 抑制剂。

II 级:ACEI 抑制剂、利尿剂、 β 受体阻滞剂、用或不用地高辛。

III 级:ACEI 抑制剂、利尿剂、 β 受体阻滞剂、地高辛。

IV 级:ACEI 抑制剂、利尿剂、地高辛、醛固酮受体拮抗剂,病情稳定后,谨慎应用 β 受体阻滞剂。

2. 舒张性心力衰竭的治疗 舒张性心功能不全由于心室舒张不良使左心室舒张末压 (LVEDP) 升高,而致肺淤血,多见于高血压和冠心病,但这两类患者也还可能同时存在收缩功能不全亦使 LVEDP 增高,何者为主有时难以区别。如果客观检查 LVEDP 增高,而左心室不大,LVEF 值正常则表明以舒张功能不全为主。最典型的舒张功能不全见于肥厚型心肌病变。治疗的原则与收缩功能不全有所差别,主要措施如下:

(1) β 受体阻滞剂:改善心肌顺应性使心室的容量-压力曲线下移,表明舒张功能改善。

(2) 钙通道阻滞剂:降低心肌细胞内钙浓度,改善心肌主动舒张功能,主要用于肥厚型心肌病。

(3) ACEI 抑制剂:有效控制高血压,从长远来看改善心肌及小血管重构,有利于改善舒张功能,最适用于高血压心脏病及冠心病。



尽量维持窦性心律,保持房室顺序传导,保证心室舒张期充分的容量。

对肺淤血症状较明显者,可适量应用静脉扩张剂(硝酸盐制剂)或利尿剂降低前负荷,但不宜过度,因过分的减少前负荷可使心排血量下降。在无收缩功能障碍的情况下,禁用正性肌力药物。

3. “顽固性心力衰竭”及不可逆心力衰竭的治疗 “顽固性心力衰竭”又称为难治性心力衰竭,是指经各种治疗,心力衰竭不见好转,甚至还有进展者,但并非指心脏情况已至终末期不可逆转者。对这类患者应努力寻找潜在的原因,并设法纠正,如风湿活动、感染性心内膜炎、贫血、甲状腺功能亢进、电解质紊乱、洋地黄类过量、反复发生的小面积的肺栓塞等。或者患者是否有与心脏无关的其他疾病如肿瘤等。同时调整心力衰竭用药,强效利尿剂和血管扩张制剂及正性肌力药物联合应用等。对高度顽固水肿也可使用血液滤过或超滤,对适应证掌握恰当,超滤速度及有关参数调节适当时,常可即时明显改善症状。扩张型心肌病伴有 QRS 波增宽 $>120\text{ms}$ 的 CHF 患者可实施心脏再同步化治疗(cardiac resynchronization therapy, CRT),安置三腔心脏起搏器使左、右心室恢复同步收缩,可在短期内改善症状。对不可逆 CHF 患者大多是病因无法纠正的,如扩张型心肌病、晚期缺血性心肌病患者,心肌情况已至终末状态不可逆转。其唯一的出路是心脏移植。从技术上看心脏移植成功率已很高,5 年存活率已可达 75% 以上,但限于我国目前的条件,尚无法普遍开展。有心脏移植指征在等待手术期间,应用体外机械辅助泵可维持心脏功能,有限延长患者寿命。

2014 年中国心力衰竭治疗指南

包括心力衰竭的诊断和检查;慢性心力衰竭的处理;急性心力衰竭的处理;心力衰竭综合治疗和随访管理。

- (1) 醛固酮拮抗剂适用人群扩大至所有伴有症状(NYHA II-IV 级)的心力衰竭患者。
- (2) 推荐应用单纯减慢心率的药物伊伐布雷定。
- (3) 增加了急性心力衰竭的内容。
- (4) CRT 治疗扩大至 NYHA II 级心力衰竭患者。
- (5) BNP/NT-proBNP 动态监测评估慢性心力衰竭治疗效果。
- (6) 修订了慢性心力衰竭类型,名称和诊断标准。
- (7) 提出并强调了对心力衰竭患者做好患者教育,随访和康复训练的必要性和重要性。

更新了慢性心力衰竭药物治疗的步骤及路径,提出了心力衰竭标准治疗“金三角”(ACEI+ β 受体阻滞剂+醛固酮拮抗剂);提出了实施治疗的步骤和路径具体建议;提出了降低心率可能成为心力衰竭及心血管病未来治疗的新靶向;首次提到中药治疗心力衰竭的研究,认为应重视和加强该领域的深入探索。

适用于所有慢性收缩性心力衰竭、心功能 II~IV 级患者,可改善预后的药物:血管转换酶抑制剂(ACEI)(I, A); β 受体阻滞剂(I, A);醛固酮拮抗剂(I, A);血管紧张素受体拮抗剂(ARB)(I, A);ARB 不是首选推荐的药物,用来代替 ACEI 不能耐受的患者;伊伐布雷定,用来降低因心力衰竭再住院率(IIa, B),替代用于不能耐受 β 受体阻滞剂的患者(IIb, C)。

可改善症状的药物:①利尿剂(I, C):对慢性心力衰竭病死率和发病率的影响,并未做过临床研究,但可以减轻气促和水肿,推荐用于有心力衰竭症状和体征,尤其伴显著液体滞留的患者。②地高辛(IIa, B)。

可能有害而不予推荐的药物:噻唑烷类降糖药,可使心力衰竭恶化;大多数钙拮抗剂,有负性肌力作用,氨氯地平和非洛地平除外;非甾体类抗炎剂(NSAIDs)和 COX-2 抑制剂;ACEI 和醛



固酮拮抗剂合用基础上加 ARB,这三种药物合用会增加肾功能损害和高血钾症的风险。

【问题 15】对于全科医生怎样评估心力衰竭患者临床治疗效果?

思路:心力衰竭患者临床治疗效果评估,住院患者需要复查入院时相应检查结果改善情况和临床症状改善情况,来判断临床治疗效果,BNP/NT-proBNP 治疗后比治疗前基线水平下降 >30%,超声心动图 EF 值改善。社区医生可以应用下面方法来评判治疗效果,6 分钟步行试验,是一项简单易行、安全、方便的试验,用以评定慢性心力衰竭患者的运动耐力的方法。要求患者在平直走廊里尽可能快的行走,测定 6 分钟的步行距离,若 6 分钟步行距离 <150m,表明为重度心功能不全;150~425m 为中度;426~550m 为轻度心功能不全。对患者生活质量变化进行评估。

(朱新业)

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学.第 8 版.北京:人民卫生出版社.2013.
- [2] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014.中华心血管病杂志,2014,42(2):98-122.

第十三章 慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)简称慢阻肺,是一种严重危害人类健康的常见病、多发病,致残率及病死率高,给患者及其家庭和社会带来沉重经济负担。据“全球疾病负担研究项目(The Global Burden of Disease Study)”估计,2020年慢性阻塞性肺疾病将位居全球死亡原因的第3位。世界银行和世界卫生组织的资料表明,至2020年,慢性阻塞性肺疾病将位居世界疾病负担的第5位。对慢性阻塞性肺疾病患者进行规范化诊疗和管理,可避免急性加重,延缓病情发展,改善生活质量,降低致残率和病死率,减轻疾病负担。

慢性阻塞性肺疾病内容概要

- 慢性阻塞性肺疾病的定义和概述
- 慢性阻塞性肺疾病的诊断与评估
- 慢性阻塞性肺疾病的危险因素评估
- 慢性阻塞性肺疾病稳定期管理
- 慢性阻塞性肺疾病急性加重期管理
- 慢性阻塞性肺疾病的双向转诊及社区慢性阻塞性肺疾病筛查
- 慢性阻塞性肺疾病相关合并症

慢性阻塞性肺疾病是一种常见的以持续气流受限为特征的可以预防 and 治疗的疾病,气流受限进行性发展,与气道和肺脏对有毒颗粒或气体的慢性炎性反应增强有关。急性加重和并发症影响着疾病的严重程度。吸入香烟烟雾和其他有毒颗粒如生物燃料的烟雾导致的肺脏炎症是慢性阻塞性肺疾病发生的重要原因。这种慢性炎性反应可以导致肺实质破坏(导致肺气肿),同时破坏正常的修复和防御机制(导致小气道纤维化)。

临床病例

患者,男性,65岁,主诉因“间断咳嗽、咳痰、喘憋11年,加重5天”就诊。病史如下。

11年前患者受凉后出现咳嗽、咳少量白痰,夜间咳嗽明显,伴活动后喘憋。无发热、胸痛、咯血、盗汗等不适。此后多于感冒后反复发作,痰量增加,痰黄、黏稠,予抗生素等治疗可好转,多次被诊断为“慢性支气管炎”,予中药治疗效果不佳。近7年来患者每年均出现咳嗽、咳痰、喘憋加重2~3次,每次持续时间1~2个月,经抗生素治疗或口服糖皮质激素后好转。过去1年,自觉走路较同龄人偏慢,有时需停下歇息,因病情加重住院治疗2次。5天前患者着凉后咳嗽、喘憋加重,轻微活动即出现严重呼吸困难,咳黄痰,伴发热,体温最高37.5℃。

6个月前胃镜发现“反流性食管炎”,予抑酸治疗后好转。否认冠心病、高血压病及糖尿病等病史。吸烟40年,每日40支。否认饮酒史。

针对该病例,基层全科医生初步采集病史后,可明确该患者慢性支气管炎诊断成立,慢性阻塞性肺疾病诊断依据不足。为进一步评估病情,需考虑和明确以下相关问题。

【问题1】该患者的病史特点是什么,如何考虑其可能诊断?

思路:该患者病史特点为:老年男性,长期大量吸烟史。反复咳嗽、咳痰、喘憋11年,该患者



慢性支气管炎诊断成立。其症状呈现进行性加重,慢性阻塞性肺疾病可能性较大,但需进一步完善相关检查明确诊断。

【问题2】该患者具有慢性阻塞性肺疾病的哪些危险因素?

思路1:引起慢性阻塞性肺疾病的确切病因尚不明确,据流行病学的研究资料,慢性阻塞性肺疾病的发病是个体易感因素和环境因素共同作用的结果。 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏是唯一确定和COPD有关的遗传因素,但是这种基因缺陷主要发生在北欧地区,亚洲很罕见。环境因素中吸烟是众多研究中证据最充分的慢性阻塞性肺疾病危险因素之一,也是慢性阻塞性肺疾病最重要的环境危险因素。

思路2:该患者目前具有吸烟与呼吸道感染两个主要危险因素,考虑慢性阻塞性肺疾病诊断时,需询问患者可能存在的相关危险因素,如患者的职业(是否有接触粉尘及相关化学物质)、是否经常从事家庭烹饪、冬季室内煤火取暖时间、家庭成员吸烟情况及社会经济情况等。充分了解患者相关危险因素不仅为慢性阻塞性肺疾病诊断提供证据支持,且可指导和帮助患者控制相关危险因素,促进疾病康复和延缓疾病进展。

知识点

慢性阻塞性肺疾病危险因素

慢性阻塞性肺疾病的危险因素包括个体易感因素和环境因素。

1. 吸烟与被动吸烟
2. 室内空气污染
3. 职业粉尘和有害化学物质暴露
4. 室外空气污染
5. 低出生体重
6. 反复呼吸道感染
7. 气道高反应性

【问题3】病史采集结束后,下一步体格检查应重点关注哪些方面?

思路1:体格检查是临床医生非常重要的基本功,尤其对于基层医生来说,体格检查更是在不借助过多辅助检查的情况下帮助诊断的重要武器。慢性阻塞性肺疾病作为一种全身性疾病,病变不仅仅在肺脏,全身多脏器功能均可受影响。故体格检查时除重点关注肺部的视、触、叩、听外,还需要关注其他部位的体征。

思路2:慢性阻塞性肺疾病早期可无明显体征。随着疾病进展,可出现如下体征:胸廓形态异常(桶状胸)、呼吸浅快、重症患者可出现胸腹矛盾运动、缩唇呼吸、前倾坐位、肺部叩诊过清音、双肺呼吸音可降低、呼气相延长、双肺底可闻及干、湿啰音。低氧血症者可出现皮肤黏膜及嘴唇发绀、伴有心力衰竭者可出现颈静脉怒张、肝脏增大等体征。

知识点

慢性阻塞性肺疾病典型体征

胸廓畸形(桶状胸)、呼吸浅快、缩唇呼吸、双肺叩诊过清音、心浊音界缩小、肺下界和肝浊音界下降、双肺呼吸音弱、呼气相延长,部分患者可闻及湿性啰音和干性啰音。皮肤黏膜发绀,心力衰竭者可出现颈静脉怒张、肝脏增大等。



临床病例(续)

体格检查:T:37.4℃,P:150次/分,R:30次/分,BP:130/80mmHg。端坐位,神志清楚,体格检查欠配合。无球结膜水肿,口唇发绀,浅表淋巴结无肿大,无颈静脉怒张。双侧胸廓对称,无畸形,呼吸活动度双侧对称,双侧触觉语颤对称,未触及胸膜摩擦感。双肺叩诊清音,双肺呼吸音低,双肺散在呼气相哮鸣音,呼气相延长,未闻及湿性啰音。心界不大,心律齐,心率150次/分,心音遥远, $A_2>P_2$ 。腹软,肝、脾肋下未触及。双下肢无水肿。

【问题4】该患者的体格检查结果是否支持慢性阻塞性肺疾病的诊断?

思路:该患者以下体征支持慢性阻塞性肺疾病的诊断:双肺呼吸音低、心音遥远符合肺气肿体征,双肺散在呼气相哮鸣音、呼气相延长是呼气相气流受限的征象,这些都支持慢性阻塞性肺疾病的诊断。确诊需要肺功能检查结果的证实。

【问题5】根据该患者病史和查体结果,是否适合在社区治疗?

思路1:判定患者适合在社区治疗还是应转诊到综合医院住院治疗,需对患者病情进行评估。大多数一般状况较好、轻度慢性阻塞性肺疾病急性加重期的患者可以在社区或门诊治疗,而中重度慢性阻塞性肺疾病急性加重期的患者常需要住院治疗。需特别关注表示患者病情危重的症状如严重呼吸困难、发绀、意识模糊等,同时综合考虑患者是否存在并发症以及当地社区处理能力等因素。

思路2:结合患者病史及体格检查结果,该患者病情较重,符合转诊指征。主要表现在:①心率快(150次/分),呼吸频率快(30次/分);②口唇及甲床发绀(可靠的低氧血症体征)。接诊患者后应尽快给予低流量吸氧,缓解低氧血症,也应尽快给予支气管扩张剂等治疗,尽快缓解症状。

知识点

决定患者选择社区(门诊)治疗还是住院治疗的相关参考因素

因素	在社区(门诊)治疗	住院治疗
在社区或者门诊能够处理	是	否
呼吸困难	轻中度	重度
一般状况	很好	不好或者较差
活动能力	较好	较差或者卧床
发绀	否	是
周围水肿逐渐加重	否	是
意识水平	正常	意识不清或者昏迷
已经接受长期家庭氧疗	否	是
社会环境	较好	独自生活或者没有处理能力
突发意识丧失	否	是
起病急	否	是
严重合并症(特别是心脏病和胰岛素依赖的糖尿病)	否	是
血氧饱和度 <90%	否	是
胸片改变	没有	有
动脉血 pH	≥ 7.35	< 7.35
动脉血氧分压	$\geq 7\text{kpa}$ (52.5mmHg)	$< 7\text{kpa}$ (52.5mmHg)

摘自:英国国家临床指南中心. 2010. 慢性阻塞性肺疾病社区管理指南

【问题6】针对该患者,转诊前需完成哪些处理?

思路:对重症慢性阻塞性肺疾病急性加重患者,符合转诊指征的,转诊前需完成以下任务:



完整病史采集、重点体格检查,并尽早采取紧急处理措施(吸氧、支气管扩张剂、糖皮质激素等),若病情允许,可完成血常规、心电图、胸片等常规检查评估患者严重程度,积极联系转院治疗。对于有生命危险患者应在给予相应处理措施的基础上,尽快转院治疗。

【问题 7】患者转入综合性医院后,为明确诊断,需进一步进行哪些检查?

思路 1:慢性阻塞性肺疾病早期可无明显的症状表现,其早期诊断是临床上的一个难点。慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)2014 年更新版指南强调凡是有呼吸困难、慢性咳嗽和(或)咳痰症状,以及有危险因素暴露史的患者怀疑慢性阻塞性肺疾病,应该进行肺功能检查,应用支气管扩张剂后第一秒用力呼气量(FEV_1)/用力肺活量(FVC) $<70\%$,可确定存在持续性气流受限,除外其他疾病后可确诊慢性阻塞性肺疾病。因此,持续存在的气流受限是诊断慢性阻塞性肺疾病的必备条件,肺功能检查是诊断慢性阻塞性肺疾病的金标准。

思路 2:对慢性阻塞性肺疾病的诊断和评估,除了最重要的肺功能检查之外,胸部 X 线检查对于确定肺部并发症及与其他疾病(如肺间质纤维化、肺结核等)鉴别具有重要意义。血常规检查对于发现部分慢性阻塞性肺疾病患者长期低氧血症引起的红细胞数量增多、部分患者贫血以及合并感染时白细胞及中性粒细胞比例升高等均有意义。血气分析对确定发生低氧血症、高碳酸血症、电解质紊乱和呼吸衰竭类型有重要价值,如果患者肺功能指标 FEV_1 占正常预计值 $\leq 40\%$,或者出现发绀或心力衰竭等体征,应进行血气分析检查。胸部 CT 检查一般不作为诊断慢性阻塞性肺疾病的常规检查。

知识点

慢性阻塞性肺疾病的诊断

1. 慢性阻塞性肺疾病的诊断应该根据临床表现、危险因素接触史、体征及实验室检查等资料,综合分析确定。
2. 任何有呼吸困难、慢性咳嗽和(或)咳痰症状,以及有危险因素暴露史的患者临床上需要考虑进行慢性阻塞性肺疾病诊断。
3. 诊断慢性阻塞性肺疾病需要进行肺功能检查,吸入支气管扩张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$,可确定存在持续性气流受限,除外其他疾病后可确诊慢性阻塞性肺疾病。

临床病例(续)

辅助检查结果:血常规检查白细胞总数 $6.79 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 74.6%,血红蛋白 $146g/L$,血小板 $188 \times 10^9/L$ 。胸部正侧位 X 线片(CXR)见图 13-1。

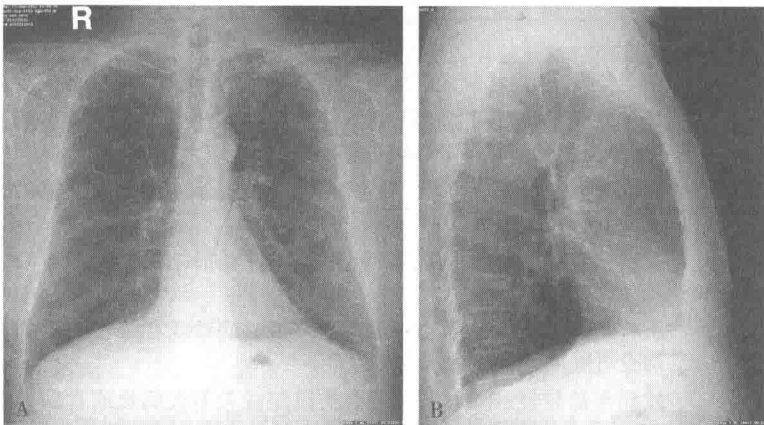


图 13-1 患者胸部正侧位 X 线片
A. 正位片;B. 侧位片



血气分析结果(吸氧 2L/min):pH 7.41, PaCO₂ 38mmHg, PaO₂ 72mmHg, SaO₂ 97.5%, StHCO₃⁻ 23mmol/L。

肺功能检查:使用支气管扩张剂后 FEV₁/FVC 为 30.7%, FEV₁ 占预计值 26.5%。

【问题 8】如何判读患者的血常规?

思路:患者血常规结果显示:中性粒细胞比例升高,结合患者近 5 天来出现咳嗽、咳痰、喘憋加重,咳黄脓痰、发热,需考虑患者存在呼吸道感染。

【问题 9】如何判读患者的胸片?

思路 1:正位胸片示:双肺中上肺野透亮度减低,肺纹理稀疏,相应肋间隙增宽,双肺下叶肺纹理增多增粗;侧位胸片示:胸廓前后径增大,胸骨后心影前透亮区增大,心影后脊柱前方透亮区增大。符合慢性支气管炎、肺气肿改变。

思路 2:慢性阻塞性肺疾病早期 X 线胸片可无明显变化,以后会出现肺纹理增多和紊乱等非特征性表现。典型肺气肿 X 线表现为:肺容积增大、胸腔前后径增大、肋骨走向变平、肺野透亮度增加、横膈位置低平、心脏狭长等。并发肺源性心脏病和肺动脉高压时,会出现右心增大的 X 线特征及右下肺动脉增宽、肺门血管影扩大等表现。如前所述胸部 X 线在慢性阻塞性肺疾病的诊断中的重要意义在于确定肺部并发症及与其他疾病(如肺间质纤维化、肺结核等)鉴别。该患者目前的胸部 X 线无明确的并发症及其他疾病表现。

【问题 10】如何判读患者血气分析结果?

思路:该患者 pH 7.41 处于正常范围 7.35~7.45, PaCO₂ 38mmHg 处于正常范围 35~45mmHg, 且 StHCO₃⁻ 23mmol/L 处于正常范围 22~27mmol/L, 该患者目前无酸碱平衡紊乱。该患者在 FiO₂=2L+ 氧流量(2L/min)×4=29% 时, PaO₂ 为 72mmHg, 计算氧合指数(PaO₂/FiO₂)=248mmHg, 小于 300mmHg, 表明该患者目前存在 I 型呼吸衰竭。

【问题 11】根据该患者的病史及肺功能等相关辅助检查结果,目前能否确诊慢性阻塞性肺疾病?

思路:该患者老年男性,长期大量吸烟史。反复咳嗽、咳痰、喘憋 20 余年,且症状进行性加重,呼吸道感染为其明确加重诱因。肺功能检查吸入支气管扩张剂后 FEV₁/FVC 为 30.7%, 小于 70%, 可确定存在持续性气流受限,行胸部 X 线检查除外其他相关疾病,故可确定该患者慢性阻塞性肺疾病诊断。

【问题 12】慢性阻塞性肺疾病的鉴别诊断需考虑哪些疾病?

思路:由于很多疾病都具有与慢性阻塞性肺疾病相似的症状,如咳嗽、咳痰、呼吸困难等,故诊断慢性阻塞性肺疾病时需要与其他疾病相鉴别(表 13-1)。

表 13-1 慢性阻塞性肺疾病与其他疾病的鉴别诊断要点

疾病	鉴别诊断要点
慢性阻塞性肺疾病	中老年发病、症状缓慢进展、长期吸烟史或者其他烟雾接触史
哮喘	早年发病(通常在儿童期),每日症状变化快,夜间和清晨症状明显,也可有过敏史、鼻炎和(或)湿疹、有哮喘家族史
充血性心力衰竭	胸部 X 线片示心脏扩大、肺水肿,肺功能提示有限制性通气功能障碍,而非气流受限
支气管扩张症	大量脓痰、常伴有细菌感染、粗湿啰音、杵状指、X 线胸片或者 CT 提示支气管扩张,管壁增厚
肺结核	所有年龄均可发病、X 线胸片示肺浸润性病灶或者结节状、空洞样改变、微生物检查可确诊,流行地区高发
闭塞性细支气管炎	发病年龄较轻、不吸烟,可能有类风湿性关节炎病史或者烟雾接触史,呼吸相 CT 显示低密度影
弥漫性泛细支气管炎	主要发生在亚洲人群中,多为男性非吸烟者,几乎均有慢性鼻窦炎,X 线胸片和高分辨率 CT 示弥漫性小叶中央结节影和过度充气征



【问题 13】根据该患者目前情况,如何对该患者的病情进行综合评估?

思路 1:临床医生要了解慢性阻塞性肺疾病病情对患者的影响,应综合症状评估、肺功能分级和急性加重的风险,以期改善慢性阻塞性肺疾病的疾病管理。①症状评估:主要通过慢性阻塞性肺疾病患者自我评估测试问卷(CAT)进行评估(表 13-2),或采用改良版英国医学研究委员会呼吸问卷(mMRC)对呼吸困难严重程度评估(表 13-3);较轻(mMRC 0-1 或 CAT<10),患者处于 A 组或 C 组;较重(mMRC≥2 或 CAT≥10),患者处于 B 组或 D 组。②气流受限评估:使用肺功能检查进行评估(表 13-4),低风险(GOLD1 或 2),患者处于 A 组或 B 组;高风险(GOLD3 或 4),患者处于 C 组或 D 组。③急性加重评估:低风险(每年≤1 次或未曾因急性加重而住院),患者处于 A 组或 B 组;高风险(每年≥2 次或住院次数≥1 次),患者处于 C 组或 D 组。慢性阻塞性肺疾病患者 A、B、C、D 分组见表 13-5。

表 13-2 慢性阻塞性肺疾病患者自我评估测试问卷(分)

我从不咳嗽	1 2 3 4 5 6	我总是在咳嗽
我一点痰也没有	1 2 3 4 5 6	我有很多很多痰
我没有任何胸闷的感觉	1 2 3 4 5 6	我有很严重的胸闷的感觉
当我爬坡或者上一层楼时,没有气喘感觉	1 2 3 4 5 6	当我爬坡或者上一层楼梯感觉严重喘不过气
我在家里能做任何事情	1 2 3 4 5 6	我在家里做任何事情均受影响
尽管我有肺部疾病,但对外出很有信心	1 2 3 4 5 6	由于我有肺部疾病,对离开家一点信心都没有
我的睡眠很好	1 2 3 4 5 6	由于我有肺部疾病,睡眠相当差
我精力旺盛	1 2 3 4 5 6	我一点精力都没有

注 数字 0~5 表示严重程度,请标记最能反映你当前情况的选项,在数字上打 ×,每个问题只能标记一个选项

表 13-3 改良版英国医学研究委员会呼吸问卷

呼吸困难评价等级	呼吸困难严重程度
0 级	只有在剧烈活动时感到呼吸困难
1 级	在平地快步行走或者步行爬小坡时出现气短
2 级	由于气短,平地行走时比同龄人慢或者需要停下来休息
3 级	在平地行走 100m 或者数分钟后需要停下来喘气
4 级	因为严重呼吸困难而不能离开家或者穿衣服时出现呼吸困难

表 13-4 使用肺功能检查评估气流受限严重程度

COPD 患者气流受限严重程度分级(以吸入支气管扩张剂后 FEV ₁ 值为基础,FEV ₁ /FVC<70%)		
GOLD1	轻度	FEV ₁ % 预测值≥80%
GOLD2	中度	50%≤FEV ₁ % 预测值<80%
GOLD3	重度	30%≤FEV ₁ % 预测值<50%
GOLD4	极重度	FEV ₁ % 预测值<30%

注 FEV₁ 为吸入支气管扩张剂之后

学
习
笔
记



表 13-5 慢性阻塞性肺疾病的综合评估

组别	特征		肺功能分级 (级)	急性加重 (次/年)	CAT 评分 (分)	呼吸困难 分级(级)
	风险	症状				
A 组	低	少	I~II	<2	<10	<2
B 组	低	多	I~II	<2	≥10	≥2
C 组	高	少	III~IV	≥2	<10	<2
D 组	高	多	III~IV	≥2	≥10	≥2

注 ①上一年因急性加重住院≥1次,也表明具有高风险。②评估急性加重风险时,若依据肺功能评估与急性加重病史结果不一致时,应选取较高的危险度级别

思路 2:该患者的综合评估。症状评估:该患者咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状严重,严重影响日常活动及睡眠,其 CAT 评分为 38 分(>10 分),呼吸困难评价等级为 2 级,故其症状评估为症状多。肺功能分级为 IV 级,气流受限严重程度为极重度,急性加重风险为高风险。该患者过去 1 年中因急性加重住院 2 次,故急性加重风险评估也为高风险。故该患者的综合评估分组为 D 组。

【问题 14】患者目前病程分期如何?

思路:慢性阻塞性肺疾病病程分为稳定期和急性加重期。①稳定期:患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状较轻;②急性加重期:患者呼吸道症状超过日常变异范围的持续恶化,并需改变药物治疗方案,在疾病过程中,患者常有短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,脓性或者黏液脓性痰,可伴有发热等炎症明显加重的表现。该患者近 5 天咳嗽、咳痰、喘息明显加重,咳黄脓痰,伴发热,目前为慢性阻塞性肺疾病急性加重期。

【问题 15】该患者住院后,该如何治疗?

思路:该患者目前为慢性阻塞性肺疾病急性加重期,对于慢性阻塞性肺疾病急性加重期治疗原则为根据患者临床症状、体征、血气分析和胸部影像学等指标评估患者严重程度,采取相应治疗措施。慢性阻塞性肺疾病急性加重的主要治疗手段包括:①氧疗:氧疗是治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的一个重要部分,持续低流量吸氧,保证氧饱和度为 88%~92%;②支气管扩张剂:推荐单独应用短效吸入 β_2 受体激动剂或联合短效抗胆碱能药物;③全身应用糖皮质激素:全身应用糖皮质激素可以缩短康复时间,改善肺功能和低氧血症,降低早期复发及治疗失败的风险,缩短住院时间。推荐泼尼松每日 40mg,共 5 天;④抗生素:抗生素应用的指征为:①呼吸困难加重、痰量增加和脓性痰是 3 个必要症状;②脓性痰在内的 2 个必要症状;③需要有创或者无创通气治疗;④辅助治疗:根据患者的临床情况,注意维持患者的水及电解质平衡;注意加强患者营养,对于卧床、红细胞增多症或脱水的患者,无论是否有血栓栓塞病史、均需考虑使用肝素或者低分子肝素抗凝治疗。另外还需注意痰液引流,识别和治疗合并症及并发症;⑥机械通气治疗:通过无创或者有创机械通气治疗,维持呼吸功能,通过药物治疗消除慢性阻塞性肺疾病急性加重的原因,从而使呼吸衰竭得以逆转。

临床病例(续)

该患者入院后治疗方案如下:

1. 氧疗:持续低流量吸氧(1L/min)。
2. 支气管扩张剂:雾化吸入复方异丙托溴铵气雾剂(含沙丁胺醇和异丙托溴铵)2.5ml、每日 3 次;茶碱缓释片 0.2g、每日 2 次。
3. 糖皮质激素:口服醋酸泼尼松 40mg、每日 1 次;雾化吸入布地奈德悬液 2ml、每日 3 次。
4. 抗生素治疗:静脉滴注头孢哌酮钠舒巴坦钠 3.0g、每日 2 次。
5. 戒烟指导。



【问题 16】该患者选择抗生素治疗是否合适？选择的原则是什么？

思路：如前所述慢性阻塞性肺疾病急性加重应用抗生素有 3 条指征，该患者目前具备 3 个必要症状，符合应用抗生素的指征。临床上应用何种类型的抗生素需要根据当地细菌耐药情况选择，对于反复发生急性加重，严重气流受限和（或）需要机械通气的应进行痰培养，根据药敏结果合理选择抗生素。初始抗菌治疗需考虑是否有铜绿假单胞杆菌感染的可能，有相关危险者选择抗生素其抗菌谱需覆盖铜绿假单胞杆菌。对无铜绿假单胞杆菌危险因素者，主要依据急性加重严重程度、当地耐药情况、费用和潜在的依从性选择药物。

临床病例（续）

患者经过上述治疗，5 天后咳嗽、咳痰、喘憋等症状明显改善，体温正常。

治疗方案调整为：

1. 将抗生素更换为口服头孢地尼 0.1g、每日 3 次。
2. 停用口服糖皮质激素治疗。
3. 开始稳定期慢性阻塞性肺疾病治疗：噻托溴铵粉吸入剂 18μg、吸入、每日 1 次，沙美特罗替卡松粉吸入剂 50/250 1 吸、每日 2 次，沙丁胺醇定量气雾剂 200μg、必要时吸入。

1 周后患者症状进一步改善，活动耐力明显增加，安排出院，转入门诊（社区）进行随访管理。

【问题 17】该患者目前是否适合转入社区？

思路 1：社区医院应积极主动地与所在区域的上级医院建立畅通、互利的双向转诊渠道和机制，以使有转诊需要的患者及时得到应有的专科医疗服务，避免延误病情；同时使经上级医院治疗好转的患者能够顺利转回社区医院，从而减轻患者的就医负担。

思路 2：上级医院可在以下情况下将患者转入社区卫生服务机构：诊断明确；治疗方案确定；临床情况已控制稳定。故该患者目前适合转入社区进行管理。

【问题 18】该患者转入社区后该如何管理？

思路 1：该患者目前转入社区后为慢性阻塞性肺疾病稳定期，稳定期管理主要目标包括减少症状，改善运动耐力和健康状况，同时防止疾病进展、降低死亡率。

思路 2：慢性阻塞性肺疾病稳定期管理主要包括以下几种。

1. 建立健康档案 对于初次就诊的慢性阻塞性肺疾病患者根据其既往史、现病史、个人史、住院期间治疗情况、目前的治疗方案等资料为其建立标准化的个体健康档案，建立随访记录表，纳入社区长期健康管理。

2. 健康教育 ①教育与督促患者戒烟；②使患者了解慢性阻塞性肺疾病相关基础知识，掌握一般和特殊的自我管理方法（如吸入装置的使用、规律服药等）③了解定期就诊的情况及紧急情况下求救能力；④社区医生定期随访。

3. 相关危险因素干预 ①戒烟：在很大程度上能够延缓慢性阻塞性肺疾病的病程，医疗工作者应该鼓励患者戒烟。临床咨询能够显著提高患者的主动戒烟率，尼古丁替代疗法和药物疗法能够显著提高长期戒烟率。②禁烟：通过一系列综合性的控烟政策与措施，建立无烟学校、公共场所和学校，鼓励患者不在家中吸烟，可显著减少吸烟带来的相关危害。③减少职业性粉尘及有害化学物质暴露，加强室内外空气污染治理均能对慢性阻塞性肺疾病相关危险因素加以控制。④加强锻炼：慢性阻塞性肺疾病患者需要适当运动，能够从日常体育运动中不断获益。

4. 药物治疗 ①支气管舒张药物：支气管舒张药物是控制慢性阻塞性肺疾病症状的重要治疗药物，主要包括 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药等。长效 β_2 受体激动剂（福莫特罗、沙美特罗）较短效制剂（沙丁胺醇）可更有效控制症状，吸入剂相对于口服副作用更少。②糖皮质激素：长期规律吸入糖皮质激素适用于重度和极重度且反复急性加重的患者，可减少急性加重次数、增加



运动耐量、改善生活质量,但不能阻止 FEV_1 的下降趋势、可能增加患肺炎的风险,不推荐单独使用吸入糖皮质激素进行治疗慢性阻塞性肺疾病。联合吸入糖皮质激素和长效 β_2 受体激动剂(布地奈德/福莫特罗、沙美特罗/氟替卡松),疗效优于单一制剂。不推荐长期口服、肌内注射或静脉应用糖皮质激素治疗。③磷酸二酯酶-4(PDE-4)抑制剂:PDE-4 抑制剂(罗氟司特)的主要作用机制是通过抑制细胞内的环腺苷酶降解来减轻气道炎症。能够改善由沙美特罗和(或)噻托溴铵治疗的患者的 FEV_1 。④甲基黄嘌呤:甲基黄嘌呤没有长效的支气管扩张剂那么有效和耐受。当长效支气管扩张剂可获得并且能够支付时,不建议使用甲基黄嘌呤。有证据表明,和安慰剂相比,甲基黄嘌呤类药物能够在一定程度上扩张支气管,改善治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病患者症状。⑤其他药物:A. 祛痰药:常用药物有盐酸氨溴索、乙酰半胱氨酸、羧甲司坦、标准桃金娘油等;B. 抗氧化剂:有证据提示,抗氧化剂如羧甲司坦、N-乙酰半胱氨酸等可降低疾病急性加重次数。C. 疫苗:主要指流感疫苗和肺炎疫苗。D. 中医治疗等。

5. 氧疗 慢性阻塞性肺疾病患者长期家庭氧疗的适应证为:休息状态下存在动脉低氧血症,即呼吸室内空气时,其动脉血氧分压(PaO_2) $<7.3kPa(55mmHg)$ 或动脉血氧饱和度(SaO_2) $<88\%$ 。长期家庭氧疗一般是经鼻导管吸入氧气,流量 $1.0\sim 2.0L/min$,每日吸氧持续时间 >15 小时。慢性阻塞性肺疾病稳定期患者长期家庭氧疗,可以维持重要脏器的功能,保证周围组织的氧气供应,提高慢性呼吸衰竭患者的生存率。

6. 康复治疗 对于慢性阻塞性肺疾病稳定期患者,可通过适当咳嗽、呼吸及体育锻炼,增加呼吸功能,改善生活质量。①咳嗽和排痰;②缩唇呼吸和腹式呼吸;③扩胸、步行和骑车等运动。

7. 营养支持 营养不良是慢性阻塞性肺疾病常见的并发症,病程长、反复感染、呼吸衰竭、低氧血症均会造成高代谢,高分解状态,对慢性阻塞性肺疾病患者需加强营养支持。

8. 心理疏导 慢性阻塞性肺疾病因长期患病,影响工作和生活,常出现焦虑、抑郁、紧张、恐惧、悲观失望等不良心理,应针对病情及心理特征及时给予心理疏导;做好家人和亲友工作,树立战胜疾病的信心。

【问题19】慢性阻塞性肺疾病的常见合并症包括哪些?

思路:慢性阻塞性肺疾病常与其他疾病合并存在,不同严重程度患者均可发生这些合并症,对疾病的进展、住院率和病死率均有影响。因此,应努力发现患者的合并症并给予适当的治疗。治疗合并症应依据各种疾病指南,治疗方法与未合并慢性阻塞性肺疾病者相同,通常不应因为患有合并症而改变慢性阻塞性肺疾病的治疗方法。

知识点

慢性阻塞性肺疾病的常见合并症

慢性阻塞性肺疾病的常见合并症如下。

1. 心血管疾病:是慢性阻塞性肺疾病最重要和最常见的合并症。主要包括:①缺血性心脏病;②心力衰竭;③心房颤动;④高血压。
2. 骨质疏松:是慢性阻塞性肺疾病的主要合并症,常见于肺气肿患者。
3. 焦虑和抑郁。
4. 肺癌。
5. 感染。
6. 代谢综合征和糖尿病。
7. 支气管扩张症。

(迟春花)



参考文献

- [1] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary diseases (updated 2014) [EB/OL]. <http://www.goldcopd.com>.
- [2] Royal College of Physicians (UK). Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care. NICE Clinical Guidelines, No. 101. 2010 Jun.
- [3] Nicola A. Hanania, Amir Sharafkhaneh. A Guide to Diagnosis and Clinical Management COPD. Humana Press. 2011.
- [4] Tselebis A, Bratis D, Harikiopoulou M. Association between depression and body mass index in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Ann Gen Psychiatry, 2010, 9 (Suppl 1).
- [5] Paul A Ford, Peter J Barnes, Sarah Russell. Managing COPD. 3rd ed. Singapore by Stamford Press, 2013.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南 (2013 年修订版). 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36 (4): 255-264.
- [7] 葛均波, 徐永健. 内科学. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [8] 曾学军, 许文兵. 社区慢性阻塞性肺疾病病例管理 (试用). 北京: 北京大学医学出版社, 2008.

第十四章 支气管哮喘

支气管哮喘(bronchial asthma)简称哮喘,是由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。主要特征包括气道慢性炎症,气道对多种刺激因素呈高反应性,可逆性气流受限以及随病程反复而导致的气道重构。临床表现为反复发作的气急、胸闷、喘息或咳嗽,常在夜间及凌晨发作或加重,可自行缓解或经治疗后缓解。哮喘是一种常见的慢性呼吸道疾病,不同国家的发病率从1%~30%不等,我国为0.5%~5%,且有逐年增加的趋势。我国也是全球哮喘病死亡率最高的国家之一,其死亡多与哮喘控制不佳、最后一次发作治疗不及时相关,故哮喘的早期诊断和进行规范化治疗对控制哮喘的急性发作及死亡尤为重要。作为全科医生应掌握哮喘的基本概念,症状体征,辅助检查,诊断标准,鉴别诊断及治疗规范,以便及时发现哮喘患者,及早规范化治疗,使患者最大限度得到临床控制。

临床病例

患者,男性,22岁,因“反复发作性喘憋10余年,加重2天”来我院急诊就诊。患者10余年前开始出现发作性喘憋,呼吸急促,伴大汗,口唇发绀,夜间明显,自觉呼气时有“喘鸣音”。常常于夜间憋醒,接触冷空气或烟味后症状可加重。每次可自行缓解或经药物治疗好转,缓解时可正常工作和生活。于当地医院就诊诊断“支气管哮喘”,具体诊治不详。曾不规则服用茶碱类药物,具体用药剂量及时间不详。每年间断发作5~6次。2天前患者受凉后再次出现喘憋、口唇发绀、伴大汗,感胸闷。自行服用茶碱类药物无明显缓解。发病以来,患者稍有咳嗽,无明显咳痰、无咯血、无畏寒发热、无胸痛,无恶心呕吐,无腹痛腹泻,无午后潮热,无盗汗,食欲缺乏、睡眠欠佳,大小便正常,体重未见明显下降。

既往史:有“过敏性鼻炎”15年,经常使用“抗过敏药物”药物(具体不详)。有花粉、尘螨等过敏史。否认“糖尿病、冠心病”等病史,否认“肝炎、结核”等传染病史。否认药物及食物过敏史。否认外伤及手术输血史,预防接种随社会。

个人史:无烟酒嗜好,现为在校学生。

家族史:母亲有“支气管哮喘”病史,否认其他遗传疾病史。

【问题1】通过上述问诊,该患者可疑的诊断是什么?

根据患者的主诉、症状、既往史、个人史及家族史,应高度怀疑支气管哮喘。

思路1:支气管哮喘急性发作引起的呼吸困难多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等相关,其起病有一定的诱因。在询问病史时能够及时发现这些问题,有利于疾病的诊断。该患者每次发病均与接触冷空气或其他刺激发病或加重。要注意询问患者呼吸困难发生的时间,支气管哮喘通常在夜间或凌晨发作或加重。

知识点

呼吸困难的问诊要点

1. 起病缓急,是突发还是渐进;原因或诱因;药物、毒物接触史。
2. 呼吸困难的表现,是吸气性、呼气性等;与活动、体位的关系;昼夜的关系。

1. 是否伴发热、胸痛、咳嗽、咳痰、咯血、发绀等。
2. 有无高血压、肾病与代谢性疾病史。
3. 有无头痛、意识障碍、颅脑外伤史等。

知识点

夜间哮喘原因

1. 夜间气道反应性升高。
2. 夜间迷走神经张力增高。
3. 夜间肾上腺皮质激素水平降低。
4. β 肾上腺素能受体下降。
5. 肺容积的减少,睡眠时 FRC 减少。
6. 其他如平卧体位、鼾症、夜间胃食道反流、夜间用药时间间隔延长等。

思路 2: 患者以喘憋形式的呼吸困难为主要临床表现,以呼气相为主。要注意呼吸困难的病因,既要考虑到呼吸系统,亦需考虑其他系统疾病如心血管系统等。患者系以呼气相为主,故需特别注意引起呼气性呼吸困难的疾病。

知识点

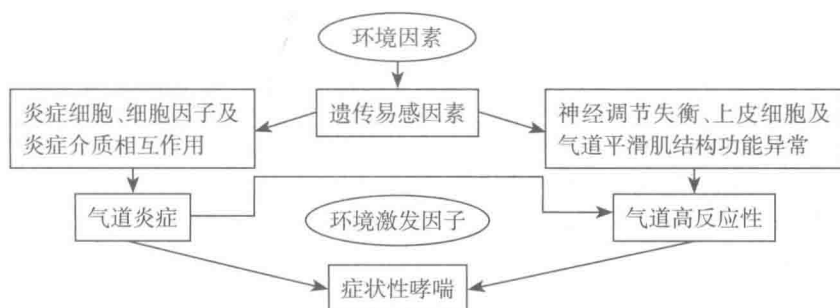
呼吸困难常见疾病

1. 呼吸系统疾病
 - 1) 气道阻塞(如气管/支气管异物、炎症、肿瘤;支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病(COPD)等)。
 - 2) 肺部疾病(如肺炎、肺纤维化、肺不张、肺癌等)。
 - 3) 胸廓疾患(如畸形、外伤、气胸、胸腔积液等)。
 - 4) 其他:膈运动障碍、神经肌肉疾病。
2. 循环系统疾病:如心力衰竭、心包填塞、肺栓塞等。
3. 中毒:如尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、CO 中毒、吗啡中毒等。
4. 血液病:如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。
5. 神经精神因素:呼吸中枢受损、癔病等。

思路 3: 患者早年起病,有过敏性鼻炎史,对多种物质过敏,有哮喘家族史。哮喘是一种复杂的、具有多基因遗传倾向的疾病,其发病具有家族集聚现象。患者系成人,需注意职业的询问,排除有无职业性哮喘的可能。该患者系学生,无明显职业因素。

知识点

哮喘发病机制示意图



【问题2】病史采集结束后,下一步查体应重点做哪些方面?

思路1:对急诊患者而言,临床情况较差,需特别关注患者的生命体征包括体温、呼吸频率、脉搏和血压情况,同时应注意患者神志情况,呼吸困难的程度等情况。严重患者出现呼吸、脉搏加快,危重患者出现脉搏变慢或无规则。中重度患者可出现奇脉。患者可有不同程度的精神改变,甚至嗜睡、意识模糊。

知识点

生命体征

呼吸频率:正常成人静息状态下,呼吸为12~20次/分,呼吸与脉搏之比为1:4。

脉搏:正常人的脉搏和心率是一致的。正常成人为60~100次/分。

奇脉:指吸气时脉搏明显减弱甚至消失,呼气时又出现或恢复原状的现象。用血压计观察奇脉,常较手指触诊更为明显,吸气时收缩压较呼气时低10mmHg以上。

思路2:应重视胸部的体格检查。首先观察患者有无三凹征、体位、呼吸频率、呼吸节律。严重患者可出现端坐呼吸,三凹征,呼吸频率明显加快。危重患者出现胸腹矛盾运动。触诊需注意患者的呼吸运动度,语音震颤及胸膜摩擦音。患者可出现呼吸运动度变小,语音震颤降低。叩诊注意叩诊音的类别,急性发作时可闻过清音,注意有无鼓音,是否合并气胸。听诊对于哮喘尤为关键,尤其是啰音,肺部可闻及双肺的干啰音(哮鸣音),若能听到,诊断更加支持哮喘。需特别注意的是危重患者,哮鸣音可能减弱甚至消失,成为“沉默肺”。

知识点

胸部体征

三凹征:是指吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现明显凹陷,是由于上部气道部分梗阻所致吸气性呼吸困难。

胸腹矛盾运动:指呼吸时胸廓与腹部出现相反运动,该表现是呼吸肌疲劳的可靠临床征象,也是给予人工通气的适应证。

哮喘哮鸣音:是干啰音的一种,哮鸣音的出现主要是由于肺内广泛的细支气管痉挛,在呼气时,气流通过狭窄的细支气管管腔而产生的一种病理性呼吸音,在呼气时最明显。特点是音调高,具有像金属丝震颤样音乐性的音响,持续时间久和呼气时明显而吸气时基本消失等特征。需注意鉴别局部病变支气管哮喘与心源性哮喘引起的哮鸣音的不同。

思路3:根据患者的体格检查结果,可初步判定患者病情的严重程度。当然为进一步明确诊治及与其他疾病相鉴别,还需要进一步完善体格检查内容如心脏,腹部,四肢,神经系统等其他系统检查。

知识点

哮喘急性发作的监测

1. 轻中度 说短语、喜坐、平静、呼吸加快、辅助呼吸肌未参与呼吸、心率100~120次/分。氧饱和度90%~95%、PEF>50%预计值。

2. 重度:发单字、蜷坐位、易激动、呼吸>30次/分、辅助呼吸肌参与呼吸、心率>120次/分、氧饱和度<90%、PEF<50%预计值。

3. 威胁生命:昏睡、静寂胸。



病例续:急诊查体记录

T 36.2℃,意识清楚,气急貌,焦虑状态,仅说单字,端坐呼吸,口唇发绀,颈静脉无充盈。双肺可闻及广泛哮鸣音。心界不大,心律 124 次/分,律齐,未闻及杂音。

【问题 3】上述急诊记录是否准确反映了患者的体征?

思路:该查体虽然包括了哮喘的临床特点,但还需要进一步的完善,以便更充分地掌握患者的疾病信息,为更加准确的诊断和治疗打下基础:①首先生命体征不够完善,关键需要体现患者的呼吸频率。②肺部体格检查,需完善视、触、叩等检查,以便更了解患者肺部情况,如排除有无胸水、气胸等。③全身其他部位的检查尚欠缺,只注重胸部听诊,忽略了其他部位包括腹部、四肢等其他系统的检查。

病 例 续

该患者补充相关检查后,查体结果如下:T 36.2℃,P124 次/分,R31 次/分,BP 120/80mmHg,意识清楚,气急貌,焦虑状态,仅说单字,端坐呼吸,口唇发绀,颈静脉无充盈。胸廓饱满,无畸形,叩诊呈过清音,双肺可闻及广泛哮鸣音,未触及胸膜摩擦音。心界不大,心率 124 次/分,律齐,未闻及杂音。腹平,软,肝脾肋下未及,移动性浊音阴性,双下肢无水肿,未见杵状指。

【问题 4】结合上述体检结果,为进一步明确诊断需实施哪些检查?

思路:通过上述病史采集,体格检查结果,患者有喘憋,呼吸频率、心率明显加快,焦虑状态,仅说单字,端坐呼吸,口唇发绀,双肺可闻及广泛哮鸣音,平素可自行缓解或用药缓解,有过敏史,有家族史,故首先考虑支气管哮喘的诊断。且系典型支气管哮喘。为进一步明确诊治应进行(根据患者目前病情)血常规、血气分析、痰液检查及全胸片的检查。

知识点

经典诊断标准

1. 反复发作喘息、气急、胸闷、咳嗽等,多与接触过敏原、冷空气、物理、化学性刺激以及上呼吸道感染、运动等有关。
 2. 发作时双肺可闻及散在或弥漫性,以呼气相为主的哮鸣音,呼气相延长。
 3. 上述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解。
 4. 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。
 5. 临床表现不典型者 如无明显喘息或体征应有下列三项中至少一项阳性:①支气管激发试验或运动试验阳性;②支气管舒张试验阳性;③昼夜 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。
- 符合 1~4 条或 4、5 条者,可以诊断为哮喘。

知识点

哮喘的异质性——可变的呼气气流受限

1. 肺功能被记录有明显变化和记录到气流受限 被观察到更大的变化,或发生更多的变化,更有利于确诊;当 FEV_1 降低时在诊断过程中至少发生 1 次,可证实 FEV_1/FVC 下降(正常的标准: $>0.75\sim 0.80$ 成人, >0.90 儿童)
2. BD 可逆性试验阳性 成人:在 200~400 μg 沙丁胺醇 10~15 分钟后, FEV_1 自基线提高 $>12\%$ 和 $>200ml$ (如果增加 $>15\%$, $>400ml$ 更可确诊)。儿童: FEV_1 提高 $>12\%$ 预测值。

3. 每日两次 PEF 检查, 出现明显变化, 超过 2 周 成人: 平均每日 PEF 昼夜变异率 $>10\%$; 儿童: 平均每日 PEF 昼夜变异率 $>13\%$ 。

4. 4 周抗炎治疗后肺功能显著提高 成人: 4 周治疗后, FEV_1 自基线提高 $>12\%$ 和 $>200\text{ml}$, 除了呼吸道感染外。

5. 运动激发试验阳性 成人: FEV_1 自基线降低 $>10\%$ 和 $>200\text{ml}$; 儿童: FEV_1 降低 $>12\%$ 预测值, 或 $PEF>15\%$ 。

6. 支气管激发试验阳性(通常仅在成人中进行) 给予标准剂量的乙酰甲胆碱或组胺后 FEV_1 自基线下降 $\geq 20\%$, 或者在标准化过度通气, 高渗盐水或甘露醇激发试验后, FEV_1 自基线下降 $\geq 15\%$ 。

7. 随访期间肺功能的明显变化 成人: 随访问 FEV_1 变化 $>12\%$ 和 $>200\text{ml}$, 除了呼吸道感染外; 儿童: 随访期间 FEV_1 变化 $>12\%$ 或 $PEF>15\%$ (可能包括呼吸道感染外)

知识点

哮喘的异质性——可变的症状

1. 不同的呼吸道症状 喘息、气促、胸闷和咳嗽可因不同的文化和年龄表现可有所不同。
2. 不同的哮喘诊断标准 通常存在 ≥ 1 种的呼吸道症状类型; 症状出现可随时间推移而不同, 且严重程度不同; 症状往往在夜间或醒来时尤为严重; 症状往往由锻炼、大笑、过敏原、冷空气等激发; 症状常出现和加重与病毒感染有关。

病例续: 急诊辅助检查

血常规: 白细胞 $7.6 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞百分比 75%, 淋巴细胞百分比 12%, 嗜酸性粒细胞百分比 10% (正常值 0.5%~5%), Hb 135g/L, PLT $234 \times 10^9/\text{L}$ 。胸片见两肺透亮度增加, 余未见明显异常。痰液检查见嗜酸细胞。血气分析示: pH 7.48, PCO_2 30mmHg, PO_2 55mmHg, HCO_3^- 25mmHg。

【问题 5】如何判断患者的血常规?

思路: 血常规红细胞及血红蛋白大都在正常范围内, 如合并有较长期而严重的肺气肿或肺源性心脏病者, 则二者均可增高。白细胞总数及中性粒细胞数量一般均正常, 如有感染时则相应增高, 嗜酸性粒细胞一般在 6% 以上, 可高至 30%。

【问题 6】哮喘患者 X 线特点?

思路: X 线检查在无合并症的支气管哮喘患者中, 肺部 X 线片都无特殊发现。有 X 线变化者多见于外源性经常性发作的儿童哮喘患者, 如肺野透亮度增强、支气管壁增厚、肺主动脉弓突出、两膈下降、窄长心影, 中部及周围肺野心血管直径均匀性缩小, 肺门阴影加深等。在中部和周围肺野可见散在小块浓密阴影, 在短期内出现提示肺段短暂的黏液栓阻塞引起的继发性局限性肺不张。

【问题 7】哮喘患者痰液检查特点?

思路: 痰多呈白色泡沫状, 大都含有水晶样的哮喘珠, 质较坚, 呈颗粒样。合并感染时痰呈黄或绿色, 较浓厚而黏稠。咳嗽较剧时, 支气管壁的毛细血管可破裂, 有痰中带血。显微镜检查可发现库什曼螺旋体及雷盾氏晶体。如痰经染色, 则可发现多量的嗜酸性粒细胞, 对哮喘的诊断帮助较大。合并感染时, 则嗜酸性粒细胞数量降低, 而代之以中性粒细胞数量增多。脱落细胞学检查可发现有大量柱状纤毛上皮细胞。

【问题8】哮喘患者动脉血气的特点?

思路:轻度哮喘发作, PO_2 和 PCO_2 正常或轻度下降;中度哮喘发作, PO_2 下降而 PCO_2 正常;重度哮喘发作, PO_2 明显下降而 PCO_2 超过正常,出现呼吸性酸中毒和(或)代谢性酸中毒。

知识点

呼吸衰竭

呼吸衰竭是各种原因引起的肺通气和(或)换气功能严重障碍,以致不能进行有效的气体交换,导致缺氧伴(或不伴)二氧化碳潴留,从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。在海平面大气压下,于静息条件下呼吸室内空气,并排除心内解剖分流和原发性心排血量降低等情况后,动脉血氧分压(PaO_2)低于8kPa(60mmHg),或伴有二氧化碳分压($PaCO_2$)高于6.65kPa(50mmHg),即为呼吸衰竭。

1. 按动脉血气分析分类 ①I型呼吸衰竭:缺氧无 CO_2 潴留,或伴 CO_2 降低(I型)见于换气功能障碍(通气/血流比例失调、弥散功能损害和肺动-静脉样分流)的病例。②II型呼吸衰竭系肺泡通气不足所致的缺 O_2 和 CO_2 潴留,单纯通气不足,缺 O_2 和 CO_2 的潴留的程度是平行的,若伴换气功能损害,则缺 O_2 更为严重。只有增加肺泡通气量,必要时加氧疗来纠正。

2. 按病程分类 ①急性呼吸衰竭是指各种突发原因,引起通气或换气功能严重损害,突然发生呼衰的临床表现,如脑血管意外、药物中毒抑制呼吸中枢、呼吸肌麻痹、肺梗塞、ARDS等,如不及时抢救,会危及患者生命。②慢性呼衰多见于慢性呼吸系疾病,如慢性阻塞性肺病、重度肺结核等,其呼吸功能损害逐渐加重,虽有缺 O_2 ,或伴 CO_2 潴留,但通过机体代偿适应,仍能从事日常活动。

知识点

酸碱平衡

酸碱失衡:人体的酸碱平衡是通过复杂的生理调节来完成的,使血浆pH值维持在7.35~7.45。如果某些致病因素使体内酸和碱发生过多或不足,超过了机体的生理调节能力,此时即出现酸碱平衡失调。测定酸碱平衡的常用指标。

1. 酸碱度(pH) 是指体液内氢离子浓度的反对数即 $pH=\log(1/H^+)$,是反映体液总酸度的指标,受呼吸和代谢的共同影响。正常值:7.35~7.45;平均值7.40。静脉血pH较动脉血低0.03~0.05,<7.35为酸血症;>7.45为碱血症。

2. $PaCO_2$ 溶解于血浆中 CO_2 所产生的压力。正常值:35~45mmHg。平均值40mmHg。静脉血较动脉血高5~7mmHg。它是酸碱平衡呼吸因素的唯一指标。当 $PaCO_2>45$ mmHg(6kPa)时,应考虑为呼吸性酸中毒或代谢性碱中毒的呼吸代偿;当 $PaCO_2<35$ mmHg(4.67kPa)时,应考虑为呼吸性碱中毒或代谢性酸中毒的呼吸代偿。

3. 标准碳酸氢盐(SB)和实际碳酸氢盐(AB) SB是指血标本在37℃和血红蛋白完全氧合的条件下,用 $PaCO_2$ 为40mmHg的气体平衡后所测得的血浆 HCO_3^- 浓度。正常值:22~27mmol/L,平均值24mmol/L。正常情况下 $AB=SB$; $AB\uparrow>SB\uparrow$ 见于代谢性碱中毒或呼吸性酸中毒代偿; $AB\downarrow<SB\downarrow$ 见于代谢性酸中毒或呼吸性碱中毒代偿。

AB是指隔绝空气的血液标本,在实际 $PaCO_2$ 和血氧饱和度条件下所测得的血浆 HCO_3^- 浓度。正常值:22~27mmol/L,平均值24mmol/L。动静脉血 HCO_3^- 大致相等。它是反映酸碱平衡代谢因素的指标。 $HCO_3^-<22$ mmol/L,可见于代谢性酸中毒或呼吸性碱

中毒代偿; $\text{HCO}_3^- > 27\text{mmol/L}$,见于代谢性碱中毒或呼吸性酸中毒。

4. 缓冲碱(BB) 血液中一切具有缓冲作用的碱性物质的总和,(负性离子总和) HCO_3^- 、 Hb^- 、 HPO_4^{2-} 等。

5. 剩余碱(BE) 指在标准条件下(37°C 、 PaCO_2 为 40mmHg 、 Hb 150g/L 、 SaO_2 为1),将1L全血滴定至pH为7.40时,所用的酸或碱的量(mmol/L)。正常值: $\pm 3\text{mmol/L}$ 。

6. 二氧化碳总量(TCO_2) 是实际 HCO_3^- 和溶解的 CO_2 量(1.2mmol/L)的总和。正常值: $23\sim 27\text{mmol/L}$ 。

7. CO_2CP :是指血浆中呈化合状态的 CO_2 量,理论上应与 HCO_3^- 大致相等,但因有 NaHCO_3 等因素干扰,比 HCO_3^- 偏高,其意义同 HCO_3^- 值。

8. 阴离子间隙(AG) 是按 $\text{AG}=\text{Na}^+-(\text{HCO}_3^-+\text{Cl}^-)$ 计算所得。其真正含义反映了未测定阳离子(UC)和未测定阴离子(UA)之差。AG升高的最常见原因是体内存在过多的UA,即乳酸根、丙酮酸根、磷酸根、硫酸根等。当UA在体内蓄积必定要取代 HCO_3^- ,使 HCO_3^- 下降称之为高AG代谢性酸中毒。临床上重要意义是AG升高代表了高AG代酸。

【问题9】如何确定患者的治疗方案?

思路:根据患者的症状体征及目前检查结果,鉴于患者目前病情的严重性,且暂未发现其他引起喘息病因,故诊断初步考虑为支气管哮喘急性发作期(重度),I型呼吸衰竭,呼吸性碱中毒。针对患者目前诊断,给予的治疗方案包括监测生命体征,吸氧,吸入短效 β_2 受体激动剂,静脉予以糖皮质激素。

知识点

哮喘治疗药物分类

1. 控制药物 针对气道慢性炎症,长期应用吸入型应用糖皮质激素、白三烯受体调节剂、长效 β_2 受体激动剂(LABA,不单独使用)、缓释茶碱、色甘酸钠、IgE抗体、联合用药(ICS+LABA)。

2. 缓解药物 按需应用,迅速缓解支气管痉挛。速效 β_2 受体激动剂、抗胆碱能药、短效茶碱。

病例续:急诊治疗

该患者予以心电监护,血氧饱和度,血压监测,予以吸氧,沙丁胺醇雾化吸入(0.1mg ,每20分钟吸入一次,共1小时),予以甲泼尼龙 40mg 静脉滴注。观察患者仍气急明显,双肺仍可闻及哮鸣音,血氧饱和度波动于 $86\%\sim 89\%$ 。

【问题10】患者目前经急诊室治疗后是否有效?下一步如何处理?

思路:患者入住急诊室开始初始治疗方案,予以选用缓解药物包括短效 β_2 受体激动剂及糖皮质激素。但是根据患者的症状体征及血氧饱和度,患者病情并未得到有效缓解,此时继续氧疗,考虑联合雾化吸入(β_2 受体激动剂加激素混悬液),继续全身使用糖皮质激素,静脉使用茶碱类药物。

该患者继续予以心电监护,血氧饱和度,血压监测,予以吸氧,雾化吸入特布他林雾化液 2.5mg 及布地奈德混悬液 2mg ,再予以甲泼尼龙 40mg 静脉滴注。多索茶碱静脉滴注。观察患者神志清楚,仍有气急,双肺仍可闻及哮鸣音,血氧饱和度波动于 $88\%\sim 92\%$ 。



【问题 11】患者经继续治疗后效果如何？下一步治疗方案？

思路：患者虽经继续治疗，症状有所改善，但是整体病情未得到有效控制，需收住入院治疗，严密监测患者生命体征，氧气吸入，继续联合雾化吸入，全身运用糖皮质激素，使用茶碱类药物，注意水、电解质平衡，酸碱平衡。注意预防呼吸道感染。

病例续

该患者入院后，予以继续氧疗，监测神志、呼吸、血压、脉搏等，监测心电变化、血氧饱和度、血气等，协助患者采取合适的体位，注意保持呼吸道通畅，定期听诊肺部呼吸音，随病情改变及时调整吸氧浓度，注意药物的不良反应。雾化吸入特布他林及布地奈德混悬液，每日两次，甲泼尼龙 40mg，每日两次（泮托拉唑 80mg，每日两次），多索茶碱 0.2g，每日两次。注意补液量≥2000ml，予以监测血气分析，完善电解质检查 K^+ 3.6mmol/L，钠 137mmol/L，氯 104mmol/L。患者经三天治疗后，气急症状缓解，听诊双肺呼吸音清，未闻及明显干湿性啰音。复查血常规：白细胞 $6.6 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比 65%，淋巴细胞百分比 27%，嗜中性粒细胞百分比 2.0%，Hb 130g/L，PLT $200 \times 10^9/L$ 。血气分析示：pH 7.41， PCO_2 40mmHg， PO_2 70mmHg， HCO_3^- 26mmHg。

【问题 12】患者经抗炎，舒张支气管等治疗后疗效如何？下一步如何处理？

思路 1：患者经治疗后，症状体征及各项复查指标均得到改善，目前治疗有效。对于治疗有效的患者，进一步处理需要考虑的问题：激素减量问题；患者还需治疗时间。

思路 2：患者的激素需逐渐减量，患者经治疗三天后好转，将激素减为 40mg，静滴，一日一次，并加用布地奈德福莫特罗吸入剂 160μg/4.5μg 1 吸，2 次/日（教导患者吸入器的正确使用及注意事项），观察病情，若稳定，三天后减量为 20mg，静滴，一日一次，三天后序贯为口服泼尼松片 15mg，一日一次，以后每三天减 5mg，直至停药，观察病情，若病情无反复，疗程结束，予以布地奈德福莫特罗吸入剂作为缓解及控制药物出院。

【问题 13】患者出院后是否治疗真正结束，如何制订长期治疗方案？

思路：哮喘目前不能根治，故长期规范治疗可使大多数患者良好或完全临床控制。故需对患者进行哮喘知识的健康教育、有效控制环境、避免诱发因素，加强患者的自我管理包括自我监测、对治疗方案和哮喘控制水平周期性评估、在症状和（或）PEF 提示哮喘控制水平变化的情况下，针对控制水平及时调整治疗以达到并维持哮喘控制。其中对患者进行哮喘教育是最基本的环节。

学习
笔记

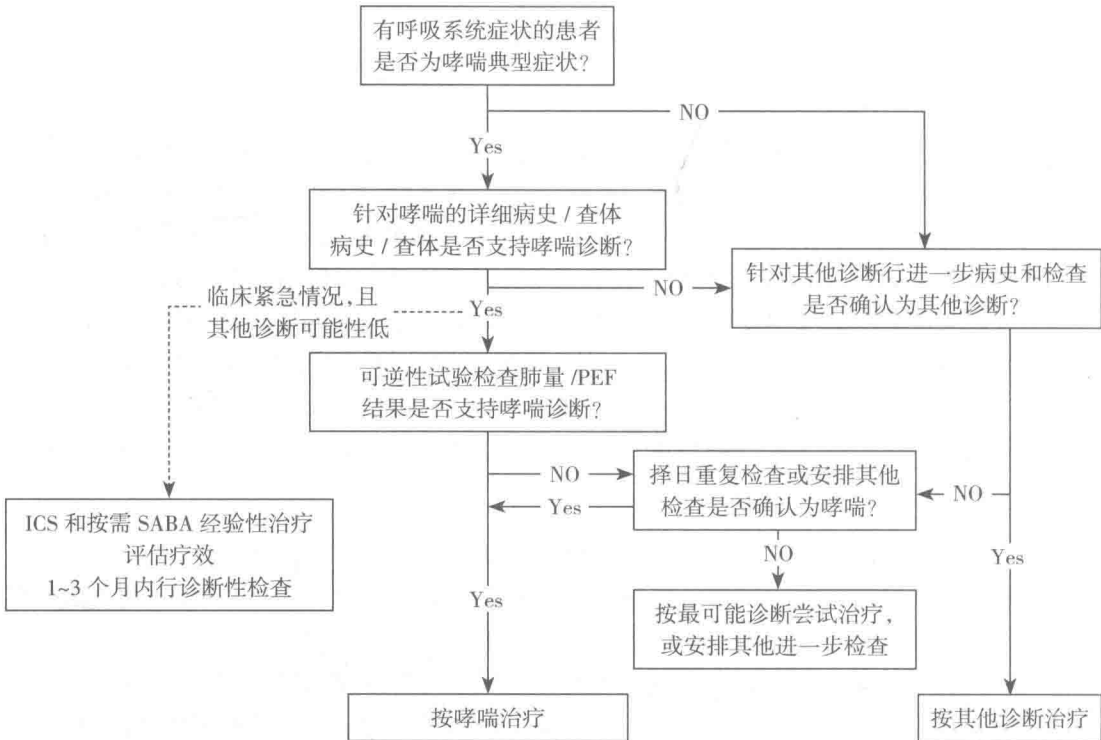
知识点

根据哮喘病情控制分级制订治疗方案

第 1 级	第 2 级	第 3 级	第 4 级	第 5 级
哮喘教育、环境控制				
按需使用短效 β_2 受体激动剂	按需使用短效 β_2 受体激动剂			
控制性药物	选用 1 种低剂量的 ICS	选用 1 种低剂量的 ICS 加 LABA	加用 1 种或以上中高剂量的 ICS 加 LABA	加用 1 种或 2 种口服最小剂量的糖皮质激素
	白三烯调节剂	中高剂量的 ICS	白三烯调节剂	抗 IgE 治疗
		低剂量的 ICS 加白三烯调节剂	缓释茶碱	
		低剂量的 ICS 加缓释茶碱		

知识点扩展或问题延伸

【问题1】哮喘的初诊流程？



学习
笔记

【问题2】年龄不同疾病发生的种类不同,那么哮喘的鉴别是否因年龄的不同而鉴别诊断侧重点不同?

2014 GINA 制订的哮喘鉴别诊断因年龄而异,当然也可能与支气管哮喘并存,这样的分类,更加有利于有针对性地将哮喘从这些疾病中鉴别出,以便尽快明确诊断。

- 1. 6~11 岁 慢性上气道咳嗽综合征、吸入异物、支气管扩张、原发性纤毛运动障碍、充血性心脏病、支气管肺发育不良、囊性纤维化。
- 2. 39 岁 慢性上气道咳嗽综合征、声带功能障碍、过度通气与呼吸功能异常、支气管扩张、囊性纤维化、充血性心脏病、 α_1 -抗胰蛋白酶缺乏、吸入异物。
- 3. 40 岁以上 声带功能障碍、过度通气与呼吸功能异常、COPD、支气管扩张、心力衰竭、药物相关性咳嗽、实质性肺病、肺栓塞、中心气道阻塞。

【问题3】该患者在治疗过程中未行肺功能检查,是否无需进一步确诊。那么针对这种或者其他较轻或更为严重的已经开始治疗的“哮喘”如何进一步明确诊断?

现在状况	确定哮喘诊断的步骤
可变的呼吸道症状及可变的气流阻塞	哮喘诊断明确,评价哮喘控制水平及治疗
可变的呼吸道症状,但没有可变气流阻塞证据	停用支气管舒张药物(SABA 4 小时、LABA 12 小时以上)或有症状时重复支气管舒张试验;如果支气管舒张试验正常,考虑其他诊断如果 FEV_1 大于预计值的 70%,行支气管激发试验。如果激发试验阴性,考虑降级治疗并在 2~4 周后重新测定 如果 FEV_1 小于预计值的 70%,考虑升级治疗,3 个月重新评价症状及肺功能。 如果没有改善,恢复之前治疗,并进一步检查明确诊断



续表

现在状况	确定哮喘诊断的步骤
呼吸症状很少,肺功能正常,没有可变的气流阻塞证据	停用支气管舒张药物(SABA 4 小时、LABA 12 小时以上)或有症状时重复支气管舒张试验;如果正常,考虑其他诊断 考虑降级治疗,降级治疗后 如果症状加重、肺功能变差,哮喘诊断明确,升级治疗至之前的最低有效剂量 如果减药至最低控制用药剂量,症状无加重,肺功能无下降,可以考虑停止治疗并密切监控患者 12 个月
持续呼吸困难、固定气流阻塞	考虑升级治疗,3 个月重新评估症状和肺功能 如果无反应,恢复之前治疗并进一步检查以明确诊断,考虑哮喘 -COPD 重叠综合征

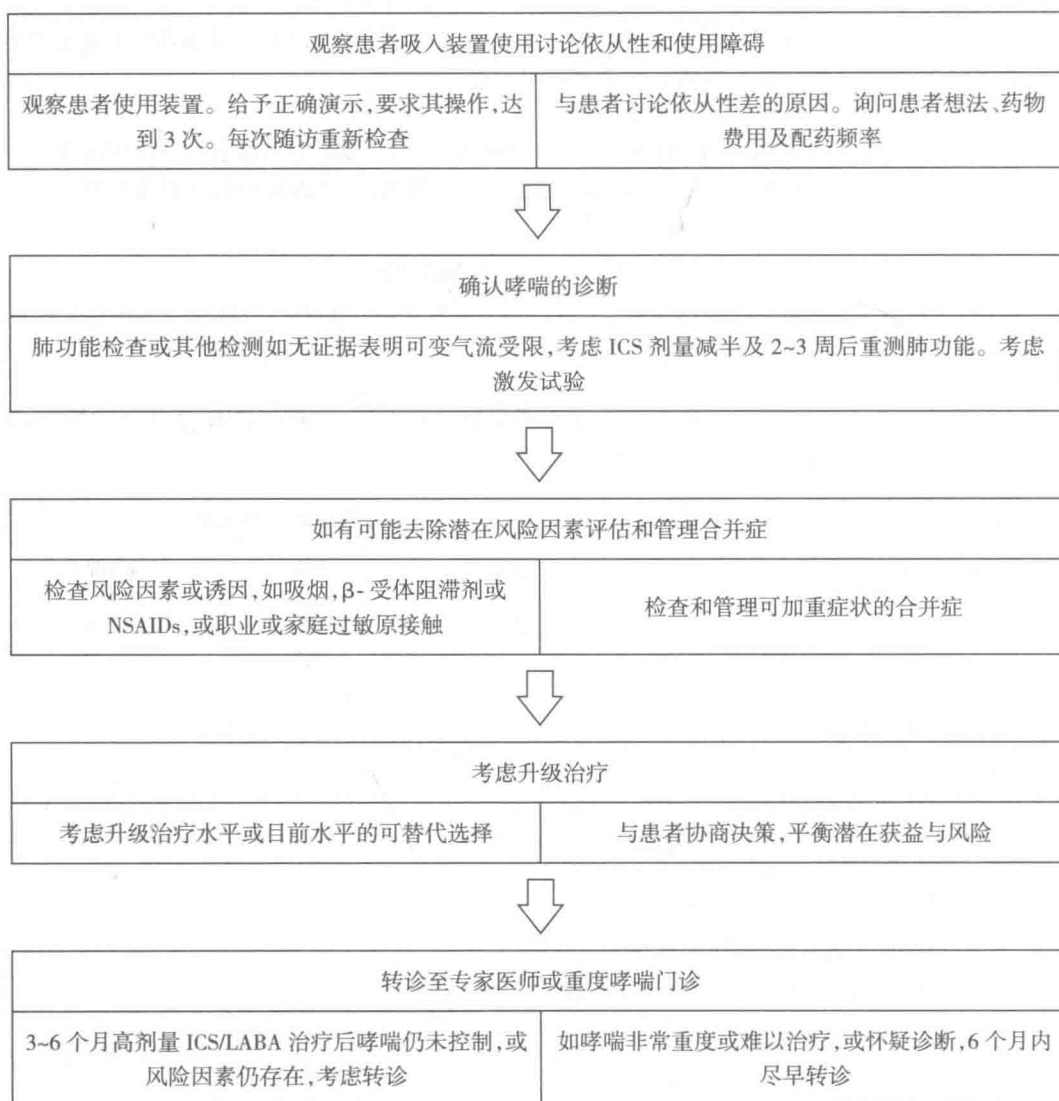
【问题 4】患者急性发作后都必须对维持治疗方案进行分析回顾,以确保治疗方案的合理性,那以何标准判断患者的控制和未来风险评估?

A. 哮喘症状控制		哮喘症状控制水平		
在过去的四周,患者是否有:		控制	部分控制	未控制
日间哮喘症状超过 2 次 / 周		0	1~2 次	3~4 次
夜间因哮喘而喘憋				
需要急救治疗超过 2 次 / 周				
任何活动因哮喘而受限				
B. 哮喘不良预后的危险因素				
急性发作——可改变的独立危险因素				
哮喘症状未控制				
SABA 过度使用(每月 >1×200 次 / 罐)				
ICS 不足;未处方 ICS;依从性差;吸入技术不正确				
FEV ₁ 低,<60% 预计值				
严重的心理或社会经济问题				
暴露:吸烟如过敏原暴露(即使症状控制良好,如存在≥1 个危险因素,也可增加急性发作的风险)				
合并症:肥胖、鼻窦炎、确认的食物过敏				
痰或血嗜酸性粒细胞增多,妊娠				
急性发作——其他主要的独立危险因素				
曾因哮喘接受插管或 ICU 治疗				
过去 12 个月≥1 次严重恶化				
气流受限				
缺乏 ICS 治疗				
暴露:烟草烟雾;有毒化学品;职业暴露				
初始 FEV ₁ 低;慢性黏液高分泌;痰或血嗜酸性粒细胞增多				
药物副作用				
全身:频繁 OCS;长期、大剂量和(或)强效 ICS;同时服用 P450 抑制剂				
局部:大剂量或强效 ICS;吸入技术不佳				

学习
笔记



【问题 5】若该患者经治仍控制不佳和(或)发生急性发作患者的诊查流程?



【问题 6】哮喘是一种可变的疾病,需要临床医生和(或)患者定期调整治疗,那么如何对患者的病情评估后予以升级或降级治疗?

1. 三种升级治疗情况

(1) 持续升级治疗(至少 2~3 个月):对起始治疗无应答,且证明症状与哮喘相关、吸入技术和依从性良好,且已关注到可改善危险因素的患者。任何升级治疗均应被视为一个治疗试验,并在 2~3 个月后评估治疗应答。如果没有应答,治疗应降至之前水平,并考虑替代治疗或转诊。

(2) 短期升级治疗(1~2 周):偶然的短期内增加维持治疗的 ICS 剂量 1~2 周可能是必要的,例如,在病毒感染或季节性过敏原暴露时。这可以由患者或医疗人员根据患者的书面哮喘行动计划制订。

(3) 每日调整:对于处方布地奈德 / 福莫特罗或倍氯米松 / 福莫特罗作为维持治疗的患



者。在继续维持剂量的治疗下,患者根据其症状,每日调整 ICS/ 福莫特罗按需治疗剂量的次数。

2. 降级治疗原则

(1) 当哮喘症状得到了良好控制,肺功能已稳定 3 个月或以上,则考虑降级治疗(证据 D)。如果患者存在急性加重的危险因素或固定的气流受限,无严密监管下不能降级治疗。

(2) 选择适当的时间(无呼吸道感染,患者不旅行,没有怀孕)降级治疗。

(3) 采用的每级治疗均作为治疗试验。在此过程中监测患者,记录他们的哮喘持续状态(控制症状,肺功能和风险因素),提供明确的指示,提供书面哮喘行动计划,确保患者有足够的药物,在必要的时候以恢复其之前的剂量,监测症状和(或)PEF,并安排随访(证据 D)。

(4) 间隔 3 个月降低 ICS 剂量 25%~50%,对于大多数患者是可行和安全的(证据 B)

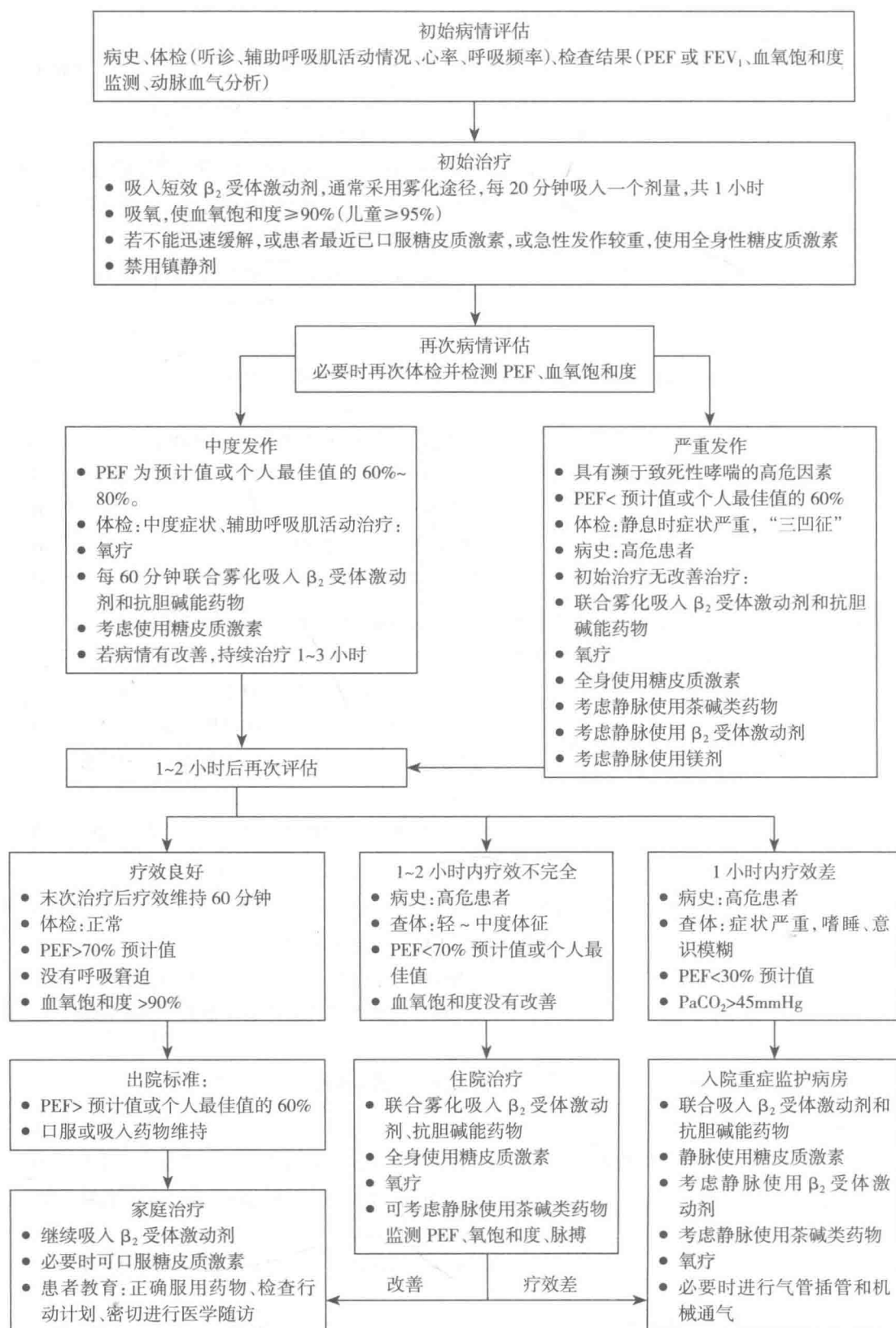
3. 降级治疗方案

目前治疗级别	目前使用的药物和剂量	降级治疗方案	证据
Step 5	高剂量 ICS/LABA +OCS 高剂量 ICS/LABA + 其他添加药物	持续高剂量 ICS/LABA,并降低 OCS 剂量	D
		使用痰检查结果指导的方法以降低 OCS 剂量	B
		隔日 OCS 治疗	D
		采用高剂量 ICS 替代 OCS	D
		寻求专家意见	D
Step 4	中 - 高剂量 ICS/LABA 维持治疗 中剂量 ICS/ 福莫特罗作为维持和缓解治疗 高剂量 ICS+ 第 2 个控制药物	继续 ICS/LABA 联合治疗,通过可获得的配方剂型降低 50% 的 ICS	B
		停用 LABA 更可能导致疾病恶化	A
		降低维持治疗的 ICS/ 福莫特罗至低剂量,并持续按需给予低剂量的 ICS/ 福莫特罗作为缓解治疗	D
		降低 ICS 剂量达 50%,并持续第二个控制药物的治疗	B
Step 3	低剂量 ICS/LABA 维持治疗 低剂量 ICS/ 福莫特罗作为维持和缓解治疗 中 - 高剂量 ICS	降低 ICS/LABA 至一天一次	D
		停用 LABA 更可能导致疾病恶化	A
		降低维持治疗的 ICS/ 福莫特罗剂量至每天一次,且持续按需给予低剂量的 ICS/ 福莫特罗作为缓解治疗	C
		降低 ICS 剂量达 50%	B
Step 2	低剂量 ICS 低剂量 ICS 或 LTRA	一天用药 1 次	A
		当无症状持续 2 个月,且患者无危险因素时可考虑停用控制药物。制订书面的哮喘行动计划,且密切监测	D
		在成人中不建议完全停用 ICS,因为可增加急性加重风险	A

学习
笔记



【问题7】哮喘急性发作院内处理流程图？



哮喘急性发作院内处理流程图

(倪松石)



参考文献

- [1] Global strategy for asthma management and prevention 2014(revision). www.ginasthma.org
- [2] 陈灏珠. 实用内科学. 北京:人民卫生出版社,2009.
- [3] 钟南山,刘又宁. 呼吸病学. 北京:人民卫生出版社,2012.
- [4] 陈文彬,潘祥林. 诊断学. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [5] 陈灏珠,钟南山,陆再英. 内科学. 第8版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [6] Levy ML. Diagnostic spirometry in primary care:Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations:a General Practice Airways Group (GPIAG) document,in association with the Association for Respiratory Technology & pHysiology (ARTP) and Education for Health. Prim Care Respir J,2009,18(3):130-147.
- [7] Reddel HK,Taylor DR,Bateman,ED,et al An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement:asthma control and exacerbations;standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. Am J Respir Crit Care Med,2009,180(1):59-99.
- [8] Anonymous. Using beta2 stimulants in asthma. Drug Ther Bull,1997,35(1):1-4.
- [9] Cates CJ,Karner C. Combination formoterol and budesonide as maintenance and reliever therapy versus current best practice (including inhaled steroid maintenance),for chronic asthma in adults and children. Cochrane Database Syst Rev.,2013,4:CD007213.
- [10] Gibson PG1,Powell H,Coughlan J,et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma.Cochrane Database Syst Rev,2003,(1):CD001117.

第十五章 胃食管反流病

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管,引起不适症状和(或)并发症的一种疾病。GERD 是一种常见病,40~60 岁为高峰发病年龄,男女发病无明显差异,中国人群 GERD 病情较西方国家轻。

临床病例

主观资料(S):

女性,50 岁,因“反酸嗝气一年余,加重一个月”为主诉来社区门诊就诊。初步的病史采集如下。

患者于一年余前无明显诱因出现反酸嗝气,进食后明显,近一个月来上述症状加重,出现烧灼感,并时感胸骨后疼痛,呈间歇性钝痛样,无放射性疼痛,无恶心呕吐,无呕血黑便,无胸闷气喘。发病以来饮食睡眠欠佳,大便规律,精神体力可,体重无明显变化。

既往史:既往体健,否认手术史;否认慢性支气管炎、糖尿病、冠心病等慢性病病史,否认肝炎结核等传染病史。

个人史:否认烟酒等特殊不良嗜好,无长期服药史。有饮用咖啡的喜好,1~2 杯/天×20 年,无体育锻炼习惯。

家族史:否认家族中高血压、肿瘤等疾病病史,否认家族遗传性疾病病史。

该患者反酸嗝气病史一年余,近一个月反酸嗝气加重,出现烧灼感和胸骨后疼痛感,既往体健。对于此类患者,基层全科医生在初步病史采集后,首先要明确患者就诊的主要原因,需要考虑以下几个相关问题。

【问题 1】该患者就诊的主要原因是什么?

思路:确认和处理现患问题,是全科医生以及其他专科医生接诊患者的核心任务。患者此次就诊需要解决的主要健康问题是反酸嗝气,是一个临床常见的症状。对因反酸嗝气就诊的患者,都需要重点询问伴随症状。

【问题 2】引起反酸嗝气的常见疾患有哪些?

思路 1:该患者以反酸嗝气为主诉,进食后明显。近一个月来反酸嗝气症状加重,出现烧灼感,并时感胸骨后疼痛,呈间歇性钝痛样,无放射性疼痛,无恶心呕吐,无呕血黑便,无胸闷气喘。根据患者症状,可初步考虑为胃食管反流病。问诊需注意症状的发生与进食及体位的关系。

思路 2:传统的 GERD 定义强调食管黏膜是否破损,诊断方面则以内镜和食管 pH 监测为基准,而新规定则把重点转移到症状上,也要求临床医生在 GERD 的诊断方面改变传统观念,应用新的合理策略和流程。因此在问诊时应特别强调以下几点:患者是否常有起源于胸骨后向上传导的不适?这种不适是否常伴有胸骨后灼热感?抗酸剂是否可以缓解患者的症状?若以上问题患者均回答“是”,其胃食管反流病的可能性较大。



知识点

胃食管反流病的临床表现

胃食管反流病的临床表现多样,轻重不一,主要表现为以下几方面。

1. 食管症状 烧灼感和反流是 GERD 最常见的典型症状,反流是指胃内容物在无恶心和不用力的情况下涌入咽部或口腔的感觉,含酸味或仅为酸水时称反酸。烧灼感是指胸骨后或剑突下烧灼感,常由胸骨下段向上延伸。烧灼感和反流常在餐后 1 小时出现,仰卧位、弯腰或腹压增高时可加重,过饱、饮茶、咖啡、酒、果汁等也可诱发,部分患者烧灼感和反流症状可在夜间入睡时发生。除烧灼感和反流外,还可有胸痛、吞咽困难、吞咽疼痛等非典型症状,主要因反流物刺激食管、食管痉挛、功能紊乱或食管狭窄等引起。

2. 食管外症状 由反流物刺激或损伤食管外组织或器官引起,主要有咽喉炎、慢性咳嗽和哮喘等。部分患者以此为首发或主要症状,相关治疗效果不佳时应注意是否存在 GERD。

知识点

胃食管反流病分型

根据是否导致食管黏膜糜烂、溃疡,分为反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)及非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease, NERD)。

思路 3:严重的胃食管反流病可有相关消化道并发症,应注意患者是否有并发症发生,且与其他消化道疾病相鉴别。

知识点

胃食管反流病并发症

1. 上消化道出血 食管黏膜糜烂及溃疡可导致呕血和(或)黑便,伴有不同程度的缺铁性贫血。

2. 食管狭窄 食管炎反复发作致使食管纤维组织增生,最终导致瘢痕狭窄。

3. Barrett 食管 食管下段鳞状上皮被化生的柱状上皮替代,称之为 Barrett 食管,可发生在反流性食管炎的基础上,也可不伴反流性食管炎。Barrett 食管是食管腺癌的癌前病变,其腺癌的发生率较正常人高 10~20 倍。

【问题 3】患者合并有胸骨后疼痛感,是否由其他疾病引起?

思路:与其他专科一样,全科医生也是首先通过问诊进行鉴别诊断。初步诊断假设是临床医生随着问诊的进行而逐渐形成的,同时需要除外其他常见疾患,特别是除外严重的、不能被忽略的疾病,避免危及生命的疾病漏诊。对于本病例,患者同时合并有胸骨后疼痛,因此,在进行胃食管反流病鉴别诊断同时,还需要考虑是不是有心绞痛、心肌梗死等严重危及生命的疾病?

知识点

胃食管反流病鉴别诊断

虽然 GERD 的症状有其特点,临床上仍应与其他病因的食管病变相鉴别:吞咽困难应考虑是否有食管癌、贲门失弛缓症;内镜下食管炎常见的还有真菌性食管炎,药物性食管

炎。合并上消化道出血者需与消化性溃疡、胆道疾病等相鉴别；以胸痛为主要症状者，应与冠状动脉粥样硬化性心脏病鉴别；以咽喉炎、慢性咳嗽等为主要表现者应排除原发性的咽喉及肺部疾病。还应注意与功能性疾病如功能性烧灼感、胸痛、功能性消化不良等作鉴别。

【问题4】病史采集结束后，下一步查体应重点做哪些方面？

思路：在基层，由于缺乏先进的诊疗设备，体格检查显得尤为重要。体格检查的主要目的是支持、修订或否定问诊过程中形成的诊断假设。有助于发现临床并存疾病情况。在基层门诊查体的重点应包括：①生命体征（血压、脉率、呼吸频率等）测量；身高、体重、腰围测量。②观察有无皮肤黏膜苍白，黄染等。③听诊心脏心率、心律，有无杂音等。④重点的腹部检查，触诊腹部有无压痛、反跳痛，有无包块，听诊肠鸣音有无亢进。

病例续：社区门诊查体记录

客观资料(O)：体温(T)：36.6℃，脉搏(P)75次/分，呼吸(R)：16次/分，血压(BP)：120/75mmHg，身高1.61m，体重68kg，体重指数(BMI)：26.2kg/m²。一般状况可，肥胖体型，口唇皮肤黏膜色泽正常，无苍白或黄染。双肺听诊呼吸音清，心率75次/分，心律齐，未闻及病理性杂音。腹软，无胃肠型及蠕动波，无压痛及反跳痛，未触及腹部包块。双下肢无水肿。

【问题5】结合上述体检结果，为明确诊断应进一步实施哪些检查？

思路：结合病史和体格检查结果，基层实验室和辅助检查项目的选择思路主要有2个，一是除外可能的社区急症，二是诊断性评估。根据患者查体结果：患者肥胖体型，身高1.61m，体重68kg，体重指数(BMI)：26.2kg/m²，余无阳性体征，结合病史，可初步诊断为胃食管反流病。在基层，检查项目的选择取决于基层医疗机构的设备条件。为除外心绞痛、心肌梗死等心血管系统疾病，应常规行心电图检查。

病例续：基层门诊辅助检查

客观资料(O)：患者胸部疼痛发作时心电图示窦性心律，正常范围心电图，可初步排除心绞痛及心肌梗死等疾病。

【问题6】该患者在基层就诊的初步评估是什么，在基层应如何处置？

思路1：全科医疗中的基层评估是指根据就诊者的主、客观资料作出的初步印象、疾病诊断或健康问题评估。

根据病史、体格检查和辅助检查结果，该患者在基层的初步评估(A)如下：①胃食管反流病；②超重。

思路2：在初步评估基础上，需要为患者制订基层处置计划，包括治疗计划、病患指导计划或健康管理计划等。

思路3：首先应了解发生GERD的病因及发病机制，才能有目的地选择合适的治疗手段。

知识点

GERD的病因及发病机制

GERD是一种消化道动力障碍性疾病，主要发生机制是抗反流防御机制减弱和反流物如酸和(或)胆汁对食管黏膜攻击作用的结果。

1. 抗反流屏障结构及功能异常 抗反流屏障是指在食管和胃交接的解剖结构，包括食管下括约肌(lower esophageal sphincter, LES)、膈肌脚、膈食管韧带、食管与胃底间的锐角



(His 角)等,其中最主要的是 LES 的功能状态。

LES 指食管末端长 3~4cm 的环形肌束,正常人静息时 LES 压为 10~30mmHg,为一高压带,防止胃内容物反流入食管。贲门失弛缓术后、食管裂孔疝、腹内压增高(如妊娠、肥胖、腹水、呕吐、负重劳动等)及长期胃内压增高,均可使 LES 结构受损;上述部分原因、某些激素(胆囊收缩素、促胰液素、胰高血糖素、血管活性肠肽等)、食物(高脂肪、巧克力、咖啡等)、药物(钙离子拮抗剂、地西泮、茶碱等)可引起 LES 功能障碍或一过性 LES 松弛(TLESR)。需注意一过性 LES 松弛(TLESR),是指非吞咽情况下 LES 自发性松弛,其松弛时间明显长于吞咽时 LES 松弛时间。TLESR 为正常人生理性胃食管反流的重要原因,也是 LES 静息压正常的 GERD 患者的主要发病机制。

2. 食管清除能力降低 食管清除能力包括推进性蠕动、唾液的中和与食团的重力,食管蠕动和唾液产生的异常也参与胃食管反流病的发生。食管裂孔疝患者因 LES 位于膈上,膈肌松弛时发生反流,而收缩时反流物又不易排空,不可复性裂孔疝尤为明显。

3. 食管黏膜屏障功能减弱 长期吸烟、饮酒等刺激性食物或药物使食管黏膜不能抵御反流物的损害。

思路 4:GERD 为慢性病,临床表现多种多样,病因可持续存在,难以治愈,因此,GERD 的治疗目的是控制症状,治愈食管炎,减少复发和防止并发症。临床需结合患者情况,制订有效的治疗方案。目前,基层胃食管反流病患者的诊疗方案主要是依据《临床诊疗指南—消化系统疾病分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社,2009 年)和《内科学》(第 8 版,人民卫生出版社,2013 年)。

知识点

GERD 的治疗

1. 一般治疗 改变生活方式及饮食习惯,如避免睡前 2 小时内进食,将床头抬高 15~20cm 以减少卧位及夜间反流;减少一切引起腹压增高因素,如屈身、弯腰、低头、仰卧、紧束腰带、用力排便等动作;加强体育锻炼,减轻体重;避免进食降低 LES 压的食物(如高脂、高糖、咖啡、烟、酒等食物及饮料);避免使用钙离子通道拮抗剂、抗胆碱能制剂、 β 受体阻滞剂、多巴胺受体激动剂、硝酸盐制剂及茶碱等药物,避免使用延迟胃排空药物。

2. 药物治疗

(1) 促胃肠动力药:多潘立酮、莫沙必利、依托必利等,可增加 LES 压力、改善食管蠕动功能、促进胃排空,从而减少胃内容物食管反流及减少其在食管暴露时间,但其疗效有限,只适用于轻症患者,或作为与抑酸药合用的辅助治疗。

(2) 抑酸药:有 H_2 受体拮抗剂(H_2 receptor antagonist, H_2RA)和质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)两类。

H_2RA :如雷尼替丁、法莫替丁等,此类药物可减少 24 小时胃酸分泌的 50%~70%,但不能有效抑制进食刺激引起的胃酸分泌,因此适用于轻、中症患者,疗程 8~12 周。

PPI:如奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑等,其抑酸作用强,效果优于 H_2RA ,适用于症状重、有严重食管炎患者,疗程 4~8 周。疗效不佳时可联合促胃肠动力药,并适当延长疗程。初次治疗患者或有食管炎的患者宜首选 PPI 治疗,以迅速控制症状、治愈食管炎。

(3) 抗酸药:如铝碳酸镁、硫糖铝、氢氧化铝凝胶等,仅适用于症状轻、间歇发作的患者作为临时缓解症状用。



3. 维持治疗 GERD 有慢性复发倾向,为减少症状复发,防止食管炎复发引起的并发症,需考虑给予维持治疗,维持治疗首选 PPI,维持剂量以缓解症状之最低剂量为最适剂量。停药后很快复发者,需要长程维持治疗;有食管溃疡、食管狭窄、Barrett 食管等并发症者需要长程维持治疗。对无食管炎的患者可采用按需维持治疗,即有症状时用药,无症状时停药。

4. 手术治疗 常用胃底折叠术来阻止胃内容物反流入食管。其疗效与 PPI 相当,但术后有一定并发症。因此,对需长期大剂量 PPI 维持治疗患者,可根据患者意愿选择抗反流手术;对确诊有反流引起的严重呼吸道并发症且 PPI 治疗效果欠佳时亦考虑抗反流手术。

5. GERD 并发症的治疗

(1) 食管狭窄:食管狭窄可行内镜下食管扩张术治疗,极少数瘢痕狭窄需行手术切除,扩张术后予以长程 PPI 维持治疗防止狭窄复发。

(2) Barrett 食管:应使用 PPI 治疗及长程维持治疗。Barrett 食管是食管腺癌的癌前病变,其腺癌的发生率高,加强定期随访是目前预防 Barrett 食管癌变的唯一方法。重点是早期识别食管不典型增生,发现重度不典型增生或早期食管癌应及时手术治疗。

对于本例患者,在充分尊重患者意愿以及与患者和(或)其家属协商的前提下,提出基层门诊的处置计划如下。

病例续:基层处置计划

处置计划(P):①启动个体化治疗性生活方式干预,帮助患者建立健康生活方式:嘱患者抬高床头,避免餐后立即卧床和睡前 2 小时禁水;加强锻炼,控制体重,低糖低脂饮食,避免饱食;停服咖啡。②本例患者除反酸嗝气外,还合并存在烧灼感、胸痛等症状,选择药物联合治疗:使用促动力药物莫沙必利增强胃肠道动力;质子泵抑制剂奥美拉唑抑酸治疗;建立个人健康档案,纳入社区胃食管反流病患者健康档案,制订健康管理计划;必要时转诊至上级医院,行内镜检查,进一步明确诊断和治疗方案;2 周内随访。

思路 5:本例转诊目的旨在评估患者是否存在反流性食管炎。

知识点

胃食管反流病患者基层转诊至医院的指征

1. 对于初诊患者,基层转诊指征如下:

- (1) 诊断无法明确者。
- (2) 需要进一步明确是否存在食管狭窄、Barrett 食管等并发症者。
- (3) 因合并其他疾病诊疗需要到上级医院进一步检查。

2. 对于已在基层管理的复诊患者,基层转诊指征如下:

- (1) 在改善生活方式的基础上,按照初始治疗方案治疗 2~3 个月,症状仍无缓解者。
- (2) 症状控制良好的患者,再度复发或加重并难以控制者。
- (3) 随访过程中,出现消化道出血、食管狭窄、吸入反流物引起反复肺部疾病等基层无法处理的并发症,疑有癌变或其他严重临床疾患。

【问题 7】该患者转诊上级医院后,拟做哪些检查?

思路:检查项目重点围绕转诊目的,选择相关检查手段,胃食管反流病的常用辅助检查项目包括内镜检查、食管滴酸试验、24 小时食管内 pH 监测、食管吞钡 X 线检查、食管压力测定



等。内镜检查为诊断胃食管反流病的一线方法,患者上消化道症状明显,为明确诊断,应行胃镜检查。

知识点

GERD 的常用检查方法

1. 上消化道内镜检查 内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法,并能判断反流性食管炎的严重程度及有无并发症,必要时还可行黏膜染色或组织活检确诊及与其他食管病变鉴别。先行内镜检查较先行诊断性治疗更能有效缩短确诊时间。但有相当部分 GERD 患者内镜下可无食管炎表现,即 NERD。

2. 24 小时食管 pH 监测 酸反流是 GERD 的致病因素之一,24 小时食管 pH 监测是诊断 GERD 的重要方法,其意义在于可明确患者是否存在病理性酸反流及其程度、昼夜酸反流规律、酸反流与症状的关系以及患者对治疗的反应。对行内镜检查和 PPI 试验后仍不能确定是否存在反流或拟接受手术的患者,建议行 24 小时食管 pH 监测,以指导进一步的治疗。

3. 食管测压 可测定 LES 的压力,显示频繁的一过性 LES 松弛和评价食管体部功能。由于食管测压不直接反映胃食管反流,因此不直接作为 GERD 的诊断依据,可作为 GERD 的辅助性诊断方法。

病例续:专科门诊辅助检查结果

患者胃镜结果如图 15-1 所示。

食管:黏膜粗糙,血管纹理欠清晰,扩张度好,齿状线上方见四条糜烂带,长度大于 5mm,黏膜破损无融合。贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门、十二指肠未见明显异常。

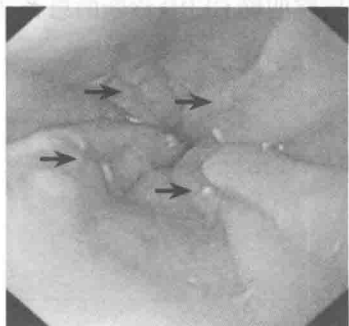


图 15-1 患者内镜图,齿状线上方见四条糜烂带(黑色箭头标示)

【问题 8】该患者在消化专科就诊的确定诊断有哪些?

思路:该患者经转诊行胃镜检查后,明确反流性食管炎诊断,除外消化性溃疡、食管癌等疾病诊断。根据洛杉矶分级法,病例中患者食管黏膜损害程度为 B 级。

知识点

胃镜下反流性食管炎分级方法(洛杉矶分级法)(图 15-2)

正常:食管黏膜没有破损。

A 级:一个或一个以上食管黏膜破损,长径小于 5mm。

B 级:一个或一个以上食管黏膜破损,长径大于 5mm,但没有融合性病变。

C 级:黏膜破损有融合,但小于 75% 的食管周径。

D 级:黏膜破损有融合,至少达到 75% 的食管周径。

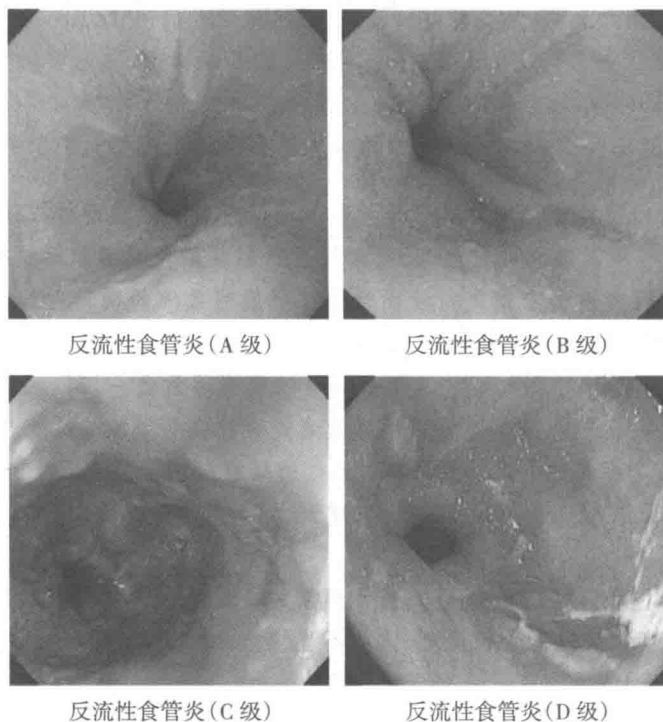


图 15-2 胃镜下反流性食管炎分级方法(洛杉矶分级法)

【问题 9】根据专科检查结果,是否需要调整治疗方案?

思路 1:该例诊断为反流性食管炎 B 级,需要在强化生活方式干预基础上,联合使用药物治疗。该患者目前无需调整治疗方案。

思路 2:GERD 为慢性病,复发可能性较大,在医院明确 GERD 诊断的患者,应转回基层接受全科医生的规范化管理。

知识点

医院转回基层的转诊指征

1. 已明确诊断和治疗方案。
2. 并存临床疾病控制稳定。

病例续:转诊回基层门诊管理

患者口服药物治疗 4 周后,基层全科医生对患者进行了电话随访,患者反酸嗳气等症状明显缓解,未再有烧灼感、胸痛等症状发作,无明显不适主诉;遂嘱患者可以停服药物,继续保持良好的生活习惯,并与患者预约了基层门诊初次随访时间。

【问题 10】社区随访主要内容是什么?

思路 1:GERD 患者临床表现多样,轻重不一,具有慢性复发倾向,经有效治疗后,需建立慢性病管理档案,定期复查,以确定食管炎等是否复发,或是否有新发症状并予相应治疗,是否存在需要紧急处理和转诊的情况,是否有药物副作用等。

思路 2:在解决现患的同时,还应适时地提供预防服务,特别是以一级和二级预防为主的临床预防服务。需注意对患者生活方式和饮食习惯的教育;加强对反流性食管炎的监测,及时发现 Barrett 食管等并发症并予相应治疗。

(季国忠)



参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学.第8版.北京:人民卫生出版社,2013.
- [2] 中华医学会.临床诊疗指南—消化系统疾病分册.北京:人民卫生出版社,2009.
- [3] 江苏省卫生厅.社区门诊诊疗指南.南京:江苏科学技术出版社,2013.
- [4] 崔天国,崔晓丽,卢笑晖.全科医师手册.第5版.北京:人民军医出版社,2012.

第十六章 消化性溃疡病

消化性溃疡病(peptic ulcer disease,PUD)是指在各种致病因子的作用下黏膜发生的炎症与坏死性病变,病变深达黏膜肌层,常发生于胃酸分泌有关的消化道黏膜,其中胃溃疡(gastric ulcer, GU)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer, DU)最常见,因而临床上诊断的消化性溃疡病多指这两个部位发生的溃疡。近些年来消化性溃疡病虽有下降趋势,但目前仍然是消化系统常见病之一。

消化性溃疡病是全球性常见疾病,由于地区与人种的不同,其发病率也不尽相同。国外资料估计,有10%的人一生中患过消化性溃疡病。消化性溃疡病好发于男性,男:女为(3~7):1, GU比DU更为常见,一般为(2~3):1。消化性溃疡可以发生在任何年龄,DU好发于青壮年, GU好发在中老年, GU发病高峰比DU推迟10年。消化性溃疡可以引起上消化道出血、穿孔、幽门梗阻、癌变等严重并发症。目前的治疗方法可以使该病得到治愈,故早期发现并积极治疗,对缓解症状、促进愈合、预防并发症的发生有着十分重要的意义。

临床病例

王某,男,38岁,以反复发作反酸、上腹痛3年,再发一周,发现黑便1天为主诉来社区门诊就诊。病史采集如下。

患者于3年前出现反酸、空腹时上腹痛,进食后可缓解,无恶心呕吐,多在春秋季发病,持续数周至一个月,发病时自服“胃药”可缓解。一周前,上述症状发作,并逐渐加重,自服“胃药”未缓解,一天前发现大便发黑,呈“柏油”状,共约200克,黑便后自觉轻度头晕、无力,但反酸及上腹痛症状有所缓解。追问病史,患者近来未食用过其他特殊饮食及药物。

既往史:否认肝炎、结核等传染病史。

个人史:吸烟10余年,20支/天,无饮酒嗜好,职业为出租车司机,无长期服用其他药物史。

家族史:母亲患糖尿病10年,其父1年前因“胃病”去世,具体病因不详。妻子与一子健康。

【问题1】该患者的就诊目的是什么?

思路:该患者本次就诊的主要问题是出现了“黑便”,希望知道出现黑便的原因,是否与自己3年多上腹痛有关,如何治疗。

【问题2】引起该患者症状的常见病有哪些?

思路1:作为全科医生,应该了解哪些疾病或原因可以引起“黑便”。首先应除外生理性原因,如食用了含有动物血的食物及铁剂制品可以出现黑便,除此之外,应首先考虑上消化道出血。导致上消化道出血有多种疾病,最常见的有消化性溃疡、肝硬化引起的胃底食管静脉曲张破裂出血或门脉高压性胃病、急性糜烂性胃炎、食管贲门黏膜撕裂症(Mallory-Weiss综合征)、胃癌等。作为全科医生应对上消化道出血的病因做以初步判断。

思路2:消化性溃疡病是引起上消化道出血的最常见原因,约占上消化道出血所有病因的40%~50%。大多数消化性溃疡上腹痛症状发生具有“三性”,即“慢性、周期性、节律性”。慢性



是该病具有长期反复发作的特点;周期性是上腹疼痛常与季节有关,发作可持续数天至数月,可自行缓解;节律性是上腹痛与进食时间有关,如 DU 多在两餐之间发作,至下餐进食后缓解,常有夜间痛、空腹痛;而 GU 多在餐后 1 小时发作,至下餐前缓解。消化性溃疡病患者除了有上腹痛外,还可以伴有反酸、嗝气、烧灼感、上腹饱胀、恶心、呕吐、食欲减退等其他消化不良表现。体格检查时可以发现上腹部有固定性压痛。如有并发症发生,可以出现相应的症状与体征,如上消化道出血,可以出现头晕、乏力、呕血,查体可发现脉搏加快,大量出血时可出现血压下降,长期出血者可出现贫血貌,出血后因血液可以中和胃酸,故往往可使上腹痛得到缓解。发生幽门梗阻的患者可出现上腹饱胀、恶心、呕吐,吐“宿食”,查体可发现振水音、胃蠕动波等;急性穿孔患者可突然出现剧烈的中上腹疼痛,随后遍及全腹,形成急性全腹膜炎,查体可发现全腹压痛、反跳痛、腹肌紧张,肝浊音缩小或消失,该种情况应与急性阑尾炎、宫外孕、急性胰腺炎等急腹症进行鉴别。亚急性与慢性穿孔,临床表现较急性穿孔轻,腹部为局限性腹膜炎体征,后壁溃疡穿孔时,可以使疼痛节律发生变化,可向背部放射,抑酸药物治疗效果差。消化性溃疡发生恶变时,可出现疼痛节律变化,溃疡久治不愈,症状缓解难,可以出现消瘦、贫血等恶病质表现。

思路 3:引起上消化道出血其他常见原因,如肝硬化引起的胃底食管静脉破裂出血,往往有肝病病史,有肝功能受损和门脉高压的证据;急性糜烂性胃炎引起的上消化道出血,常有出血前饮食不当或用药史,出血多为一次性大量出血,在短期内有自愈倾向;食管贲门黏膜撕裂症,多有出血前剧烈恶心、呕吐病史,可出现胸骨后疼痛。胃癌引起的上消化道出血,常为少到中量多次出血,患者易出现贫血、消瘦、食欲减退等肿瘤性疾病特征。

【问题 3】引起该患者症状的重要的不能被忽略的疾病有哪些?

思路:能引起上消化道出血的其他疾病还有:①上消化道疾病,如各种食管炎、食管癌、食管损伤(物理或化学性损伤);胃血管异常、胃泌素瘤(Zollinger-Ellison syndrome,卓-艾综合征)、平滑肌瘤或肉瘤、息肉、淋巴瘤、壶腹周围癌、胃黏膜脱垂、急性胃扩张、吻合口炎溃疡或糜烂、残胃癌、钩虫病、胃或十二指肠克罗恩病或结核、嗜酸性粒细胞性胃肠炎、胃十二指肠异位胰腺组织等。②上消化道邻近器官或组织的疾病,如各种原因导致的胆道出血(结石、蛔虫、肿瘤、肝脓肿或肝血管瘤破入胆道等)、胰腺疾病累及十二指肠(胰腺癌、急性胰腺炎并发脓肿破入胆管)、主动脉瘤破入上消化道、纵隔肿瘤或脓肿破入食管等。③全身性疾病,如血管性疾病(过敏性紫癜、遗传性毛细血管扩张症、动脉硬化等)、血液病(血友病、血小板减少性紫癜、白血病、凝血机制障碍性疾病等)、急性感染(流行性出血热、钩端螺旋体病等)、结缔组织病、尿毒症、各种严重疾病引起的应激状态(如全身重度感染、脑卒中等)。

【问题 4】除上述病史,全科医生还应采集哪些病史?

思路:对于怀疑是消化性溃疡病引起的上消化道出血患者,作为全科医生还应详细了解其家族史(其兄弟姐妹、父母及直系亲属是否有类似病史)、发病特点、生活饮食习惯、职业性质、血型、对自身疾病的认识及治疗过程、患者期望解决的问题等,对需要鉴别疾病的相关临床症状进行追问并排除。

【问题 5】病史采集结束后,下一步查体应重点做哪些方面?

思路 1:对于怀疑上消化道出血的患者在做体格检查时应着重检查生命体征、全身一般情况、有无贫血、黄疸及腹部体征。

在生命体征检查中尤其要重视心率的变化,因为患者失血后反应最快和最明显的是心率的增快,只有在短时间内大量出血才可能会出现血压下降、呼吸急促。全身一般情况,如精神状态、营养情况、有无发热等,对除外其他疾病有一定的意义。出血后短时间内没有补充血容量一般不会出现贫血表现;黄疸的出现提示有肝、胆、胰疾病的存在。腹部体检是最为重要的检查,可以初步判断引起上消化道出血的病因,如消化性溃疡可以发现上腹部局限性压痛,出血患者可



以出现肠鸣音亢进;肝硬化患者可出现脾大(食管胃底静脉曲张破裂出血脾脏可出现一过性缩小)、肝缩小、腹水等征象;胆、胰疾病可出现相应部位压痛;肿瘤性疾病可触及质地较硬、表面不光滑的包块;急性糜烂性胃炎可能没有确切的阳性体征。

知识点

全科医师的应诊任务

1. 病史采集,做好详细完整的记录
 - (1) 明确患者就诊的主要原因(主诉)。
 - (2) 掌握患者的发病全部过程(现病史),对其症状按轻重缓急进行排序。
 - (3) 全面了解患者情况,包括既往史、个人史、家族史,判断其与本次发病的相关性。
2. 患者处理
 - (1) 根据病史确定重点体格检查和辅助检查内容。
 - (2) 提出初步诊断或确定诊断意见。
 - (3) 对患者作出处理意见(转专科进一步检查确定诊断或治疗、就地治疗、观察随诊等)。

知识点

全科医师的问诊技巧

1. 要认真倾听,尽量让患者把病痛、困扰和担心的问题说出来。
2. 询问时要语言要通俗易懂(可用标准话或患者的地方方言),态度要不卑不亢。
3. 要学会去伪存真,对重要病史要重复询问确认、核实。
4. 应掌握巧妙打断,重点追问、抓住关键,去除精神因素的误导。
5. 对于其他想了解的问题,不应采用直接询问问题的方式进行,可以通过聊天或启发方式获得想要的材料,以保证病史的准确性。

病例续 社区门诊查体记录

客观资料(O):BP120/82mmHg,一般状况可。双肺听诊呼吸音清,心率90次/分,心律整。腹软,上腹部压痛阳性,余(-)。

【问题6】上述门诊记录是否准确反映了患者的体征?

思路:上述体检记录不完整,对该患者的疾病诊断和鉴别诊断没有提供全面有价值信息,如全身情况、腹部详细体征等。

该患者补充相关检查后的体检结果如下。

体温(T) 37.5℃,呼吸(R) 17次/分,脉搏(P)90次/分,BP(血压)120/82mmHg,神清语明,发育正常,营养中等。无明显贫血貌,巩膜无黄染,全身皮肤未见瘀斑、皮疹及出血点。双肺听诊呼吸音清,心界不大,心率90次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。未见胃蠕动波,腹软,肝脾未触及,剑突下偏右有局限性压痛,无肌紧张与反跳痛,全腹未触及包块,双肾区无叩痛,振水音阴性,肠鸣音活跃,6次/分。双下肢无水肿,腱反射正常,病理反射阴性。肛诊指套发现有少量柏油样便。

【问题7】经过查体,患者的初步诊断是什么?需要与哪些疾病相鉴别?

思路1:根据病史及体格检查该患者初步诊断为:上消化道出血,消化性溃疡。

诊断依据:①青壮年男性,出租车司机,有饮食不规律、吸烟史等;②有“胃病”史3年,且上



腹痛、烧灼感发作有一定的周期性与节律性;③排柏油便一天(200g),且有轻度发热和头晕、无力等失血表现。柏油样便前一周上腹痛、烧灼感发作,排黑便后症状缓解。④体格检查,有低热、上腹部有固定压痛,肠鸣音亢进,肛诊指套有柏油样便残留。

根据病史及体格检查该患者基本可以排除食管、肝、胆、胰及全身疾病引起的上消化道出血。但应注意与急性糜烂性胃炎、胃癌、胃黏膜下恒径动脉破裂(Dieulafoy病)、胃泌素瘤、回盲部疾病(血管畸形、肿瘤、克罗恩病(Crohn disease, CD)等,如患者有排便困难,该部位出血存留时间长,也可导致黑便)等疾病进行鉴别。

【问题8】该患者下一步应做的检查项目及其目的?

根据初步诊断,根据门诊条件进行相关辅助检查以明确诊断。辅助检查应坚持选择特异性好、敏感性高、安全性高、费用低、由简到繁的原则。

思路1:有关确定上消化道出血的检查:①红细胞数量及血红蛋白的检查:可以初步估计有无失血和失血量,但应注意的是,在出血早期,红细胞数量和血红蛋白可以没有变化,故二者正常时不能否定上消化道出血的诊断。②白细胞数量检查:失血患者早期会有一过性的白细胞轻度增高,多在止血后2~3天恢复正常。③血小板数量检查:可以除外由于血小板减少导致的出血,对鉴别肝脏病、血液病等导致的上消化道出血有一定的意义。④便常规及便隐血检测:便常规检测主要是看有无大量的完整的红细胞,如果有,是上消化道出血,说明出血量大、出血急,否则需要考虑有无下消化道出血。便隐血试验可进一步证明是何种出血原因造成的黑便,但要排除所进食物导致的便隐血阳性。⑤血液尿素氮检查:上消化道大出血后数小时,因血液中蛋白质的消化产物被肠道吸收,可使血中尿素氮暂时增高,称为肠源性氮质血症,该指标还可以用来监测有无活动性出血。

思路2:排除其他疾病检查:因该患者母亲有糖尿病,故要进行血糖及尿糖检查,以除外糖尿病。

思路3:有关出血部位及病因的检查:要根据条件选择检查方法。①吞线法:在条件简陋时可以通过此方法初步判断出血部位。让患者吞咽一根白线,停留3分钟后拉出,如果有活动性出血,可在相应位置出现血染点,根据此点与门齿距离,可初步判断该患的出血位置与器官。但如胃腔内潴留大量血液,将影响其结果判断。②胃镜检查:胃镜检查是诊断上消化道出血和疾病的首选方法,可以直接发现十二指肠以上的出血及病变部位、出血情况、并明确病因,同时还可以进行镜下止血治疗。提倡进行急诊内镜检查(emergency endoscopy),即在出血后24~48小时内进行胃镜检查,以大大提高诊断的准确率,因为有些疾病可以在短时间内愈合或止血,如急性糜烂性胃炎、胃黏膜下恒径动脉破裂出血等。

思路4:影像学检查。①X线钡餐检查:主要用于有胃镜检查禁忌证的患者,此外,对十二指肠降段以下的小肠段疾病的诊断有特殊诊断价值。一般在出血停止数天后进行。②腹部超声检查:在胃镜检查结果阴性时,可以用来初步筛查有无其他脏器疾病导致的上消化道出血,如肝、胆、胰等其他器官疾病。③腹部CT或核磁共振检查:对超声检查发现有问题的器官,可进行CT或磁共振进一步检查,必要时进行增强造影检查,以进一步明确病变性质和可疑病灶。④选择性动脉造影、放射性核素^{99m}Tc标记红细胞扫描检查:选择性动脉造影、放射性核素^{99m}Tc标记红细胞扫描检查可发现正在出血的部位以及血管畸形、占位性病变等引起的消化道出血。

思路5:实验室检查:①幽门螺杆菌检查:幽门螺杆菌(H.pylori)检查包括血清学检查、黏膜组织学检查、¹³C或¹⁴C尿素呼吸试验、粪便H.pylori抗原检测等。有证据表明该菌与消化性溃疡的形成和复发有一定的关系。②胃液分析和血清胃泌素测定:在怀疑有胃泌素瘤时,应做此两项检查,以作为鉴别诊断依据。



知识点

消化性溃疡的诊断要点

1. 症状 上腹痛具有“慢性、节律性、周期性”特点,常伴有反酸、嗝气、烧灼感、腹胀、恶心、呕吐、食欲减退等消化不良表现。
2. 男性、青壮年(DU)、中老年(GU)、吸烟、O型血、有家族史者更易患病;
3. 体格检查发现胃或十二指肠溃疡部位有局限性固定压痛。
4. 胃镜检查是确定该病诊断的首选方法。
5. 主要并发症有上消化道出血、幽门梗阻、穿孔、癌变,发生并发症后可出现相应的症状与体征。

病例续:社区门诊辅助检查

客观资料(O):血常规检查,红细胞 $3.6 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 $10g/L$,白细胞 $9.6 \times 10^9/L$,血小板 $260 \times 10^9/L$ 。便常规可见少量有皱褶红细胞,便隐血试验阳性。血尿素氮 $9mmol/L$,肌酐 $80\mu mmol/L$,血糖(空腹) $5.8mmol/L$,尿糖阴性。胃镜检查,食管未见异常,胃为非萎缩性胃炎表现,胃腔内未见血性物质,十二指肠前壁可见一 $1.5cm \times 1.0cm$ 溃疡,周边充血水肿,表面覆盖有血痂,未见活动性出血,为活动期 A_1 (图16-1)。上腹部超声检查各器官未见明显异常。

【问题9】患者的确定诊断是什么?

思路:根据病史、体格检查,结合辅助检查结果,该患者的确定诊断为十二指肠球部溃疡(活动期 A_1),上消化道出血。

【问题10】应给予患者初步治疗方案是什么?

思路1:对消化性溃疡的治疗目的是:消除病因、缓解症状、促进愈合、防止复发、防治并发症。对于活动性消化性溃疡并有出血的患者应进行以下处理及救治。

1. 一般治疗 告诫患者生活要有规律,避免过劳,饮食要规律,避免刺激性食物,停用对胃黏膜有损伤的药物,尤其是非甾体类抗炎药物(non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)。对于有出血的患者应卧床休息,保持呼吸道通畅,有活动性出血、穿孔、幽门梗阻的患者应禁食。对有活动性出血的患者应严密监测生命体征,如心率、血压、呼吸、尿量、神志变化等;立即查血型 and 配血,建立有效的静脉输液通道,尽快补充血容量,根据出血量的多少决定是否输血和输血量。有幽门梗阻的患者需下胃管进行胃减压,根据保守治疗效果决定是否进行手术治疗。穿孔并腹膜炎患者应立即转外科进行手术修补或胃部分切除治疗。

2. 药物治疗

(1) 制酸和抗胆碱药物治疗:制酸药主要为碱性药物,其作用是中和胃酸,特点是起效快,但不能从根本上抑制胃酸分泌,结果导致用量越来越大,效果越来越差,目前已基本不用该类药物;抗胆碱受体阻滞剂,主要具有抑制迷走神经兴奋作用,具有解痉镇痛、部分抑制胃酸分泌的作用,但该类药物易引起口干、心率加快等副作用,现已很少用此类药物。

(2) 抑制胃酸分泌药物:抑制胃酸分泌的主要药物为 H_2 受体拮抗剂(H_2 receptor antagonist, H_2 -RA)和质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)两大类。是目前治疗消化性溃疡首选药物。

1) H_2 受体拮抗剂:通过抑制胃壁细胞上的 H_2 受体活性,达到抑制胃酸分泌的目的。具体药物种类、抑酸强度与常用剂量见表16-1。

2) 质子泵抑制剂:PPI主要作用胃壁细胞 H^+-K^+-ATP 酶,使其不可逆地失去活性,从而导致壁细胞内的 H^+ 不能转至胃腔中而抑制胃酸分泌。该类药物的抑酸作用比 H_2 -RA更强,作用更



表 16-1 几种常用的 H₂-RA 抑酸作用比较

药物	抑酸相对强度	抑酸等效剂量 (mg)	每日常用剂量 (mg)	维持剂量 (mg)
西咪替丁	1	600~800	800 (400, bid)	400
雷尼替丁	4~10	150	300 (150, bid)	150
法莫替丁	20~50	20	40 (20, bid)	20
尼扎替丁	4~10	150	300 (150, bid)	150

持久。目前主要有奥美拉唑 20mg、兰索拉唑 30mg、泮托拉唑 40mg、雷贝拉唑 10mg、埃索米拉唑 20mg 等,可根据病情每天口服 1~2 次。

抑酸剂治疗疗程一般为 DU 4~6 周、GU 6~8 周,维持治疗用药剂量可以减半,根据病情可维持 3~6 个月,长者可维持 1~2 年,或更长。

(3) 胃黏膜保护药物

1) 硫糖铝:可以黏附在溃疡表面上阻止胃酸、胃蛋白酶继续侵蚀溃疡表面,促进内源性前列腺素合成和刺激表皮生长因子分泌,有利于溃疡得到快速愈合。其主要副作用为便秘。

2) 枸橼酸铋钾 除了有硫糖铝类似作用外,有较强的抗幽门螺杆菌作用,可用于根治幽门螺杆菌联合治疗。副作用较少,但不宜长期使用,该药已逐步取代硫糖铝。

3) 米索前列醇 具有抑制胃酸分泌、增加胃十二指肠黏膜,黏液 / 碳酸氢盐分泌和增加黏膜血流作用,从而促进溃疡愈合。其主要副作用为腹泻,因其易引起子宫收缩,故孕妇忌服。

(4) 根除幽门螺杆菌治疗:抑酸剂 H₂-RA 的出现是治疗消化性溃疡第一次革命,发现幽门螺杆菌与消化性溃疡有关并进行根除治疗,是治疗该病的第二次革命。

目前根治幽门螺杆菌的方法主要是抑酸剂、抗生素或起协同作用的铋剂联合应用的治疗方案。经典的治疗方案是“三联”疗法,即 PPI(奥美拉唑 40mg/d、兰索拉唑 60mg/d、泮托拉唑 80mg/d、雷贝拉唑 20mg/d、埃索米拉唑 40mg/d)或一种铋剂(枸橼酸铋钾 480mg/d)加上克拉霉素(500~1000mg/d)、氨苄西林或四环素(1000~2000mg/d)、甲硝唑(800mg/d)或替硝唑、左氧氟沙星 400mg/d、呋喃唑酮 400mg/d 等抗生素中的两种。上述药物均分两次口服,一般疗程为 7~14 天。对于治疗失败者可采用 PPI、铋剂联合两种抗生素的“四联”疗法。值得注意的是目前有许多幽门螺杆菌已变为耐药菌株,应根据耐药情况调整抗生素种类。如可用呋喃唑酮替代甲硝唑,前者具有抗菌作用强、不易产生耐药等特点。

3. 消化性溃疡病的预防 对于吸烟、饮食不规律、幽门螺杆菌感染等可除去的引起溃疡复发的危险因素,应尽量去除。对于必须服用 NSAIDs 患者可考虑换用 COX-2 抑制剂;对于顽固性溃疡、反复复发者要注意胃癌和胃泌素瘤的存在。

4. 手术治疗 目前大多数消化性溃疡病无需手术治疗。如出现以下情况需要考虑进行手术治疗。

- (1) 上消化道大出血经内科紧急处理无效时。
- (2) 急性穿孔。
- (3) 器质性幽门梗阻。
- (4) 内科治疗无效的难治性溃疡。
- (5) 胃溃疡疑有癌变者。

思路 2:该患者消化性溃疡病诊断明确,上消化道出血已停止,初步治疗方案是:

- 1. 要求患者休息、禁食,严密观察患者有无再出血情况(呕血、黑便、心率变化等)。
- 2. 建立静脉通道,补充血容量,可输平衡液或葡萄糖盐水,保证足够的热量及液体量,同时加入 PPI 或 H₂-RA,根据生命体征及血常规变化情况决定是否需要输血。
- 3. 如无再出血,三天后可恢复流质或软食饮食,可换为口服 PPI 或 H₂-RA、胃黏膜保护药及

学
习
笔
记



根治 H.pylori 治疗等规范系统治疗。

【问题 11】该患者是否需要转诊至专科？转诊的目的是什么？

思路：该患者诊断明确，上消化道出血已停止，可以在具有一定条件的社区门诊观察治疗。如再出现大量出血，需转专科治疗。专科医生将在严密监护下，做好各种抢救准备，以防患者突发大出血导致的生命危险。此外，专科医生可以对该患者是否需要手术治疗作出全面评估。

【问题 12】该患者随访的项目有哪些？控制目标是什么？

思路 1：对于消化性溃疡患者社区门诊随诊主要注意如下内容：

1. 及时了解患者的症状缓解及治疗效果。
2. 监督发病因素消除情况，如吸烟、服用药物情况、饮食情况、幽门螺杆菌根除情况等。
3. 进行规范治疗及维持治疗指导。
4. 定期进行血常规、便常规、便潜血试验及胃镜检查，以了解溃疡愈合情况。

思路 2：对于该患者的控制目标是：“消除病因、缓解症状、促进愈合、防止复发、防治并发症”。

• 知识点扩展或问题延伸

【问题 1】全科医生问诊患者时还应包括哪些方面的内容？

对于消化性溃疡病患者除了现病史外，应该重视询问其职业、嗜好、生活习惯、睡眠情况等个人史，家族相关疾病史，既往史及用药史，血型等情况；还应通过问诊了解患者的精神状态、对疾病的认知度、对治疗的期望与目的，根据患者的精神状态、智商水平、对疾病的认知程度，对患者进行心理疏导和规范治疗指导。

【问题 2】全科医生还应了解特殊类型消化性溃疡有哪些？有何临床特点？

对于消化性溃疡病还应注意特殊类型溃疡，因其临床表现不典型、治疗效果不佳，应引起重视。如无症状溃疡，没有典型的消化性溃疡的临床表现，占消化性溃疡的 15%~35%；老年性溃疡，常为巨大溃疡，易发生在胃体或上部，临床症状不明显，易出现贫血、消瘦、食欲减退，需与胃癌鉴别；胃、十二指肠复合溃疡，更容易发生幽门梗阻；幽门管溃疡，常缺乏周期性与节律性疼痛，进食后即可出现上腹痛，易出现出血、幽门梗阻、穿孔，对抑酸治疗反应差；十二指肠球后溃疡，具有十二指肠溃疡的临床特点，夜间痛和向背部放射痛更为常见，药物治疗效果不佳。此外，对于消化性溃疡的诊断，还要注意鉴别引起上消化道症状的其他疾病，如功能性消化不良、慢性胆囊炎、胃泌素瘤等。

【问题 3】全科医生应该了解该病的好发人群及流行病学特点有哪些？

目前国内消化性溃疡病发病率情况还没有确切数据，全科医生可以依靠对管辖社区人口资源，进行该病的发病特点、职业、年龄、血型、家族史、饮食习惯、环境影响等流行病学特点进行调查，确定该病在本地区的流行特点，为本地区预防、治疗该病提供科学依据。可以通过询问病史、环境检测、胃镜普查及幽门螺杆菌检测等方法完成该调查。

【问题 4】全科医生如何管理消化性溃疡患者？

1. 对患者进行宣传教育，提高患者对该病的发病特点、危害的认识。
2. 督促患者积极消除病因，坚持规范治疗。
3. 注意观察患者治疗效果、有无并发症出现。
4. 好发季节应注意随诊患者，提前做好预防复发准备。



附:消化性溃疡内镜下表现及分期(图 16-1~图 16-9)



图 16-1 十二指肠球部溃疡活动期(A₁期)



图 16-2 十二指肠球部溃疡活动期(A₂期)



图 16-3 十二指肠球部溃疡愈合期(H₁期)



图 16-4 十二指肠球部溃疡愈合期(H₂期)



图 16-5 胃溃疡活动期(A₁期)



图 16-6 胃溃疡活动期(A₂期)



图 16-7 胃溃疡愈合期(H₁期)



图 16-8 胃溃疡愈合期(H₂期)



图 16-9 胃溃疡瘢痕期(S₁期)

(赵 钢)

参考文献

- [1] 陈再英、钟南山. 内科学. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [2] 张彧. 急诊医学. 北京:人民卫生出版社,2010.
- [3] 王吉耀. 内科学. 北京:人民卫生出版社,2004.
- [4] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范(2013年,深圳). 中华消化杂志,2004,34(2):72-76.

第十七章 糖 尿 病

随着经济的发展、人口老化、生活方式的改变,糖尿病患病率和糖尿病患者数量急剧上升。根据国际糖尿病联盟(International Diabetes Federation, IDF)统计,目前全球糖尿病患者已达 2.85 亿人,并可能在 2030 年达到 5 亿人。糖尿病及其并发症给人类健康和社会发展带来了严重的负担。全科医生应该根据病史和辅助检查,及时诊断糖尿病,同时规范治疗和定期随访,共同遏制糖尿病对人类的危害。

临床病例

主观资料(S):孙先生,60 岁,8 年前无明显诱因下出现多饮、多食、多尿伴体重减轻,查空腹血糖(FPG)12.4mmol/L。至外院诊断“2 型糖尿病”,遂开始口服药物治疗,具体药物不详。此后患者定期监测血糖,调整药物用量,目前用药为格列齐特 160mg,2 次/日,二甲双胍 0.5g,3 次/日,空腹血糖在 5~7mmol/L。平时无心悸、胸闷、视物模糊、皮肤瘙痒、尿泡沫增多等表现,近半年时有双足趾尖针刺感,感觉迟钝,以夜间及寒冷时为重,无活动障碍。

既往史:有高血压病史 10 年,血压最高 168/96mmHg,目前口服氨氯地平(络活喜)5mg,1 次/日,血压控制在 150/90mmHg 左右;有高血脂史,但具体情况不详。

个人史:饮白酒 2 两/天×20 年,吸烟 20 支/天×20 年;已退休,无规律运动习惯。

家族史:母亲及哥哥患糖尿病,父亲患高血压。

【问题 1】应该如何诊断糖尿病?

思路:血糖水平是一个连续分布的定量指标,可能存在一个大致的分割点,即阈值,血糖高于此阈值时引起不良后果的风险大为增加。我国流行病学调查结果支持 1999 年 WHO 推荐的糖尿病诊断标准。

知识点

糖尿病诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖水平 (mmol/L)
(1) 糖尿病症状(高血糖所导致的多饮、多食、多尿、体重下降、皮肤瘙痒、视力模糊等急性代谢紊乱表现)加随机血糖	≥11.1
或	
(2) 空腹血糖(FPG)	≥7.0
或	
(3) 葡萄糖负荷后 2h 血糖	≥11.1
无糖尿病症状者,需改日重复检查	

空腹血糖、随机血糖和口服糖耐量试验(OGTT)均可用于糖尿病的诊断,必要时在次日复查核实。孙先生有明显三多一少症状,空腹血糖 12.4mmol/L,故根据诊断标准,糖尿病诊断成立。



知识点

血糖测定注意点

- 1. 如查 FPG,需过夜空腹至少 8 小时。
- 2. 抽血前一天不吃过于油腻或高蛋白食物,避免大量饮酒。
- 3. 血标本尽快送检,长时间放置血糖值会降低。
- 4. 应激性高血糖应该在应激情况消除后复查血糖。

同时社区全科医生在日常工作中,应该加强对高危人群的糖尿病筛查,包括在日常诊疗过程中增加血糖检测,利用义诊、健康宣传活动、健康体检等机会进行血糖检测等。

【问题 2】哪些是糖尿病的高危人群?

思路:糖尿病高危人群的定义为:有糖调节受损史、年龄 ≥ 45 岁、超重或肥胖($BMI \geq 24kg/m^2$)、2 型糖尿病患者的一级亲属、高危种族、有巨大儿(出生体重 $\geq 4kg$)生产史、妊娠糖尿病病史、高血压或正在接受降压治疗、血脂异常或正在接受调脂治疗、心脑血管疾病患者、有一过性糖皮质激素诱发糖尿病病史者、 $BMI \geq 24kg/m^2$ 的多囊卵巢综合征患者、严重精神病和(或)长期接受抗抑郁症药物治疗的患者、静坐生活方式者。

孙先生有高血压、高脂血症病史,有糖尿病家族史,因此属糖尿病高危人群。对于高危人群进行筛查,方法推荐用 OGTT。如检测 OGTT 有困难,可筛查 FPG,但是仅筛查 FPG,会有漏诊的可能性。

【问题 3】糖尿病的病因与分型?

思路:糖尿病共分 4 大类,即 1 型糖尿病、2 型糖尿病、妊娠糖尿病和特殊类型的糖尿病。其中 1 型糖尿病、2 型糖尿病和妊娠糖尿病是临床的常见类型(表 17-1)。

表 17-1 糖尿病病因及分型

1. 1 型糖尿病	病因和发病机制尚不清楚,其显著的病理生理学和病理学特征是胰岛 β 细胞数量显著减少和消失所导致的胰岛素分泌显著下降或缺失
A. 免疫介导性	
B. 特发性	
2. 2 型糖尿病	病因和发病机制目前亦不明确,其显著的病理生理学特征为胰岛 β 细胞功能缺陷所导致的胰岛素分泌减少(或相对减少)或胰岛素抵抗所导致的胰岛素在机体内调控葡萄糖代谢能力的下降或两者共同存在
3. 妊娠糖尿病	在妊娠期间被诊断的糖尿病
4. 其他特殊类型糖尿病:	
A. 胰岛 β 细胞功能遗传性缺陷及胰岛素作用的基因缺陷	
B. 胰腺外分泌疾病(胰腺炎、胰腺肿瘤、创伤/胰腺切除术后等)	
C. 内分泌疾病(肢端肥大症、库欣综合征、胰高糖素瘤、嗜铬细胞瘤、甲状腺功能亢进症等)	
D. 药物或化学品所致的糖尿病(喷他咪、烟酸、糖皮质激素、甲状腺激素、二氮嗪、 β -肾上腺素能受体激动剂、噻嗪类利尿剂、苯妥英钠、 α -干扰素等)	
E. 感染(先天性风疹、巨细胞病毒感染等)	
F. 不常见的免疫介导性糖尿病(Stiff-man 综合征、胰岛素自身免疫综合征、胰岛素受体抗体等)	
G. 其他与糖尿病相关的遗传综合征	

学习
笔记

知识点

1 型和 2 型糖尿病的鉴别诊断

鉴别点	1 型糖尿病	2 型糖尿病
起病	急性起病,症状明显	缓慢起病,症状不明显
临床特点	体重下降 多尿 多饮	肥胖 较强的 2 型糖尿病家族史 遗传易感性
酮症	常见	通常没有
C 肽	低 / 缺乏	正常 / 升高
抗体		
ICA (胰岛细胞抗体)	阳性	阴性
GAD (谷氨酸脱羧酶抗体)	阳性	阴性
IA-2A (人胰岛细胞抗原 2 抗体)	阳性	阴性
治疗	胰岛素	生活方式、口服降糖药或胰岛素
相关的自身免疫性疾病	并存概率高	并存概率低

【问题 4】患者的确定诊断是什么？

思路:孙先生起病年龄较晚,病程中无自发性酮症倾向,有糖尿病家族史,首先考虑 2 型糖尿病,必要时可进一步行 C 肽、胰岛素测定及自身抗体测定。

因此患者目前的诊断为:2 型糖尿病;高血压病 2 级(很高危组);高脂血症。

【问题 5】该患者此次就诊目的是什么？

思路:全科医生在就诊过程中,除了常规问诊外,需要更多地去了解患者关于其疾患的期望及感受,建立良好的医患关系,共同协商决定下一步诊治方案。通过进一步交流了解到,孙先生对近期血糖控制水平不满意,并非常担心可能由此导致一些并发症,因此前来就诊。

病例续:门诊查体记录

客观资料(O):体格检查:血压(BP):150/90mmHg,身高 176cm,体重 85kg,BMI 27.4kg/m²。双肺呼吸音清,无干湿啰音。心率 78 次/分,律齐无杂音。腹软无压痛,肝脾肋下未触及。下肢无水肿。上肢感觉正常,双足感觉减退,膝腱反射正常,双侧足背动脉搏动正常。足部皮肤完整,无明显红斑及胼胝形成。

【问题 6】糖尿病患者的诊断检查要点是什么？

思路:对已经诊断的糖尿病患者,要详细询问既往的治疗方案和血糖控制情况,病程中有无糖尿病酮症酸中毒等急性并发症,有无慢性并发症临床症状,有无低血糖等,为制订个体化的治疗方案奠定基础。在治疗过程中,还需定期随访,及时调整治疗方案。

知识点

糖尿病患者问诊及查体要点

诊断要点	具体实施内容
问诊	年龄、饮食、运动习惯、营养状况
要点	儿童和青少年要了解生长发育情况,如女性患者要询问有无巨大儿分娩史,有无妊娠期糖尿病史



续表

诊断要点		具体实施内容
问诊要点	病程特点	起病特点(如有无三多一少、有无糖尿病酮症酸中毒) 以往的治疗方案和治疗效果,包括药物、饮食和运动、血糖检测结果(如HbA1c记录) 糖尿病酮症酸中毒发生的诱因、频率及严重程度 低血糖发生的原因,频率及严重程度
	慢性并发症	大血管病变:主动脉、冠状动脉、脑动脉、肾动脉、肢体外周动脉等 微血管病变:糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病心脏病 神经系统并发症:周围神经病变(痛觉过敏、疼痛、肢端感觉异常)、自主神经病变(排汗异常、胃轻瘫、腹泻、便秘、性功能异常) 糖尿病足:足部溃疡、坏疽
	合并症	高血压、血脂紊乱、代谢综合征、高尿酸血症
	体格检查	一般检查 身高、体重、腰围、臀围
	生命体征	血压
体格检查	眼科检查	眼底
	皮肤检查	色素沉着、溃疡
	足部检查	膝反射、足背和胫后动脉搏动、足癣、足部溃疡、坏疽、痛觉、温度觉、振动觉等

【问题7】2型糖尿病该如何治疗?

思路:2型糖尿病是全科医生处理最多的糖尿病类型。2型糖尿病患者常合并高血压、血脂异常、肥胖症等,随着血糖、血压、血脂等水平的增高及体重增加,并发症的发生风险、发展速度以及其危害将显著增加。因此,2型糖尿病的治疗应包括降糖、降压、调脂、抗凝、控制体重和改善生活方式等治疗措施。

知识 点

2型糖尿病控制目标

指标	目标
血糖 (mmol/L) 空腹	3.9~7.2
餐后	≤10.0
HbA1c (%)	<7.0
血压 (mmHg)	<130/80
HDL-C (mmol/L)	男性 >1.0 女性 >1.3
甘油三酯 (mmol/L)	<1.7
LDL-C (mmol/L)	未合并冠心病 <2.6 合并冠心病 <2.07



续表

指标	目标
体重指数 (kg/m^2)	<24
尿白蛋白 / 肌酐比值 (mg/mmol)	男性 <2.5 ($22\text{mg}/\text{g}$) 女性 <3.5 ($31\text{mg}/\text{g}$)
主动有氧活动 (分钟 / 周)	≥ 150

【问题 8】糖尿病的治疗有哪些？

思路:糖尿病的综合治疗有“五驾马车”,包括饮食控制、运动疗法、药物治疗、糖尿病教育、血糖的自我监测五方面,其中药物治疗仅仅只是其中一驾马车。生活方式干预是 2 型糖尿病的基础治疗措施,应该贯穿于糖尿病治疗的始终。除了饮食控制、运动治疗外,糖尿病教育对于患者而言也是非常重要的,糖尿病教育包括疾病基本病程及危害宣教,需开设教育课程,建立糖尿病管理团队包括:执业医师[全科医师和(或)专科医师]、糖尿病教员(教育护士)、营养师、运动康复师、患者及其家属等。血糖的自我监测包括 HbA_{1c}、空腹血糖及餐后血糖。

【问题 9】糖尿病患者如何进行饮食控制？

思路:饮食计划的制订包括以下几个方面。

1. 总热量计算 根据理想体重和参与体力劳动的情况,便可计算出每日需要从食物中摄入的总热量,每日所需要的总热量 = 理想体重 $\times$ 每千克体重需要的热量。按照不同体力劳动的热量需求如表 17-2。

表 17-2 不同体力劳动的热量需求表

劳动强度	举例	$\text{kcal}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ (理想体重)		
		消瘦	正常	肥胖
卧床休息		20~25	15~20	15
轻体力劳动	办公室职员、教师、售货员、简单家务,或与其相当的活动量	35	30	20~25
中体力劳动	学生、司机、外科医生、体育教师、一般农活,或与其相当的活动量	40	35	30
重体力劳动	建筑工、搬运工、冶炼工、重的农活、运动员、舞蹈者,或与其相当的活动量	45	40	35

知识点

理想体重

方法 1:理想体重 (kg) = 身高 (cm) - 105。在此值 $\pm 10\%$ 以内均属正常范围,低于此值 20% 为消瘦,超过 20% 为肥胖。

方法 2: BMI $18.5\sim 23.9\text{kg}/\text{m}^2$ 为正常, $<18.5\text{kg}/\text{m}^2$ 属于消瘦, $\geq 24.0\text{kg}/\text{m}^2$ 属于超重, $\geq 28.0\text{kg}/\text{m}^2$ 为肥胖。

2. 三大营养素的配比

(1) 脂肪:供能不超过总热卡的 30%,饱和脂肪酸不超过总热卡的 10%,胆固醇摄入量 $<300\text{mg}/\text{d}$ 。



(2) 碳水化合物:供能不超过总能量的 50%~60%,每日定时进三餐,碳水化合物均匀分配,可适量摄入糖醇和非营养性甜味剂。

(3) 蛋白质:供能占总比例的 10%~15%,显性蛋白尿者,限制蛋白 $0.8\text{g}/(\text{d}\cdot\text{kg})$,自 GFR 下降起,予低蛋白饮食,限制蛋白 $0.6\text{g}/(\text{d}\cdot\text{kg})$,并注意补充复方 α -酮酸制剂。

3. 饮食治疗注意事项 糖尿病患者一日至少三餐,使主食和蛋白质等较均匀地分布在三餐中,并定时定量,一般按 1/5、2/5、2/5 或 1/3、1/3、1/3 分配。

酒精可使血糖控制不稳定,饮酒初期可引起使用磺脲类或胰岛素治疗的患者出现低血糖,随后血糖又会升高。大量饮酒,尤其是空腹饮酒时,可使低血糖不能及时纠正。因此糖尿病患者不推荐饮酒,如饮酒需将热卡计入摄入总热卡,饮酒每日不超过 1~2 份标准量(一份标准量为:啤酒 285ml,清淡啤酒 375ml,红酒 100ml 或白酒 30ml,各约含酒精 10g)。

膳食纤维具有降低餐后血糖、降血脂、改善葡萄糖耐量的作用。豆类、富含纤维的谷物类(每份食物 $\geq 5\text{g}$ 纤维)、水果、蔬菜和全麦食物均为膳食纤维的良好来源,推荐膳食纤维每日摄入量至少为 $14\text{g}/\text{kcal}$ 。

每日食盐摄入量应限制在 6g 以内,糖尿病患者应尽量从天然食物中补充铬、钙、硒、铜、铁、锌、锰等矿物质以及各种维生素。

知识点

三大营养物质和酒精所提供的热量

1g 碳水化合物	4kcal	1g 蛋白质	4kcal
1g 脂肪	9kcal	1g 酒精	7kcal

【问题 10】糖尿病患者如何进行运动治疗?

思路:目前认为低强度、低冲击性而时间较持续的运动项目较好,如散步、慢跑和游泳。爬楼梯、爬山、划船、打乒乓球等也是不错的运动方式。根据年龄、体力及病情等条件选择适合自己的运动方式,运动强度不宜过大,运动过程中注意心率变化及感觉。一般来说,糖尿病患者所选择的运动强度应是最大运动强度的 50%~70%,如果用心率来衡量,则应保持心率(次/分) = $(220 - \text{年龄}) \times (50\% \sim 70\%)$ 。如出现乏力、头晕、心悸、胸闷、憋气、出虚汗以及腿痛等不适,应立即停止运动,原地休息。

运动时间应选在餐后 1~2 小时,此时血糖较高,不易发生低血糖。每次运动时间持续 30~60 分钟,包括运动前做准备动作的时间和运动后做恢复整理运动的时间,每周至少坚持 3~5 次中低强度的运动。

禁忌证:合并各种急性感染;酮症或酮症酸中毒;严重糖尿病肾病;严重的眼底病变;严重的糖尿病神经病变;糖尿病足;新近发生的血栓;伴有心功能不全、心律失常,且活动后加重;频繁发生的脑供血不足;频发低血糖。

知识点

糖尿病患者推荐的运动方式

运动强度	运动方式
轻度	购物、散步、做操、太极拳、气功等
中度	快走、慢跑、骑车、爬楼梯、健身操等
重度	跳绳、爬山、游泳、球类、跳舞等



【问题 11】糖尿病的药物治疗有哪些？

思路：糖尿病患者如果单纯生活方式干预不能使血糖控制达标，应开始药物治疗。糖尿病的药物治

口服降糖药物

1. 双胍类 该类药物促进外周组织对葡萄糖的利用，减少肝脏葡萄糖的输出，改善胰岛素抵抗。其中二甲双胍是肥胖的糖尿病患者有效一线用药，可单独使用或联合其他药物，如盐酸二甲双胍肠溶片 0.25~0.5mg/次，3次/日。二甲双胍因有发生乳酸性酸中毒的危险，因此禁用于肝肾功能不全、心力衰竭、休克、严重感染、大手术、新近有心肌梗死等缺氧状态者。

2. 磺脲类药物 该类药物促进胰腺 β 细胞分泌胰岛素，适用于 β 细胞功能尚存的 2 型糖尿病患者。如甲苯磺丁脲 (D860) 0.5~1.0g/次，3次/日；格列齐特 (达美康) 80mg/次，1~2次/日；格列吡嗪 (美吡达) 2.5~5mg/次，1~2次/日。餐前半小时服用，并根据血糖调整剂量。1 型糖尿病，糖尿病并发酮症酸中毒、高渗性昏迷，或有严重心、脑、肾、眼并发症，以及 2 型糖尿病患者伴有应激，如严重感染、手术、创伤、妊娠和分娩等情况为使用磺酰脲类药物的禁忌。

3. α -糖苷酶抑制剂 该类药物抑制小肠上部 α -糖苷酶的活力，抑制和延迟小肠对碳水化合物的消化吸收，降低餐后高血糖，如阿卡波糖 (拜糖平) 每次 25~100mg，2~3次/日，与第一口饭同时服用。由于其胃肠道的不良反应，建议小剂量开始，逐步增加剂量。

4. 噻唑烷二酮类药物 该类药物为胰岛素增敏剂，如罗格列酮 4~8mg/日，一次或分次服用；吡格列酮 15mg，每日 1 次。该类药物可用于糖耐量减低的治疗，因此具有预防和延缓糖尿病发展的作用，但有水钠潴留和肝功能损害的副作用，使用时应谨慎。

5. 非磺酰脲类胰岛素促分泌剂 该类药物主要促进胰岛素在第一时间相的分泌，通常在进餐时服用。常用药物有瑞格列奈 0.5~4mg，那格列奈 120mg，三餐前 15 分钟口服。

6. 胰岛素 适用于 1 型糖尿病患者，2 型糖尿病患者经过较大剂量多种口服药物联合治疗后，HbA_{1c} > 7.0%，可考虑启动胰岛素治疗；妊娠期糖尿病和糖尿病伴妊娠；难以分型的糖尿病患者和部分糖尿病特殊类型；糖尿病酮症；糖尿病合并感染、手术、急性心肌梗死、卒中等应激状态和严重糖尿病血管并发症以及活动性肝病等；新诊断 2 型糖尿病患者 HbA_{1c} > 9% 或 FPG > 11.1mmol/L 可以短期使用胰岛素强化治疗。

知识点

新一代降糖药

二肽基肽酶-4 (DPP-4) 抑制剂：通过抑制 DPP-4 而减少胰高血糖素样多肽 1 (GLP-1) 在体内的失活，增加 GLP-1 在体内的水平。GLP-1 以葡萄糖浓度依赖的方式增强胰岛素分泌，抑制胰高血糖素分泌。目前在国内上市的 DPP-4 抑制剂为西格列汀、沙格列汀和维格列汀。单独使用 DPP-4 抑制剂不增加低血糖发生的风险，也不增加体重。

胰高血糖素样多肽 1 (GLP-1) 受体激动剂：通过激动 GLP-1 受体而发挥降低血糖的作用。GLP-1 受体激动剂以葡萄糖浓度依赖的方式增强胰岛素分泌、抑制胰高血糖素分泌，并能延缓胃排空，通过中枢性的食欲抑制来减少进食量。目前国内上市的 GLP-1 受体激动剂为艾塞那肽和利拉鲁肽，均需皮下注射。

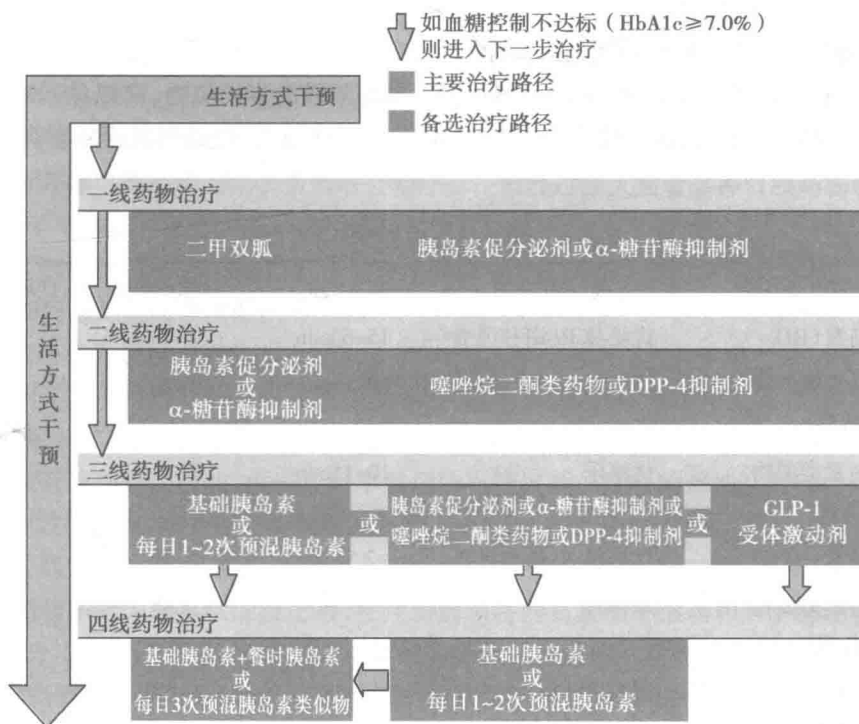
【问题 12】孙先生应该如何选择治疗方案？

思路：孙先生目前血糖控制不佳，需对其加强糖尿病教育，嘱其减重、戒烟酒、调整饮食结构，如随访血糖仍不达标，可加用基础胰岛素。如患者对胰岛素应用有顾虑，可考虑加用 α -糖苷酶抑制剂或噻唑烷二酮类药物，并嘱其定期检查血糖及 HbA_{1c}。



知识点

2 型糖尿病治疗路径



【问题 13】是否需要转诊至上级医院?

思路 1: 孙先生近期血糖控制不佳, 并有双足部感觉异常, 可进一步转诊至上级医院行糖尿病相关并发症检查, 并调整治疗方案。

思路 2: 糖尿病患者转诊的目的是为了确保得到安全和有效的治疗, 最大限度的发挥基层医疗卫生机构和专科医疗机构各自的优势。糖尿病患者转往上级医院的指征包括:

1. 初次发现血糖异常, 病因和分型不明确者。
2. 儿童和年轻人 (年龄 <25 岁) 糖尿病患者。
3. 妊娠和哺乳期妇女血糖异常者。
4. 糖尿病急性并发症: 随机血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 伴或不伴有意识障碍 (确诊的糖尿病酮症、疑似为糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗综合征或乳酸性酸中毒)。
5. 反复发生低血糖或发生过一次严重低血糖。
6. 血糖、血压和 (或) 血脂不达标者 血糖 (FPG、餐后 2 小时血糖或 HbA1c) 控制不达标, 调整治疗方案规范治疗 3~6 个月后 HbA1c $> 8.0\%$ 者; 血压控制不达标, 调整治疗方案并规范治疗 3 个月后血压 $> 130/80\text{mmHg}$; 血脂不达标, 调整治疗方案并规范治疗 6 个月后 LDL-C $> 2.6\text{mmol/L}$ 。
7. 糖尿病慢性并发症 (视网膜病变、肾病、神经病变、糖尿病足或周围血管病变) 的筛查、治疗方案的制订和疗效评估在社区处理有困难者。
8. 糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害需要紧急救治者 (急性心脑血管病; 糖尿病肾病导致的肾功能不全; 糖尿病视网膜病变导致的严重视力下降; 糖尿病外周血管病变导致的间歇性跛行和缺血性症状; 糖尿病足)。
9. 血糖波动较大, 基层处理困难或需要制订胰岛素控制方案者。



10. 出现严重降糖药物不良反应难以处理者。

上级医院行相关并发症检查,神经系统检查及心电图检查提示双下肢神经损伤,建议孙先生改用胰岛素治疗,并转回社区卫生服务中心。2 周后社区全科医生对患者进行了电话随访,并与患者预约了门诊随访时间。

【问题 14】糖尿病患者如何选择胰岛素治疗?

思路:根据作用特点的差异,胰岛素又可分为超短效胰岛素类似物、常规(短效)胰岛素、中效胰岛素、长效胰岛素(包括长效胰岛素类似物)和预混胰岛素(包括预混胰岛素类似物),具体见表 17-3。

表 17-3 常用胰岛素及胰岛素类似物

胰岛素制剂通用名	商品名举例	起效时间	峰值时间	作用持续时间
短效胰岛素(RI)	优泌林 R/ 诺和灵 R	15~60min	2~4h	5~8h
速效胰岛素类似物 (门冬胰岛素)	诺和锐	10~15min	1~2h	4~6h
速效胰岛素类似物 (赖脯胰岛素)	优泌乐	10~15min	1.0~1.5h	4~5h
中效胰岛素(NPH)	优泌林 N/ 诺和灵 N	2.5~3h	5~7h	13~16h
长效胰岛素类似物 (甘精胰岛素)	来得时	2~3h	无峰	长达 30h
预混胰岛素(30R)	诺和灵 30R	0.5h	2~12h	14~24h
预混胰岛素(50R)	诺和灵 50R	0.5h	2~3h	10~24h
预混胰岛素类似物 (预混门冬胰岛素 30)	诺和锐 30	10~20min	1~4h	14~24h
预混胰岛素类似物 (预混赖脯胰岛素 25)	优泌乐 25	15min	30~70min	16~24h
预混胰岛素类似物 (预混赖脯胰岛素 50)	优泌乐 50	15min	30~70min	16~24h

1. 口服药物 + 基础胰岛素 联合中效胰岛素或长效胰岛素类似物睡前注射。起始剂量为 $0.2\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。根据患者空腹血糖水平调整胰岛素用量,通常每 3~5 天调整 1 次,根据血糖的水平每次调整 1~4U 直至空腹血糖达标。

2. 口服药物 + 每日 1~2 次预混胰岛素 联合每日 1 次预混胰岛素时,起始的胰岛素剂量一般为 $0.2\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,晚餐前注射。如使用每日 2 次注射方案时,应停用促胰岛素分泌药。起始的胰岛素剂量一般为 $0.2\sim 0.4\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,按 1:1 的比例分配到早餐前和晚餐前。

在每日两次预混胰岛素注射方案中,晚餐前注射的预混胰岛素中的短效或速效胰岛素主要控制当日晚餐后血糖,中效胰岛素主要控制次日空腹血糖;早餐前注射的预混胰岛素中短效或速效胰岛素主要控制当日早餐后 2 小时血糖,中效胰岛素主要控制当日晚餐前血糖。所以要根据早餐前后血糖和晚餐前后血糖分别调整早餐前和晚餐前的胰岛素用量,每 3~5 天调整 1 次,根据血糖水平每次调整的剂量为 1~4U,直到血糖达标。

3. 胰岛素强化治疗

(1) 基础胰岛素加餐时胰岛素:开始启动此方案时,可在基础胰岛素的基础上采用仅在一餐前(如主餐)加用餐时胰岛素的方案。根据睡前和三餐前血糖的水平分别调整睡前和三餐前胰岛素用量。



(2) 每日3次预混胰岛素类似物:根据睡前和三餐前血糖水平进行胰岛素剂量调整,每3~5天调整1次,直到血糖达标。

4. 胰岛素起始治疗注意事项

(1) 1型糖尿病在发病后即应开始胰岛素治疗,并持续终生。

(2) 对于新发的糖尿病且与1型糖尿病难以鉴别时,应以胰岛素为一线治疗方案。

(3) 在糖尿病治疗过程中,出现无明显诱因的体重下降时,应及早启动胰岛素治疗。

(4) 2型糖尿病患者在学习方式和口服降糖药联合治疗的基础上,如果血糖仍然未达到控制目标,即可开始口服药物和胰岛素的联合治疗。一般经过较大剂量多种口服药物联合治疗后HbA_{1c}仍大于7.0%时,就可以考虑启动胰岛素治疗。

(5) 糖尿病患者一旦出现酮症、高渗性昏迷等急性并发症应立即启动胰岛素治疗。

【问题15】如何进行胰岛素注射?

思路:胰岛素注射技术要点

(1) 不同注射部位吸收胰岛素速度快慢不一,腹部最快,其次依次为上臂、大腿和臀部。因此注射餐时短效胰岛素,腹部为首先注射部位;而注射预混胰岛素时,早餐前首选注射部位是腹部,以加快短效胰岛素的吸收,便于控制早餐后的血糖波动。晚餐前首选注射部位是臀部或大腿,以延缓中效的吸收,减少夜间低血糖的发生。

(2) 注射部位的轮换,是有效地预防局部硬结和皮下脂肪增生的有效方法。

(3) 预混胰岛素为云雾状的混悬液,在注射前须将胰岛素水平滚动和上下翻动各10次,使瓶内药液充分混匀,直至胰岛素转变成均匀的云雾状白色液体。注射预混胰岛素前,为保证剩余的胰岛素能被充分混匀,应确保胰岛素笔中的预混胰岛素大于12单位。若不足12单位,应及时更换新笔芯。

(4) 注射方法:检查注射部位并消毒→用拇指、食指和中指提起皮肤→皮褶表面呈90°进针后,缓慢推注胰岛素→当活塞完全推压到底后,针头在皮肤内停留至少10秒钟(采用胰岛素笔注射)→拔出针头→松开皮褶。

知识点

胰岛素注射部位轮换

注射部位的左右轮换两种方法:一种是按照左边一周,右边一周的方法进行注射部位的左右对称轮换。例如:这周手臂注射的部位是左手臂,那下一周就轮换到右手臂,再下一周又轮换到左手臂。另一种方法是一次左边,一次右边的方法进行注射部位的左右对称轮换。大腿、臀部和腹部也是这样进行轮换。

同一注射区域内的轮换:从上次的注射点移开至少1cm的距离进行注射。每次注射后,最好能在一幅人体图上记录下所注射的部位、日期。应避免在一个月内重复使用同一注射点。

【问题16】如果孙先生接受胰岛素治疗,具体方案如何?

思路:孙先生体重85kg,目前服用格列齐特160mg,每日2次,二甲双胍每次0.5g,每日3次,糖化血红蛋白9.0%,可使用预混胰岛素治疗,具体方案如下。

1. 停用胰岛素促泌剂格列齐特,二甲双胍也可停用。

2. 每天胰岛素总量=85体重(kg)×0.4单位/(kg·d)=34单位。

3. 按1:1或者2:1的比例分配到早餐前和晚餐前,也就是早餐和晚餐前分别注射17单位,或者早餐前注射22单位,晚餐前注射12单位。

【问题17】糖尿病患者如果出现低血糖,该如何处理?

糖尿病低血糖是指糖尿病患者在药物治疗过程中发生的血糖过低现象,低血糖可导致患者



不适甚至生命危险,应该引起特别注意和重视。对于非糖尿病患者来说,低血糖症的诊断标准为血糖 $<2.8\text{mmol/L}$,而接受药物治疗的糖尿病患者只要血糖水平 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ 就属低血糖范畴。低血糖的临床表现与血糖水平和血糖的下降速度有关,可表现为交感神经兴奋(如心悸、焦虑、出汗、饥饿感等)和中枢神经症状(如神志改变、认知障碍、抽搐和昏迷)。低血糖的诊治流程如图 17-1。

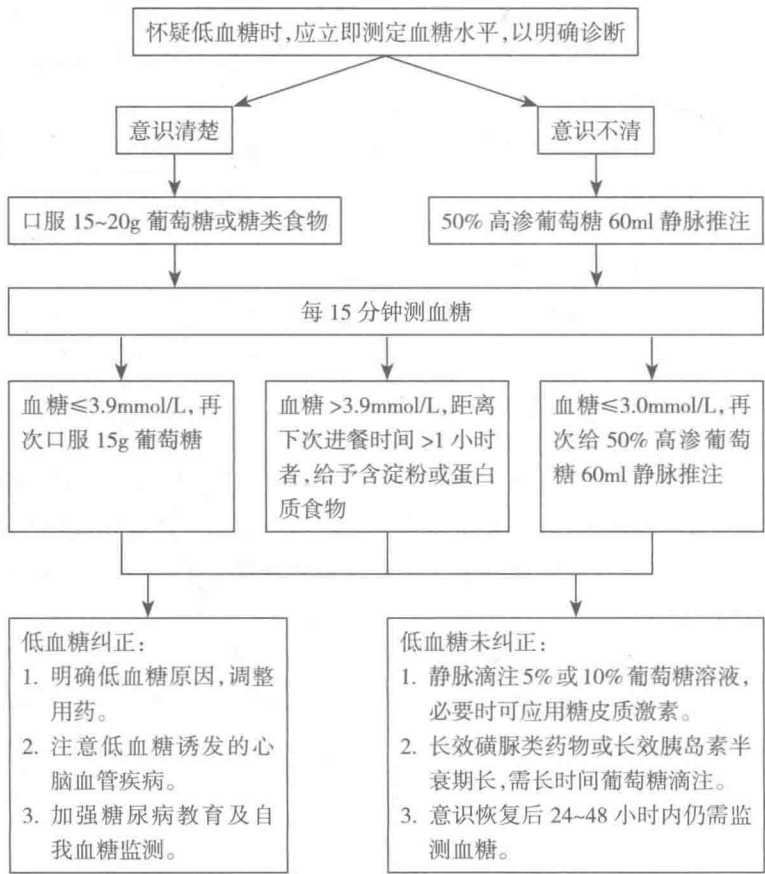


图 17-1 低血糖的诊治流程

【问题 18】糖尿病慢性并发症有哪些?

思路 1: 糖尿病慢性并发症主要为大血管病变(心脏病、高血压、脑血管意外及下肢血管病变)、微血管病变(糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病),和神经病变等。以累及心、脑、肾等生命器官和危害严重为特点,是糖尿病防治的重点和难点。

1. 糖尿病肾病

(1) 糖尿病患者在确诊糖尿病后每年都应做肾脏病变的筛检——尿常规:定期随访,检测有无尿蛋白;尿白蛋白与肌酐的比值:对于初诊患者,有条件即可检测尿中的微量白蛋白,如结果异常,则应在 3 个月内重复检测以明确诊断,此后每年复查;每年检测血清肌酐浓度,并计算 GFR。

对于上述检查异常者,应及时转诊上级医院,明确诊断。

(2) 治疗

1) 改变生活方式:如控制体重、糖尿病饮食、戒烟及适当运动等。

2) 优质低蛋白饮食:如患者出现显性蛋白尿,即临床糖尿病肾病期时应实施优质低蛋白饮食治疗,肾功能正常的患者饮食蛋白入量为 $0.8\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$;在 GFR 下降后,饮食蛋白入量为 $0.6\sim 0.8\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。如蛋白摄入量 $\leq 0.6\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,应适当补充复方 α -酮酸制剂。



3) 控制血糖:尽量选择从肾排泄较少的降糖药,严重肾功能不全患者应采用胰岛素治疗,宜选用短效胰岛素,以减少低血糖的发生。

4) 控制血压:大于 18 岁的非妊娠患者目标血压 <130/80mmHg,降压药首选肾素 - 血管紧张素系统抑制剂 (ACEI 或 ARB 类药物)。

5) 纠正血脂紊乱。

6) 控制蛋白尿:自肾病变早期阶段 (微量白蛋白尿期),不论有无高血压,首选 ACEI 或 ARB 类药物减少尿白蛋白。开始应用药物的前 1~2 周内应检测血清肌酐和血钾浓度。不推荐应用于血肌酐 >3mg/dl 的肾病患者。

7) 透析治疗和移植:对糖尿病肾病肾衰竭者需透析或移植治疗,一般 GFR 降至 15~20ml/min 或血清肌酐水平超过 5mg/dl 时应积极准备透析治疗。有条件的糖尿病患者可行肾移植或胰-肾联合移植。

2. 糖尿病视网膜病变 患者一经确诊为糖尿病,首次就诊即应接受眼科检查 (1 型糖尿病可在发病后 3 年首次行眼科检查),此后应定期随访,包括视力、眼压、房角、眼底 (是否有微血管瘤、视网膜内出血、硬性渗出、棉绒斑、视网膜内微血管异常、静脉串珠、新生血管、玻璃体积血、视网膜前出血、纤维增生等) 等。糖尿病视网膜病变临床分级见表 17-4。

表 17-4 糖尿病视网膜病变的国际临床分级标准 (2002 年)

病变严重程度	散瞳眼底检查所见
无明显视网膜病变	无异常
非增殖期 (NPDR)	
轻度	仅有微动脉瘤
中度	介于轻度和重度 DR 之间
重度	出现下列任何一个改变,但无 PDR 表现: 1. 四个象限内视网膜出血均多于 20 处 2. 在两个以上象限有静脉串珠样改变 3. 在一个以上象限有显著的视网膜内微血管异常
增殖期 (PDR)	出现以下一种或多种改变 新生血管形成、玻璃体积血或视网膜前出血

学
习
笔
记

- (1) 正常眼底和极轻度非增殖期糖尿病视网膜病变:需每年检查一次。
 - (2) 轻度和中度非增殖期糖尿病视网膜病变:如没有出现有临床意义的黄斑水肿的症状和体征 (如视物变形、明显的视力下降),应在 6~12 个月内复查。一旦出现有临床意义的黄斑水肿,需进一步行彩色眼底照相、荧光造影和光学相干断层扫描检查。
 - (3) 重度非增殖期糖尿病视网膜病变:应当每 2~4 个月进行复查,检查时强调荧光造影,以确定无灌注区和检眼镜下无法看到的新生血管。治疗可早期行全视网膜光凝,光凝完成后应每隔 2~4 个月随访 1 次。但是,如果患者存在有临床意义的黄斑水肿,应该先采用局部或格栅样光凝治疗黄斑水肿,然后再进行全视网膜光凝;对于伴有牵拉的有临床意义的黄斑水肿,可实施玻璃体切割手术。
 - (4) 增殖期糖尿病视网膜病变:一旦进入此期,如屈光间质条件允许 (白内障、玻璃体积血没有明显影响眼底观察) 应立即行全视网膜光凝。
 - (5) 凡是需要进行荧光造影、光凝治疗或玻璃体切割手术的患者,如当地无相关设备或条件,建议转诊至上级医院。
3. 糖尿病神经病变 2 型糖尿病诊断 10 年内,60%~90% 的患者有不同程度的神经病变。糖尿病神经病变除导致躯体不适外,还是导致糖尿病足和截肢的主要原因。



(1) 临床表现

1) 糖尿病周围神经病变:包括远端对称性多发性神经病变(NSPN);局灶性单神经病变;非对称性的多发局灶性神经病变;多发神经根病变。其中以 NSPN 最为常见。

2) 糖尿病自主神经病变:是糖尿病常见的并发症,其可累及心血管、消化、呼吸、泌尿生殖等系统。诊断主要依靠临床表现。

(2) 查体:跟腱反射减弱或消失,震动觉减弱或消失,10g 尼龙丝压力觉异常,针刺和温度觉有减弱,卧立位收缩压差超过 30mmHg。

(3) 治疗

1) 一般治疗:控制血糖,纠正血脂异常,控制高血压。

2) 定期进行筛查及病情评价:确诊为糖尿病后至少每年筛查一次糖尿病周围神经病变;对于糖尿病病程较长,或合并有眼底病变、肾病等微血管并发症的患者,应该每隔 3~6 个月进行复查。

3) 加强足部护理。

4) 对因治疗:①降糖治疗;②神经修复:常用药物如甲钴胺等;③抗氧化应激:常用药物如 α -硫辛酸等;④改善微循环:常用药物如前列腺素类似物(前列腺素 E_1 和贝前列素钠)、西洛他唑、己酮可可碱、山莨菪碱、钙拮抗剂和活血化淤类中药等;⑤改善代谢紊乱:常用药物如醛糖还原酶抑制剂依帕司他等。

5) 对症治疗:通常采用以下顺序治疗糖尿病周围神经病变患者的疼痛症状:甲钴胺和 α -硫辛酸、传统抗惊厥药(丙戊酸钠和卡马西平等)、新一代抗惊厥药(普瑞巴林和加巴喷丁等)、度洛西汀、三环类抗抑郁药物(阿米替林、丙米嗪和新选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂西酞普兰等)。

(4) 随访项目:可以根据简便易行的密西根神经病变筛选表(MNSI)(3~6 个月随访一次)判断病变的程度与变化,内容包括足外观、踝反射及大脚趾振动觉评分。足外观:正常 0 分,不正常 1 分(畸形、干燥、胼胝、感染、裂口),若有溃疡再加 1 分;踝反射和大脚趾振动觉分别为:正常 0 分,减退 0.5 分,消失 1 分; >2 分为异常。

(5) 转诊:对于症状严重,如剧烈疼痛、胃肠道症状显著、膀胱麻痹和(或)心律失常的患者,治疗效果无改善者,应转到上级医院进一步治疗。

4. 糖尿病心脑血管病 心、脑血管病变是糖尿病患者的主要健康威胁。糖尿病患者发生心脑血管疾病的危险性增加 2~4 倍,而且病变更严重、更广泛、预后更差和发病年龄更早。

(1) 筛查:糖尿病确诊时及以后每年评估心、脑血管病变的危险因素一次,评估的内容包括当前或以前心脑血管病病史、年龄、高血压控制情况、腹型肥胖、吸烟、血脂异常、肾脏损害和尿蛋白以及心脑血管疾病的家族史。静息时心电图对 2 型糖尿病患者心血管病的筛查价值有限,但能了解有无心房纤颤等心律失常和显著的心肌缺血或心肌梗死。对有罹患大血管疾病可能性的患者(如有明显家族史、吸烟、高血压和血脂异常),应作进一步检查来评估心脑血管病变情况。

(2) 治疗:主要在于对心血管病变风险因素的控制,包括降压、调脂、降糖及抗血小板治疗等。将血糖、血压、血脂控制在相对理想和稳定范围。

(3) 转诊:对较严重心律失常、不稳定型心绞痛、心肌梗死、心力衰竭、难治性高血压、脑卒中或偏瘫的患者,可转入上级医院相应专科(心血管科或神经内科)。

5. 糖尿病足 糖尿病足的基本发病因素是神经病变、血管病变和感染,这些因素共同作用可导致组织的溃疡和坏疽。

(1) 预防

1) 识别糖尿病足高危因素



A. 病史:既往有足部溃疡或截肢史;独居;经济条件差;赤足行走、视力差、弯腰困难、老年、合并肾病变等。

B. 神经病变:有神经病变的症状,如下肢麻木、疼痛。

C. 血管状态:间歇性跛行;静息痛;足背动脉搏动明显减弱或消失;与体位有关的皮肤呈暗红色。

D. 皮肤:皮色呈暗红、发紫;皮温明显降低;水肿;趾甲异常;胼胝;溃疡;皮肤干燥;足趾间皮肤糜烂。

E. 骨/关节畸形。

F. 不合适的鞋袜。

2) 筛查糖尿病足患者

A. 神经病变检查:10g 的尼龙丝检查、128Hz 的音叉检查振动觉、用细针检查两点辨别感觉、用棉花絮检查轻触觉、足跟反射。

B. 下肢动脉病变检查:触诊下肢动脉搏动、ABI 检查、血管超声、血管造影或 CT(CTA)、核磁血管造影检查(MRA)。

3) 宣教

A. 每天检查足部,皮肤干燥可以使用油膏类护肤品。

B. 定期洗脚,用干布擦干,尤其是擦干足趾间,每天换袜子。

C. 水温不宜过热,低于 37℃。

D. 不宜用热水袋、电热器等物品直接保暖足部。

E. 避免赤足行走。

F. 水平地剪趾甲,请专业人员修除胼胝或过度角化的组织。

G. 穿鞋前先检查鞋内是否有异物或异常;不穿过紧的或毛边的袜子或鞋。

H. 一旦发现问题,及时就诊。

(2) 治疗

1) 神经性溃疡:常见于反复受压的部位,如足底、胼胝的中央,常伴有感觉的缺失或异常,而局部供血好。治疗主要是减压,特别要注意患者的鞋袜是否合适。

2) 缺血性溃疡:多见于足背外侧、足趾尖部或足跟部,局部感觉正常,但皮温低、足背动脉和(或)胫后动脉明显减弱或不能触及。治疗要重视解决下肢缺血,轻-中度缺血的患者可以实行内科治疗。病变严重的患者可以接受介入治疗或血管外科成形手术。

3) 对于合并感染的足溃疡,要定期去除感染和坏死组织,只要血供好,要彻底清创。

4) 转诊:一旦出现以下情况,应该及时转诊至专科:皮肤颜色的急剧变化、局部疼痛加剧并有红肿等炎症表现、新发生的溃疡、原有的浅表溃疡恶化并累及软组织和(或)骨组织、播散性的蜂窝组织炎、全身感染征象、骨髓炎等。

【问题 19】如何管理糖尿病患者?

思路:建立糖尿病档案。

初诊糖尿病患者要详细询问糖尿病病情,是否存在糖尿病并发症和糖尿病家族史。对已经诊断的糖尿病患者,复习以往的治疗方案和血糖控制情况,并进行以下检查。

体格检查:包括身高、体重、计算 BMI、腰围、血压和足背动脉搏动。

实验室检查:包括空腹血糖、餐后血糖、HbA_{1c}、总胆固醇、甘油三酯、HDL-C、LDL-C、尿常规和肝肾功能;特殊检查包括眼底检查、心电图和神经病变相关检查。若具备检测条件,应检测尿微量白蛋白和尿肌酐。

综合患者的年龄和心血管疾病史等情况,确定血糖控制的个体化最初目标;有针对性地为患者制订饮食和运动的方案;肥胖患者确定减轻体重的目标;建议患者戒烟和限酒。根据患者



的具体病情处方合理的降糖药物并指导药物的使用;指导患者进行自我血糖监测包括血糖测定的时间和频度,并做好记录;告诉患者下次随诊的时间及注意事项。

建立标准随访方案:糖尿病患者随访要点见表 17-5。

表 17-5 糖尿病患者随访要点

监测项目	初访	随访	每季度随访	年随访
体重 / 身高	✓	✓	✓	✓
体重指数(BMI)	✓			✓
血压	✓	✓	✓	✓
空腹 / 餐后血糖	✓	✓	✓	✓
HbA1c	✓		✓	✓
尿常规	✓	✓	✓	✓
胆固醇 / 高 / 低密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯	✓			✓
尿白蛋白 / 尿肌酐 a	✓			✓
肌酐 /BUN	✓			✓
肝功能	✓			✓
心电图	✓			✓
眼:视力及眼底	✓			✓
足:足背动脉搏动,神经病变的相关检查	✓		✓	✓

(江孙芳)

参考文献

[1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(基层版). 中华全科医师杂志, 2013, 12(8): 675-696.

[2] 葛均波, 徐永健. 内科学. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

[3] 祝增珠. 全科医生临床实践. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

[4] Standards of Medical Care in Diabetes-2011. American Diabetes Association. Diabetes Care, 2011, 34 (Suppl1): s11-s61.

[5] Murtagh J. 全科医学. 第 4 版. 梁万年主译. 北京: 人民军医出版社, 2010.

[6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病药物注射技术指南 2011 版. [2011-12-1]. http://www.diab.net.cn/news_show.jsp?id=1110.html

第十八章 血脂异常和脂蛋白异常血症

血脂异常是指血浆中脂质的质和量异常,因血浆脂蛋白是血脂的主要载体,血脂异常实际上表现为脂蛋白异常血症,包括胆固醇和甘油三酯水平升高,也包括高密度脂蛋白胆固醇降低。血脂异常对健康的危害主要表现为冠状动脉和其他动脉的动脉粥样硬化,导致心脑血管疾病的发病率和死亡率增加,通过积极干预治疗血脂异常可以显著降低动脉粥样硬化带来的危害。

临床病例

主诉资料(S):王先生,男性,55岁,主因“体检发现血脂异常2周”就诊。

患者2周前单位体检发现血脂异常,胆固醇7.53mmol/L,甘油三酯4.64mmol/L,高密度脂蛋白1.67mmol/L,低密度脂蛋白4.33mmol/L。患者劳累后自觉疲乏无力,为进一步诊治于社区门诊就诊,患者食欲正常,睡眠及二便正常。

既往史:否认高血压、糖尿病等病史。否认外伤史和手术史。

个人史:吸烟史40年,20支/天。饮酒30年,2两/天。饮食规律,喜油腻饮食,运动少。家庭和睦,经济收入一般。

婚育史:28岁结婚,育有1子,爱人身体健康。

家族史:母亲患冠心病,死于心肌梗死。父亲身体健康。1兄1妹均健康。

知识点

血脂是什么?

1. 血脂是血浆中的胆固醇(total cholesterol, TC)、甘油三酯(triglyceride, TG)和类脂的总称。在人体内胆固醇主要以游离胆固醇及胆固醇酯形式存在。TG是甘油分子中的三个羟基被脂肪酸酯化而形成。循环血液中的胆固醇和TG必须与特殊的蛋白质即载脂蛋白(apolipoprotein, AP)结合形成脂蛋白,才能被运输至组织进行代谢。

2. 根据超速离心法将血浆脂蛋白分为乳糜微粒(chylomicron, CM)、极低密度脂蛋白(very low density lipoprotein, VLDL)、中间密度脂蛋白(intermediate density lipoprotein, IDL)、低密度脂蛋白(low density lipoprotein, LDL)和高密度脂蛋白(high density lipoprotein, HDL)。此外,还有一种脂蛋白称为脂蛋白(a)[lipoprotein(a), Lp(a)]。

知识点

基本血脂检测

临床可以检测的血脂有TC、TG、HDL-C、LDL-C、apoA I、apoB、Lp(a)等。TC、TG、HDL-C、LDL-C作为基础血脂检测项目,apoA I、apoB、Lp(a)等主要用于研究,不作为基本血脂检测项目。

1. 胆固醇(TC) 是指血液中各脂蛋白所含胆固醇总和。
2. 甘油三酯(TG) 临床上所测定的TG是血浆中各脂蛋白所含TG的总和。
3. 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) HDL具有抗动脉粥样硬化作用,通过检测其所



含胆固醇的量,间接了解血浆中 HDL 的多少。

4. 低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 胆固醇占 LDL 重量的 50% 左右, LDL-C 浓度基本能反映血液 LDL 总量。LDL-C 增高是动脉粥样硬化发生、发展的主要脂质危险因素。

【问题 1】根据以上病史,患者的诊断是什么?

思路 1:血脂异常的标准是什么?

随着血脂水平升高,缺血性心血管疾病风险明显升高。根据血脂异常水平带来的缺血性心血管风险不同,人为制订了血脂异常的诊断切点,分为合适范围、边缘升高、升高,血脂异常诊断标准不作为血脂异常的治疗切点,根据心血管疾病风险决定血脂异常的治疗。2007 年我国发布《中国成人血脂异常防治指南(2007)》,我国人群血脂异常诊断标准见表 18-1。

知识点

血脂异常分层标准

表 18-1 血脂水平分层标准

分层	TC	LDL-C	HDL-C	TG
合适范围	<5.18mmol/L (200mg/dl)	<3.37mmol/L (130mg/dl)	≥1.04mmol/L (40mg/dl)	<1.70mmol/L (150mg/dl)
边缘升高	5.18~6.19mmol/L (200~239mg/dl)	3.37~4.12mmol/L (130~159mg/dl)		1.70~2.25mmol/L (150~199mg/dl)
升高	≥6.22mmol/L (240mg/dl)	≥4.14mmol/L (160mg/dl)	≥1.55mmol/L (60mg/dl)	≥2.26mmol/L (200mg/dl)
降低			<1.04mmol/L(40mg/dl)	

注 TC:胆固醇;LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇;TG:甘油三酯

思路 2:血脂异常如何分型?

目前脂蛋白异常血症仍沿用 1970 年世界卫生组织(WHO)分类法,共分 6 型,如 I、IIa、IIb、III、IV、V 型,此分类方法对诊断和治疗高脂血症有很大帮助,但是过于繁杂,从临床实际出发,目前常用简易临床分型见表 18-2。

知识点

血脂异常临床分型

表 18-2 血脂异常临床分型

分型	TC	TG	HDL-C	相当于 WHO 表型
高胆固醇血症	增高			IIa
高甘油三酯血症		增高		IV、I
混合型高脂血症	增高	增高		IIb、III、IV、V
低高密度脂蛋白血症			降低	



思路 3:患者的诊断是什么?

患者 TC>6.22mmol/L,TG>2.26mmol/L,诊断为混合型高脂血症。

【问题 2】除上述病史外,全科医师还应采集哪些病史?

思路 1:血脂异常常无临床症状,应详细询问是否存在动脉粥样硬化的相关临床表现,如冠状动脉粥样硬化患者是否存在心绞痛;双下肢动脉粥样硬化是否存在间歇性跛行;颈动脉粥样硬化是否存在头晕等。

该患者问诊中无相关临床表现。

思路 2:是否存在引起血脂升高的相关因素,包括患者的生活饮食习惯、用药史、并存疾病等见表 18-3。

表 18-3 临床常见高脂血症继发原因

继发原因		升高 LDL-C	升高 TG
饮食	饱和或反式脂肪		非常低脂肪饮食,高摄入碳水化合物,过量饮酒
药物	利尿剂,糖皮质激素,免疫抑制剂		口服雌激素,糖皮质激素,胆汁酸结合树脂,他莫昔芬,异维甲酸,环孢素,抗高血压药物(β受体阻滞剂,噻嗪类),抗反转录病毒治疗(蛋白酶抑制剂),抗精神类药物(吩噻嗪类,第二代抗精神药物)
疾病	胆道梗阻,肾病综合征,神经性厌食,库欣综合征		肾脏疾病,自身免疫性疾病(如病变蛋白血症或系统性红斑狼疮)
代谢紊乱和其他	甲状腺功能减退,肥胖,妊娠		遗传倾向,糖尿病,甲状腺功能减退,肥胖,妊娠

在诸多继发性高脂血症的原因中,患者无用药史,未进行其他疾病相关检查,如甲状腺功能、胆道疾病等。但是存在不良饮食习惯和肥胖,可能是血脂升高的原因之一。

思路 3:进一步了解患者家庭中高脂血症病史,是否存在家族性高脂血症。追问病史患者不能提供家族成员的血脂情况,建议进一步筛查。

思路 4:全科医师要了解患者的心理因素,患者对冠心病和高脂血症危险性的认知程度;对治疗的期望值;对长期口服药物是否存在顾虑等。

临床病例(续)

社区门诊查体记录

客观资料(O):身高 177cm,体重 90kg,BMI 28.73kg/m²,腰围 108cm,血压 120/80mmHg,颈静脉无充盈,甲状腺未触及肿大,双肺呼吸音清,心界不大,心率 72 次/分,律齐,心音正常,心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹稍膨隆,腹软,全腹无压痛,肝、脾肋下未触及,双下肢无水肿。

【问题 3】体格检查还需要补充哪些查体内容?

思路 1:注意颈部、腹部、下肢血管杂音。颈动脉搏动处、锁骨上窝闻及明显血管杂音提示颈动脉和锁骨下动脉狭窄。双侧上腹部闻及血管杂音考虑肾动脉狭窄,中腹部闻及杂音考虑腹主动脉瘤或狭窄,双侧下腹部或股动脉闻及血管杂音考虑髂动脉或股动脉血管狭窄,当闻及血管杂音时应进一步行血管超声或血管造影证实外周血管病变。

思路 2:是否存在皮肤黄色瘤、角膜环,见图 18-1 和图 18-2。

学
习
笔
记

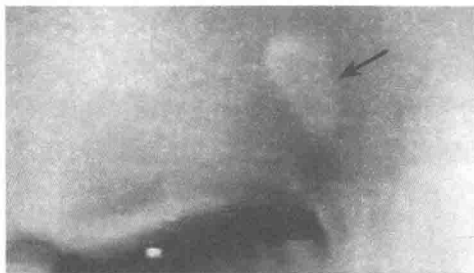


图 18-1 眼睑黄色瘤

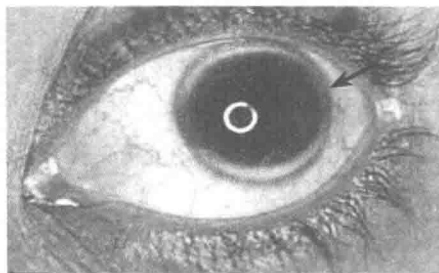


图 18-2 角膜环

知识点

血脂异常的临床特点

1. 血脂异常多无临床症状,常在体检时发现。
2. 血脂异常无特殊临床体征,部分患者可表现黄色瘤,早发性角膜环多伴血脂异常。
3. 血脂异常常伴有动脉粥样硬化表现。
4. 严重高胆固醇血症可伴有游走性多关节炎,严重高甘油三酯血症可引起急性胰腺炎。

【问题4】患者目前存在哪些健康问题?

思路:不良饮食习惯;运动少;超重;吸烟;饮酒;健康意识差,缺乏健康知识。

【问题5】全科医师如何对该患者进行心血管疾病风险评估?

思路1:血脂异常的主要危害为缺血性心血管疾病,血脂异常患者都应进行心血管疾病风险评估,决定进一步的治疗决策,临床研究证实心血管疾病危险因素包括高血压、年龄、吸烟、肥胖、低 HDL-C 血症、早发心血管疾病家族史等,该患者年龄 55 岁,吸烟, BMI 28.73kg/m²,有早发缺血性心血管病家族史 4 个心血管疾病危险因素。

知识点

心血管疾病危险因素

1. 高血压 血压 $\geq 140/90$ mmHg 或接受降压药物治疗。
2. 年龄(男性 ≥ 45 岁,女性 ≥ 55 岁)。
3. 吸烟。
4. 低 HDL-C [< 1.04 mmol/L (40mg/dl)]。
5. 肥胖 (BMI ≥ 28 kg/m²)。
6. 早发缺血性心血管病家族史(一级男性亲属发病时 < 55 岁,一级女性亲属发病时 < 65 岁)。

思路2:根据血脂水平以及存在的心血管疾病危险因素进行血脂异常危险分层见表 18-4。患者存在 4 个心血管疾病危险因素同时 TC > 6.22 mmol/L,为中危患者,10 年心血管事件风险 5%~10%。

知识点

血脂异常危险分层

表 18-4 血脂异常危险分层方案

危险分层	TC5.18~6.19mmol/L (200~239mg/dl) 或 LDL-C3.37~4.12mmol/L (130~159mg/dl)	TC≥6.22mmol/L (240mg/dl) 或 LDL-C≥4.14mmol/L (160mg/dl)
无高血压且其他危险因素 <3	低危	低危
高血压 * 或其他危险因素 ** ≥3	低危	中危
高血压且其他危险因素 ≥1	中危	高危
冠心病及其等危症 ***	高危	高危

注 低危:10 年心血管事件风险 <5%; 中危:10 年心血管事件风险 5%~10%; 高危:10 年心血管事件风险 >10%。

知识点

冠心病等危症

- 1. 有临床表现的冠状动脉以外动脉的动脉粥样硬化:包括缺血性卒中、周围动脉疾病、腹主动脉瘤和症状性颈动脉病(如短暂脑缺血)等。
- 2. 糖尿病。
- 3. 有多种危险因素,其发生主要冠状动脉事件的危险相当于已确立的冠心病,心肌梗死或冠心病死亡的 10 年危险率 >20%。

学习
笔记

【问题 6】全科医师给予该患者治疗建议是什么?

根据患者的病史采集,血脂水平以及心血管疾病危险评估,考虑患者存在不良饮食习惯、肥胖、吸烟等危险因素,给予相关健康指导,同时给予降脂药物治疗。

思路 1:改变不良饮食习惯,给予健康饮食指导

患者存在不良饮食习惯,应该对患者进行膳食评价,该患者膳食评价见表 18-5,总分为 6,存在严重膳食不良。

表 18-5 高脂血症患者膳食评价

项目	评价
1. 您近 1 周吃肉是否 <75g/d:0= 是,1= 否	☐ 患者为 1 分
2. 您吃肉种类:0= 瘦肉,1= 肥瘦肉,2= 肥肉,3= 内脏	☐ 患者为 2 分
3. 您近 1 周吃蛋数量:1=0~3 个 / 周,2=4~7 个 / 周,3=7 个以上 / 周	☐ 患者为 1 分
4. 您近 1 周吃煎炸食品数量(油饼、油条炸糕等):0= 未吃,1=1~4 次 / 周,2=5~7 次 / 周,3=7 次以上 / 周	☐ 患者为 2 分
5. 您近 1 周吃奶油糕点的次数:0= 未吃,1=1~4 次 / 周,2=5~7 次 / 周	☐ 患者为 0 分
评分总和	☐ 患者为 6 分

注 按实际情况在□里填数“0 或 1”,总分 <3 分为合格;总分 3~5 分为轻度膳食不良;总分 >6 为严重膳食不良



指导健康饮食习惯,告知患者通过治疗性生活方式改变(treatment lifestyle change,TLC)可以达到明显的降低 LDL-C 效果,见表 18-6,TLC 贯穿于整个血脂异常治疗的始终。生活方式干预同样可以降低 TG 和升高 HDL-C。通过减体重、减少酒精摄入、减少单糖和双糖摄入、减少碳水化合物摄入、增加运动、增加 n-3 不饱和脂肪酸摄入可以降低甘油三酯。通过减少反式脂肪饮食、减体重、增加运动可以升高 HDL-C。推荐健康饮食如下:

1. 应选择多种食物,控制总热量避免超重和肥胖。
2. 多进食水果、蔬菜、豆类、全麦谷类、鱼等。
3. 以上食物替代饱和脂肪食物,控制脂肪摄入小于总热量 35%,饱和脂肪摄入小于总热量 7%,反式脂肪摄入小于总热量 1%,每天胆固醇摄入量小于 300mg。
4. 食盐摄入量 <6g/d。
5. 限制酒精摄入 <25g/d。
6. 减少含糖饮料摄入。

表 18-6 改变膳食的 TLC 措施可获得降低 LDL-C 的效果

膳食成分	膳食改变	LDL-C 下降的大致情况
主要措施		
饱和脂肪酸	<7% 的总热量	8%~10%
膳食胆固醇	<200mg/d	3%~5%
减肥	减轻 4.5kg	5%~8%
选用措施		
可溶性纤维素	10~25g/d	3%~5%
植物固醇	2g/d	6%~15%
综合累积效果		20%~30%

思路 2:增加运动,减轻体重。

规律运动可以减轻体重,降低 TC 和 TG 水平,升高 HDL-C 水平。体重减低 4.5kg 可使 LDL-C 下降 5%~8%。该患者肥胖,运动少,给予运动健康指导,推荐措施如下。

1. 控制高能量食物摄入,控制进食速度,减轻体重。
2. 有意识增加体力活动,提倡有氧运动如步行、慢跑、骑车、游泳等。增加体力活动循序渐进,运动强度适当,注意运动过程中不良反应。

思路 3:控制其他心血管危险因素。告诫患者戒烟。

思路 4:了解患者心理状态,给予健康心理疏导,推荐措施如下。

1. 帮助患者正确认识血脂异常的危害,加强治疗依从性,做到长期坚持治疗性生活方式改变和药物治疗。
2. 帮助患者树立战胜疾病的信心,避免负性情绪,用健康阳光心态面对疾病。
3. 正视现实生活,寻找适合自己的心理调适方法,出现心理问题及时就医。

思路 5:患者是否开始降脂药物治疗?

《中国成人血脂异常防治指南(2007)》提出血脂异常治疗不仅根据患者血脂水平同时考虑患者的心血管事件风险,指导患者何时开始 TLC,何时开始药物治疗,以及药物治疗的靶目标值,见表 18-7。该患者为中危患者,血脂水平 TC>6.22mmol/L,LDL-C>4.14mmol/L,应该开始药物治疗。治疗靶目标值 TC<5.18mmol/L,LDL-C<3.37mmol/L。

知识点

血脂异常治疗目标值

表 18-7 血脂异常患者开始调脂治疗的 TC 和 LDL-C 值及其目标值

分层	TLC 开始	药物治疗开始	治疗目标值
低危:10 年危险性 <5%	TC≥6.22mmol/L (240mg/dl) LDL-C≥4.14mmol/L (160mg/dl)	TC≥6.99mmol/L (270mg/dl) LDL-C≥4.92mmol/L (190mg/dl)	TC<6.22mmol/L (240mg/dl) LDL-C<4.14mmol/L (160mg/dl)
中危:10 年危险性 5%~10%	TC≥5.18mmol/L (200mg/dl) LDL-C≥3.37mmol/L (130mg/dl)	TC≥6.22mmol/L (240mg/dl) LDL-C≥4.14mmol/L (160mg/dl)	TC<5.18mmol/L (200mg/dl) LDL-C<3.37mmol/L (130mg/dl)
高危:CHD 或 CHD 等危症, 或 10 年危险性 10%~15%	TC≥4.14mmol/L (160mg/dl) LDL-C≥2.59mmol/L (100mg/dl)	TC≥4.14mmol/L (160mg/dl) LDL-C≥2.59mmol/L (100mg/dl)	TC<4.14mmol/L (160mg/dl) LDL-C<2.59mmol/L (100mg/dl)
极高危:ACS 或缺血性心脏病合并糖尿病	TC≥3.11mmol/L (120mg/dl) LDL-C≥2.07mmol/L (80mg/dl)	TC≥4.14mmol/L (160mg/dl) LDL-C≥2.07mmol/L (80mg/dl)	TC<3.11mmol/L (120mg/dl) LDL-C<2.07mmol/L (80mg/dl)

注 CHD:冠心病;ACS:急性冠脉综合征;TLC:治疗性生活方式改变

2011 年欧洲血脂异常指南与 2013 年美国血脂异常指南对于降脂治疗的目标有了新的改变,根据我国具体情况 2014 年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议动脉粥样硬化心血管疾病[ASCVD (atherosclerotic cardiovascular disease)包括冠心病、缺血性卒中以及外周动脉疾病]的一级和二级预防减低血脂目标值有了进一步更改,对具有动脉粥样硬化疾病和糖尿病患者的降脂目标有了进一步降低(表 18-8)。根据新标准患者无糖尿病、无高血压、无肾病病史,未发现 ASCVD,心血管危险因素 4 个,降脂目标为 LDL-C<3.4mmol/L,与《中国成人血脂异常防治指南(2007)》相同,但是对明确动脉粥样硬化患者的降脂目标值进一步降低。

表 18-8 ASCVD 一级预防与二级预防降低胆固醇治疗目标值

临床疾患和(或)危险因素	目标 LDL-C (mmol/L)
ASCVD	<1.8
糖尿病 + 高血压或其他危险因素 ^a	<1.8
糖尿病	<2.6
慢性肾病(3 期或 4 期)	<2.6
高血压 +1 项其他危险因素 ^a	<2.6
高血压或 3 项其他危险因素 ^a	<3.4

^a 其他危险因素包括:年龄(男≥45 岁,女≥55 岁),吸烟,高密度脂蛋白胆固醇 <1.04mmol/L,体质指数≥28kg/m²,早发缺血性心血管病家族史

思路 6:建立社区健康档案,重视血脂异常筛查。通过患者的心血管疾病风险评估患者具有中危心血管疾病风险,应该定期评估心血管病风险,及时给予健康指导和治疗指导,定期随访。建立社区健康档案。

为及时发现和检出血脂异常,建议 20 岁以上的成年人至少每 5 年测量 1 次空腹血脂。建议 40 岁以上男性和绝经期后女性应每年均进行血脂检查。对于缺血性心脏病及其高危人群,



则应每 3~6 个月测定 1 次血脂。对以下患者应进行血脂检查:冠心病、脑血管病或周围动脉粥样硬化病患者;高血压、糖尿病、肥胖、吸烟者;有冠心病或动脉粥样硬化病家族史者;有皮肤黄色瘤者;有家族性高脂血症者。

【问题 7】如何选择该患者降脂药物治疗?

思路 1:选用何种药物治疗该患者高脂血症?

临床上常用的调脂药物可分为 5 类:①他汀类;②贝特类;③烟酸类;④树脂类;⑤胆固醇吸收抑制剂。每类药物具有不同的降脂特点,见表 18-9。他汀类药物主要以降低 LDL-C 为主,同时有轻度降低 TG 和轻度升高 HDL-C 作用,他汀还具有抗炎作用,是逆转和稳定动脉粥样硬化斑块的重要药物,广泛应用于临床,是临床最重要的降低 LDL-C 药物。贝特类降脂药物主要降低 TG,同时有轻度降低 LDL-C 和轻度升高 HDL-C 作用,是临床上用于高 TG 血症的主要药物。烟酸类药物用于降低 TG,但是烟酸降脂作用需要大剂量,并且因面部潮红临床应用受限。树脂类和胆固醇吸收抑制剂用于降低 LDL-C,主要用于不能耐受他汀的患者。

该患者为混合性高脂血症,胆固醇和 LDL-C 明显升高,首选他汀药物治疗,同时进行生活方式改变和减轻体重对降低 TG 非常有益。

表 18-9 降脂药物分类及主要作用

分类	药物	作用机制	主要作用
他汀类	阿托伐他汀,辛伐他汀,瑞舒伐他汀,氟伐他汀,普伐他汀,洛伐他汀	竞争性抑制细胞内胆固醇合成早期过程中限速酶活性,上调细胞 LDL 受体,加速血浆 LDL 分解代谢,抑制 VLDL 合成	降低 LDL-C 为主,轻度降低 TG,轻度升高 HDL-C
贝特类	非诺贝特,苯扎贝特,吉非贝齐,氯贝丁酯	激活过氧化物酶增生体活化受体 α (PPAR α),刺激脂蛋白脂酶(LPL)、apoA I、apoA II 基因表达,抑制 apoC III 基因表达,增强 LPL 的脂酶活性,去除循环中富含 TG 的脂蛋白	降低 TG 为主,轻度降低 LDL-C,轻度升高 HDL-C
烟酸类	烟酸缓释片	抑制脂肪组织中的脂解,减少肝脏中 VLDL 合成和分泌	降低 TG 为主,轻度降低 LDL-C,轻度升高 HDL-C
树脂类	考来烯胺,考来替哌	为碱性阴离子交换树脂,在肠道内与胆酸呈不可逆结合,阻碍胆酸的肠肝循环,促使胆酸随大便排出,阻断胆汁酸中胆固醇重吸收	降低 LDL-C
胆固醇吸收抑制剂	依折麦布	口服后迅速吸收,广泛结合成依折麦布-葡萄糖苷酸,作用于小肠细胞的刷状缘,有效抑制胆固醇和植物固醇的吸收	降低 LDL-C

思路 2:选用何种他汀,药物剂量,服药时间?

临床上应用的他汀包括阿托伐他汀、瑞舒伐他汀、辛伐他汀、普伐他汀、洛伐他汀、氟伐他汀 6 种,首选他汀可以任选一种他汀治疗。不同他汀具有不同降脂效果,根据临床需要降脂强度选用他汀剂量,不同他汀剂量降脂效果见表 18-10,他汀类药物晚餐后或睡前服用,阿托伐他汀和瑞舒伐他汀可在任一时间服用。

该患者治疗靶目标值 LDL-C<3.37mmol/L,无动脉粥样硬化证据可选用任何一种他汀治疗,降脂强度为中等强度。定期检测血脂水平、药物副作用、患者耐受程度调整药物剂量。

思路 3:应用他汀的注意事项?

他汀类药物禁用于活动性肝病、失代偿性肝硬化及急性肝衰竭患者、不明原因丙氨酸转移

学习
笔记

表 18-10 不同他汀剂量降脂效果

药物	降低 LDL-C≥50%	降低 LDL-C 30%~50%	降低 LDL-C<30%
阿托伐他汀	40~80mg/d	10~20mg/d	
瑞舒伐他汀	20~40mg/d	5~10mg/d	
辛伐他汀		20~40mg/d	10mg/d
普伐他汀		40~80mg/d	10~20mg/d
洛伐他汀		40mg/d	20mg/d
氟伐他汀		80mg/d	20~40mg/d

酶 (alanine aminotransferase, ALT) 持续升高和任何原因 ALT 升高超过正常上限 3 倍。因此应用他汀药物治疗前应检查基础肝功能。非酒精性脂肪肝病或非酒精性脂肪性肝炎患者、慢性肝病或代偿性肝硬化、ALT 小于正常上限 3 倍的轻度肝损害患者可以应用他汀,但要密切监测肝酶变化。对肌病患者禁用,对他汀相关肌病高发人群应密切监测。目前研究证据表明肾功能不全患者可以服用他汀治疗,但要调整药物剂量。他汀类药物忌用于妊娠和哺乳期妇女。

临床病例 (续):2 个月后就诊

主观资料 (S):王先生,男性,55 岁,主因“突发心前区疼痛 30 分钟”就诊。

患者 30 分钟前无明显诱因出现胸痛,呈压榨样,伴大汗,恶心,含服速效救心丸症状不缓解就诊,急查心电图提示:窦性心律,Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联 ST 段抬高,心率 56 次/分。查体:血压 90/60mmHg,双肺呼吸音清晰,心率 56 次/分,未闻及病理性杂音。给予阿司匹林 300mg 嚼服,硝酸甘油舌下含服,急呼 120 转专科医院就诊。

因高脂血症口服辛伐他汀 20mg/d,不规律服药。仍吸烟,戒酒 2 个月。

【问题 8】高脂血症患者何时转诊?

思路:血脂异常合并以下情况需要转诊:①急性冠脉综合症(不稳定型心绞痛、急性心肌梗死)需要快速转诊。②急性卒中需要快速转诊。③急性胰腺炎需要快速转诊。④慢性稳定型冠心病患者需要进一步评价血管病变程度以及心功能状态时需要转专科医院进一步检查。⑤合并多脏器功能不全如心力衰竭、肾功能不全等情况时需要转专科医院治疗。⑥外周动脉粥样硬化考虑血运重建患者需要转诊。⑦需要进一步完善血脂异常相关检查患者,如病因筛查等需要转专科医院。⑧治疗效果不理想或出现严重不良反应患者需要转专科医院治疗。

临床病例 (续):专科医院治疗情况

急诊就诊后即刻给予氯吡格雷 600mg 口服,瑞舒伐他汀 20mg 口服,查体:血压 80/50mmHg,心率 48 次/分,未闻及病理性杂音,双肺(-)。心电图:窦性心动过缓,下壁 ST 段抬高心肌梗死。急诊进行冠状动脉造影提示:左主干、前降支、回旋支未见明显狭窄,右冠状动脉中段 100% 闭塞,在右冠行冠状动脉支架治疗。住院期间化验检查:TC 5.61mmol/L,TG 2.5mmol/L,HDL-C 1.63mmol/L,LDL-C 1.5mmol/L,肌钙蛋白 T 2.01ng/ml。出院诊断:冠心病,急性下壁 ST 段抬高型心肌梗死,心功能 1 级,心律失常-窦性心动过缓,单支病变(右冠),冠状动脉支架术后。患者在专科医院住院 7 天病情平稳出院,出院医嘱:阿司匹林 100mg/次,每日 1 次;氯吡格雷 75mg/次,每日 1 次;瑞舒伐他汀 20mg/d,单硝酸异山梨酯 40mg/d。转社区医院随访。

【问题 9】社区医师对血脂异常患者如何长期管理和随访?

思路 1:加强社区管理,增加血脂异常患者长期治疗依从性。



2012 年报道中国男性和女性血脂状况的大规模调查研究表明我国人口血脂水平明显升高,预计不久的将来由此带来的动脉粥样硬化心血管疾病大幅度增加。尽管目前临床上他汀使用率明显增加,但是在 TC 升高和边缘升高人群对血脂异常的知晓率、治疗率和控制率仍很差,分别为 11.0%、5.0% 和 2.8%,加强高脂血症患者社区管理,提高患者治疗依从性是我们面临的挑战。社区管理包括以下几个方面。

1. 完善健康档案。
2. 加强血脂异常的知晓率和血脂异常控制标准的知晓率。
3. 让患者知晓坚持治疗性生活方式改变对心血管疾病的影响。
4. 让患者知晓坚持血脂达标可以进一步减少心血管事件发生。
5. 与患者共同制订生活方式改变计划(包括戒烟、控制体重、体育锻炼、合理膳食)。
6. 进行心理疏导,帮助患者缓解生活压力。

7. 加强随访:每 4~6 周进行电话随访或门诊随访:①随访患者用药情况,指导治疗;②随访新发心脑血管事件,及时发现,及时治疗,及时转诊;③随访肝酶、肌酶等药物不良反应。

思路 2:ACS 患者的靶目标值及降脂强度。患者目前诊断 ACS,根据需要 2007 年中国血脂异常防治指南对于 ACS 患者降脂治疗靶目标值为 LDL-C<2.07mmol/L,2011 年 ESC/EAS 血脂异常处理指南对血脂异常治疗目标值是:极高危血脂异常患者治疗目标值为 LDL-C<1.8mmol/L 和(或)LDL-C 下降幅度 $\geq 50\%$,高危患者治疗目标值 LDL-C<2.5mmol/L,中危患者<3.0mmol/L。2014 年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议对于明确冠心病患者 LDL-C 靶目标值<1.8mmol/L,2014 年急性冠脉综合患者强化他汀治疗中国专家共识推荐 ACS 患者给予阿托伐他汀 40~80mg/d,使 LDL-C 低于 1.8mmol/L 或下降幅度大于 50%,并建议大剂量他汀维持 3~6 个月。因此患者应该选用阿托伐他汀每日 40mg 或瑞舒伐他汀每日 20mg,3~6 个月,靶目标值 LDL-C<1.8mmol/L,但是,应该强调的是我国患者对他汀药物的耐受性明显低于欧美国家患者,因此在使用大剂量他汀情况下需要密切观察他汀的耐受性和副作用。病情平稳阶段可选用中等剂量他汀治疗。

知识点

他汀类药物的给药剂量

2013 ACC/AHA 治疗血液胆固醇降低成人动脉粥样硬化心血管疾病风险指南采用不同风险人群给予不同剂量他汀治疗。

1. 对有临床动脉粥样硬化患者(包括急性冠脉综合征、心肌梗死病史、稳定或不稳定型心绞痛、冠状动脉或其他动脉血运重建、脑卒中、TIA、或可能为动脉粥样硬化病因的外周动脉疾病),年龄 ≤ 75 岁,如能耐受则给予高强度他汀治疗(LDL-C 下降幅度 $\geq 50\%$),不能耐受给予中等强度他汀治疗(LDL-C 下降幅度 30%~50%)。>75 岁给予中等强度他汀治疗。

2. 无临床动脉粥样硬化患者如果 LDL-C $\geq 4.92\text{mmol/L}$ (190mg/dl)给予高强度他汀药物治疗;LDL-C<4.92mmol/L(190mg/dl)年龄 40~75 岁,糖尿病患者给予中等强度他汀治疗,如评估 10 年动脉粥样硬化心血管病风险 $\geq 7.5\%$ 给予高强度他汀治疗。

3. 无临床动脉粥样硬化,无糖尿病,LDL-C<4.92mmol/L(190mg/dl)如评估患者 10 年动脉粥样硬化心血管病风险 $\geq 7.5\%$,同时年龄 40~75 岁给予中或高强度他汀治疗。如不符合以上条件应权衡他汀药物治疗的获益和风险,考虑药物之间相互作用,遵从患者意愿选择治疗。

4. 亚洲人群应慎重应用高强度他汀药物治疗。不推荐辛伐他汀 80mg/d。

5. 不再以具体血脂值作为靶目标,而是以 LDL-C 下降幅度评价他汀类药物治疗效果。



知识点

他汀药物治疗原则

1. 他汀类药物是治疗高脂血症的主要药物,以降低 LDL-C 为主,具有轻度降低 TG 作用和轻度升高 HDL-C 作用。
2. 他汀药物治疗降低动脉粥样硬化性心血管疾病的心血管事件发生。
3. 不同他汀药物不同剂量具有不同疗效。
4. 根据危险分层选用不同剂量他汀药物,达到不同靶目标值。
5. 应用他汀药物期间需要监测血脂、ALT、CK、血糖。

思路 3:长期管理血脂异常患者中需要多长时间随访?

长期口服降脂药物主要为两大类,一是他汀类降脂药物,二是贝特类降脂药物,前者占长期用药的绝大部分,两类药物的副作用和监测指标相似,下面主要叙述他汀类药物的长期监测和管理。

开始口服降脂药物时告知患者服药的利弊,告知患者用药的安全性,增加患者用药的依从性。用药后不适随时就诊,4~8 周检查肝功能、肌酶、血脂,进一步指导是否调整药物剂量。血脂达标,可以耐受正在服用的他汀剂量,无不良反应,每隔 6~12 个月再次复查相关指标。

思路 4:长期管理血脂异常患者中需要监测哪些指标?

1. 肌病 包括肌痛、肌炎和肌溶解。他汀药物治疗前后每次随访应询问患者是否有肌肉无力、疲乏、酸痛、痉挛和僵硬。应检查肌酸激酶(creatine kinase,CK),如果 $CK \leq$ 正常上限 5 倍,继续药物治疗,但要提醒患者注意肌肉症状,必要时监测 CK,如果有肌肉症状,规律监测症状变化和 CK。如果 $CK >$ 正常上限 5 倍停止治疗,检查肾功能,每 2 周检查 CK 一次。如果超过正常上限 10 倍注意横纹肌溶解发生,监测肾功能和尿常规。警惕肌病和肌酶升高人群,如老年人、影响治疗的疾病、多种药物治疗、肝脏和肾脏疾病。考虑引起 CK 升高原因如剧烈运动。如果持续升高考虑继发疾病。

2. 肝损害 临床常用丙氨酸转移酶(alanine aminotransferase,ALT)评价肝损害,他汀药物治疗前应检查 ALT 作为基础状态评估,治疗后随访时注意询问患者是否有食欲缺乏、恶心、尿色变深等,监测 ALT,如果 $ALT <$ 正常上限 3 倍继续药物治疗,4~6 周后再检查,如果 ALT 超过正常上限 3 倍停用他汀药物治疗,4~6 周内再检查 ALT,如果再次给予治疗应等到 ALT 恢复正常。

3. 新发糖尿病 随机临床试验表明在中等强度他汀药物治疗 1 年,100 个人中有约 0.1 人发生糖尿病,高强度他汀药物治疗 1 年,100 个人中有约 0.3 人发生糖尿病,而这些人群常常具有较高动脉粥样硬化风险,建议健康饮食模式,敦促体育运动,维持健康体重,戒烟,继续服用他汀药物治疗,减少心血管事件发生。

思路 5:长期管理血脂异常患者中注意合并用药的影响。

他汀类药物由肝脏细胞色素 P450(cytochrome P450,CYP450)进行代谢,当同其他 CYP 药物代谢系统相关药物合用时会产生药物之间不利影响,合用时采取谨慎、合理方法。见表 18-11。

思路 6:长期管理血脂异常患者中他汀药物不耐受或不达标怎么办?

1. 他汀药物不耐受

(1) 减少剂量或换用另一种他汀,应用患者可以耐受的最大剂量再评价治疗效果。

(2) 可以换用其他降脂药物如胆酸螯合剂、依折麦布等。

1) 胆酸螯合剂:考来烯胺(4~16g/d,分 3 次服用)、考来替泊(5~20g/d,分 3 次服用),禁忌证是异常 β 脂蛋白血症和 $TG > 4.52 \text{ mmol/L}$,主要不良反应胃肠不适、便秘、影响某些药物吸收。治疗



表 18-11 与他汀类药物代谢有关的肝酶 P450 系统及其诱导剂和抑制剂

他汀类药物	诱导剂	抑制剂
CYP3A4		
阿托伐他汀、洛伐他汀、辛伐他汀	苯妥英、苯巴比妥、比妥类、利福平、地塞米松、环磷酰胺、卡马西平、曲格列酮、金丝桃	酮康唑、伊曲康唑、氟康唑、红霉素、克拉霉素、阿奇霉素、三环类抑郁药、奈法唑酮、氟苯氧丙胺、氟西汀、舍曲林、环孢霉素 A、他克莫司、硫氮唑酮、维拉帕米、胺碘酮、咪达唑仑、皮质类固醇激素、西柚汁、他莫西芬、蛋白酶抑制剂
CYP2C9		
氟伐他汀、瑞舒伐他汀	利福平、苯巴比妥、苯妥英、曲格列酮	酮康唑、氟康唑、磺胺苯吡唑

中监测 TG,如升高停药。

2) 依折麦布常用:剂量 10mg/d,开始应用依折麦布时应注意 ALT,尤其与他汀合并应用时。ALT> 正常上限 3 倍停药。不良反应为头痛和恶心。

大量循证医学证据表明他汀在动脉粥样硬化疾病的一级预防和二级预防的作用是其调脂药物不能替代的,当有动脉粥样硬化性疾病和心血管疾病高危人群患者尽量保留他汀治疗。部分研究表明非他汀药物降低 LDL-C 可以减少 ASCVD 事件,因此在不能耐受他汀时可以选择用非他汀降低胆固醇药物。

2. 他汀药物达不到治疗目标

(1) 加大他汀药物剂量。

(2) 换用更强效果他汀药物;如辛伐他汀 20mg/d 换用阿托伐他汀 20mg/d。

(3) 联合用药

1) 他汀类药物联合胆固醇吸收抑制剂进一步降低 LDL-C。

2) 他汀类药物联合树脂类药物进一步降低 LDL-C。

3) 他汀类药物联合烟酸类药物用于升高 HDL-C,加强降低 LDL-C。

4) 他汀类药物联合贝特类药物用于治疗混合型高脂血症,但不与吉非贝齐联合,发生肌病概率增加,可以联合低到中等剂量非诺贝特。

5) 他汀类药物与 n-3 脂肪酸联合用于治疗混合型高脂血症。

【问题 10】如何治疗该患者的高甘油三酯血症?

思路 1:高甘油三酯血症诊断标准。

根据美国国家胆固醇教育计划成人治疗小组指南高甘油三酯血症诊断标准空腹 TG $\geq$ 2.3mmol/L 诊断高甘油三酯血症, $\geq$ 5.6mmol/L 为极高甘油三酯血症。美国内分泌学会将高甘油三酯血症分为正常(<1.7mmol/L)、轻度高甘油三酯血症(1.7~2.3mmol/L)、中度高甘油三酯血症(2.3~11.2mmol/L)、重度高甘油三酯血症(11.2~22.4mmol/L)、极重度高甘油三酯血症($\geq$ 22.4mmol/L)。

思路 2:高甘油三酯血症的危害。

甘油三酯致动脉粥样硬化作用仍存争议,极高甘油三酯血症主要风险是急性胰腺炎,一般升高的高甘油三酯血症可能有致动脉粥样硬化作用。

思路 3:高甘油三酯血症的治疗。

1. TLC 治疗 甘油三酯升高与饮食、血糖水平、运动、肥胖等有直接关系。治疗性生活改变对高甘油三酯血症治疗非常重要。

2. 药物治疗 目前治疗高甘油三酯血症的药物有贝特类、他汀类、烟酸类、n-3 脂肪酸。

(1) 贝特类:常用药物非诺贝特(0.1g/次,3次/日,微粒化胶囊 0.2g/d)、苯扎贝特(0.2g/次,3次/日)、吉非贝齐(0.6g/次,2次/日),绝对禁忌证是严重肾病和严重肝病,主要不良反应消化不良、胆石症、肝酶升高、肌病。应用非诺贝特治疗中定期评价肾功能,如果出现重度肾损害停药。



(2) 烟酸类:临床主要是烟酸缓释片(1~2g/次,2次/日),绝对禁忌证为慢性肝病和严重痛风,相对禁忌证溃疡病、肝毒性和高尿酸血症,不良反应为颜面潮红、高血糖、高尿酸、上消化道不适等。

(3) n-3 脂肪酸:常用剂量 0.5~1g/次,3次/日,不良反应少,主要是恶心、消化不良、腹胀、便秘,转氨酶升高、CK 升高。

思路 4:高甘油三酯血症治疗原则。

合并动脉粥样硬化疾病时首选他汀类药物治疗,既可预防心血管事件发生又有降低甘油三酯作用,但是重度高甘油三酯血症患者首选贝特类药物治疗,不推荐他汀类药物治疗。

该患者存在甘油三酯升高的许多因素,如饮食习惯、饮酒、超重等,同时存在明确的冠心病,治疗应从生活方式改变,同时给予他汀类药物治疗降低甘油三酯水平,也可联合 n-3 脂肪酸治疗高 TG。

知识点

高 TG 血症治疗原则

1. TG 升高 治疗性生活方式改变(TLC)非常重要,TG<5.6mmol/L 首选 TLC 治疗,观察 TG 变化。
2. 重度高甘油三酯血症首选贝特类药物治疗。
3. 动脉粥样硬化,TG<5.6mmol/L 建议 TLC 加他汀药物治疗。
4. 动脉粥样硬化,TG≥5.6mmol/L 建议联合用药:TLC+ 他汀药物治疗+贝特类药物治疗,但是肌病副作用升高,需密切监测。联合用药不选吉非贝齐;TLC+ 他汀类药物治疗+烟酸类;TLC+ 他汀类药物治疗+n-3 脂肪酸。联合用药一定慎重、合理,密切监测药物副作用。

【问题 11】重视血脂异常患者的家庭照顾。

血脂异常患者具有家族遗传倾向,家族性血脂异常与早发冠心病密切相关,因此对于血脂异常患者要重视家族因素筛查。除遗传因素外,家庭成员之间的生活方式和行为习惯具有行为共同性特征,家庭成员之间的生活方式、饮食习惯、健康概念等与血脂异常的发病、治疗及预后密切相关。血脂异常的长期管理也与家庭生活方式、家庭照顾和监督有着密切关系。血脂异常患者家庭照顾包括以下几个方面。

1. 社区医师应了解血脂异常患者家庭成员基本资料包括姓名、性别、年龄、家庭角色、职业、文化、健康问题、经济状况、生活环境等。了解家庭成员的患病情况,了解家庭成员相互之间关系是否和谐。了解家庭成员对血脂异常及其危害的认知程度。
2. 对于血脂异常患者建议家族成员进行血脂筛查。包括患者父亲、妻子、儿子、兄妹。明确是否存在家族遗传性高脂血症,必要时进行基因筛查。对于存在心血管病危险因素家庭成员进行血压、血糖、血管超声等筛查。
3. 社区医师应针对家庭存在的具体问题进行健康教育,对于存在血脂异常家庭成员进行心血管风险评估,做好一级预防和二级预防治疗。激励家庭成员共同努力,共同制订预防保健计划,改善不良生活方式,保证计划落实完成,克服困难,树立战胜疾病信心。
4. 社区医师做到定期家庭访视。对于血脂异常患者及其家庭成员进行定期访视,指导患者的治疗性生活方式改变以及药物治疗,监测药物副作用,监督家庭健康计划是否实施到位,对新发问题进行指导,发现家庭中潜在的危险因素。

(韩雅君)



参考文献

- [1] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南. 中华心血管病杂志, 2007, 35 (5): 1-30.
- [2] 中国医师协会心血管内科医师分会. 心血管疾病防治指南和共识 2014. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 25-36.
- [3] Yang W, Xiao J, Yang Z, et al. China National Diabetes and Metabolic Disorders Study Investigators. Serum lipids and lipoproteins in Chinese men and women. *Circulation*, 2012, 125 (18): 2212-2221.
- [4] 杜雪平, 席彪. 全科医生基层实践. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 209-219.
- [5] Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*, 2011, 32 (14): 1769-1818.
- [6] 霍勇, 葛均波, 韩雅玲, 等. 急性冠状动脉综合征患者强化他汀治疗专家共识. 中国介入心脏病学杂志, 2014, 22 (1): 4-6.
- [7] Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 2014, 63 (25): 2889-2934.
- [8] Berglund L, Brunzell JD, Goldberg AC, et al. Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012, 97 (9): 2969-2989.
- [9] 于晓松. 全科医学理论与循证实践. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 66-80.

第十九章 骨质疏松症

骨质疏松症(osteoporosis, OP)是以骨强度下降、骨折风险增加为特征的骨骼系统疾病,是临床上常见的代谢性骨病。本质是骨代谢的动态平衡紊乱,骨吸收超过骨形成。

骨质疏松症分为原发性和继发性。前者在社区中最常见,又分为绝经后骨质疏松症(常在妇女绝经后 5~10 年内发生)、老年骨质疏松症(一般指 70 岁后发生的骨质疏松);后者指由任何影响骨代谢的疾病和(或)药物导致的骨质疏松。2003~2006 年全国大规模流行病学调查估算 2006 年全国 50 岁以上人群大约有 6944 万人患骨质疏松症,约 2.1 亿人存在低骨量。但骨质疏松症的治疗人数占患病人数比例不足 1/9,低于高血压、高血脂的治疗比例。全科医生应积极普及骨质疏松知识,提高知晓率、诊断率和治疗率,做到早期诊断、及时规范治疗可减少骨折等严重并发症。

临床病例

主观资料:孙某,女,60 岁,以“背部痛 2 周”为主诉来社区全科门诊就诊。初步的病史采集如下:

患者 2 周前无明显诱因出现腰背部持续性锐痛,向左侧臀部放射,有夜间痛醒,活动时加重,休息时减轻;坐位时加重,平卧时减轻。无下肢无力、麻木。自行服用布洛芬、地塞米松,症状缓解不明显。精神弱,体力差,无大小便失禁,饮食睡眠欠佳,体重无明显变化。

既往史:25 岁时因双手、双腕、双足关节红肿疼,诊断类风湿关节炎,未规律诊治,长期自行服用泼尼松 10~30mg/日治疗,逐渐出现手足畸形,2 年前开始拄拐行走;半年前(2013-8-13)因腕关节、髌关节痛加重,就诊风湿免疫科门诊,开始规律服用甲氨蝶呤 15mg/周,硫唑嘌呤 50mg/日,仍同时自行长期服用泼尼松 15mg/日,症状好转后未随诊。1 年前摔倒致“右股骨头骨裂”,X 线提示骨质疏松。偶有血压偏高,最高 150/90mmHg,近 1 年服用尼群地平 10mg/日。3 岁时曾患“肺结核”,治疗不详。否认冠心病、糖尿病、肝炎病史。否认食物、药物过敏史。

个人史:不饮酒,不吸烟。初中学历,病退多年。

婚育史:已婚,育有 1 女,体健。丈夫退休工人。44 岁绝经,无绝经后阴道出血史。

家族史:父亲生前患高血压。母亲股骨颈骨折病史。姐妹 2 人,体健。

【问题 1】该患者的就诊目的是什么?

思路:患者因急性腰背痛就诊。因既往有类风湿关节炎病史,患者常常有骨关节痛的症状,此次急性腰背痛发作,患者担心类风湿关节炎复发,自行调整药物无效来诊。可以通过询问“您以前有没有背痛过?”“这次为什么疼痛 2 周才就诊?”“您最希望我帮您解决什么问题?”,获得相关信息,了解患者对于解决问题的预期。重视解答患者疑惑,从患者角度解释病情,可以提高依从性。

【问题 2】引起该患者症状的常见病有哪些?

思路 1:背痛是在全科诊所就诊的第三大原因,仅次于头痛、乏力。病因很复杂,背痛的分类首先是区别是脊柱相关的疾病,还是其他部位引起的,如胸、腹、盆腔的病变都可以引起背痛。



病程超过 6 个月称为慢性背痛。根据发病率,背痛病因可分为以下三个部分。机械性背痛无严重病理基础,预后良好,常常以下腰部痛为主,可有臀部或大腿牵涉痛,疼痛程度与活动或体位有关,随时间变化。神经根性疼痛,常常单侧,小腿疼痛为主,疼痛分布符合脊神经节段性,直腿抬高试验阳性(直腿抬高时,小腿疼痛加重,而腰背痛不加重),50% 患者 6 周内缓解。其他特征性疾病需要积极明确诊断和治疗,病因可以是创伤性、炎症性的、感染性的、血管性的、肿瘤性的,如骨质疏松性骨折、强直性脊柱炎、类风湿关节炎、脊柱结核、骨髓炎、布氏杆菌病、间歇性跛行、肿瘤骨转移等。

知识点

背痛常见病因分类

疼痛类型	发生率
机械性背痛	85%~95%
根性神经疼痛	5%
其他特征性疾病	1%~2%

思路 2: 此患者疼痛进行性加重,影响睡眠,常用非甾体抗炎药镇痛无效,考虑机械性背痛可能性小。结合有脆性骨折家族史和骨质疏松,应考虑有无胸腰椎骨折;背痛伴下肢放射性疼痛,应警惕有无椎间盘突出;结核感染病史,年龄较大,长期服用激素和免疫抑制剂,还应排除有无感染或肿瘤。

【问题 3】 可引起该患者症状的重要的不能被忽略的疾病有哪些?

思路 1: 全科诊所就诊患者,以常见病为主,但全科医生作为医疗保健的守门人,鉴别诊断时须排查严重疾病,主要是若延误诊治可能危及生命或导致伤残的疾病,或恶性疾病。

思路 2: 提示病情严重的危险因素有:起病年龄小于 20 岁或大于 55 岁;暴力创伤史;一般状态较差,如合并发热、畏寒、厌食、乏力、体重减低、盗汗等;持续性、进展性疼痛,影响睡眠,神经根性疼痛,普通镇痛药无效;平卧位疼痛加重;伴胸痛;伴畸形;伴严重脊柱屈曲受限;广泛神经病变或上运动神经元损害体征;抗凝治疗中;全身性糖皮质激素治疗史,免疫抑制剂或药物滥用史;肿瘤病史。

本例患者具有危险因素,应仔细排查。

知识点

全科医生必须想到的引起背痛的严重疾病

- 主动脉瘤或夹层
- 腹膜后血肿
- 硬膜外压迫综合征,包括脊髓受压、脊髓圆锥综合征、马尾神经综合征,常有尿便功能障碍
- 多发性骨髓瘤或恶性肿瘤骨转移

【问题 4】 除上述病史,全科医生还应采集哪些病史?

思路 1: 社区老年患者,可能有许多基础疾病,同时服用多种药物。全科医生在接诊患者时,除了针对主要症状问诊,还应综合评估患者全身健康状况、精神心理状态、行为模式等,提高患者管理效率、安全性和患者满意度。

思路 2: 此患者有类风湿关节炎的基础病,长期服用糖皮质激素和免疫抑制剂,应注意评估



类风湿关节炎活动度,询问激素相关副作用,如身高、体重、体型变化,血压、血糖、血脂、血常规监测结果,有无感染情况。长期服用镇痛药物,也应注意有无肝肾功能损害。患者自诉摔倒后“右股骨头骨裂”,应询问有无其他部位骨折史,并核实医疗记录。长期骨关节痛,应评估对其日常生活影响的程度,家庭成员支持力度,是否存在情绪障碍。如筛查抑郁状态,可通过以下两个简单问题:

1. 您经常感觉情绪低落、沮丧或者没有希望吗?
2. 您经常做事时提不起兴趣或者快乐不起来吗?

如果两个回答都是“否”,可除外抑郁;如果两个回答都是“是”,可进一步通过宗氏焦虑抑郁量表进一步明确。

病例续

再次详细询问,补充病史如下:患者此次腰痛发作,不伴手足、腕关节疼痛,无晨僵、发热。无干咳、咯血、盗汗。无多饮、多尿,无尿量减少、夜尿增多。无黄疸、苍白。夜间偶有上腹不适,伴饥饿感,进食后好转,无反酸,无黑便。近1周开始牙痛,进食时加重。半年前就诊查血 ALT 50U/L,ESR 50mm/h,血常规、胆红素、肾功能正常范围,X线提示“坐骨、耻骨体陈旧骨折,骨质疏松”。近半年未就诊,平时未监测血压。半年前身高 158cm,家人发现其近期身高减低。体型无明显变化。患者与丈夫居住;女儿已婚已育,独自居住,工作繁忙,每2周探望父母一次。患者丈夫从工厂退休后在一家私营机修厂打工,补贴家用。患者因类风湿关节炎10年前开始不能从事穿针、切菜等精细动作,日常洗漱、穿衣、二便可自理,常常自责拖累家人;近2周发作背痛,需家人护理,情绪更加低落,不愿就诊,认为自己无药可治,也担心花费太高。

【问题5】患者目前存在哪些健康问题?

思路:患者问题列表:①背痛的诊断及鉴别诊断;②类风湿关节炎;③长期激素治疗的副作用,如骨质疏松、高血压、可疑消化性溃疡;④骨盆陈旧性骨折;⑤结核感染史;⑥牙痛;⑦抑郁状态可能。其中背痛的诊治是首要矛盾。

【问题6】病史采集结束后,下一步查体应重点做哪些方面?

思路:查体应注意一般生命体征,心、肺、腹部情况,类风湿关节炎受累关节状况,脊柱外形、活动度和触诊、叩诊,下肢活动度、感觉、肌力和神经反射等。

病例续:社区门诊查体记录

客观资料:体温(T) 36.2℃,呼吸(R) 18次/分,脉搏(P) 85次/分,右上肢血压(BP) 160/100mmHg,轮椅推入病房,精神较弱,面容痛苦,库欣貌。右侧下颌第二磨牙触痛明显,牙龈红肿。甲状腺右下可及结节,直径2cm,质软。心率85次/分,心律整,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双肺听诊呼吸音清,无明显干湿啰音。腹软,无压痛,未及肝脾肿大,未及搏动性包块,血管无杂音。指关节畸形,双下肢不肿。

【问题7】上述门诊记录是否准确反映了患者的体征?

思路:病史和查体是全科医生鉴别诊断的基石。鉴别腰背痛,查体应包含以下项目:

1. 有无脊柱变形(前凸、后凸、侧凸)、脊柱活动度(前屈后伸、侧弯、旋转)异常、步态异常。
2. 下肢肌张力、肌力,皮肤轻触觉和针刺觉,下肢深感觉,腱反射。
3. 脊柱压痛、叩痛。枕髂距,肋髂距。
4. 诊断试验:直腿抬高试验,Schober 试验,4字试验等。

知识点

提示胸腰椎骨质疏松性骨折的常见体征

- 病历记录显示身高减少 3cm 以上。
- 胸腰椎节段棘突处压痛、叩痛。
- 枕墙距(平视前方,足跟和背部贴紧墙面时,测量后枕部与墙面的距离)大于 0cm。
- 肋髂距(在腋中线,肋骨下缘至骨盆上缘的距离)小于或等于 2 横指。

知识点

直腿抬高试验

患者去枕仰卧,双下肢平伸,检查者一手扶住患者膝部使膝关节伸直,另一手握住踝部并慢慢抬高,直至患者产生下肢放射痛为止,记录此时下肢与床面的角度,即为直腿抬高角度。正常人一般可达到 $80^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 。若抬高不足 70° ,且伴有下肢后侧的放射性疼痛,则为阳性。直腿抬高加强试验,是在直腿抬高试验阳性时,缓慢回落下肢至疼痛刚好消失,此时如果背伸患者同侧足,再次诱发根性痛,则为阳性。试验阳性提示神经根受压,常见于腰椎间盘突出症,也可见于单纯性坐骨神经痛。

病例续

补充查体结果如下:患者身高 154cm,体重 44kg,BMI 18.5。双侧掌指关节尺侧偏斜,手指多处天鹅颈样畸形,手、腕、足、膝关节无红肿压痛。脊柱后凸畸形,前屈、后伸、旋转受限,因疼痛不能行走。枕墙距 4cm,肋髂距 1 横指。胸 11 至腰 1 椎体压痛、叩痛阳性。Schober 试验阳性,直腿抬高试验、4 字试验阴性。脊柱旁肌肉紧张,下肢肌肉无强直或痉挛,肌张力正常,双下肢近端、远端肌力 V 级,膝腱反射、踝反射正常引出。未及针刺觉、轻触觉减退,跟-膝-胫试验阴性。巴氏征阴性。肛门括约肌收缩正常,肛周针刺觉无减低。

【问题 8】经过查体,患者的初步诊断是什么?需要与哪些疾病相鉴别?

思路:初步诊断骨质疏松性椎体骨折。需与肿瘤椎体转移、脊柱结核鉴别。病史和查体资料不支持类风湿关节炎发作、股骨头坏死、腰椎间盘突出。

【问题 9】该患者下一步应做的检查项目及其目的?

思路:为评估病情和鉴别诊断,临床怀疑骨质疏松骨折的患者应完成以下几项基本检查:

骨骼 X 线片:分析骨骼影像学的改变与症状、体征的关系

血常规,尿常规,大便常规,肝肾功能,血糖,电解质,心电图、腹部超声,了解患者器官功能情况。

血钙、磷、碱性磷酸酶、24 小时尿钙、磷,了解骨代谢一般指标。

双能 X 线骨密度仪测定腰椎和髋部骨密度。原发性骨质疏松症患者通常血钙、磷和碱性磷酸酶值正常,骨折时血碱性磷酸酶可轻度升高。若以上检查明显异常,则需转诊进一步鉴别诊断。

疑有继发性骨质疏松或其他骨骼疾病者可选择:血沉,血气分析,性腺激素,血 25-羟维生素 D、血 1,25-羟维生素 D、甲状旁腺激素,甲状腺功能,皮质醇,血免疫固定电泳、尿免疫固定电泳、尿尿轻链、骨髓形态学检查,肿瘤标志物,骨扫描,甚至骨活检等检查。

在社区诊所患者可先行胸腰椎 X 线片检查,和一般血常规、生化、血沉检查。



知识点

引起骨质疏松的常见疾病和药物

疾病	药物
甲状旁腺功能亢进	糖皮质激素
库欣综合征	肿瘤化疗药物
甲状腺功能亢进	肝素
糖尿病	抗惊厥药
性腺功能减退	免疫抑制剂(环孢素 A、他克莫司)
酒精性肝病	长效孕激素
严重肝病	他莫昔芬
胃切除术后	
慢性吸收不良综合征	
淋巴瘤	
多发性骨髓瘤	
类风湿关节炎	
慢性阻塞性肺疾病	

知识点

骨质疏松症的诊断

骨质疏松症患者早期常常没有自觉症状,少数患者有骨骼疼痛。典型症状如脊柱畸形、骨折是晚期表现。所以骨质疏松症诊断,重视辅助检查。

- 根据临床诊断:有脆性骨折史,即非外伤或轻微外伤发生的骨折。
- 根据骨密度诊断:骨密度值低于同性别、同种族正常成人的骨峰值 2.5 个标准差以上,及 T 值 ≤ -2.5 。

病例续:社区门诊辅助检查

客观资料:

血常规正常范围,血丙氨酸转移酶 21U/L,碱性磷酸酶 55U/L,血钙 2.15mmol/L,血磷 0.96mmol/L,肌酐 45 μ mol/L,血钾 4.3mmol/L,空腹血糖 4.6mmol/L,超敏 C 反应蛋白 6.39mg/L,血沉 25mm/h,血浆白蛋白和球蛋白比例 2.0。总胆固醇 5.84mmol/L,总甘油三酯 3.54mmol/L。24h 尿钙 4.99mmol。

心电图:窦性心律,心电图正常。腹部超声:胆囊多发结石,胆囊壁毛糙,双肾回声稍增强,皮质稍变薄。肝、脾、胰腺未见明显异常。

X 线:胸椎、腰椎曲度变直,椎体骨质密度减低,骨小梁模糊,约 T₁₁~T₁₂ 椎体楔形变,椎体上缘终板硬化,椎间隙未见明显狭窄,小关节显示欠清,韧带未见钙化。L₃ 椎体变扁,椎间隙变窄、密度增高。腹主动脉钙化(图 19-1)。



图 19-1 患者脊柱侧位 X 线片

学习
笔记



【问题10】患者的确定诊断是什么？

思路：患者当前最主要的诊断是骨质疏松症，胸₁₁₋₁₂椎体压缩性骨折，牙龈炎。

【问题11】应给予患者什么初步治疗方案？

思路：嘱患者暂时卧床休息，睡硬质平板床。给予易消化饮食，保证营养，维持大便通畅。积极镇痛治疗，可选择曲马多或氨酚羟考酮。开始基础骨营养治疗，钙三醇 0.25μg/d，钙尔奇 D 每天 600mg。口服甲硝唑 0.2g，3 次/日，淡盐水漱口，治疗牙龈炎。疼痛控制后评估血压情况，继续监测血糖。

知识点

急性骨质疏松性脊椎骨折的治疗原则

1. 充分镇痛 轻度疼痛可选非甾体类抗炎药，如布洛芬、对乙酰氨基酚；无效，或中重度疼痛，选用阿片类或和降钙素。
2. 活动方式调整 充分休息，但不主张绝对卧床。疼痛减轻后可行背部过伸练习和提臀练习。
3. 急性期或亚急性期可短期使用支具，长期使用会继发肌肉萎缩。
4. 抗骨质疏松治疗。
5. 如果存在脊椎不稳定情况，或疼痛持续不缓解，及时转诊。

【问题12】该患者是否需要转诊至专科？转诊的目的是什么？

思路：患者疾病较复杂，应转诊至专科，协助重点解决以下几个问题：

1. 患者新发椎体骨折，疼痛明显，有轻度放射痛，请骨科评估脊柱稳定性，是否需要手术，指导镇痛、康复等。
2. 严重骨质疏松，但不能除外消化性溃疡，双磷酸盐使用有顾虑，请内分泌指导抗骨质疏松药物治疗。且进一步明确甲状腺结节性质。
3. 骨质疏松考虑与长期糖皮质激素使用有关，请风湿免疫科调整激素至最小需要剂量，直至停用。
4. 情绪障碍，请心理医学科评估和干预。

病例续：专科门诊辅助检查

血清甲状旁腺激素 39.2pg/ml。

性激素：促卵泡素 51.8mIU/ml，黄体生成素 24.87mIU/ml，雌激素 3.7pg/ml，催乳素 11.55ng/ml。

游离甲状腺素 T₃、T₄ 正常范围，促甲状腺激素 1.67mIU/L。

免疫固定电泳阴性。

甲状腺超声：甲状腺多发囊实性结节，最大者位于右叶下极，直径 1.8cm，周边和内部无明显血流信号，颈部淋巴结未及肿大。骨密度结果如表 19-1。

表 19-1 双能 X 线吸收法检查患者骨密度值

部位	骨量 g/cm ²	T 值
腰 ₁₋₄	0.996	-1.1
股骨颈	0.475	-3.8
股骨大转子	0.217	-4.9
全髋	0.396	-4.5

【问题 13】该患者最终的确定诊断有哪些？

思路：患者腰椎与髌部骨密度值相差悬殊，考虑与腰椎骨质增生、腹主动脉钙化，造成骨密度假性增高有关。长期使用糖皮质激素应是骨密度低下的主要原因，结合患者脆性骨折家族史，不除外合并原发性骨质疏松。其最终诊断如下：

骨质疏松症与激素相关性可能性大，原发性骨质疏松不排除， T_{11} 、 T_{12} 压缩性骨折、骨盆陈旧性骨折、腰椎退行性变，类风湿关节炎（非活动期）、结节性甲状腺肿、高血压、高血脂、胆囊结石、牙龈炎、消化性溃疡待除外。

知识点

骨密度检查须知

- 骨密度检查方法多样，包括骨 X 线片、双能 X 线吸收测定法、定量计算机断层照相术、定量超声技术。其中双能 X 线吸收测定法是当前国际学术界公认的骨质疏松症诊断的金标准。
- 骨密度的单位是 g/cm^2 ，测定值受骨质增生、损伤、软组织异位钙化和体位等影响。
- 临床上推荐测量的部位是腰椎 L_{1-4} 、髌部和股骨颈。
- T 值用于评价围绝经期、绝经后妇女和 50 岁以上男性的骨密度水平。Z 值主要用于评价绝经前女性和 50 岁以下的男性。
- 定量超声测定，因价廉、便携、无放射线，适合孕妇和儿童，可检测跟骨、胫骨、髌骨及指骨，多用于基层医院或人群筛查。但无超声诊断骨质疏松症的统一标准。

病例续：转诊回社区门诊随访

专科意见如下：患者长期服用抗类风湿关节炎药物，目前有腹部症状，警惕消化性溃疡，无法使用口服双磷酸盐，且有牙龈炎，暂不考虑用静脉双磷酸盐，先处理口腔情况。因骨痛明显，可增加依降钙素（益盖宁）20 IU 肌内注射，每周 1 次。骨科考虑目前为稳定性胸椎骨折，可继续保守治疗。风湿免疫科认为目前类风湿关节炎病情稳定，泼尼松每周减量 5mg 至停用。

因患者行动不便，全科医生至患者家庭随访。

【问题 14】该患者随访的项目有哪些？控制目标是什么？

思路 1：近期随访项目：背痛症状和功能锻炼情况，下肢神经系统症状和体征。口腔和胃肠道情况。

思路 2：长期随访项目：血钙、磷，尿钙、磷变化。骨密度变化，有无新发骨折，活动能力。药物相关副反应，如胃肠道症状、下颌骨病变、肝肾功能。小关节症状和功能，血沉、C 反应蛋白。血压。甲状腺结节变化。

思路 3：针对骨质疏松症和骨折，短期目标是缓解疼痛，促进功能恢复，并注意防治骨折相关的并发症，如褥疮、肺部感染、泌尿系感染等。长期目标是维持或减缓骨密度减低，防止再发骨折，因此口腔症状稳定后应再请专科评估，尽早开始双磷酸盐治疗。

知识点

骨质疏松症的一般防治措施

建议	指导
补钙，推荐钙摄入量 1000mg/d，绝经后妇女为 1500mg/d	低脂、低盐饮食，多吃奶制品、鱼肉和新鲜蔬菜，必要时补充钙制剂（钙片或冲剂等）

续表

建议	指导
增加维生素 D,推荐剂量 400~800U/d	适当日照,口服维生素 D 补充剂,老年人或肝肾功能障碍者使用活性维生素 D
推荐每日负重锻炼 30 分钟	负重锻炼如跑步、跳舞、爬楼、打球等(游泳、骑自行车等不属于负重锻炼)
调整生活方式	戒酒、戒烟,慎用影响骨代谢的药物
安全的家庭环境,防止跌倒	扶手,浴室有防滑措施,卧室有夜灯等 使用拐杖、助步器等

【问题 15】对患者的管理中,最难处理的问题是什么,应怎样解决?

思路 1:此患者既往病史提示随诊不及时,治疗不规范,依从性较差。而骨质疏松症和类风湿关节炎均需要长期正规治疗,如何提高患者依从性是关键和难点。可通过密切医患沟通增加依从性。通过家庭会议,鼓励患者本人和家属表达对疾病的认识和希望,帮助患者树立疾病可防可控的信心,介绍治疗不当的严重后果,邀请家属鼓励和监督患者。适当增加早期随诊频率,必要时可进行电话随访。

思路 2:患者直系亲属(其姐妹和女儿)具有骨质疏松症的危险因素,应重视对其宣教,鼓励其开始骨质疏松的一级预防,评估危险因素,必要时建议就诊内分泌专科。

知识点

骨质疏松症防治分级

- 一级预防:针对儿童、青少年,争取获得最大骨量峰值
- 二级预防:主要针对绝经前后的女性,减少骨量快速丢失
- 三级预防:主要是针对已有骨质疏松的老年人,防治严重并发症;防止已有骨折患者再发骨折

知识点

骨质疏松症的危险因素

- 不可更改因素
人种(黄种人和白种人风险高于黑人)、高龄、绝经后女性、母系家族史
- 可更改因素
吸烟、过度饮酒、饮过多咖啡、蛋白质摄入过多或不足、高钠饮食、钙和(或)维生素 D 缺乏、缺乏体力活动或制动、低体重、性腺功能低下、影响骨代谢的疾病或药物。

知识点

骨质疏松症患者转诊至内分泌专科的指征

- 首次确诊骨质疏松症的患者
- 骨量低下患者(骨密度: $-2.5 < T \text{ 值} \leq -1.0$)并存在一项以上骨质疏松危险因素,无论是否有过骨折
- 无骨密度测定条件时,具备以下情况之一者,也需考虑药物治疗:
—已发生过脆性骨折



—亚洲人骨质疏松自我筛查工具(Osteoporosis Self-assessment Tool for Asians, OSTA)筛查为“高风险”

—世界卫生组织推荐的骨折风险预测简易工具,计算出髌部骨折概率 $\geq 3\%$ 或任何重要部位的骨折概率 $\geq 20\%$ 。

具备以上情况之一者,需考虑抗骨质疏松药物治疗,应转内分泌专科评估

• 知识点扩展或问题延伸

【问题1】骨密度和骨折的关系是什么?

骨折风险与骨强度直接相关,骨强度由骨矿密度和骨质量共同决定。骨密度测量骨量,其变化能够反映 60%~70% 的骨强度。某些情况下,骨密度正常,但骨结构紊乱,强度减低,仍然容易发生骨折。

【问题2】普通社区居民何时需要考虑行骨密度检查?

骨质疏松症患病率高,可防可治,全科医生应推动社区居民筛查,具有以下一项者推荐检查骨密度:

- 65 岁以上女性和 70 岁以上男性,无论是否有其他骨质疏松危险因素;
- 65 岁以下女性和 70 岁以下男性,有一个或多个骨质疏松危险因素;
- 有脆性骨折史和(或)脆性骨折家族史的成年男女;
- 各种原因引起的性激素水平低下的成年男女;
- X 线摄片提示骨质疏松改变者;
- 接受抗骨质疏松治疗者监测疗效;
- 有影响骨代谢疾病史或药物使用史;
- “国际骨质疏松症基金会骨质疏松症风险一分钟测试题”回答结果阳性;
- 亚洲人骨质疏松自我筛查工具(Osteoporosis Self-assessment Tool for Asians, OSTA)结果 ≤ -1 。

知识点

国际骨质疏松症基金会骨质疏松症风险一分钟测试题

- (1) 您是否曾经因为轻微的碰撞或跌倒而损伤骨骼?
 - (2) 您的父母有没有过轻微碰撞或跌倒就发生髌部骨折?
 - (3) 您有连续 3 个月以上服用“可的松、泼尼松”等激素类药品吗?
 - (4) 您身高是否比年轻时降低了(超过 3cm)?
 - (5) 您经常大量饮酒吗?
 - (6) 您每天吸烟超过 20 支吗?
 - (7) 您经常患腹泻吗?(因消化道疾病,如肠炎等引起)
 - (8) 女士回答:您是否在 45 岁之前就绝经了?
 - (9) 女士回答:您是否曾经连续 12 个月以上没有月经(孕期、哺乳期除外)?
 - (10) 男士回答:您是否患有阳痿或者缺乏性欲这些症状?
- 只要其中有一题回答结果为“是”,即为阳性。



知识点

亚洲人骨质疏松自我筛查工具 (Osteoporosis Self-assessment Tool for Asians, OSTA)

OSTA 指数计算方法是:(体重 - 年龄)×0.2,结果评定如下。

风险级别	OSTA 指数
低	> -1
中	-1~-4
高	< -4

【问题 3】人体骨代谢随年龄变化的特点是什么?

人类随年龄变化,骨代谢的特点大致可分为以下几个时期:

1. 骨量增长期 出生至 20 岁,其中青少年时期是体内骨量增长、钙贮存量增加最快的阶段。骨量缓慢增长期:20 岁至 30 岁,每年骨钙增长率为 0.5%~1%。
2. 骨量相对稳定期 30 岁至 40 岁,此期达到一生中骨量峰值。
3. 骨量丢失期 女性 40 岁至 49 岁,男性 40 岁至 65 岁。骨量缓慢丢失,女性年丢失率 0.4%~0.6%,男性为 0.3%~0.5%,进入负钙平衡。
4. 骨量快速丢失期 主要指女性绝经后,骨量丢失达到每年 1.5%~2.5%。
5. 骨量缓慢丢失期 65 岁以上普通成人,钙量丢失减慢,身体继续保持负钙平衡。

【问题 4】饮食补钙如何选择食物?

饮食补充钙是最经济、安全的选择,下面列举了各种食物类别中是含钙较丰富的品种。

1. 主食 燕麦片、咸面包、小米、烧饼、标准粉。
2. 鱼虾肉类 虾、羊肉、鲫鱼、黄鱼。
3. 蛋奶类 咸鸭蛋、牛奶、鸡蛋。
4. 豆制品 素鸡、黄豆、豆、腐竹。
5. 蔬菜 黄花菜、花生米、水发海带、油菜、芹菜、白菜、菠菜。

(曾学军)

参考文献

- [1] 卫生部医政司. 临床路径(合订本). 北京:人民卫生出版社,2012.
- [2] Andrew Clarke, Alwyn Jones, Michael O' Malley, et al. ABC of spinal disorders. Blackwell Publishing Ltd, 2010.
- [3] 孟迅吾. 骨质疏松症 300 个怎么办?. 北京:中国协和医科大学出版社,2008.
- [4] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 原发性骨质疏松症诊治指南(2011 年). 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2011,04(1):2-17.
- [5] 于康. 于康说营养钙论. 北京:中国协和医科大学出版社,2013.
- [6] John Murtagh. JOHN MURTAGH'S GENERAL PRACTICE.5th ed. McGraw-Hill Medical Publishing, 2011.

第二十章 骨 关 节 炎

骨关节炎(osteoarthritis, OA)是指由多种因素引起关节软骨纤维化、皲裂、溃疡、脱失而导致的慢性进行性骨关节疾病。OA 以中老年患者多见,60 岁以上的人群中患病率可达 50%,75 岁的人群中则高达 80%。如不及时规范治疗,该病的致残率可高达 53%。骨关节炎好发于负重大、活动多的关节,如膝、脊柱(颈椎和腰椎)、髋、踝、手等关节。本章主要讨论原发性膝 OA,我国已进入老龄化社会,膝 OA 患者逐年增加,本病不仅严重影响患者生活质量,也给社会带来沉重医疗负担。但目前该病发病机制及病因尚不十分清楚,我国对本病的防控还处于二、三级防治阶段。膝 OA 早期一般无明显临床症状,需要在社区膝 OA 筛查时才能发现,社区医院是膝 OA 患者筛查和长期随访的主要医疗机构,因此全科医生将成为骨关节炎一、二级预防的主要力量。

临床病例

主观资料:张某,女,55 岁,教师,以“左膝关节间断肿痛 5 年,加重 1 个月”为主诉来社区门诊就诊。初步病史采集如下。

现病史:患者于 5 年前爬山后出现左膝关节疼痛,休息、热敷后症状缓解。此后每当劳累或着凉后症状复发,主要为上下楼及蹲起疼痛明显,同时伴关节僵硬感,偶伴肿胀,给予口服镇痛药、膏药贴敷(具体不详)治疗后症状好转。1 个月前晨练后左膝关节再次出现肿痛,上述治疗无明显好转,且膝关节疼痛加重,肿胀明显,伴小腿后疼痛,行走困难。为明确诊断及治疗今日就诊于社区医院。患者自诉患病以来无寒战高热、无低热盗汗、无全身游走性疼痛,饮食、睡眠正常,精神状况尚可,大小便正常。

既往史:否认肝炎、结核等传染病史;否认高血压,冠心病,糖尿病史;否认重大外伤及手术史;无药物过敏史。

个人史:无吸烟、饮酒等不良嗜好,喜高能量饮食,以教师为职业,经常参加爬山、打网球等运动。

婚育史:已婚,育有 2 子 1 女,家人均体健。

家族史:否认家族遗传疾病病史,父母身体健康。1 姐 1 弟均健康。

【问题 1】通过上述问诊,全科医生首先应做出哪些判断?

思路 1:患者此次就诊的主要原因是“左膝关节疼痛”,那么全科医生应首先明确引起膝关节疼痛的病因有哪些?临床上,引起膝关节疼痛的病因有外伤、炎症、退变性疾病等。

知识点

关节痛的常见病因

分类	代表疾病
外伤	扭伤、拉伤、骨折、脱位等
感染	化脓性、结核性关节炎等
晶体性关节病	痛风
退行性关节病	OA



续表

分类	代表疾病
恶性肿瘤	原发或转移性骨肿瘤,白血病
风湿病	类风湿关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮
髋关节疾病	股骨头坏死等
腰椎疾患	腰椎管狭窄
其他	药物反应(如青霉素、巴比妥)

思路 2:关节痛是一个临床常见、但非特异的症状。引起膝关节疼痛的病变有很多。全科医生首先应通过问诊进行鉴别诊断,必须仔细的采集病史,详细的病史可以使医生获知与病变有关的信息,为了进一步提供鉴别诊断的线索,需要对现病史进行以下完善。

症状出现前膝关节是否受过外伤?除膝关节疼痛外是否伴随其他关节疼痛?手部小关节是否曾经肿痛?若有是否为对称性肿痛,具体关节部位?患者晨起时关节僵硬大约持续多长时间?活动后是否有好转?是否伴有夜间痛?是否伴有膝关节交锁?是否伴有腰痛及下肢放射痛?是否伴有髋关节疾患?是否进行过系统治疗?具体治疗方式有哪些?是否用药?用药的名称与剂量如何?

思路 3:除现病史外,既往健康状况包括饮食习惯、职业性质、运动情况等以及性别、遗传等可能与其现患疾病有一定的关系,所以还需完善以下病史:

- (1) 既往史:是否存在肥胖、炎性关节病、遗传代谢疾病病史等。
- (2) 个人史:职业性质和运动情况,饮食习惯,家庭情况,是否参加过健康教育等。
- (3) 月经史:女性要注意月经情况,是否闭经。
- (4) 家族史:直系亲属中是否有 OA 疾病病史者?

知识点

OA 的危险因素

OA 的确切原因尚不清楚,可能与以下几种因素相关:

- (1) 年龄:本病患病率随年龄增长而增加。
- (2) 性别:女性发病率高于男性,尤其是绝经后妇女。
- (3) 肥胖:主要原因是超重造成关节额外机械负荷。
- (4) 遗传:OA 的发病存在遗传性,尤其是手部远端指间关节的 OA(Heberden 结节)发生明显与遗传相关。
- (5) 反复过度性应力:本病与长期职业性及运动性应力过度有关。如矿工的膝关节、举重运动员的脊柱关节等。
- (6) 关节外伤史:关节受伤后即使没有关节软骨损伤,但只要存在关节不稳等因素,关节软骨就会很快发生退行性改变而出现骨关节炎。
- (7) 炎性关节病史:如化脓性关节炎、结核性关节炎等。

【问题 2】通过上述临床资料,该患者可能的诊断是什么?

思路 1:患者中年、女性、左膝关节间断肿痛 5 年伴关节僵硬,劳累或着凉后易复发,休息后缓解,平时爱好爬山、打网球等剧烈运动,根据以上线索全科医生应考虑左膝 OA 的诊断。

思路 2:该患者目前存在哪些膝关节骨关节炎危险因素?

- (1) 患者,55 岁,绝经期女性。

- (2) 肥胖:增加关节额外负荷。
- (3) 运动方式:该患者喜欢爬山、打网球运动,增加关节软骨磨损。
- (4) 健康意识差,缺乏健康知识。

思路 3:OA 和类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是临床常见病,在患病早期,存在一些类似表现。有时两种疾病共存。故在诊断 OA 的同时,需要与 RA 相鉴别。

知识点

RA 典型临床表现及辅助检查

发病年龄较小,以 30~50 岁居多,男女之比 1:3。起病可急可缓,往往休息后症状加重。主要表现为多关节、小关节、对称性关节的受累,关节肿胀多见,关节外表现多见,常伴有全身症状。

- 1. 关节表现为:
 - (1) 持续 1 小时的晨僵对 RA 有诊断意义。
 - (2) 多关节、小关节、对称性关节的疼痛及肿胀,尤其是近端指间关节、掌指关节和腕关节的疼痛及肿胀。
 - (3) 关节畸形,有梭形肿胀、尺侧偏斜畸形、近端指间关节掌侧半脱位、峰谷畸形、尺侧半脱位、纽扣花和天鹅颈畸形、爪形手、望远镜手、翘指畸形、跟骨外翻畸形等。
 - (4) 骨质疏松。
- 2. 关节外表现 可伴有类风湿结节、心包炎、肺间质纤维化等关节外表现。
- 3. 实验室检查 血沉(ESR)增快,类风湿因子(RF)常阳性且滴度高。抗链“O”一般正常,C 反应蛋白增高。
- 4. X 线检查 以关节破坏为主,可见骨质疏松、关节间隙的狭窄、关节面下的囊性变、病变进一步发展,关节纤维性僵直或骨性强直。

知识点

RA 与 OA 的主要鉴别点(图 20-1)

	RA	OA
发病年龄	30~50 岁为发病高峰	50 岁以后发病多见
诱发因素	不定	创伤,肥胖,先天异常
起病	缓慢,偶为急性	缓慢
全身症状	有	几乎无
晨僵	>30 分钟	<30 分钟
受累关节	多发、对称、四肢大小关节	远端指间、膝、髌和颈及腰椎
皮下结节	(+)	(-)
Heberden 结节	(-)	(+)
Bouchard 结节	(-)	(+)
类风湿因子	(+)	(-)
X 线特征	软组织肿胀,关节间隙变窄,关节变形,半脱位,强直	骨赘,骨硬化,可有关节间隙变窄



Heberden 结节

Bouchard 结节



图 20-1A 骨性关节炎手部外观

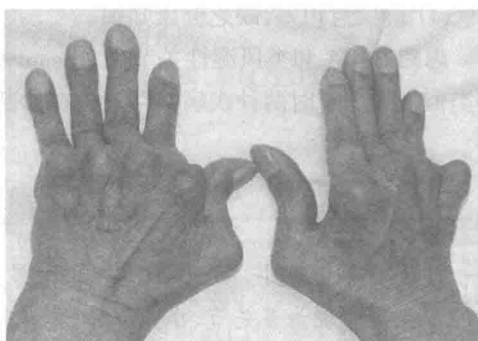


图 20-1B 类风湿关节炎手部外观

思路 4: 根据症状、体征及 X 线片诊断 OA 并不难, 必要时需要借助实验室检查及其他辅助检查, 如 MRI。

知识点

OA 的辅助检查

1. 实验室检查 血常规、蛋白电泳、免疫复合物及血清补体等指标一般在正常范围。伴有滑膜炎的患者可出现 C 反应蛋白(CRP)和血沉(ESR)轻度升高, 类风湿因子(RF)阴性。
2. 关节液常规检查 多数黄白色, 透明清亮, 黏蛋白凝集实验正常, 白细胞不高或轻度升高, 蛋白浓度轻度升高, 糖水平与血糖平行。
3. X 线检查 以增生为主, 非对称性关节间隙狭窄, 软骨下骨硬化和(或)囊性变, 关节边缘增生和骨赘形成, 部分关节内可见游离体或关节变形。

X 线片仍为该病的常规检查及追踪病情变化的金标准。若 X 线表现不典型, 需进一步完善 MRI 检查, MRI 能清晰显示关节软骨、滑膜、半月板、关节内和关节周围韧带和骨髓水肿, 能直接反映软骨的厚度, 甚至软骨基质损害状态, 有利于早期诊断。但 MRI 的价格昂贵, 目前还不能作为常规检查, 也不能替代 X 线片的地位(图 20-2)。

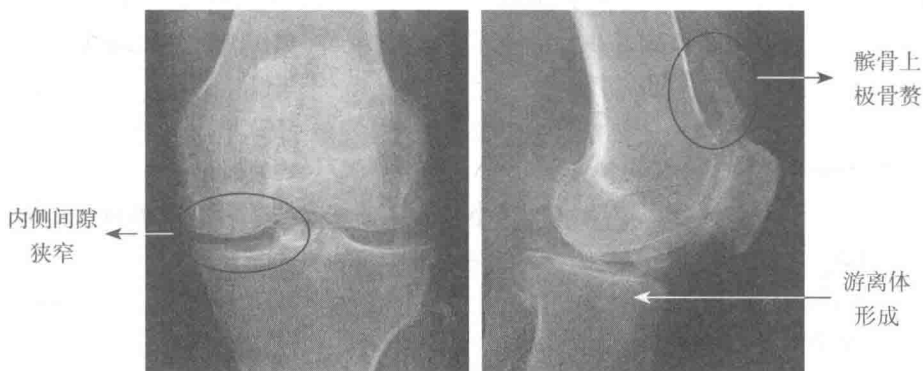


图 20-2 骨关节炎典型 X 线特征



图 20-2(续)

病历续:社区门诊查体记录

客观资料:体格检查:体温(T) 36.7℃,脉搏(P) 80 次 / 分,呼吸(R) 20 次 / 分,血压(BP) 114/71mmHg,BMI 32kg/m²。左膝内侧压痛(+)。浮髌试验:左侧(+),右侧(-);过伸痛:左侧(+),右侧(-);过屈痛:左侧(+),右侧(-)。

【问题 3】上述门诊查体是否准确反映了患者的体征?

思路 1:上述门诊查体还不完善,需要进一步进行补充。应描述膝关节有无畸形、肿胀程度、皮温、关节活动度及关节稳定性等。

思路 2:因为闭孔神经在支配髋关节同时有分支支配同侧膝关节,所以髋关节病变可以产生同侧膝关节区域的疼痛或不适,甚至以膝关节症状为主诉;而来自脊柱的放射性疼痛也可向下肢放散,L₄ 神经根受压可能出现膝关节内侧疼痛症状,L₅ 神经根受压可能出现膝关节外侧疼痛症状。所以全科医生问诊及查体时,必须注意髋部有无疼痛、活动受限,注意腰部查体及下肢神经系统查体。

补充查体:双膝关节无内外翻畸形,左膝关节肿胀明显,左膝皮温略高于右膝,左膝内侧压痛(+)。浮髌试验:左侧(+),右侧(-);髌磨试验:左侧(+),右侧(-);膝关节 ROM:左侧 100°~0°~0°,右侧 130°~0°~0°;过伸痛:左侧(+),右侧(-);过屈痛:左侧(+),右侧(-);侧方应力试验:左侧(-),右侧(-);前抽屉试验:左侧(-),右侧(-),后抽屉试验:左侧(-),右侧(-);Lachman 试验:左侧(-),右侧(-);McMurray 试验:左侧(+),右侧(-)。双侧髋关节无畸形,髋关节活动正常;双侧 Thomas 征(-),“4”字试验(-)。脊柱外观无畸形,活动无受限,腰椎棘突及棘间无压痛,双侧直腿抬高试验(-),双侧股神经牵拉试验(-);双下肢肌力 V 级,肌张力正常;双下肢感觉正常,双下肢生理反射存在,病理反射未引出。

病历续:社区门诊辅助检查

实验室检查:血常规:白细胞:9.52×10⁹/L,血红蛋白:149g/L,血小板:206×10⁹/L。尿常规:尿比重:1.025,尿葡萄糖(-),WBC(-),蛋白(-),潜血(-),血沉 25mm/h,C 反应蛋白 9mg/L。

左膝关节正侧位 X 线片(负重位):左膝关节内侧间隙可见轻度狭窄,软骨下骨轻度硬化,关节边缘见少量骨赘形成。

知识点

X线片拍摄

患者应在站立状态下拍摄膝关节正侧位X线片,因为这样能更准确地反映关节的力线和畸形程度。一般情况下,负重状态拍摄的膝关节间隙狭窄或畸形程度往往要重于卧位拍摄的X线片所显示的病变。

【问题4】OA分类及诊断标准。

思路1:OA的分类方法。

(1) 按病因,OA分为原发性和继发性两类。原发性骨关节炎多见于中老年人,无明确的全身或局部诱因,发病与遗传、体质及退行性变等因素有关。

继发性OA常见因素有:①外伤性,如关节内骨折、脱位、半月板损伤;②先天性或遗传性,如膝关节骨发育不良,膝内、外翻畸形等;③炎症性关节疾患,如化脓性关节炎、结核等;④其他疾病,如内分泌病、血友病、神经源性关节病(Charcot关节)、痛风等。

(2) 按病变范围可分为局限性和全身性OA。OA累及的关节常是如下的一组或多组的组合:远端指间关节、近端指间关节和手指第一掌指关节;颈椎和腰椎的骨突关节;足的第一跖趾关节;膝关节及髌关节。这些关节组的受累通常是双侧,关节的数量也因人而异。有3个或3个以上的关节组受累为全身性OA,但几乎均累及小关节。

(3) 按有无临床症状分为症状性OA和放射学OA。

思路2:按照目前临床上常用1995年美国风湿病学会修订的膝关节的骨关节炎诊断标准。

知识点

1995年美国风湿病学会修订的诊断标准

1. 近1个月内反复膝关节疼痛;
2. X线片(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成;
3. 关节液(至少2次)清亮、黏稠,白细胞 <2000 个/ml;
4. 中老年患者(≥ 40 岁);
5. 晨僵 ≤ 30 分钟;
6. 活动时有骨摩擦音(感)。

注 综合临床、实验室及X线检查,符合1+2条或1+3+5+6条或1+4+5+6条可诊断膝关节骨关节炎。

知识点

膝关节骨关节炎影像学诊断标准

膝关节X线影像学检查显示单侧或双侧膝关节Kellgren/Lawrence(K/L)分级 ≥ 2 诊断为影像学膝关节骨关节炎。

K/L分级 ≥ 3 诊断为重度影像学膝关节骨关节炎。

Kellgren和Lawrence(K/L)分级:

0级:正常。

1级:关节间隙可疑变窄,可能有骨赘。

- 2 级:有明显骨赘,关节间隙可疑变窄。
- 3 级:中等量骨赘,关节间隙变窄较明显,有硬化性改变。
- 4 级:大量骨赘,关节间隙明显变窄,严重硬化性病变及明显畸形。

膝关节症状学诊断标准:K/L 分级 ≥ 2 ,同时在过去 1 年中膝关节疼痛至少持续 1 个月,诊断为症状性膝关节骨关节炎。

思路 3:根据症状、体征及 X 线片检查,该患者的初步诊断:左膝关节原发性 OA;左膝滑膜炎原因待查。

【问题 5】该患者关节炎严重程度评估及关节疼痛评估?

思路 1:在诊断明确后,为了更好地了解病情的轻重及便于下一步的指导治疗,需要对骨关节炎的程度做进一步的评估。WOMAC 骨关节炎指数评分表是根据患者相关症状和体征,用 24 个参数来评价膝关节炎的严重程度。每一项按照 VAS 评分打分,累计各项评分后的总分为 WOMAC 评分。WOMAC 指数越高表示骨关节炎越严重,轻度 <80 分,中度 80~120 分,重度 >120 分。

思路 2:疼痛是一种复杂的心理生理活动。疼痛的性质有时极难描述,人们通常可以指出疼痛的部位和程度,但要准确说明其性质则较为困难。为了明确描述疼痛,便于临床治疗及研究,通常使用评分量表量化疼痛性质。临床常用视觉模拟量表 VAS 评分:采用一条 10 厘米的尺,两端标明 0 和 10 的字样,“0”表示无痛,“10”表示难以忍受的剧痛,让患者在直尺上标出疼痛的相应位置,医生根据患者标出疼痛的位置为其评出分数(0 分:无痛;3 分以下:有轻微的疼痛,患者能忍受;4~6 分:患者疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10 分:患者有强烈的疼痛,疼痛难忍)。

知识点

WOMAC 骨关节炎指数

疼痛	僵硬	进行日常活动的难度	
1. 在平坦的地面行走	6. 您的僵硬状况在早晨刚醒来时有多严重	8. 下楼梯	16. 穿上您的短袜或长袜
2. 上楼梯或下楼梯	7. 您的僵硬状况在以后的时间内坐、卧或休息之后有多严重	9. 上楼梯	17. 从床上起来
3. 晚上,在床上打扰您睡眠的疼痛		10. 由坐着站起来	18. 脱掉您的短袜或长袜
4. 坐着或躺着		11. 站着	19. 躺在床上
5. 挺直身体站立		12. 向地面弯腰	20. 进出浴缸
		13. 在平坦的地面上行走	21. 坐着的时候
		14. 进出小轿车、或上下公共汽车	22. 在卫生间蹲下或起来时
		15. 出门购物	23. 做繁重的家务活
			24. 做轻松的家务活

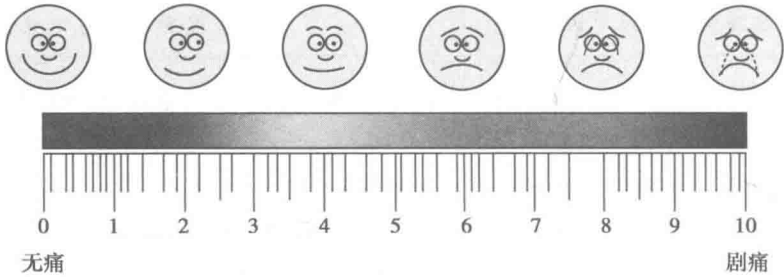
学习
笔记



知识点

视觉模拟量表 (VAS) 评分

请选择最能描绘出您疼痛程度的脸谱告诉医生：



通过 WOMAC 骨关节炎指数对患膝进行评估。按照 24 项逐个询问患者,计算出目前患者 WOMAC 评分为:95 分,VAS 疼痛评分 8 分,该患者膝关节骨关节炎程度为中度,疼痛为中度。

【问题 6】关于滑膜炎,全科医生应该掌握哪些基本知识?

思路:对膝关节积液多者或反复出现积液者,应做关节积液检查,它能反映出滑膜炎的性质及特点。故关节穿刺和滑液检查,对膝关节疾病的诊断和鉴别诊断,均有重要参考价值。

知识点

滑液特点与相关疾病

非炎性	炎性	化脓性	血性
OA	RA (含幼年)	感染性关节炎	创伤
骨坏死	莱特综合征		肿瘤
夏科氏关节病	急性晶体性关节炎		血管瘤
	银屑病关节炎		色素性绒毛结节性滑膜炎
	肠病性关节炎		血小板减少
	反应性关节炎		血友病
	强直性脊柱炎		抗凝治疗
	结缔组织病关节炎		

*RA= 类风湿关节炎;OA= 骨关节炎

知识点

关节滑液的分类及特点

项目	正常	非炎性	炎性	化脓性	血性
量(膝,ml)	<3.5	常 >3.5	常 >3.5	常 >3.5	常 >3.5
透明度	透明	透明	半透明 - 浑浊	浑浊	血性
颜色	无色	浅黄色	黄色、乳白色	黄色、脓性绿色	红色
黏稠度	高	高	低	不定 >1 000 000*	不定
白细胞 (/mm ³)	<200	200~2000	2000~10 000	≥75	200~2000
多形核白细胞 (%)	<25	<25	≥50	常阳性	50~75
培养	阴性	阴性	阴性	<25, 低于血	阴性
糖 (mg/dl)	约等于血	约等于血	>25, 低于血		约等于血

* 如致病微生物毒力低或感染已治疗,则较低



【问题7】全科医生是否建议该患者转诊?

思路1:大多数社区医院具有对早中期 OA 的诊断及治疗条件,但是如果出现关节反复肿胀的症状,应该引起全科医生的重视,为避免拖延病情,建议转诊到专科医院行进一步检查及治疗。

思路2:OA 由基层医院向专科医院转诊的指征。

- (1) 因就诊医院条件限制不能给予明确诊断、合理治疗的患者。
- (2) 治疗效果不佳或关节反复肿胀,需进一步与其他关节疾病相鉴别。
- (3) 关节肿痛明显,活动受限或关节交锁,关节畸形(严重膝内、外翻畸形)需手术治疗的患者。

思路3:转入专科医院,还应完善哪些检查?

- (1) 滑液检查,明确滑膜炎的性质。与类风湿关节炎、感染性关节疾病相鉴别。
- (2) 进行血清学抗体等检查。
- (3) 患者膝关节反复肿胀,建议行膝关节 MRI 检查,了解关节滑膜情况及膝关节软骨退变程度,关节韧带、半月板是否有损伤。
- (4) 肝肾功能检查,便潜血检查、心电图检查,了解肝肾、胃肠道、心脏情况,指导进一步用药。

病历续:专科医院检查结果

关节液检查:关节液量 3ml,颜色清亮,透明,黏稠度高拉丝 4cm,无自发凝集,白细胞 $0.1 \times 10^9/L$,多形核白细胞 20%,细菌培养阴性,葡萄糖 5.1mmol/L。

类风湿抗体相关检查:抗环瓜氨酸肽抗体(CCP) 25U/L,抗角蛋白抗体(AKA) 阴性、抗核周因子抗体(APF) 阴性、葡萄糖-6-磷酸异构酶(GPI) 0.2mg/L,类风湿因子(RF) 151U/ml。

便潜血检查:(-)

血尿酸检查:313.6 μ mol/L

肝功能检查:ALT:41U/L,AST:21U/L,ALP:80U/L

肾功能检查:尿素:4.72mmol/L,肌酐:68.0mmol/L

心电图检查:窦性心律,大致正常心电图。

关节核磁检查:左膝内侧平台及髌骨软骨面均变薄,软骨下信号增高,关节周边骨质增生,内侧关节间隙变窄,关节内滑膜增生,内侧半月板线状高信号,关节腔内积液。

专科医院确诊为“左膝原发性 OA 继发滑膜炎”。

专科医院给予的治疗方案如下:

(1) 非药物治疗:①患者教育:需让患者知道,除少数 OA 病例外,绝大多数患者的预后良好。要消除患者不必要的思想负担;②自我行为管理:患者左膝关节肿胀明显,建议限制活动量,提倡非负重位下活动膝关节。OA 静止期建议减少不合理的运动,避免长时间跑、跳、蹲,减少或避免爬楼梯、爬山等运动,提倡有氧锻炼(如游泳、骑自行车等),关节功能训练(如膝关节在非负重位下屈伸活动,以保持关节最大活动度),肌力训练(如膝关节加强股四头肌训练)等;③物理治疗:建议局部热疗两周,促进局部血液循环,有助于关节积液吸收;④减轻体重:患者 BMI 32kg/m²,目的是减少关节负荷,减轻关节磨损。

(2) 外用控制症状药物:辣椒碱软膏或双氯芬酸钠乳剂外用,按照患处面积大小,轻轻揉搓,使药物渗透皮肤,每日 3~4 次。

(3) 镇痛药物:塞来昔布胶囊,推荐剂量为 200mg,每日 2 次口服。

(4) 改善病情药物:硫酸氨基葡萄糖,每次 250~500mg,每日 3 次口服。

(5) 关节腔注射糖皮质激素:常用利美达松、得宝松、曲安奈德等,注射前进行关节液抽吸,对 OA 合并难治性滑膜炎效果较好,可缓解疼痛和减少渗出。切忌反复多次使用,2 次间隔在 1 个月以上,每年不超过 3 次。



【问题8】骨关节炎的治疗方案是什么？

思路1:OA的总体治疗原则是非药物与药物治疗相结合,必要时手术治疗,治疗应个体化。结合患者自身情况,如年龄、性别、体重、自身危险因素、病变部位及程度等选择合适的治疗方案。

知识点

OA的非药物治疗

患者教育,自我管理,减轻体重,物理治疗,增加关节活动范围的锻炼,增强肌力的锻炼,行走的辅助支持等,非药物治疗应作为OA的基本治疗,并贯穿于始终。

思路2:膝关节骨关节炎的治疗目标。

第一个目标是控制疼痛,包括急性疼痛和慢性疼痛。疼痛使肌肉活动减少、肌肉萎缩和骨量下降而影响运动功能,造成关节活动度下降,影响睡眠和形成心理压力。

第二个目标是保持肌力和关节活动度,保持关节功能水平,防止进一步的疼痛、虚弱和残疾发生。

第三个目标是储备能量,即教会患者保持功能状态,避免肌肉疲劳。

第四个目标是提供支持治疗,或者利用支具或者对患者丧失的部分功能进行替代。

第五个目标是向患者提供足够的知识,帮助患者根据目前的功能状态和残疾程度采取相应行为措施。

总之,要强化健康教育的内容,协助患者改善、提高自我管理水平,增强患者的主动性活动,从而减轻疼痛并改善关节活动障碍,尽量延缓患者骨关节炎发展进程。根据评估结果动态调整治疗方案,必要时行手术治疗。

知识点

OA的治疗目标

①控制疼痛;②保持肌力和关节活动度;③储备能量;④关节支持治疗;⑤健康教育、行为管理。

思路3:治疗骨关节炎的药物种类繁多,要根据药物疗效、作用机制和不同患者的特点选用药物。治疗OA的药物一般可分为:控制症状的药物、改善病情药物及软骨保护剂。

控制症状的药物:该类药物能较快地抗炎、镇痛,但对OA的基本病变不产生影响。

(1) 局部用药:对于手和膝OA,在采用口服药前,建议首先选择局部药物治疗。局部药物治疗可使用非甾体抗炎药(NSAIDs)的乳胶剂、膏剂、贴剂和非NSAIDs擦剂(辣椒碱等)。局部外用可以有效缓解关节轻中度疼痛,且不良反应轻微。

(2) 全身镇痛药物:依据给药途径,分为口服药物、针剂以及栓剂。

1) 口服药物:①对于轻度疼痛的OA患者,一般选用对乙酰氨基酚(扑热息痛),用法:0.3~0.6g,每日2~3次,每日最大剂量不超过4000mg,肝病患者应慎用;②对于中、重度疼痛的OA患者,首先推荐使用非甾体抗炎药(NSAIDs)。有研究显示,NSAIDs对OA的静息痛和步行痛优于对乙酰氨基酚。吲哚美辛、萘普生和大剂量阿司匹林因对软骨基质合成有抑制作用,故不宜选用。而美洛昔康、双氯芬酸、萘丁美酮等对关节软骨无不良影响,适于OA患者应用。口服NSAIDs的疗效与不良反应在个体患者中不完全相同,参阅药物说明书并评估NSAIDs的危险因素后选择性用药。如果患者胃肠道不良反应的危险性较高,可选用非选择性NSAIDs加用H受体拮抗剂、质子泵抑制剂或米索前列醇等胃黏膜保护剂,或选择性COX-2抑制剂(塞来昔布);③其他镇痛药物。NSAIDs治疗无效或不耐受的OA患者,可使用曲马多、阿片类镇痛剂,或



对乙酰氨基酚与阿片类的复方制剂,特别注意该药有一定的成瘾性。

2) 关节腔注射:①透明质酸钠,如口服药物治疗效果不显著的早中期 OA,可联合关节腔注射透明质酸钠类黏弹性补充剂,注射前应抽吸关节液,晚期 OA 及关节滑膜炎明显时不适合应用。②糖皮质激素,对 NSAIDs 药物治疗 4~6 周无效的严重 OA 或不能耐受 NSAIDs 药物治疗、持续疼痛、炎症明显者,可行关节腔内注射糖皮质激素。但若长期使用,可加剧关节软骨损害,加重症状。因此,不主张随意选用关节腔内注射糖皮质激素,更反对多次反复使用,一般每年最多不超过 3~4 次,2 次之间的间隔至少在 1 个月以上。

(3) 改善病情类药物及软骨保护剂

1) D- 葡萄糖胺(D-glucosamine): 临床试验证明,用该品治疗 1~2 周可明显改善关节疼痛,疗程 ≥ 2 个月可能使早期软骨病变得以修复。我国现用硫酸氨基葡萄糖,推荐用法为每次 250~500mg,每日 3 次。因葡萄糖胺发挥疗效较慢,在开始服用的头 2 周,可并用一种消炎药。

2) 双醋瑞因(安必丁):该品对表达在软骨和滑膜细胞的 IL-1、IL-6、TNF- α 、一氧化氮和金属蛋白酶有明显的抑制作用,因而有抗炎特性,可缓解 OA 症状及延缓病情发展,对 OA 具有靶向作用。

3) 骨重吸收抑制剂:目前用于临床的产品主要为阿仑膦酸盐,其中福善美(商品名)缓释片只需每周服药 1 次(70mg),使治疗更为方便;固邦(商品名)为 10mg/d。以上药品均应在清晨空腹或早餐前半小时以 200~300ml 白水送服,服药后保持直立位至少半小时,以减少食道刺激。

4) 其他:活性氧对关节软骨的损害在 OA 发病中发挥重要作用,而维生素 C、维生素 D 和维生素 E 为抗氧化剂。有研究显示,如每天补充维生素 C 0.15g 可使发生 OA 的危险下降 3 倍。维生素 E 在体外可抑制花生四烯酸及脂氧酶,改善 OA 症状。

改善病情类药物被认为可以延缓或逆转 OA 患者关节软骨损伤,但是,此类药物的作用机制尚有争议,同一药物在不同试验人群中取得的疗效不完全相同。目前美国的骨科学会及国际关节炎协会还没有肯定此类药物的确切疗效。

【问题 9】常用镇痛药物、用药原则及 NSAIDs 药物风险评估?

思路 1:治疗骨关节炎的镇痛药物较多,并且都有一定的药物毒副作用,并非适合所有的患者,需要全科医生针对不同患者个体化应用。用药原则:①用药前进行风险评估,关注潜在内科疾病风险;②根据患者个体情况,剂量个体化;③尽量使用最低有效剂量,避免过量用药及同类药物重复或叠加使用;④用药 3 个月,根据病情选择检查血、大便常规、大便潜血及肝肾功能。

思路 2:骨关节炎患者为中老年人群,常合并有其他内科疾病,所以在选择镇痛药物的同时,必须熟悉各种常用镇痛药物的特点、用法用量及不良反应。

知识点

常用镇痛药物

类别	药物名称	特点	用法用量	常见不良反应
解热镇痛药	对乙酰氨基酚	镇痛作用弱,无抗炎作用	每次 0.3~0.6g, 2~3 次/日, 剂量不超过 4g/d	偶致恶心、呕吐,少数发生过敏性皮炎、粒细胞缺乏、血小板减少、贫血、肝功能损害,很少引起胃肠道出血
NSAIDs	布洛芬	短效,半衰期 1.8 小时	每次 0.4~0.6g, 每日 3 次, 剂量不超过 2.4g/d	胃肠:消化不良、胃、十二指肠溃疡及并发症。
	双氯芬酸	镇痛效果强,抗炎效果弱	每次 0.4~0.6g, 3 次/日, 剂量不超过 150mg/d	肾脏:水钠潴留 急性间质性肾炎 急性肾衰竭



续表

类别	药物名称	特点	用法用量	常见不良反应
	吲哚美辛	有肛塞制剂	每次 25~50mg, 3 次 / 日, 剂量不超过 150mg/d	肝脏:转氨酶升高 血液:血细胞数量减少
	美洛昔康	长效, 半衰期 20 小时	每次 7.5~15mg, 1 次 / 日, 剂量不超过 15mg	过敏:皮肤过敏、哮喘 循环:高血压
	塞来昔布	选择性 COX-2 抑制剂	每次 0.1~0.2mg, 2 次 / 日, 剂量不超过 0.4g/d	胃肠道不良反应少, 可能增加 心血管不良事件发生率。 磺胺药过敏者禁用
	弱阿片类	曲马多	不抑制前列腺 素合成, 与非 阿片类药物联 用效果好	偶见出汗、恶心、呕吐、食欲减 退、头晕、无力、嗜睡, 罕见皮 疹、心悸、体位性低血压, 无成 瘾性, 无呼吸抑制作用
阿片类	阿片控释 片	镇痛效果好, 无剂量限制	从每次 10~20mg, 每 12 小时 1 次开始, 根据镇 痛效果增加剂量	成瘾性; 胃肠道反应常见, 如便 秘, 建议同时处方导泻剂; 老年 人使用应注意呼吸抑制情况

思路 3:NSAIDs 药物具有抗炎、镇痛作用, 是治疗 OA 最常用的药物。NSAIDs 药物通过抑制环氧化酶阻断花生四烯酸合成前列腺素, 从而发挥抗炎及镇痛作用, 但在发挥抗炎作用的同时又引起不同程度的不良反应。

知识点

NSAIDs 药物治疗危险因素的评估

序号	上消化道不良反应高危患者	心脑肾不良反应高危患者
1	高龄(年龄 >65 岁)	高龄(年龄 >65 岁)
2	长期应用	脑血管病史(有过卒中史或目前有一过性脑缺血发作)
3	口服糖皮质激素	心血管病史
4	上消化道溃疡、出血病史	肾脏病史
5	使用抗凝药	同时用血管紧张素转换酶抑制剂及利尿剂
6	酗酒史	冠脉搭桥术围术期(禁用 NSAIDs)

知识点

OA 的镇痛药选择

1. 轻度疼痛的 OA 患者, 一般选用对乙酰氨基酚(扑热息痛)。
2. 中、重度疼痛的 OA 患者, 首选非甾体抗炎药(NSAIDs)。如果患者胃肠道不良反应的危险性较高, 可选用选择性 COX-2 抑制剂(塞来昔布)。
3. NSAIDs 治疗无效或不耐受的 OA 患者, 可使用曲马多、阿片类镇痛剂, 或对乙酰氨基酚与阿片类的复方制剂。
4. 口服药物治疗效果不显著的早中期 OA, 可联合关节腔注射透明质酸钠。
5. 对 NSAIDs 药物治疗 4~6 周无效的严重 OA 或不能耐受 NSAIDs 药物治疗、持续疼痛、炎症明显者, 可行关节腔内注射糖皮质激素。



【问题 10】OA 的外科治疗方案。

思路 1:外科治疗的目的:进一步协助诊断;减轻或消除疼痛;防止或矫正畸形;防止关节破坏进一步加重;改善关节功能;是综合治疗的一部分。

思路 2:OA 外科治疗方法。

(1) 关节镜手术:当轻、中度膝 OA 伴有交锁时,考虑有半月板损伤或游离体形成时,可采用关节镜探查清理。

(2) 截骨术:通过关节截骨,可改善关节力线平衡,重新分配关节不同部位的压力,有效缓解患者的髌或膝关节疼痛。常常用于治疗 OA,特别是合并单间室受累,出现内翻或外翻畸形的患者。

(3) 人工关节置换术:对 60 岁以上、伴关节畸形的进展性 OA 患者可予以关节置换,由此可显著减轻疼痛症状,改善关节功能。

(4) 其他:新的治疗方法,如软骨移植及自体软骨细胞移植等有可能用于 OA 的治疗,但仍在临床研究之中。

病历续:再次社区门诊就诊记录(2 个月后)

患者无不适主诉。查体:双膝关节无肿胀,双膝皮温正常,双膝内侧压痛(-)。浮髌试验:左侧(-),右侧(-);髌磨试验:左侧(+),右侧(-);膝关节 ROM:左侧,130°~0°~0°,右侧 130°~0°~0°;过伸痛:左侧(-),右侧(-);过屈痛:左侧(-),右侧(-)。

辅助检查:血沉、C 反应蛋白、血常规均正常。

【问题 11】全科医生如何开展膝关节骨关节炎患者社区管理?

思路 1:对于膝关节骨关节炎患者,首先应加强社区管理,包括以下几个方面。

- (1) 建立健康档案,定期对 OA 高危人群进行筛查。
- (2) 加强 OA 健康宣教,使社区人群对该病有一定认识。
- (3) 与患者共同制订生活方式改变计划(包括控制体重、体育锻炼、合理膳食)。
- (4) 进行心理疏导,帮助患者缓解生活压力。
- (5) 加强随访:电话随访或门诊随访。包括:①随访患者用药情况。②随访患者消化道事件发生,及时发现,及时治疗,及时转诊。③随访用药不良事件。

思路 2:按照膝关节 OA 患者的诊断与评估流程实施诊治如图 20-3。

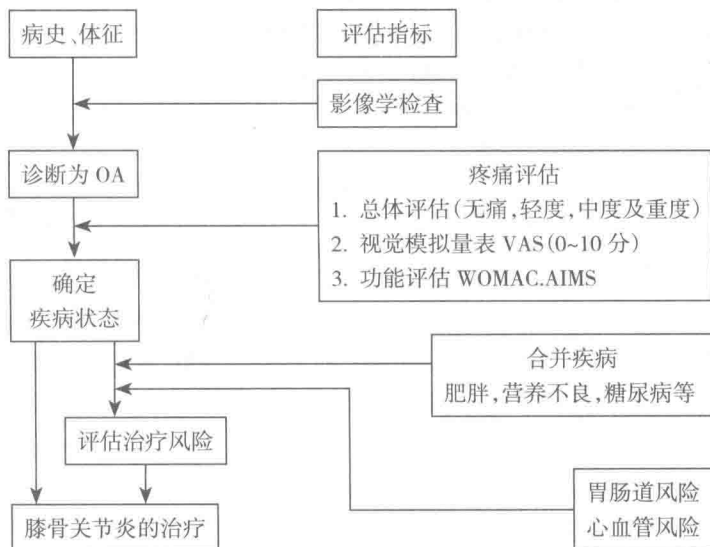


图 20-3 膝关节骨关节炎诊断与评估流程图



思路 3: 针对社区不同人群开展三级预防方案。

(1) 一级预防: 针对一项或多项危险因素未发生骨关节炎者: 年龄 >40 岁; 直系亲属中有骨关节炎患者; 膝外伤或手术史; 肥胖、关节负荷过重。危险因素与骨关节炎的发生风险呈倍数递增关系。具备两项及以上危险因素者为易感人群。其中肥胖、关节外伤和关节负荷过重是可干预因素: 减轻体重明显降低有症状膝关节 OA 发生, 尤其对于女性; 负重或剧烈运动可增加关节的损伤, 减少关节损伤和磨损能降低膝关节 OA 发生; 对于曾有外伤史患者酌情使用关节辅助器具以减少关节进一步损伤而降低 OA 发生; 如果关节负荷过重与职业性质相关, 建议其改变工作方式, 应用必要机械器具。若为非职业因素引起, 应改变生活方式, 进行适度合理运动, 避免关节高强度、高耐力、高负荷运动, 改为散步、游泳等比较舒缓的运动方式。对于绝经妇女使用雌激素替代治疗, 多进食富含维生素 C、维生素 D、维生素 E 及钙等食物, 在一定程度上可以预防 OA 发生。

(2) 二级预防: 针对出现影像学改变或关节软骨损伤, 但无临床症状或者临床症状轻微的人群。目前二级预防方面的研究较少, 很多患者症状可能会进行性加重, 针对这类人群, 除坚持一级预防的各项措施外, 酌情应用氨基葡萄糖口服治疗, 长期应用有一定疗效, 安全性高, 不良反应小。

(3) 三级预防: 针对确诊为骨关节炎的人群, 根据患者个体情况选择不同治疗方案, 目的是减轻或消除疼痛, 矫正畸形, 改善或恢复关节功能, 提高生活质量。非药物治疗主要包括: 健康教育、定期随访、减轻体重、运动疗法、物理治疗、矫形支具治疗等。若治疗无效, 可根据关节疼痛情况选择药物治疗, 分为局部和全身药物治疗。如果效果仍不佳, 可进一步行关节腔注射治疗。还可应用改善症状药物及软骨保护剂, 以延缓病程、改善患者症状。对内科保守治疗无效的严重骨关节炎患者, 日常活动受限、疼痛明显时, 进行评估后转入上级医院进行外科治疗。

(霍洪军)

参考文献

- [1] 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007 年版). 中国矫形外科杂志, 2014, 22(3): 287-288.
- [2] 杜雪平, 席彪. 全科医生基层实践. 北京: 人民卫生出版社. 2013: 219-226.
- [3] 祝增珠. 全科医生临床实践. 北京: 人民卫生出版社. 2013: 163-170.
- [4] McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage, 2014, 22(3): 363-388.
- [5] Jevsevar DS, Brown CA, Jones DL, et al. Treatment of Osteoarthritis of the Knee: Evidence-Based Guideline, 2nd edition. American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013, 21(9): 571-576.
- [6] Gonzalez Saenz de Tejada M, Escobar A, Bilbao A, et al. A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcomes, following total joint replacement. BMC Musculoskelet Disord, 2014, 23, 15: 248.

第二十一章 卒 中

第一节 缺血性卒中

(一) 概述

1. 脑血管病的概念

脑血管病是血管源性病因引起的脑部疾病的总称。“血管源性病因”一是指心血管系统和其他系统或器官的病损,累及脑部血管和循环的功能。最常见的是动脉粥样硬化;其次为心脏疾病等;二是指颅内外脑血管本身病变:如脑血管发育异常、创伤(动脉夹层)、肿瘤等。

根据脑血管病发病方式分为两类,一是急性脑血管病,即卒中,包括缺血性卒中和出血性卒中,后者又包括脑出血及蛛网膜下腔出血;二是慢性脑血管病,如脑动脉粥样硬化、脑灌注不足(又称大脑低灌注或脑供血不足)、血管性痴呆、动静脉畸形或动脉瘤无症状期等。

2. 卒中及其亚型的概念

(1) 卒中(stroke):突发脑血液循环障碍导致的局灶性神经功能缺失,甚至伴发意识障碍,症状及体征持续时间超过24小时,且留有后遗症,又称脑血管意外、卒中。卒中按照病理性质又可以分为脑血管堵塞或严重狭窄导致的缺血性卒中(ischemic stroke, IS)及脑血管破裂(非外伤性),血液流入脑实质或蛛网膜下腔导致的出血性卒中(hemorrhagic stroke, HS)。

(2) 缺血性卒中:又称脑梗死(cerebral infarction, CI),为突发的脑动脉堵塞或严重狭窄导致其供血区缺血、缺氧,最终导致脑组织死亡,并出现相应的神经功能缺损表现,在头部CT(computed tomography, CT)或磁共振(magnetic resonance imaging, MRI)上形成相应的坏死软化灶。

(3) 短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)是指突发的、短暂的、血液循环障碍导致的视网膜、脊髓及大脑的功能缺损,临床症状和体征很快恢复正常,而且在CT及MRI上未出现坏死软化灶等病理改变。其病理生理过程与缺血性卒中基本一致。

另外,既往缺血性卒中还有一些亚型,如进展性卒中、完全性卒中、可逆性缺血性神经功能缺损、小卒中等,由于这些亚型的病理生理过程及疾病的预防与治疗基本一致,因此目前已经不太强调了,均作为缺血性卒中处置。

(二) 流行病学

世界范围内导致死亡的原因中卒中占第二位,而在我国排在第一位。同时卒中是第一位的致残性疾病。缺血性卒中占卒中的80%以上,缺血性卒中30天死亡率为10%,比出血性卒中的45%要低,但其复发风险高,每年达2.4%~9.6%,而复发患者中近1/3死亡。

(三) 防治现状和存在问题

随着社会经济的不断发展,缺血性卒中的发病率却逐年增高。这与公众脑血管病防治知识匮乏,脑血管病的医疗防控措施执行不力有关。随着现代医学的发展,针对缺血性卒中不同时期的有效治疗手段越来越多,如溶栓治疗、机械取栓、颈动脉内膜剥除术、血管内支架植入术等。但这些治疗手段由于价格昂贵、技术手段要求高、适应证严格等原因,真正能采取上述治疗手段的患者量很少,如适合溶栓治疗的患者仅占有缺血性卒中患者的2%~5%。所以缺血性卒中的防治关键和核心还是预防为主。但由于公众和医务人员对预防的问题重视不够,使得缺血性卒中的发生、发展和复发得不到有效控制,更不用说逆转缺血性卒中的病理生理过程。这就要

求从公众、基层的全科医师及三甲医院的专科医师几个方面同时入手,强化缺血性卒中的综合防治。

(四) 社区防控的任务、作用和意义

由于目前缺血性卒中的防治重点在预防,因此,公众了解缺血性卒中的防治知识,基层全科医师加强缺血性卒中防治的管理显得尤其重要。首先要加强所管辖社区公众的健康宣教,强调缺血性卒中是“可防可治”的。其次是要加强缺血性卒中的慢病管理,全面持续地推进缺血性卒中的综合防控计划。只要养成良好的生活习惯,及时控制缺血性卒中的危险因素,缺血性卒中的病理生理过程就会被遏制住,缺血性卒中的发生就会推迟、减轻,甚至不发生。最后,基层全科医师要能及时识别缺血性卒中的高危人群,一旦明确缺血性卒中病理生理过程已经存在,甚至在进展,如心房颤动、颈动脉粥样硬化导致脑血管严重狭窄等,就应该将患者转到上级医院,进行进一步的诊治,及时阻止缺血性卒中的病理生理过程。

缺血性卒中的社区防治,不仅可以减少公众缺血性卒中的发生和复发率,同时在控制其常见危险因素,如高血压、冠心病、糖尿病、血脂异常、肥胖、吸烟的同时,也可以减少上述常见疾病及不良生活习惯对其他脏器功能的影响。

临床病例

主观资料:患者,男,53岁。主诉“头晕、视物模糊20天,加重伴言语不清1天”入院。

现病史:20天前发作头晕,视物无旋转,无恶心、呕吐,伴有视物模糊。头部CT(具体日期无记录),诊断脑梗死(未见报告及片子)。予血栓通、丹参等治疗后,头晕加重。入院前一天,出现言语不清、视物成双、步态蹒跚,于2002年6月24日转入专科医院。

既往史:高血压病史多年,未规律服药。否认冠心病、心房颤动、糖尿病史,否认肝炎结核等传染病史。无其他特殊病史。

个人史:吸烟,20~30支/天,10余年。不饮酒。1子体健。其他无特殊。

家族史:父亲患高血压,死因不明,无其他特殊疾病家族史。

入院查体:血压160/95mmHg,神志清楚,言语不流利。视物成双,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。双眼球各方向运动不受限,双侧额纹、鼻唇沟对称,伸舌左偏。四肢肌张力正常,左上肢肌力5级,余肢体肌力5级。左侧腱反射高于右侧,左侧Babinski征(+),余病理征未引出。左侧面部及右侧偏身痛觉减退。双侧颈部未闻及血管杂音。入院后行头部CT检查,示陈旧性右侧枕叶低密度影,左侧枕叶小片状低密度影(图21-1A)。

入院后给予灯盏细辛、尼莫同等药物治疗,头晕、言语不清进行性加重。6月25日夜间断作两次眩晕,言语困难加重,每次持续约30分钟。6月26日拟行数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)检查,手术前突发双眼注视不能,饮水呛咳,不能言语,伸舌不能,右上肢肌力3级,右下肢肌力5级,双侧Babinski征(+). DSA检查提示基底动脉血栓形成,上端闭塞(图21-1B)。当时予以尿激酶29万U溶栓治疗,部分再通(图21-1C),且患者神志短时间转好,之后很快出现昏迷,停止溶栓,予以支持生命等处置。患者持续昏迷,继发胃出血,于6月29日因呼吸循环衰竭死亡(未复查头部CT)。死亡诊断:脑血栓形成(基底动脉主干);脑动脉内溶栓治疗后;呼吸循环衰竭;脑血管病后遗症;高血压病。

【问题1】该患者就诊时的表现应该重点考虑哪些问题?

思路1:从首次就诊时的“头晕”问题入手,公众就诊时主诉头晕,应该考虑可能有以下四种问题:是否是眩晕,即前庭神经通路病变导致的身体与外物发生的相对运动的主观感觉;是否是晕厥或晕厥前的表现,即脑灌注不够导致的短暂意识丧失,无意识丧失则称为晕厥前表现;步态蹒跚,主要涉及大脑及其他神经系统器质性病变;非特异性的头晕,主要涉及脏器功能障碍或精

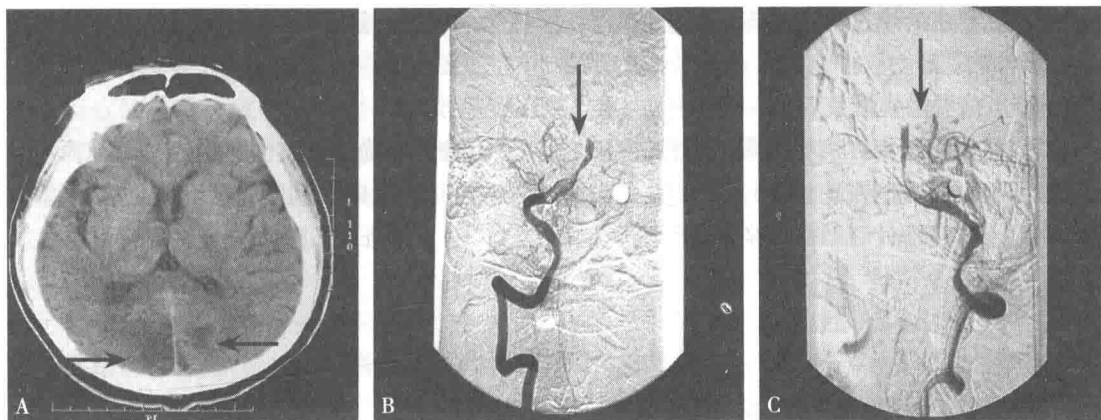


图 21-1 患者头部 CT 及 DSA 检查图像

A. 箭头显示右侧枕叶及左侧枕叶陈旧梗死病灶;B. 箭头显示基底动脉闭塞;C. 箭头显示动脉内溶栓后基底动脉部分再通

神心理问题。从该患者后来的诊疗过程来看,应该是基底动脉严重狭窄导致后循环低灌注所致的头晕。

思路 2:也可以从“视物模糊”的主诉入手,视力障碍的致病位置可以从眼科的眼外、眼眶结构,通过视神经直到枕叶的通路上任何部位。这就需要请眼科会诊及请神经科医师会诊,需要转诊到上级医院。通过头部 CT 检查证实为双侧枕叶(视觉的皮层中枢)梗死。

思路 3:“一元论”考虑疾病的诊断,患者开始就诊时的主诉就是头晕和视物模糊,首先考虑用一个病解释。脑灌注不够(头晕)加上视觉通路上有病变,如果病史中能明确是突然发病(即突发神经功能缺损),加上患者有高血压、吸烟、脑血管病家族史的卒中风险,考虑卒中的诊断应该是首选的。至于后来病情演变先后出现言语不清,视物成双,甚至肢体无力就更能支持卒中的诊断了。

【问题 2】引起该患者症状的常见病有哪些?

思路:该患者首次就诊的局灶神经功能缺损表现为视物模糊,如果起病突然,则可称为突发视觉功能缺损,最常见疾病为血液循环障碍导致的缺血性卒中。其他要考虑的疾病,首先是同为卒中的脑出血(头部 CT 证实),其次是大脑内其他影响视觉通路的疾病,如脑炎、肿瘤、脱髓鞘疾病、颅内压增高(如脑静脉血栓)等。最后需要考虑的是脑外疾病,如眼外肌或眼眶等眼球本身的疾病等。

【问题 3】除上述病史,全科医生还需采集哪些病史?

思路:首先是发病时间,因为缺血性卒中的最有效的治疗方法为溶栓治疗,要求开始治疗的时间在发病 4.5 小时之内;其次需要做一些鉴别诊断的病史询问,明确是否为缺血性卒中。特别是发病时的表现,如有无出汗、心悸等,一是了解是否因低血糖发作致病,二是了解有无心源性因素(如阵发性心房颤动等);最后需要了解患者是否有出血风险,如是否有胃溃疡病史等,因为溶栓的禁忌证就是患者有出血风险。

【问题 4】患者首次就诊及治疗后存在哪些健康问题?

思路:

1. 患者 20 天前首次发病就诊后,头部 CT 结果没有进行详细分析,甚至片子丢失。从入院后的头部 CT 结果看,双侧枕叶陈旧性梗死,说明基底动脉主干很可能有严重狭窄,首诊医师没有对患者的脑动脉进行进一步检查,出现了漏诊。

2. 缺血性卒中的诊断一旦成立,如果没有进行溶栓治疗,应该针对病因进行一系列的检查,如心脏、脑动脉、血液等,本例患者仅仅在门诊输液,没有针对病因进行进一步检查,贻误了病情。

3. 患者在治疗过程中一直不见病情好转,应该考虑有更加复杂的问题,需要转至上级医院进一步诊治。

【问题5】病史采集结束后,下一步查体应重点放在哪些方面?

思路:本例患者在病史采集后,首先应该进行鉴别诊断,明确是缺血性卒中还是其他原因导致的神经功能缺损(视物模糊)。一旦怀疑为缺血性卒中,应该及时转到上级医院,以免延误溶栓的机会,同时考虑针对缺血性卒中中进行病因检查。

知识点

晕厥及晕厥前涉及的疾病

1. 脑大动脉狭窄或闭塞导致的脑灌注下降。
2. 心源性原因,如严重心律失常等。
3. 迷走反射性低血压。
4. 低血糖,一氧化碳中毒(煤气中毒)等。

知识点

卒中(包括缺血性及出血性卒中)早期症状识别

卒中最终导致的是神经功能缺损,主要表现包括:

1. 高级皮层功能障碍 如言语不流利,意识障碍(如昏迷),糊涂等。
2. 运动功能障碍 如口歪、眼斜(视物双影),肢体无力等。
3. 感觉功能障碍 如视物模糊,面部和(或)肢体有麻木的感觉等。
4. 非定位体征 如突然出现头晕、头痛等。本例病人即以头晕为主诉就诊。

知识点

全科医师采集病史的特点及全科医师的问诊技巧

1. 要问出发病方式,是突然起病、反复发作还是慢性起病。突然发生的神经功能缺损,病人描述其发生时间时可以精确到小时,甚至分钟。如早晨5点半起床时发现左手无力等。
2. 要问出功能缺损的范围,如头晕可能是大脑低灌注,视物模糊是视神经通路病损。
3. 要问出疾病的性质,如本例病人为脑血液循环障碍致病。
4. 要问出可能的致病危险因素,如本例病人有高血压、吸烟、卒中家族史等。

知识点

缺血性卒中的危险因素

1. 不可改变的危险因素 年龄、性别、遗传、种族、低出生体重等。
2. 可干预改变的危险因素 心脏病、糖尿病、高血压、血脂异常与肥胖、无症状性颈动脉狭窄、吸烟及酗酒、缺乏身体运动、膳食不合理、镰状细胞病、激素替代治疗。
3. 潜在可干预的危险因素 高同型半胱氨酸血症、药物滥用、口服避孕药、偏头痛、代谢综合征、睡眠障碍、高凝状态、炎症和感染。

【问题6】上述门诊及专科医院的查体记录是否准确反映了患者的体征?

思路:针对患者的查体,一是要有专科查体的理念,二是要有全面查体的理念。神经科专科查体就是针对高级功能、运动功能、感觉功能及自主神经系统功能进行全面检查,明确疾病损害



的部位。如本例患者通过神经系统查体,最后发现有视物模糊、视物成双、吞咽困难、步态蹒跚、交叉性感觉异常,双侧肢体不同程度瘫痪,甚至意识丧失,最后确定为后循环梗死。查体结果与 DSA 检查结果是一致的。全面查体包括健康评估及主要疾病(本例患者为后循环缺血性卒中)相关评估。针对缺血性卒中,就要考虑致病的危险因素、病因的相关体检,如体温、呼吸频率、血压、心律、心脏听诊、颈部血管杂音、下肢动脉搏动、皮肤黏膜是否有出血点(出血倾向,决定是否适合溶栓)等,很显然本例患者首次就诊,甚至进入专科医院后的查体结果均未能准确反映患者的整体健康情况。

【问题 7】经过病史询问及查体,患者的初步诊断是什么?需要与哪些疾病相鉴别?

思路:从首次就诊的病史询问及查体中就可以得出卒中的初步诊断。为了明确是缺血性卒中还是出血性卒中自然要建议行头部 CT 检查。由于不做头部 CT,脑出血被误诊为脑梗死的概率高达 20% 甚至更高,而两者的治疗原则是相反的,因此,一旦怀疑卒中的诊断,应该马上建议转至上级医院行头部 CT 检查,并且评估溶栓治疗的可行性。

初步诊断缺血性卒中后,结合头部 CT 的检查结果,应该和如下几类疾病鉴别。

1. 脑出血。
2. 非血管源性的脑疾病,如癫痫后肢体的无力,脑炎、肿瘤、脱髓鞘疾病、颅内压增高(如脑静脉血栓)等。
3. 脑外疾病,如眼外肌或眼眶等眼球本身的疾病,代谢性疾病,如低血糖、低血钾、低血钠等。

【问题 8】该患者下一步应做的检查项目及其目的?

一旦诊断缺血性卒中,优先考虑溶栓适应证的相关检查,主要包括血常规、凝血象、血糖、肝肾功能、电解质以及心电图检查。目的是指导溶栓方案的选择。之后再考虑针对病因的检查,目的是指导急性期的治疗,及启动二级预防,包括:①血液学检查,如血脂、同型半胱氨酸、尿酸、血液黏稠度、超敏 C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、心肌酶谱、肿瘤标记物、感染三项等。②心脏检查,如超声心动图,必要时经食管超声心动图,长程心电图监测等。③脑动脉检查,如颈部血管超声,经颅多普勒超声,头颈部 CT 血管造影(computed tomography angiography, CTA)或磁共振血管造影(magnetic resonance angiography, MRA),必要时行 DSA 检查等。

知识点

缺血性卒中的重点查体有哪些?

1. 确定神经系统受损的部位,如是颈内动脉系统还是椎-基底动脉系统支配区域,本例患者为基底动脉主干梗死。
2. 确定心脏及脑动脉病变的可能性 心律、颈动脉区血管杂音等。
3. 全身脏器功能评估 特别是出血倾向的检查,如皮下瘀斑等。

【问题 9】为了对患者进行准确诊断和鉴别诊断,社区门诊可做的辅助检查有哪些?

思路:辅助检查的目的有三个:确定诊断;鉴别诊断;健康状况评估。社区医疗条件有限,针对本例患者的辅助检查至少包括:实验室检查,如血常规、血糖、凝血象、肝肾功能;仪器检查,如心电图,腹部 B 超;有条件的医院可以行颈部血管超声检查。特别要想到转上级医院行头部 CT 检查。

【问题 10】缺血性卒中的诊断明确后,应给予患者初步治疗方案是什么?

思路:

1. 评估是否有溶栓治疗的指征,如果考虑溶栓治疗,其他药物抗栓治疗则不能进行。
2. 如果无溶栓治疗的适应证,则在 48 小时内给予阿司匹林、他汀类降血脂药物。



3. 对症支持治疗,如果病情比较重,如瘫痪重,同时伴有意识不清,则估计有脑水肿颅内压力增高,可以考虑使用甘露醇降颅压,同时转上级医院进一步诊治。病情比较重时,最好建立静脉输液通道,避免使用含糖的液体静脉输注。

【问题 11】该患者是否需要转诊至专科? 转诊的目的是什么?

思路:该患者首次就诊后就应该转到上级医院进行进一步的诊治。首先应该及时转诊,把握溶栓时机。即使没有在发病 6 小时内转到上级医院,也应该考虑制订进一步病因检查的计划,了解此患者的致病原因,甚至致病机制,指导进一步的病因治疗。该患者最后经过 DSA 检查证实为基底动脉主干严重狭窄,直到闭塞,很显然仅仅靠输液等药物治疗的力度是不够的,而且在近 20 天的治疗中效果不明显正是因为不清楚致病机制,导致延误治疗。

知识点

缺血性卒中危险因素、病因和机制的概念

1. 危险因素 是指可以增加缺血性卒中发生几率的因素,但有了危险因素并不等于一定会患病,如高血压、高血脂、吸烟等。
2. 病因 是可以最终导致缺血性卒中发生的病理生理过程,如动脉粥样硬化,如果任由其发展下去,最终可导致动脉闭塞并导致缺血性卒中发病。该患者就是没有及时阻止和逆转基底动脉粥样硬化,导致缺血性卒中发生。
3. 机制 为导致缺血性卒中发生的方式,如动脉粥样硬化导致缺血性卒中的方式有两种,一是斑块脱落导致远端血管栓塞;另一种方式为动脉严重狭窄或梗阻导致远端血流灌注量下降。该患者的致病方式最可能为基底动脉粥样硬化性血栓形成。

【问题 12】该患者专科门诊的诊疗计划包括哪些内容? 为什么?

思路:当患者转到专科医院后,进一步的诊疗计划就是明确诊断,评估疾病的严重程度和可能的演变过程,病因诊断和制订治疗策略。

(1) 该患者在首次就诊之后,行头部 CT 检查,脑梗死的诊断已经明确。

(2) 该患者首次就诊时功能受损并不严重,仅有视觉模糊,但很显然对病情的可能演变重视不够。因此,首先需要进行进一步头部影像学检查,可以复查头部 CT,甚至行头部 MRI 检查,一是明确诊断,二是确定病变范围。该患者第二次就诊时复查的头部 CT 显示双侧枕叶陈旧性脑梗死,说明基底动脉主干梗阻的可能性较大,其进展之后预后是很差的,因此该患者延误了诊断。

(3) 缺血性卒中根据病因可以分为 5 类:大动脉粥样硬化性、心源性、小动脉性、其他病因、病因不明。病因不同,则疾病的演变过程不同,治疗方案也不同。转诊到专科医院后,很重要的环节就是针对病因制订检查策略。该患者最后的病因为大动脉粥样硬化,由于是基底动脉主干,因此进展的风险大,而且预后不良。

(4) 该患者为基底动脉严重狭窄,应首先行经颅多普勒超声(transcranial Doppler sonography, TCD)或 MRA 检查评估狭窄程度,如严重狭窄应建议行 DSA 检查以指导行支架置入或机械取栓等治疗,之后再行强化内科药物治疗,包括阿司匹林 100mg,每日 1 次(qd)+氯吡格雷 75mg,每日 1 次(qd),共 3 个月,之后可选择其中任一种抗血小板药物维持。他汀类降血脂药物,使低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol, LDL-C)降至 1.8mmol/L 以下或下降幅度达到 50%。改变生活习惯,如停止吸烟等。

总之,不了解病因,不了解疾病的演变过程,就无法及时阻止甚至逆转疾病的病理生理过程的进展,该患者最终死亡,可能就与未能及时明确疾病病因及致病机制相关。



知识点

缺血性卒中的病因

按照国内外最常用的缺血性卒中病因分型,即 TOAST 分型,可以将缺血性卒中分为 5 型,包括:大动脉粥样硬化血栓栓塞性、心源性、小动脉源性、其他原因(如动脉炎、夹层动脉瘤等)、原因不明。

知识点

缺血性卒中的机制

1. 微栓子学说 包括心源性、动脉源性及反常栓子。
2. 血流动力学危象学说 即脑灌注下降。
3. 其他发病机制 包括:炎症机制;机械压迫:如颈椎骨刺压迫椎动脉;血管痉挛;血液学异常(如高凝状态);盗血综合征,如锁骨下动脉盗血综合征。

【问题 13】该患者随访的项目有哪些? 控制目标是什么?

思路:当缺血性卒中患者转回社区时,全科医师即开始进行管理。首先是对健康状况进行全面评估,其次是对缺血性卒中的危险因素及病因进行准确评估,第三,需要对此次缺血性卒中的后遗症及并发症进行评估。最后根据上述资料,对患者的生活习惯、危险因素、病理生理及功能状况制订干预的计划。

(1) 健康状况评估,主要是健康体检或门诊与住院资料的整理和分析。

(2) 缺血性卒中的危险因素:该患者可干预的危险因素包括吸烟、高血压,其他资料不清楚,如血脂水平等。

(3) 病因(病理生理):该患者的病因为基底动脉粥样硬化,导致严重狭窄,甚至闭塞。

(4) 躯体残疾程度、认知功能、精神心理状况等情况。

由于该患者最后死亡,因此无法评估上述健康状况,但首次就诊回社区后,应该进行评估和管理。以该患者的有限资料,至少应该做到如下几点:生活习惯上戒烟,低盐饮食,适度活动等;控制血压,140/90mmHg 以下,血脂 LDL-C 控制在 1.8mmol/L 以下。病因治疗:阿司匹林,他汀类降血脂药物等。动员患者去专科医院进行病因检查。

【问题 14】对患者的管理中,最难处理的问题是什么? 怎样解决?

思路 1:最难处理的问题:①公众缺血性卒中的防治知识不够。②全科医师对缺血性卒中的病情的演变及严重程度认识不够。③缺血性卒中病因检查与评估不彻底。④针对病因的强化治疗执行不力。

思路 2:解决办法:加强公众缺血性卒中防治知识的普及;加强全科医师对缺血性卒中的发生、发展、转归的病理生理过程的认识;强调缺血性卒中及时转诊,树立“时间就是大脑”的理念,在缺血性卒中发作之后 3 小时之内到专科医院的急诊就诊;强调缺血性卒中的病因诊断。

知识点

缺血性卒中急性期的治疗

1. 卒中单元 主要是综合治疗,防治并发症等。
2. 血管再通 包括抗栓治疗及血管内介入治疗等。
3. 维持血容量。
4. 保护脑细胞。
5. 防治脑水肿等神经系统并发症。



知识点

缺血性卒中预防的内容(包括一级及二级预防)

1. 保持健康的生活方式 生活规律、膳食合理、保持活动、戒烟限酒、心境平和。
2. 危险因素的控制 高血压;心脏病;血脂异常;糖尿病;无症状性颈动脉狭窄;其他:包括肥胖、高同型半胱氨酸血症、代谢综合征、促凝危险因素、口服避孕药等。
3. 治疗病因及致病机制 如果有动脉粥样硬化不稳定斑块形成,而且有高血压等危险因素存在,应该使用抗血小板药物,首选阿司匹林。如果有非瓣膜性房颤等心源性栓子形成的风险,则可以考虑使用抗凝药物。如果不能耐受则可以考虑使用阿司匹林。对于狭窄超过70%的无症状颈动脉狭窄(颅外段)经过脑循环储备的评估后,如果有脑灌注不够或斑块不稳定的情况下,可以考虑行颈动脉内膜切除术、血管内支架植入术。如果出现颈动脉或一侧大脑中动脉完全闭塞,无法行支架植入术,且出现脑灌注不够时,可以考虑行颅外/颅内旁路手术治疗。

以上的预防策略请进一步参照国内脑血管病防治指南执行。

知识点扩展及问题延伸

【问题1】全科医师问诊患者时还应包括哪些方面内容?

思路:全科医师面对的患者不仅是一个个体,还是一个家庭,不仅是急性期的问题,还要考虑到不让患者病情进展及复发,让患者尽早康复等问题。因此,全科医师面对患者的问诊需要更全面。首先在问诊时除了针对患者的疾病(见前述),还要针对家属,要求家属配合,对患者进行有效的诊治。其次,对患者的既往健康状况进行评估,寻找缺血性卒中可能的危险因素。第三,对于转回社区的缺血性卒中患者,应该尽可能详细地收集专科医院的诊疗信息和资料,特别是针对病因进行记录和分析,制订有效的二级预防策略。最后,对患者的功能状况进行评估,指导家属协助患者及患者主动康复。

【问题2】缺血性卒中诊疗流程为何?基层全科医师如何分级管理?

思路:

1. 缺血性卒中诊疗流程 从专科医师的角度讲包括如下5步:①第一步,确认为突发神经功能缺损(见前述症状、体征)。同时行实验室检查(如血糖、电解质检查等),心脏功能检查或其他身体健康状况评估,以除外非血管源性神经功能缺损(如低血糖发作也可以引起偏瘫)。②第二步,行头部CT和(或)MRI检查,以明确是缺血性卒中还是出血性卒中(hemorrhagic stroke, HS)。同时,可以除外肿瘤、炎症等非血管源性颅内疾病导致的神经功能缺损。③第三步,如果是缺血性卒中,则应该评估是否可以溶栓治疗。④第四步,明确缺血性卒中的病因及发病机制:经过病史询问、神经系统查体及头部CT或MRI检查,临床上明确缺血性卒中的诊断后,需要对患者进行病因及发病机制的检查,除对症处理外更应该制订出全面的针对病因的治疗方案。⑤第五步,针对病因治疗,并评估卒中复发的风险,指导缺血性卒中的二级预防。同时对有残疾的患者进行康复治疗(三级预防),以改善预后。

2. 基层全科医师的分级管理

(1) 一级预防:社区人群缺血性卒中危险因素筛查和管理。平时为社区居民建立的健康档案应该起到这方面的作用,必要时对高风险人群可以转诊到专科医院完善危险因素检查,甚至病因检查,针对危险因素作一级预防。

(2) 二级预防:已经发生过缺血性卒中的患者应该进行二级预防的管理,防止复发。针对缺血性卒中的病因进行重点检查,涉及如下三个环节:①血液学检查:常规查全血细胞计数、血沉、凝血象、血生化(肝功能、肾功能、血糖、血脂、电解质);如果有异常或相应指征,可以做更全面的



血液学检查。②心脏检查:常规查心电图、超声心动图,必要时可以做更全面的心脏专科检查。③脑动脉检查:首先针对颈部颈动脉、椎动脉、锁骨下动脉以及颅内大动脉行血管超声检查,也可同时行 MRA 或 CTA 检查;必要时行 DSA 检查。其他检查:测双上肢血压,了解是否有锁骨下动脉盗血综合征;颈椎片了解椎动脉是否受压等。

(3) 三级预防:缺血性卒中后患者的管理和康复,首先进行功能评估,包括躯体功能、认知功能、语言功能、吞咽功能、精神心理状况、营养状况及其他脏器功能等。加强康复及护理,防止病情加重,尽早让患者回归家庭和社会。

第二节 出血性卒中

(一) 概述

出血性卒中包括脑出血(cerebral hemorrhage, CH)及蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)。

1. 脑出血 是指原发于脑实质内的出血,不包括外伤性脑出血,故称为自发性脑出血;长期的高血压造成的小动脉硬化和破裂是最常见的原因,所以也称作高血压性脑出血。其他可造成脑实质内出血的病因还包括脑淀粉样血管病、动静脉畸形、动脉瘤、血液病、凝血功能异常(或抗凝治疗相关性脑出血)、脑动脉炎、药物滥用以及肿瘤和脑梗死的继发性出血。自发性脑出血的出血部位以壳核最多见,其次为丘脑、尾状核、大脑半球白质、脑桥、小脑和脑室等。

2. 蛛网膜下腔出血 是指颅内血管破裂后,血液流入蛛网膜下腔而言,由于颅脑损伤引起的称为外伤性蛛网膜下腔出血;因脑实质出血,血液穿破脑组织而进入蛛网膜下腔者称为继发性蛛网膜下腔出血。本节只介绍原发性蛛网膜下腔出血,即 SAH。蛛网膜下腔出血的病因约半数以上为颅内动脉瘤引起,其次为颅内动静脉畸形,另外少见的病因还有肿瘤、血液病、脑动脉炎、结缔组织病、抗凝治疗并发症等。

(二) 流行病学

出血性卒中的发病率明显低于缺血性卒中,占有卒中的 15%~30%,但其死亡率明显高于缺血性卒中患者,急性期死亡率达到 45% 左右。

(三) 防治现状和存在问题

1. 脑出血 目前针对脑出血急性期的治疗没有太多的进展,由于脑出血死亡率高,因此一旦怀疑脑出血,应该及时送到专科医院。如果颅内出血面积大,引起脑水肿,甚至脑疝,则需要外科手术处理,如开颅血肿清除术,脑表浅的出血可采用立体定向抽吸术等。如果出血面积不大或在不关键的部位,主要是静养和对症支持治疗。在急性期为了防止血肿扩大,可以考虑控制血压,收缩压在 150mmHg 以下。另外可以选择性使用重组活化凝血因子Ⅶ静脉注射治疗。而脑出血的预防相对简单,主要是控制血压、限制饮酒、慎重权衡抗栓治疗的风险和获益。

2. 蛛网膜下腔出血 由于蛛网膜下腔出血的主要病因为颅内动脉瘤,对动脉瘤性 SAH 患者行动脉瘤夹闭或血管内治疗以减少再出血的发生,应尽可能完全闭塞动脉瘤。对于破裂动脉瘤治疗方案的选择,血管内或手术治疗均可实施,血管内治疗的效果更好。由于动静脉畸形早期再出血风险低于动脉瘤,可择期采用动静脉畸形整块切除、供血动脉结扎术、血管介入栓塞或 γ 刀治疗等。由此可见,一旦怀疑 SAH 应尽快转至有神经外科的医院,进行相应检查和治疗。

(四) 社区防控的任务、作用和意义

CH 最主要的危险因素包括寒冷、低胆固醇血症、酗酒、瘤卒中等;主要的病因包括高血压,抗栓治疗(主要是抗凝及溶栓治疗),年轻人多见的动静脉畸形及动脉瘤,老年人常见的脑淀粉样血管病。由上述 CH 的危险因素及病因可以发现,CH 的预防相对比较明确,主要是控制高血压,慎用抗栓治疗。生活中避免酗酒、情绪激动(导致血压增高),避免胆固醇过低,在寒冷天气注意保暖

等。年轻人的动静脉畸形及动脉瘤发生率不高,很难常规做脑血管造影检查,因此,往往是发病后再做病因检查时才发现。而老年人的脑淀粉样血管病是一种变性病,无法干预,因此目前也是无法预防的。因此,最根本的预防方法还是控制高血压(140/90mmHg 以下),保持良好的生活习惯。

SAH 的危险因素包括年龄(随着年龄增长而增加)、女性、高血压、吸烟、酗酒、口服避孕药、病毒感染等。SAH 的病因包括颅内动脉瘤破裂、脑动静脉畸形或其他血管变异、高血压动脉粥样硬化、血液病、颅内肿瘤、颅内静脉血栓形成等。其中最主要的病因是动脉瘤,占到所有病因的 80%。而且动脉瘤是可以通过外科手术和(或)血管内介入得到有效治疗,因此一旦怀疑 SAH,就应该及时转到有外科手术或血管内介入治疗条件的医院进行进一步的诊断和治疗。

但是,由于动脉瘤本身毕竟发生率不高,所以很难为了预防 SAH 而做脑血管造影检查。一般来讲还是注重保持良好的生活习惯,控制高血压。

临床病例

主观资料:患者男性,78 岁。主因“头晕、呕吐 4 小时”,于 2012 年 5 月 6 日入院。

现病史:患者 4 小时前无明显诱因出现头晕、呕吐,伴有心悸、出冷汗,无头痛,无旋转感和复视,无肢体无力。自测血压为 170/80mmHg,服用 1 片硝酸甘油后即来我院。

既往史:高血压、阵发性心房颤动病史,自今年 3 月以来服用氯吡格雷 75mg,每天 1 次。

个人史:无不良嗜好。

家族史:无特殊。

急诊查体:生命体征平稳,血压 158/88mmHg。神经系统查体不配合,未见明确阳性体征,为观察病情变化以“头晕”收入院治疗。

入院后第 2 天患者病情加重,精神淡漠,查体不能完全配合,双侧瞳孔等大等圆,光反射灵敏。双侧额纹对称,左侧鼻唇沟浅。左侧肢体肌力Ⅲ级,右侧肢体肌力Ⅴ级,双侧病理征(+)。头颅 CT 可见右侧额叶 CH,最大面积长、短轴为 6.8cm×4.4cm(层厚 0.5cm),出血少量进入蛛网膜下腔,中线略向左偏移(图 21-2A)。给予停用氯吡格雷,脱水降颅压,控制血压及抑酸保护胃黏膜等治疗。患者病情仍进行性加重,入院后第 3 天患者出现嗜睡,双侧瞳孔等大等圆,光反射存在。左侧肢体肌力 0 级,右侧肢体可按指令活动。复查头颅 CT 示右侧额叶血肿较前增大,最大面积长、短轴为 7.2cm×4.8cm(层厚 0.5cm),血肿周围低密度水肿带,中线结构向左偏移(图 21-2B)。急诊行右额开颅血肿清除术,清除血肿约 60ml。术后给予重组活化凝血因子Ⅶ(rFⅦ)2mg(30μg/kg)静脉注射 1 次。脑组织活检,β 淀粉样蛋白免疫组化染色示脑血管壁有明显淀粉样蛋白沉积,符合淀粉样脑血管病病理改变。

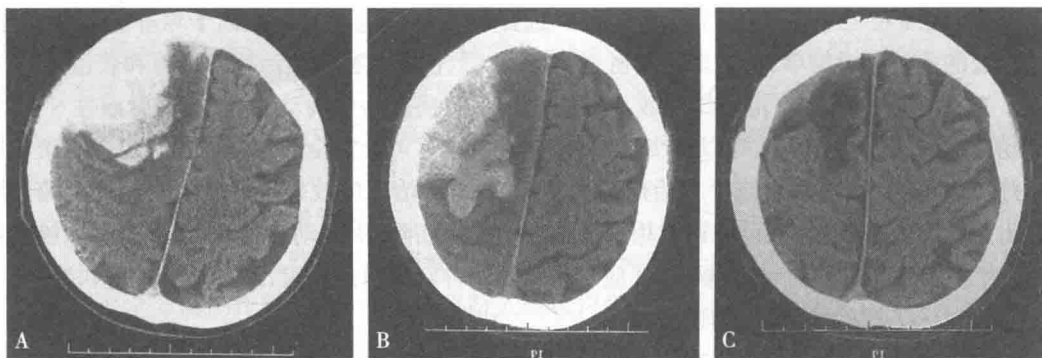


图 21-2 患者头部 CT

A. 首次头部 CT 显示右侧额叶 CH;B. 第二次头部 CT 显示原来部位的血肿面积扩大;C. 手术后复查头部 CT 显示血肿完全吸收后



术后予对症支持、康复训练等治疗,经治疗后患者意识逐渐恢复清醒,左侧肢体肌力由0级恢复至V⁻级,术后90天改良Rankin量表评分1分。随访4个月,患者未出现心肌梗死、脑梗死、深静脉血栓形成或肺栓塞等血栓栓塞事件。6个月后复查头部CT,血肿完全吸收(图21-2C)。

【问题1】该患者的就诊目的是什么?

思路:该患者就诊时的主诉很简单,就是“头晕、呕吐”。与本章第一节的患者主诉相似,因此就从“头晕”的主诉入手确定诊断,考虑四个方面的问题:①是否是眩晕;②是否是晕厥或晕厥前的表现;③是否步态不稳;④是否为非特异性的头晕。本例患者否认眩晕、晕厥及晕厥前表现、非特异性头晕。同时因患者不能行走,一直躺在平车及就诊床上,也无法判断是否存在步态不稳。另外神经系统查体也没有发现局灶性阳性体征,因此仅通过病史询问及常规的神经系统查体无法确定诊断。由于患者头晕、呕吐比较重,所以将患者收入院观察。

患者在住院观察期间病情加重,并且出现神经功能缺损的表现,这时结合患者有卒中的高危因素,如高龄、高血压、心房颤动,应该考虑卒中发生的可能性。由于出血性卒中及缺血性卒中很难从临床表现上鉴别,如本例患者有心房颤动,也应该考虑心源性栓塞的可能性。因此必须进行头部CT检查。通过头部CT检查确诊为右额叶脑出血。

【问题2】引起该患者症状的常见病有哪些?

思路:就老百姓常说的“头晕”主诉而言,导致其发生的疾病种类很多,主要涉及前庭功能受损相关性疾病,大脑灌注不够,心源性头晕,血压下降,脑内器质性病变,脏器功能受损及精神心理异常等。最后,该患者是脑内器质性病变,即脑出血导致的头晕。

【问题3】引起该患者症状的重要的不能被忽视的疾病有哪些?

思路:对于头晕,比较严重的疾病除了卒中之外,还应该除外心脏疾病、肺栓塞、其他重要脏器功能障碍、严重贫血及代谢性脑病,如安眠药中毒等。这些疾病如果不及时发现,有可能导致死亡。

【问题4】除上述病史,全科医生还需采集哪些病史?

思路:该患者的病史采集内容还有需要补充的地方,病史中已排除了眩晕,有心悸而没有对心脏问题作进一步的询问。没有对能否行走作出交代,是否贫血,是否服用特殊的药物等也没有详细的记载。总之,围绕头晕的四个方面应该进行完善、细致地询问。

【问题5】病史采集结束后,下一步查体应重点放在哪些方面?患者收入院之前还存在哪些健康问题?

思路:该患者查体的重点应该放在神经系统、心脏、肺脏、大血管区,另外需要观察皮肤黏膜是否有出血点、黄染、水肿等。围绕头晕的相关问题,特别是重大脏器功能进行查体。本例患者神经系统查体还不够仔细,对于高龄老人,有卒中高危因素,发病时血压高,应该首先考虑卒中的可能性。对于高龄老人,无论是脑出血还是蛛网膜下腔出血都不典型,可以没有头痛的表现。该患者没有提到是否有颈部僵硬等表现。患者入院之前没有做头部CT是一个很大的不足之处,因为脑梗死和脑出血的治疗是不一样的。

知识点

脑出血的临床表现

1. 总体印象 大多数发生于50岁以上的高血压患者,急性发病和病情进展迅速;伴有局灶症状和体征,因出血的部位和大小不同而有很大变异。
2. 非局灶表现 意识障碍、头痛和呕吐、血压增高、癫痫发作。
3. 局灶症状和体征 局灶性神经功能缺损表现,见第一节描述。



知识点

蛛网膜下腔出血的临床表现

1. 起病形式 多为急骤起病,突如其来。
2. 头痛 头痛发生率为 70%~100%,老年人头痛发生率低。
3. 恶心呕吐。
4. 意识和精神障碍 约 33%~81% 患者有意识障碍,多为起病后立即发生。老年人意识障碍较重。可有淡漠、畏光、少动、言语减少等,有的患者出现谵妄、幻觉、妄想、躁动等。
5. 癫痫发作。
6. 脑膜刺激征。
7. 眼底改变 一侧或双侧的视乳头周围可见玻璃体下出血,可早在发病后 1 小时出现,一般发生在数小时内,约于 2 周内逐渐吸收和消失。
8. 神经系统局灶性体征
 - (1) 颅神经麻痹:以一侧动眼神经麻痹最多见,可有面神经麻痹、视神经和听神经麻痹、三叉神经和展神经麻痹。
 - (2) 偏瘫和偏身感觉障碍:可出现短暂的或持久的肢体单瘫、偏瘫、四肢瘫、偏身感觉障碍等局灶性症状和体征。
9. 自主神经和内脏功能紊乱 表现为体温升高、血压升高、心电图改变、胃肠道功能紊乱、应激性溃疡、呼吸功能紊乱或急性肺水肿等。

知识点

CH 与 SAH 的首选检查方法? SAH 的病因检查方法首选什么?

1. CH 与 SAH 的首选检查方法为头部 CT。
2. SAH 的病因检查方法首选 DSA。

【问题 6】上述门诊记录是否准确反映了患者的体征?

思路:该患者急诊神经系统查体的内容描述过于简单,从意识状态、语言、瞳孔、颅神经功能表现,感觉运动功能,病理反射,脑膜刺激征以及眼底,在急诊时应该分别描述,而不是一句“神经系统检查未见明确阳性体征”就能说明问题的。另外,由于不能除外脑梗死,因此心脏功能,大血管区是否有杂音也应该描述。其他重要脏器功能的查体也没有体现出来,此患者的急诊查体是不够的。

【问题 7】经过查体,患者的初步诊断是什么? 需要与哪些疾病相鉴别?

思路:由于急诊查体没有提供足够的线索,加上没有行头部 CT 检查,因此急诊只能以头晕待查收入院观察。而头晕需要鉴别的疾病可以参考【问题 1】的描述。

【问题 8】为明确诊断,该患者在社区门诊可以做哪些辅助检查?

思路:由于社区辅助检查手段有限,特别是没有头部 CT 检查,因此如果怀疑患者为卒中发作,原则上应该尽早转至专科医院。如果条件容许,可以进行实验室检查,如血常规、凝血象、血糖、血脂、肝肾功能、血沉等检查,还可以行心电图、腹部 B 超检查。

【问题 9】该患者是否需要转诊至专科? 转诊的目的是什么?

思路:该患者头晕、呕吐比较重,考虑到不能除外心、脑血管疾病,特别是要进行头部 CT 检查,因此应该及时转至专科医院进行进一步检查,以明确诊断。



【问题 10】该患者急诊最应该做的检查项目是什么？之后应做的检查项目及其目的？

该患者急诊最应该做的检查是头部 CT。头部 CT 证实为右额叶脑出血，诊断为脑出血。少量破入蛛网膜下腔，诊断为继发性蛛网膜下腔出血。之后应该进一步完善头部 MRI、脑血管造影、全血细胞计数及凝血象等检查，以明确出血的原因。病情变化时应及时复查头部 CT，观察血肿体积有没有进行性扩大。

【问题 11】该患者出院时最终确定的诊断有哪些？

思路：该患者出院时的诊断包括：脑出血；继发性蛛网膜下腔出血；开颅血肿清除术；脑淀粉样血管病变；高血压病；心房颤动。

【问题 12】入院第二天确诊脑出血后应给予患者初步治疗方案是什么？

思路：对症支持治疗；脱水降颅压（中线有移位）；监测颅内血肿是否有扩大，如果有血肿扩大，可以考虑静脉注射 rFVII；如果血肿扩大，且伴有脑水肿，有脑疝风险时需进行开颅血肿清除术。

知识点

脑出血最主要的危险因素

1. 高血压。
2. 抗凝及溶栓治疗。
3. 年轻人多见的动静脉畸形及动脉瘤。
4. 老年人常见的脑淀粉样血管病。

知识点

蛛网膜下腔出血最主要的病因

蛛网膜下腔出血最主要的病因是动脉瘤。

知识点

脑出血的治疗方案

1. 一般治疗 卧床休息 2~4 周，维持生命体征稳定，防治并发症。
2. 控制血压 收缩压 $\leq 150\text{mmHg}$ 。
3. 控制脑水肿，降低颅内压。
4. 控制体温： $\leq 37.5^\circ\text{C}$ 。
5. 有血肿扩大时，使用 rFVII 止血治疗。
6. 癫痫发作的预防和处理 不预防性使用抗癫痫药物。
7. 手术治疗

(1) 适应证：小脑血肿直径 $\geq 3\text{cm}$ ，症状持续恶化，或有脑干受压或脑积水者；中到大量脑叶出血，症状持续恶化者；患者有明确动脉瘤、动静脉畸形等，部位适于手术者。原发性脑室出血可考虑脑室引流治疗。

(2) 禁忌证：症状较轻，病情稳定者；小量脑出血；症状重，格拉斯哥昏迷量表 (Glasgow coma scale, GCS) ≤ 4 分者。

8. 早期康复治疗。



知识点

蛛网膜下腔出血的治疗方案

1. 一般治疗 绝对卧床休息4~6周,避免情绪激动和用力。止痛,改善睡眠和防止便秘等。
2. 控制血压 使血压控制在正常偏低(参考脑出血章节)。
3. 控制颅内压 甘露醇。
4. 抗纤溶药物 6-氨基己酸、氨甲苯酸、氨甲环酸等。但抗纤溶药物易引起深静脉血栓形成,肺动脉栓塞,以及诱发和加重脑血管痉挛,故应用仍有争议。
5. 病因治疗 动脉瘤应采取手术和(或)介入治疗的办法处置。
6. 预防和治疗脑血管痉挛 可应用钙通道拮抗剂如尼莫地平治疗14天。在手术处理动脉瘤后,保证无再出血的情况下,可在严密观察下进行短期扩容、增高血压和增加心排出量的治疗。
7. 其他并发症的处理 脑内血肿采取手术清除,急性非交通性脑积水可行脑室穿刺引流术,正常颅压脑积水可行脑室腹腔分流术。

病例续:转诊回社区门诊随访

【问题14】该患者随访的项目有哪些?控制目标是什么?

思路:该患者的随访目标有以下几方面:①控制血压,目标 $\leq 140/90\text{mmHg}$;②监测是否有深静脉血栓,因为患者有心房颤动,且使用过rFVII;③避免使用抗栓制剂,因为患者患过脑出血,而且病理诊断为淀粉样脑血管病变,属于容易复发的脑出血类型;④保持良好的生活习惯,如不饮酒,避免用力,防止便秘等。⑤功能评估与康复:由于患者出院时功能基本恢复正常,因此不存在三级预防,即康复的问题,主要是二级预防。

【问题15】对患者的管理中,最难处理的问题是什么,怎样解决?

思路:该患者最难处理的问题是,属于缺血性卒中高危人群,如高龄(≥ 75 岁),高血压,心房颤动。但患者本次发生了脑出血,而且是容易复发的脑淀粉样血管病变患者。因此,需要慎重考虑启动抗栓治疗。目前能考虑的解决办法就是对症支持治疗。

知识点

脑出血二级预防的主要措施

1. 控制高血压 140/90mmHg 以下。
2. 慎用抗栓治疗。
3. 生活中避免酗酒、情绪激动。
4. 避免胆固醇过低。
5. 在寒冷天气注意保暖等。
6. 年轻人的动静脉畸形及动脉瘤发生率不高,很难常规做脑血管造影检查。
7. 老年人的脑淀粉样血管病是一种变性病,无法干预及预防。

知识点

蛛网膜下腔出血二级预防的主要措施

1. SAH后,需行DSA检查,尽量查明原因,如动脉瘤、动静脉畸形,并给予相应治疗,防止再出血。



2. 控制高血压。
3. 保持良好的生活习惯 如戒烟,不酗酒。

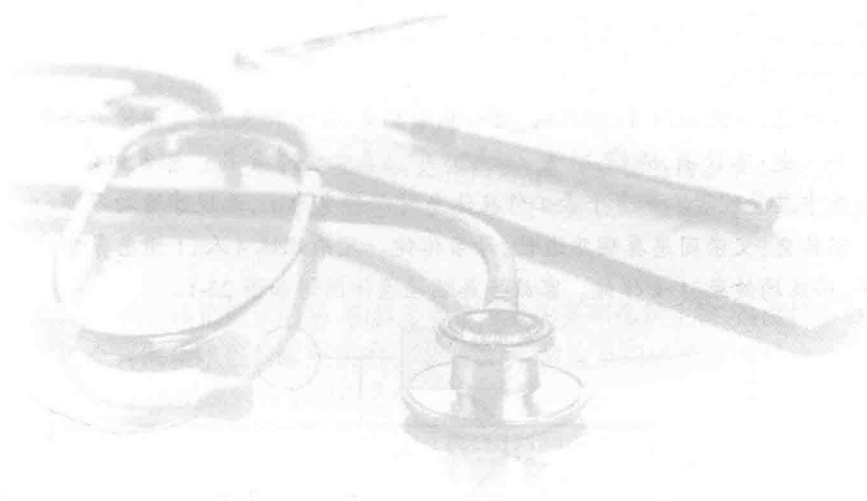
(龚 涛)

参考文献

- [1] 饶明利. 中国脑血管病防治指南. 北京:人民卫生出版社,2007.
- [2] 王新德. 现代神经病学. 北京:人民军医出版社,2008.
- [3] 王维治. 神经病学. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] Ropper AH, Samuels MA, Klein JP. Adams and Victor's Principles of Neurology. 10th ed. New York: McGraw-Hill Professional, 2014.
- [5] Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, et al. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 6th ed. Saunders, 2012.
- [6] Mohr MS JP, Grotta JC, Wolf PA, et al. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. 5th ed. Saunders, 2011.
- [7] Caplan LR. Caplan's Stroke: A Clinical Approach. 4th ed. Saunders, 2009.
- [8] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010. 中华神经科杂志, 2010, 43 (2): 146-154.
- [9] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010. 中华神经科杂志, 2010, 43 (2): 154-161.
- [10] Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2013, 44 (3): 870-947.
- [11] Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2014, 45 (7): 2160-2236.
- [12] Morgenstern LB, Hemphill JC 3rd, Anderson C, et al. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2010, 41 (9): 2108-2129.
- [13] Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2012, 43 (6): 1711-1737.

第三篇

常见恶性肿瘤的 临床预防



第二十二章 鼻咽癌

鼻咽癌(carcinoma of nasopharynx)是我国高发恶性肿瘤之一,占头颈部肿瘤发病率首位。流行病学调查资料显示,其发病率有地区性差异,广东、广西、湖南、福建和江西为我国乃至世界鼻咽癌高发区,男性发病率约为女性的2~3倍,40~50岁为高发年龄段。

由于鼻咽解剖位置隐蔽,鼻咽癌早期表现不典型,早期诊断较困难,容易延误,一般确诊大多为中晚期,五年生存率较低。全科医生需要特别警惕,争取早期发现、早期诊断,尽早治疗。对于经过放化疗的患者,全科医生需要定期检查患者鼻咽部,给予护理方面的指导,定期随访,防止复发。

临床病例

朱某,男,49岁,主诉“左耳阻塞感半年,伴左颈部包块1个月”来社区门诊就诊。初步的病史采集如下。

患者于半年前感到左耳阻塞感,伴耳鸣,听力下降就诊市级医院耳鼻喉科,当时给予耳镜检查,见左鼓膜内陷,光锥消失,色泽呈毛玻璃样。做声导抗和纯音听阈检查,声导抗示:左耳鼓室图B型,左鼓室压 -225daPa ,纯音听阈检查示:左耳轻度传导性听力下降。诊断为:左耳分泌性中耳炎,给予行鼓膜穿刺,抽出0.2ml淡黄色液体,患者即感到耳阻塞感明显减轻,听力改善,另给予泼尼松口服,治疗后患者症状好转。但2~3周后又出现以上耳部类似表现,因工作忙未予重视。近一个月发现左颈部一个包块,类圆形,直径约2.5cm,无疼痛。无鼻塞、鼻出血,无发热、无吸咯痰带血,无眩晕、头痛。大小便规律,饮食睡眠佳,精神体力可,体重无明显变化。

既往史:否认高血压、糖尿病、冠心病等病史,否认肝炎、结核等传染病史。

个人史:不饮酒,吸烟20支/天,20年。喜食腌腊食品。患者为大学本科学历,现任某企业中层管理者。患者平素工作及休息时以静坐为主,无规律运动习惯。

家族史:父亲因患鼻咽癌逝世,母亲体健。兄弟姐妹4人,1姐患鼻咽癌已经放化疗后五年,弟妹均健康,1女体健。家族性鼻咽癌遗传图谱如图22-1。

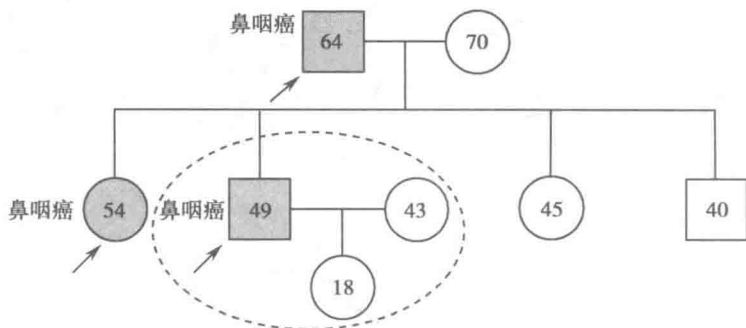


图 22-1 家族性鼻咽癌遗传图谱

【问题1】通过上述病史,全科医生应考虑此患者的可能诊断是什么?

根据该患者有“左耳阻塞感半年,伴左颈部包块1个月”症状,家族中两代人都有“鼻咽癌”



史,需要考虑鼻咽癌可疑诊断。

思路 1:中年,男性,分泌性中耳炎病程,出现颈部包块。患者有喜食腌腊食物嗜好,有鼻咽癌家族史,是鼻咽癌的高发人群,应引起重视。

知识点

鼻咽癌的临床表现与检查

1. 症状 鼻部:涕血和鼻出血,鼻塞;耳部:耳阻塞感、耳鸣及听力下降,反复、持续分泌性中耳炎发生;眼部:复视、眼球活动受限、视力障碍;颅神经侵犯症状:常先侵犯V、VI,继之IV、III、II对脑神经,出现头痛,面部麻木,眼球外展受限,复视,睑下垂,眼球固定,后来IX、X、XI、XII颅神经,出现吞咽困难,声嘶,舌半侧瘫痪和萎缩等。转移症状:颈淋巴结肿大、远处器官转移。

2. 检查 前鼻镜、鼻咽镜(间接鼻咽镜、纤维电子鼻咽镜)检查,可见鼻咽部(大多在咽隐窝、鼻咽顶部)有新生物突起。

3. 病理活检、鼻咽脱落细胞学检查、细针抽吸细胞学(FNA)检查可以确诊癌细胞类型。

4. CT扫描、磁共振成像(MRI)可明确肿瘤范围及病情程度。

5. EB病毒壳抗原-IgA抗体(VCA-IgA抗体)检测 有助明确诊断。

思路 2:该患者左耳阻塞感,伴耳鸣,听力下降经治疗后又发生,且出现左颈部包块,提示鼻咽癌可疑。在社区门诊中,应重点做哪些方面体格检查?

病例续:社区门诊查体记录

体格检查:T 36.5℃,P 78次/分,R 17次/分,BP 125/85mmHg,神志清,一般情况可。双瞳等圆,光反射灵敏,巩膜无黄染,眼球运动无异常,无复视。鼻唇沟对称,左颈部胸锁乳突肌中上1/3处触及一个类圆形包块,约2.5cm×2cm,质地硬,无活动及触痛,表皮无充血。甲状腺未触及,气管居中。双肺听诊呼吸音清,心率74次/分,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,无压痛,双肾区无叩痛,腹部叩诊无移动性浊音。下肢无水肿。神经系统检查无明显阳性体征。

专科检查:双外耳道畅,左鼓膜内陷,浑浊,光锥消失;右鼓膜标志清。鼻腔黏膜色红,鼻甲不大,各鼻道通畅,未见血迹。间接鼻咽镜检查:鼻咽部左侧咽隐窝有新生物突出,色鲜红,表面不光滑。

思路 3:综合以上症状和体格检查结果,初步考虑该患者为鼻咽部新生物,高度怀疑鼻咽癌。以目前国内现有条件全科医生难以对该疾病做出明确诊断,故应及时转诊到专科就诊,做病理及其他辅助检查,进一步确诊疾病的性质和程度等。

思路 4:因鼻咽癌发病有家族倾向,并有易感因素,在询问患者疾病史中,应特别注意个人史、家族史的采集。

知识点

鼻咽癌的病因

鼻咽癌的发病因素是多方面的,以下因素有密切关系。

1. 遗传因素

(1) 家族聚集现象:许多鼻咽癌患者有家族患癌病史。鼻咽癌有垂直和水平的家族发生倾向,本患者家族即有此情况。

(2) 种族易感性:鼻咽癌主要见于黄种人,少见白种人。

2. 病毒感染 EB病毒与鼻咽癌的发生有密切关系,查血清中EB病毒壳抗原-IgA抗体可帮助早期诊断鼻咽癌。

3. 环境因素 亚硝胺类化合物:鱼干、腊味与鼻咽癌发病有关。这类食品含亚硝酸盐。动物实验二乙基亚硝胺,二亚硝基吡嗪等可诱发大鼠鼻咽癌。

4. 微量元素 实验结果表明,镍元素对鼻咽癌的发病有一定作用。

【问题2】全科医生如何早期发现鼻咽癌患者?

思路1:对于门诊患者,怎样早期发现鼻咽癌高危人群?

早发现、早诊断、早治疗对提高鼻咽癌患者五年生存率起着至关重要的作用。鼻咽癌发生部位隐蔽,早期无特异性症状,导致早期诊断率不高。特别对门诊诊断为分泌性中耳炎患者,年龄在45岁以上,应当重点检查鼻咽部,并全面采集患者个人史、家族史资料,判断患者是否存在易感因素,对于血清中EB病毒壳抗原-IgA抗体滴度大于1:40者,属于鼻咽癌高危人群,应定期复诊。

思路2:全科医生在鼻咽癌筛查中的任务。

全科医生是患者长期的健康照顾者,熟悉患者的生活习惯,患者有不适经常首诊全科医生,解决问题。这就使得全科医生可以发现早期鼻咽癌。

知识点

鼻咽癌的筛查原则与程序

1. 筛查原则

- (1) 年龄45岁以上,有食腌腊食品嗜好。
- (2) 家族中有患癌症或鼻咽癌史。
- (3) 有反复患分泌性中耳炎病史,或咯痰带血等表现。

2. 筛查程序

- (1) 病史及体格检查应全面、正确。强调对个人史、家族肿瘤史的询问与记录。
- (2) 鼻咽部检查:阴性,应进一步检测血清中EB病毒壳抗原-IgA抗体,必要时作CT、MRI检查。阳性,应做细胞学或取活体组织病理学检查。

【问题3】对诊断鼻咽癌的患者,全科医生还应该注意搜集哪些临床资料?

思路1:全科医生除了关注肿瘤本身的症状之外,还应该关注与肿瘤转移有关的相关表现,例如:①鼻咽癌局部侵犯→眼眶、脑神经;②颈淋巴结转移→颈部肿大淋巴结无痛、质硬,早期活动,晚期粘连固定;③远处转移→骨痛,肺→咳嗽、血痰,肝→肝大、黄疸、腹水;④脑转移→偏瘫、昏迷等。

知识点

鼻咽癌的转移途径

1. 鼻咽癌侵入眼眶途径

- (1) 经颅内侵入:经颈内动脉管或破裂孔侵犯海绵窦,向前由眶上裂到眼眶。
- (2) 经颅外扩展:①肿瘤由鼻咽经翼管进入翼腭窝,再从眶尖到眶内;②鼻咽顶后壁肿瘤向前入鼻腔,经蝶腭孔进入翼腭窝,再由眶下裂侵入眶内;③肿瘤向前入鼻腔后,破坏筛窦纸样板入眼眶。



2. 鼻咽癌侵犯脑神经途径

(1) 咽隐窝肿瘤向上经颈内动脉管或破裂孔到达颅中窝岩蝶区,有岩尖、圆孔、卵圆孔、海绵窦区→V、VI,继之IV、III神经受损。

(2) 肿瘤向外扩展至咽旁间隙茎突后区,XII、IX、X、XI颅神经及颈交感神经。

3. 颈淋巴结转移 肿瘤→颈深上组淋巴结→XII、IX、X、XI颅神经,

→颈深下组淋巴结、颈后三角组淋巴结。

4. 远处转移 肿瘤通过血行转移到骨、肺、肝等器官。

思路 2:全面的身体状态评估有助于鼻咽癌患者能否面对放疗、化疗等一系列针对性治疗,评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。

【问题 4】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:鼻咽癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现鼻咽癌病例或可疑病例后立即转诊。

知识点

鼻咽癌的转诊标准

疑似有鼻咽癌患者应立即转诊至耳鼻喉专科。

家族中有患癌症或鼻咽癌史的患者,有反复患分泌性中耳炎病史,或吸咯痰带血等表现,也需要定期到上级或专科医院检查及治疗。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

鼻咽癌的转诊资料

1. 围绕鼻咽癌的资料(主述、现病史、查体和辅助检查),帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。

2. 患者原有的基础疾病,为专科医生做全面的治疗方案提供评估资料。

3. 目前正在使用的药物。

4. 主要脏器功能,以帮助专科医生判断采取的治疗方案。

5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

病例续

患者,男,49岁,因“左耳阻塞感半年,伴左颈部包块1月”曾到社区门诊就诊。间接鼻咽镜检查:鼻咽部左侧咽隐窝有新生物突出,色鲜红,表面不光滑。拟诊“鼻咽部新生物”由社区门诊转来本科(耳鼻喉科)。发病以来无鼻塞、鼻出血,无发热、无吸咯痰带血,无眩晕、头痛。喜食腌腊食品。患者父亲因患鼻咽癌逝世,母亲体健。兄弟姐妹4人,1姐患鼻咽癌已经放化疗后五年,弟妹均健康。

专科检查:左鼓膜内陷,混浊,光锥消失。左颈部胸锁乳突肌中上1/3处触及一个类圆形包块,直径约2.5cm×3cm,质地硬,无活动及触痛。

【问题 5】患者转诊到专科医院后需要通过哪些方法进行明确诊断?

思路:全科医生在怀疑或鼻咽癌转诊至上级专科医院前,向患者及家属简要介绍进一步的



检查方法。

1. 鼻咽部 CT 平扫检查示 鼻咽部左侧咽隐窝有密度增高影, 双侧咽鼓管隆突不对称, 左侧变形, 咽旁间隙尚清晰。

2. 电子鼻咽镜检查 见鼻咽部左侧咽隐窝有新生物突出, 色鲜红, 表面不光滑, 左侧咽隆突及咽鼓管咽口变形, 行镜下取活检做病理检查, 病理结果为鼻咽部未分化癌。

3. 血 VCA-IgA 抗体检测 滴度 1:45 (70% 以上鼻咽癌患者抗体滴度 $\geq 1:20$)。

4. 颈部 B 超检查 左侧颈部 II、III 区可见数个低回声团块, 最大约 $2.5\text{cm} \times 2.7\text{cm}$, 考虑颈淋巴结增大。

【问题 6】患者鼻咽癌还要与哪些疾病相鉴别?

知识点

鼻咽癌的鉴别诊断

1. 鼻咽血管纤维瘤 (angiofibroma of nasopharynx) 是鼻咽部的良性肿瘤之一, 常发生于 16~25 岁男性青年。其源于颅底, 病因不明, 肿瘤生长扩张能力强, 且易复发, 易引起大出血而致严重后果。临床上以鼻腔和口腔大出血、鼻塞及肿瘤压迫症状为主要表现, 肿瘤可向鼻腔鼻窦、眼部、翼腭窝、颞下窝、中颅窝及口腔扩展, 引起相应症状。鼻咽镜检查, 可见鼻咽顶部光滑圆形或结节状隆起瘤组织, 色淡红, 表面有血管纹。鼻咽部触诊, 质地较硬, 不能推动。不伴颈淋巴结肿大。可做增强 CT 或增强 MRI 检查。根据症状和检查结果, 结合年龄、性别可诊断, 禁止做鼻咽部活检, 以免引起大出血。治疗以手术为主, 肿瘤较小可以行放射治疗后电凝切除。

2. 鼻咽淋巴瘤 是鼻咽部恶性肿瘤之一, 发病年龄较鼻咽癌早, 颈淋巴结转移发生率较鼻咽癌高, 常为双侧性, 并可侵犯颈部各组淋巴结, 甚至转移到腋下、纵隔及腹膜后等淋巴结。主要经鼻咽部活检, 病理确诊。

3. 颅咽管瘤 是颅咽管残余上皮来源的肿瘤。肿瘤位于脑垂体蒂部, 向上生长达鞍膈以上压迫视神经, 向后可突入第三脑室, 压迫丘脑下部, 向下侵入蝶鞍内, 可破坏鞍底进入蝶窦。好发于儿童。生长缓慢, 早期无明显症状, 后期常见症状有: ①内分泌失调: 儿童生长缓慢, 发育迟缓, 成人肥胖、性功能低下、基础代谢率低; ②视力下降, 视野缺损; ③颅内压增高, 儿童多见。颅底 X 线与 CT 扫描可见鞍区骨质破坏, 瘤内钙化点, 近半数出现肿瘤边缘壳状钙化影, 是诊断颅咽管瘤的重要依据。MRI 扫描可显示瘤体大小、位置与邻近组织关系, 瘤体内有无囊性变等。内分泌检查测定下丘脑和垂体功能, 对诊断有一定帮助, 最终确诊有赖于术后病理检查。以手术治疗为主, 范围大不能全部切除者, 术后辅以放疗及内分泌治疗。

4. 咽部脊索瘤 脊索瘤 (notochordoma) 其源于胚胎脊索残余。一般分为颅部、脊椎部和骶尾部。颅部脊索瘤发生于颅底斜坡处的蝶枕联合处, 肿瘤向周围组织生长, 向上累及蝶窦、蝶鞍, 向下累及鼻咽部, 向后压迫脑干、脑神经及基底动脉。好发于中年男性, 属低度恶性肿瘤。咽部脊索瘤多位于鼻咽部, 常表现为进行性鼻塞、脓涕、嗅觉减退、夜间打鼾、耳鸣、耳阻塞感、听力下降、头痛, 时有鼻出血及吞咽困难; 肿瘤累及视神经可出现视力下降、偏盲等。此肿瘤较少见, 生长缓慢, 病程长, 鼻咽镜检查可见肿瘤位于鼻咽中线偏一侧, 表面覆以正常黏膜。颅底 X 线及 CT 扫描显示斜坡、蝶鞍区及上部颈椎广泛性骨质破坏。鼻咽癌累及颅底者骨质破坏以岩尖破裂孔区为主, 并常伴有 V、VI 颅神经受累或淋巴结转移。脊索瘤无颈淋巴结肿大, 最后确诊有赖于病理活检。手术治疗为主。

5. 鼻咽部胚胎性横纹肌肉瘤 为来源于中胚层的恶性肿瘤。体积较大, 有时外形如息肉样, 多有阻塞症状。可发生颈淋巴结转移及远处转移。确诊需要病理活检。多采用手术、放疗和化疗综合治疗。治疗后易复发, 预后较差。



6. 鼻咽部结核 是结核杆菌侵犯鼻咽部黏膜引起的特异性炎性疾病,临床表现有:脓涕、涕中带血,增生性病变可有鼻塞、耳鸣等阻塞症状;鼻咽镜检查可见鼻咽部黏膜有溃疡,表面有灰白色伪膜样分泌物,或见结节肉芽样组织增生。可伴有颈淋巴结肿大,多个淋巴结融合,早期质地中等,当淋巴结内发生干酪样坏死时,可形成脓肿,出现波动感,切开排脓后切口不易愈合。MRI 检查可与肿瘤鉴别,病理活检可确诊,抗结核药物治疗。

7. 腺样体肥大 腺样体因反复炎症刺激而发生病理性增生肥大,并引起相应症状者称腺样体肥大(adenoidal hypertrophy)。本病常见于儿童,部分成人也可发生,常合并慢性扁桃体炎或扁桃体肥大。临床表现主要由肥大腺样体阻塞后鼻孔和压迫咽鼓管,以及分泌物向下流对咽、喉和气管的刺激,引起耳、鼻、咽喉等多种症状。主要有鼻塞、耳阻塞感、听力下降、咽部不适、阵咳、睡眠打鼾、憋气等,伴鼻窦炎和支气管炎刺激症状,严重者有腺样体面容。鼻咽镜检查见鼻咽顶后壁红色块状隆起,表面多呈橘瓣形状,有纵形沟。手指触诊可触及鼻咽顶部柔软肿块,与鼻咽血管纤维瘤质地明显不同。鼻咽部 X 线侧位片和 CT 检查,见鼻咽部软组织增厚影。炎症感染严重,可触及颈淋巴结肿大,质软、活动、轻触痛。手术治疗。

【问题 7】该患者应给予治疗方案是什么?

鼻咽癌病理分类目前尚未统一,1988 年制订《鼻咽癌诊治规范》时,提出试行分类法:原位癌,浸润癌:微小浸润癌、鳞状细胞癌(高、中、低分化鳞癌)、腺癌(高、中、低分化腺癌)、泡状核细胞癌、未分化癌。其中分化低的鳞癌、腺癌、泡状核细胞癌及未分化癌对放射治疗敏感,首选放疗。

思路 1:目前鼻咽癌治疗策略有:放疗,是鼻咽癌的首选治疗方法;放疗+化疗适用于中、晚期鼻咽癌,对提高Ⅱ期以上五年生存率和减少远处转移率有一定效果;手术+化疗对较高分化癌,病程较晚及放疗后复发病例是一不可缺手段。

化疗给药方式有全身化疗(口服、肌内注射、静脉滴注),半身化疗、动脉插管化疗。

其他辅助治疗有免疫治疗等。

该患者确诊为鼻咽部未分化癌,首先选择放射治疗,经过放疗结束后鼻咽部病灶控制消失,但颈部淋巴结仍未消失,有孤立包块存在,又行化疗。

思路 2:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

鼻咽癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 鼻咽癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随诊方案及需要继续治疗方案简介(含放化疗间隔时间)。
2. 放化疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:局部组织感染以及放化疗期间血象变化(如粒细胞、血小板减低等变化)的监控和处理。
3. 需要转回专科治疗的情况,包括局部病灶复发、鼻腔出血、血象检测粒细胞数值等。

【问题 8】患者的社区长期管理?

思路 1:基于健康档案的长期管理。为鼻咽癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情和患者治疗后遗症状制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。预约随访或家庭访视日期。

思路 2:患者的社区随诊内容和时限。通常治疗结束后两年内,每三个月门诊复查一次,复



查的内容包括血常规、生化检查、鼻咽部肿瘤检查,胸片、B超,血 VCA-IgA 抗体检测随访等。必要时可转至上级医院专科行鼻咽部增强 CT 或 MRI 及电子鼻内镜检查。术后两年到五年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随诊。遇有其他需要随诊的临床情况应缩短随诊间隔,随访中发现新的问题,及时转诊专科处理。控制目标主要是早期发现有无肿瘤转移,预防复发。

思路 3:患者在社区的心理干预。早期心理干预的重点是让学生接受患病的事实,在此基础上树立康复的信心,提升配合治疗的积极性。晚期学生的心理干预内容是坦然接受疾病结果,面对现实,积极乐观态度对待死亡。

思路 4:学生的健康教育。保持良好心态,避免腌腊饮食,多进富有蛋白质和纤维素的食物。学会观察鼻分泌物性状和处理放疗后遗咽部、耳部不适的方法,消除对疾病的恐惧心理,树立生活信心,增强克服放疗后遗症痛苦的信念。

思路 5:对鼻咽癌患者的随访中,最难处理的问题是什么,应怎样解决?

鼻咽癌患者放疗后随访中比较难处理的是放疗引起的后遗症,如口腔炎、咽部干燥、分泌性中耳炎、牙槽骨损伤等,必要时到相应专科治疗。

知识点

鼻咽癌放疗后遗症处理

1. 鼻咽癌放射治疗后口腔黏膜干燥、牙齿护理:需要补充大量 B 族维生素,嘱咐患者多饮水,进食松软食物,保持口腔清洁卫生,保护松动牙齿,3 年内不要拔牙。
2. 放疗后遗症——分泌性中耳炎的治疗:经反复保守治疗无效,可考虑行鼓室置管术。

【问题 9】鼻咽癌预后如何?

鼻咽癌预后与 TNM 分类、组织病理学分级以及临床分期,治疗时机和效果等因素有关。鼻咽癌放疗后五年生存率 50% 左右。

知识点

鼻咽癌 TNM 分期

根据肿瘤的生长范围和扩散程度,按照国际抗癌联盟(UICC)头颈肿瘤【第六版(2002 年)】方案如下。

T: 原发肿瘤

T_x: 原发肿瘤不能确定。

T₀: 无原发肿瘤之证据。

Tis: 原位癌。

T₁: 肿瘤限于鼻咽部。

T₂: 肿瘤侵犯咽部软组织和(或)鼻腔。

T_{2a}: 无咽旁组织侵犯。

T_{2b}: 有咽旁侵犯(肿瘤向侧后方浸润,穿透咽颅底筋膜)。

T₃: 肿瘤侵犯骨质和(或)鼻窦。

T₄: 肿瘤侵犯颅内和(或)颅神经、颞下窝、下咽或眼眶。

N: 区域淋巴结转移

N_x: 区域淋巴结转移不能确定。

N₀: 无区域淋巴结转移。

N₁:单侧淋巴结转移,淋巴结直径小于 6cm,位于锁骨上窝以上区。

N₂:双侧淋巴结转移,淋巴结直径小于 6cm,位于锁骨上窝以上区。

N₃:一个或数个淋巴结转移。

N_{3a}:淋巴结直径大于 6cm。

N_{3b}:锁骨上窝有转移。

M:远处转移

M_x:远处转移不能确定。

M₀:无远处转移。

M₁:有远处转移。

知识点扩展或问题延伸

【问题 1】鼻咽癌的临床分期？

临床分期	原发灶分期	淋巴结转移分期	远处转移分期
0 期	Tis	N ₀	M ₀
I 期	T ₁	N ₀	M ₀
II A 期	T _{2a}	N ₀	M ₀
II B 期	T ₁	N ₁	M ₀
	T _{2a}	N ₁	M ₀
	T _{2b}	N ₀ ,N ₁	M ₀
III 期	T ₁	N ₂	M ₀
	T _{2a} 、T _{2b}	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₀ ,N ₁ ,N ₂	M ₀
IV A 期	T ₄	N ₀ ,N ₁ ,N ₂	M ₀
IV B 期	任何 T	N ₃	M ₀
IV C 期	任何 T	任何 N	M ₁

【问题 2】患者家庭的全科医学照顾

思路 1:一级亲属初步筛查服务。依据鼻咽癌的流行病学特征,全科医生应为 40 岁以上的鼻咽癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①饮食习惯、近期体重改变情况;②家族患癌史;③血 VCA-IgA 抗体检测;④初步怀疑鼻咽部肿瘤者,应行鼻咽部 CT 及组织检查等。

思路 2:患者家属的身心。照顾肿瘤患者家属同样承受巨大的心理压力,生活节律也会被改变。这些变化可能成为患者家属潜在疾病(特别是心脑血管疾病)发作的诱因,全科医生应该给予相应的处理。当发现患者家属有心理问题时,全科医生应帮助患者家属寻求心理医师的帮助。

(程颐清)

参考文献

[1] 田勇泉.全国高等学校教材,耳鼻咽喉头颈外科学.第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.
[2] 孔维佳.全国高等学校教材,耳鼻咽喉头颈外科学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,2010.
[3] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学.北京:人民卫生出版社,2013.

第二十三章 喉 癌

喉癌(carcinoma of the larynx)是头颈部常见的恶性肿瘤,据我国流行病学研究显示部分省市的发病率约为(1.5~3.4)/10万人。1983~1992年我国13个省市部分医院恶性肿瘤就诊患者中,喉癌占头颈肿瘤的13.9%,占全身恶性肿瘤的2.1%。我国华北和东北地区的发病率远高于江南各省。近年来喉癌的发病率有明显增加的趋势。喉癌男性较女性多见,约为(7~10):1,以40~60岁最多。

凡年龄超过40岁,有声嘶或咽喉部不适、异物感大于2个月者,全科医师需要特别警惕,均应用喉镜仔细检查以免漏诊。对可疑病变,应在间接喉镜、直接喉镜或电子纤维喉镜下进行活检,确定诊断。

临床病历

患者汪某,男,58岁,主诉“声嘶8个月余,伴呼吸不畅,吞咽异物感半年”。

患者于8月前无明显诱因出现讲话声音嘶哑,呈持续性,渐进性加重,偶有痰带血丝,无发热、咳嗽,无呼吸困难,无咽痛、吞咽困难,未予重视。近半年来,声嘶加重,伴呼吸不畅,咽异物感,吞咽时明显,近2个月来时有咽喉痛,每于讲话多时出现,遂到社区门诊就诊,间接喉镜检查示:左侧声带有新生物,左侧声带固定,拟诊“声带新生物”。患者自起病以来,体重无明显下降,精神欠佳,睡眠可,饮食一般,大小便正常。

既往史:否认高血压、糖尿病、冠心病等病史,否认肝炎、结核等传染病史。

个人史:患者有烟酒嗜好,饮酒每日100g×20年,吸烟20支/日×30年。患者为个体经营者。平素讲话较多,无规律运动习惯。

家族史:家族无类似病史。

【问题1】除上述病史,全科医生还应采集哪些病史?

思路:①既往有无声嘶情况发生,声嘶发生持续时间及程度、有无规律;②呼吸不畅的程度及持续时间,与体位及缓解可能;③是否伴发咽痛、吞咽困难等其他伴发症状。

知识点

全科医师采集病史的特点

围绕疾病主要症状询问与出现症状周围相关器官、系统的临床表现,还须了解患者生活习性、环境,饮食起居,家族病史,甚至家庭成员关系和谐性,职业工作情况等。

【问题2】病史采集后,下一步应重点做哪些体格检查?

病历续

T 36.5℃,P 78次/分,R 17次/分,BP 125/85mmHg,神清,一般情况可。双瞳等圆,光反射灵敏,巩膜无黄染,眼球运动无异常,无复视。鼻唇沟对称,左颈部胸锁乳突肌中部1/3处触及多个大小不一淋巴结,大的约1.5cm×2.0cm,小的约0.5cm×0.8cm,质地中偏硬,无活动及触痛。甲状腺未触及,气管居中。双肺听诊呼吸音清,心率74次/分,心律齐,



各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹软,无压痛,双肾区无叩痛,腹部叩诊无移动性浊音。下肢无水肿。肌力、肌张力、腱反射正常,痛温觉、位置觉正常,病理反射阴性。

专科检查:间接喉镜检查:会厌呈叶状,会厌黏膜光滑,杓会厌襞对称,左侧外展活动受限,右侧活动好,左侧声带中部有灰白色新生物突出,表面不光滑,呈菜花状,左声带固定,右声带光滑,活动好,声门变狭窄。

【问题3】通过上述病史和查体,全科医生考虑此患者的初步诊断是什么?

根据患者有“声嘶8个月余,伴呼吸不畅,吞咽异物感半年”主诉,体格检查左声带有新生物并固定,左颈部有淋巴结肿大,初步考虑该患者为喉癌可能。

思路1:患者,男性,中年,有吸烟嗜好30年,左声带有新生物,颈部淋巴结肿大,需高度重视。

知识点

喉癌的临床表现

喉癌常因类型不同,症状出现的早晚和病情的轻重也不一样,主要症状如下。

1. 声音嘶哑 是声带癌最早出现的症状,多为持久性,并逐步加重,声门下癌早期症状不显著,而声音嘶哑则为较晚期的症状。
2. 咽喉部异物感和疼痛 常为声门上癌比较早期出现的症状,在癌破溃后,可以出现咽喉部疼痛,有时放射到同侧耳内,为较晚期出现的症状。
3. 咳嗽和痰中带血 发生于癌破溃之后,是声带癌常出现的症状。
4. 呼吸困难 是较晚期的症状,说明癌组织已发展到堵塞喉腔。
5. 颈淋巴结转移 可转移到同侧颈深中部淋巴结,晚期可能转移到对侧淋巴结。

喉癌按肿瘤所在部位分成三个不同类型:声门上型:肿瘤位于声带以上至会厌部位,易向同侧颈深上、中部淋巴结转移;声门型:肿瘤位于声带;声门下型:肿瘤位于声带以下,本型发病率低,常规喉镜检查不易发现,易向气管前或气管旁淋巴结转移。

思路2:综合患者以上症状和体格检查结果,初步考虑该患者为喉部新生物,高度怀疑喉癌。以目前国内现有条件全科医生难以对该疾病做出明确诊断,故应及时转诊到专科就诊,做病理及其他辅助检查,进一步确诊疾病的性质和程度等。

思路3:引起喉癌的病因是什么,目前尚不清楚,可能与多种因素综合作用相关。

知识点

喉癌的病因

1. 吸烟 吸烟可以引起呼吸道肿瘤。据统计约95%的喉癌患者有长期吸烟史,喉癌的发病率与日吸烟的量和吸烟的总时间成正比。已经证实,烟草燃烧时所产生的焦油中苯丙芘有致癌作用。
2. 饮酒 临床观察和流行病学调查结果显示慢性酒精摄入与喉癌发生有一定相关性。饮酒者患喉癌的危险度是非饮酒者的1.5~4.4倍。吸烟和饮酒在致癌的协同作用已被一些学者证实。
3. 环境因素 生产性粉尘和废气(二氧化硫、石棉、重金属),有机化合物(多环芳香烃、亚硝胺),化学烟雾(甲醛、氯乙烯),以及烷基化物(芥子气)等。目前石棉和芥子气的致癌作用基本肯定。
4. 病毒感染 成年型喉乳头状瘤是由人乳头状瘤病毒(HPV)引起的病毒源性肿瘤,目前认为是喉癌癌前病变。



5. 放射线 长期接触镭、铀、钍等放射性核素可引起恶性肿瘤。目前已发现有由放疗诱导喉癌、纤维肉瘤和腺癌。

6. 性激素 喉癌的发病男高于女,研究表明喉癌患者体内雄性激素水平相对较高,雌激素降低。

7. 微量元素 体内某些微量元素,如锌、镉等缺乏可引起酶的结构和功能改变,影响细胞分裂和增殖,导致基因突变。

【问题4】全科医生如何早期发现喉癌患者?

思路1:对于门诊患者,怎样早期发现喉癌高危人群?

早发现、早诊断、早治疗对提高喉癌患者五年生存率起着至关重要作用。由于喉癌早期无特异性症状,导致早期诊断率不高。特别对声音嘶哑持续超过2个月的患者,年龄在40岁以上,有吸烟嗜好,应当重点检查喉部,并全面采集患者个人史、家族史资料,判断患者是否存在高危因素。

思路2:全科医生在喉癌筛查中的任务。

患者有不适经常首诊全科医生,解决问题。全科医生平时长期照顾患者健康,熟悉患者的生活习惯,职业以及家庭情况等,为全科医生发现早期喉癌,提供一定条件。

知识点

喉癌的筛查原则与程序

1. 筛查原则

- (1) 年龄40岁以上,有吸烟嗜好。
- (2) 家族中有患癌症或喉癌史患者。
- (3) 有持续声音嘶哑超过2个月病史,或咯痰带血等表现。
- (4) 有接触有害的生产性毒物或放射性物质等。

2. 筛查程序

- (1) 病史及体格检查应全面、正确。强调对个人史、家族肿瘤史的询问与记录。
- (2) 喉部检查:阴性,应进一步作CT、MRI检查。阳性,应做细胞学或取活体组织病理学检查。

【问题5】对诊断喉癌的患者,全科医生还应该注意搜集哪些临床资料?

思路1:全科医生除了关注肿瘤本身的症状之外,还应该关注与肿瘤转移有关的相关表现,例如:①喉癌直接侵犯→喉周围组织、甲状腺、喉神经;②颈淋巴结转移→颈部肿大淋巴结无痛、质硬,早期活动,晚期粘连固定;③远处转移:肺、肝、肾、骨、脑垂体等。

知识点

喉癌的转移途径

1. 直接扩散 声门上型喉癌→会厌前间隙、会厌谷、舌根、梨状窝。声门型癌→前联合、对侧声带、颈前软组织。声门下型喉癌→气管、甲状腺、食管前壁。

2. 淋巴转移 声门上型喉癌→同侧颈深上组颈总动脉分叉处淋巴结,颈内静脉周淋巴结,双侧颈淋巴结。声门型喉癌→颈深上、中淋巴结。声门下型喉癌→喉前、气管旁淋巴结,颈深中、下群淋巴结。

3. 血行转移(远处转移) 少数晚期喉癌患者通过血行转移到肺、肝、肾、骨、脑垂体等器官。



思路 2:全面的身体状态评估有助于喉癌患者能否面对和承受手术、放疗、化疗等一系列针对性治疗,评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。

【问题 6】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:喉癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现喉部新生物病例或可疑喉癌病例后立即转诊。

知识点

喉癌的转诊标准

喉部新生物及疑似有喉癌患者应立即转诊至耳鼻喉专科。

家族中有患癌症史的患者,有持续性声音嘶哑,或咯痰带血等表现,也需要定期到专科医院检查及治疗。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

喉癌的转诊资料

1. 围绕喉癌的资料(主诉、现病史、查体和辅助检查)。帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。
2. 患者原有的基础疾病,为专科医生做全面的治疗方案提供评估资料。
3. 目前正在使用的药物。
4. 主要脏器功能检查结果,以帮助专科医生判断采取的治疗方案。
5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

【问题 7】该患者转到专科医院就诊,下一步应做哪些检查项目及其意义?

思路:全科医生在怀疑喉癌转诊至上级专科医院前,需要向患者及家属简要介绍进一步的检查方法。

病 历 续

患者汪某,男,58岁,主诉“声嘶8月余,伴呼吸不畅,吞咽异物感半年”。声音嘶哑呈持续性,渐进性加重,偶有痰带血丝。近半年来,声嘶加重,伴呼吸不畅,咽异物感,吞咽时明显,近2个月来时有咽喉痛,每于讲话多时出现,遂到社区门诊就诊,间接喉镜检查示:左侧声带有新生物,左侧声带固定,拟诊“声带新生物”转来本科(耳鼻喉科)。发病以来无发热、咳嗽,无吞咽困难。有烟酒嗜好,饮酒每日100g×20年,吸烟20支/日×30年。

专科检查:间接喉镜检查:会厌呈叶状,会厌黏膜光滑,杓会厌襞对称,左侧外展活动受限,右侧活动好,左侧声带中部有灰白色新生物突出,表面不光滑,呈菜花状,左声带固定,右声带光滑,活动好,声门变狭窄。

左颈部胸锁乳突肌中部1/3处触及多个大小不一淋巴结,大的约1.5cm×2.0cm,小的约0.5cm×0.8cm,质地中偏硬,无活动及触痛。甲状腺未触及,气管居中。

需要进一步做以下辅助检查,主要是对喉部病变范围进行评估,目的是确定喉部新生物性质、通过病理分型、结合辅助检查结果分析病情程度,帮助选择治疗方法。

1. 颈部、胸部CT示:左侧声带增厚,有结节状软组织肿块影,大小约1.2cm×0.8cm。左侧颈部数个淋巴结肿大。胸部增强CT示:双肺纹理增多,右肺纤维灶异常。



2. 颈部 MRI 示:声带僵硬增厚,左侧明显。颈部数个淋巴结聚集或融合;T1WI 表现为与肌肉较一致的均匀略低和等信号,T2WI 表现为类似脂肪组织的不均匀的略高信号与高信号混合,Gd-DTPA 增强后淋巴结内有显著的不均匀强化效应;轮廓清晰,周围可出现不完全环状脂肪增生带。

3. PET-CT 检查,结果:声门区代谢活性明显增高。

4. 电子喉镜检查见左侧声带中部有新生物生长,色鲜红,表面不光滑,左声带固定,行镜下取活检术,术中组织质脆,易出血。组织送病理检查,结果为喉部中分化鳞状细胞。

【问题 8】引起该患者症状的常见疾病有哪些?如何相鉴别?

思路:该患者主要症状是持续性声音嘶哑,引起这症状的常见病有:声带小结,喉结核,喉角化症及喉白斑,喉乳头状瘤,Wegener 肉芽肿,中枢性和周围性声带麻痹等。

知识点

喉癌的鉴别诊断

1. 结节性喉炎(亦称声带小结) 其表现为间隙性音哑,晚间加重,晨间较轻,喉部干燥感、微痛及喉分泌物增多,好发于声带前 1/3 与中 1/3 交界处,游离缘对称性黏膜小结,水肿状,表面光滑,大小如粟米粒状,基底较宽。休息减少发声、雾化吸入、超短波理疗、适量抗生素治疗等有效。较大者须在喉镜下摘除。

2. 喉结核 喉结核的患者有不同程度的喉痛、声嘶,肺部大多有结核病灶共存。喉镜检查见喉黏膜苍白水肿,伴有多个浅溃疡,病变呈颗粒状,粉红色,常覆盖脓性分泌物,好发喉后部,而喉癌者罕见此部位。进行抗结核治疗有效,活检细胞学检查和分泌物涂片找抗酸杆菌对确诊有帮助。

3. 喉角化症及喉白斑 其表现为声音嘶哑伴喉内不适,中年以上男性多发,喉镜见声带增厚,呈粉红色或白色斑块,周围组织常有炎性反应,多为单侧,亦可累及双侧声带,容易复发,有恶变倾向。病理活检可确诊。

4. 喉乳头状瘤 此病幼儿多发,成人可见,目前认为系乳头状病毒感染所致,属喉癌前病变。主要表现为声音嘶哑,喉镜见幼儿多在喉内各部发生,带蒂,基底比较广,呈现菜花状。成人以单个带蒂,常发生在声带,活动不受限,以男性为多,病变局限,病理检查示重度不典型增生时,应彻底切除,以防恶变。

5. 喉淀粉样变 其临床表现轻度声音嘶哑,有时为喘鸣样呼吸不畅,病变好发于声门下喉前部,亦可在室带、声带发病,呈单发或多发性结节,暗红色,或黏膜弥漫增厚,声带甚少固定,病程较长,病检淀粉样蛋白刚果红色阳性,弥漫性病变对皮质激素敏感。

6. Wegener 肉芽肿 此病病因不明,多与自身免疫有关。临床表现声音嘶哑不明显,喉部肉芽伴溃疡,继发感染,常伴发呼吸困难,病理组织为坏死性肉芽、脉管炎及散在巨细胞和炎性细胞浸润。常并有肺、肾病变。需病理检查确诊。

7. 喉良性混合瘤 此病少见,来自小涎腺,在杓会厌襞或声门上区发病。表面黏膜光滑,边界清楚,瘤呈实性,颈部侧位 X 线片见边界光滑的肿块阴影,病理检查确诊意义大。

8. 喉气管内甲状腺 少见,为胚胎期甲状腺经软骨长于气管内,好发于声门下区气管外后壁处,肿物部分在气管外,多发于地方性甲状腺肿的中年妇女,表现为进行性呼吸困难,月经期加重,发声正常,X 线摄片见软组织阴影突入气管腔。¹³¹I 扫描可见肿物区吸碘。



9. 喉浆细胞瘤 此病罕见,发生于中老年男性,可于喉的各部,以会厌、声带、室带和喉室较多。表现为声音嘶哑,常并发呼吸困难,喉镜见喉内弥漫性黏膜下瘤组织浸润,病变常超出喉而累及咽,病理活检有鉴别意义。

【问题 9】该患者最终确诊是什么?应给予患者治疗方案是什么?

该患者确诊为喉部中分化鳞状细胞癌(按照 TNM 分类属于 $T_3N_2M_0$)。组织学上喉癌以鳞状细胞癌最常见,占 95%~98%,腺癌少见,约占 2%,未分化癌、淋巴肉瘤、纤维肉瘤少见。

喉鳞状细胞癌依其发展程度可分为原位癌、早期浸润癌和浸润癌三种类型。声带癌是喉癌中最多见者,约为 60%,分化较好;多数为 I、II 级,转移较少。声门上癌的发病率约占 30%,癌细胞的分化较差,转移较多见。声门下癌少见,约占 6%。

思路 1:该喉癌患者适合采取哪种治疗方案?

目前喉癌治疗方法有:手术、放疗、化疗、中医中药治疗、免疫治疗等。目前多主张计划性综合治疗。手术是喉癌治疗的主要手段,常根据病变范围,肿瘤生物学行为,患者状况及有无颈淋巴结转移等综合因素选择手术方式;对于病变范围广,肿瘤分化程度低以放疗+手术为宜。化疗一般是辅助治疗。其他辅助治疗有生物免疫治疗,疗效不确切。

该患者首选喉垂直部分切除术并进行功能性颈廓清术,术后化疗;也可以喉部分切除术或全喉切除术后 2~4 周放疗。

思路 2:患者转回社区时专科医生需要提供哪些相关资料?

知识点

喉癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 喉癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随诊方案及需要继续治疗方案简介资料(含放化疗间隔时间)。
2. 放化疗过程中可能出现的问题及需要社区处理建议,包括:局部组织感染,气管造瘘口护理,以及放化疗期间血象变化(如粒细胞、血小板减低等变化)的监控和处理。
3. 需要转回专科治疗的情况,包括局部病灶复发、颈淋巴结转移,远处转移及血象检测粒细胞数值等。

【问题 10】患者的社区长期管理包括哪些内容?

思路 1:基于健康档案的长期管理。

为喉癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情和患者治疗后遗症状制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。预约随访或家庭访视日期。

思路 2:患者的社区随诊内容和时限。

通常治疗结束后两年内,每三个月门诊复查一次,复查的内容包括血常规、生化检查、喉部检查,胸片、B 超随访等。必要时可转至上级专科医院行喉部增强 CT 或 MRI 及电子喉镜检查。术后两年到五年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随诊。遇有其他需要随诊的临床情况应缩短随诊间隔,随访中发现新的问题,及时转诊专科处理。主要是早期发现有无肿瘤转移,预防复发。

思路 3:患者在社区的心理干预。

及时了解患者的思想动态,加强交流沟通,给予精神上的鼓励和安慰,早期心理干预的重点是让学生接受患癌症以及治疗后生活不便和生活质量下降的事实,在此基础上树立康复的信



心,减轻焦虑和消除对疾病的恐惧心理,提升配合治疗的积极性。晚期患者的心理干预内容是坦然接受疾病结果,面对现实,积极乐观态度对待生活。

思路 4:患者的健康教育。

认真做好健康宣教护理,教会患者如何配合治疗及护理。保持良好心态,戒除烟酒嗜好,多进富有蛋白质、纤维素和多种维生素营养的食物。可以就诊中医调理。学会观察颈部包块和练习发声方法,树立生活信心,增强克服治疗后遗症痛苦的信念。

思路 5:在喉癌患者的随访中,最难处理的问题是什么?应怎样解决?

喉癌患者手术、放疗后随访中比较难处理的是后遗症,如发音言语障碍。

喉切除患者最主要和最直接的影响是言语的丧失,笔谈较慢,手语很难再学,所以较为理想的沟通方法应为言语交流,目前使用较多的方法有:气管-食管发声,人工喉,食管发声。

喉癌患者行全喉切除术后呼吸道改变,全喉切除术后适应造瘘口呼吸及瘘口处理是关键:

1. 瘘口清洁 每日用盐水纱球清除附着于造瘘口的痰痂,气管内分泌物较多时,特别是吸烟及慢性气管炎者,可利用吸痰器吸出气管内的分泌物,逐步学会咳痰。气管套管每日定时清洗。

2. 佩戴护罩 无喉者由于呼吸道距离缩短,吸入的空气直接进入气管至肺,而不通过鼻腔,不能起到调温、加湿和防尘的作用。因此为了防止灰尘异物进入气管,应该在颈部带专门的护罩,可以到医院购买,或用纱布自己制作,以起到保护呼吸道的作用。经常保持护罩的清洁,根据自身情况,每日更换 2~3 次,并清洗待用。

3. 室内湿度 正常呼吸时,鼻腔起着加湿、加温及除尘的作用。喉全切除术后,由于呼吸改在颈部造瘘口,正常的加湿作用随之消失。因此为了防止肺内感染及气管内痰液浓缩结成干痂,应保持室内湿度,一般为 60%~70%,特别在北方冬天空气干燥时,干痂阻塞气管套管导致呼吸困难。可采用加湿器或蒸汽吸入方法,并通过气管套管适当滴入数滴生理盐水。

4. 拔除套管 喉全切除术后,一般要在颈部气管造瘘口处放置气管套管,其目的是利于瘘口形成,同时便于瘘口内分泌物的清洁护理,带管的时间长短与医生的应用技术及患者的自身体质有关。通常为几个月到一两年。想拔除套管,应在医生的允许和指导下,可采取白天拔管、夜间带管的方法,并在开始的几小时内注意观察造瘘口收缩情况,若瘘口没有明显变化,并在晚上带管时比较容易,可考虑拔管;若瘘口缩小明显。应立即将套管重新放入造瘘口。有的患者拔管后瘘口收缩很快,如果患者和家属已不能将套管放回,要马上到社区医院请求全科医生处理,避免发生呼吸困难。

【问题 11】喉癌预后如何?

思路:喉癌预后与 TNM 分类、组织病理学分级以及临床分期,治疗时机和效果等因素有关。

喉癌术后复发与肿瘤分期、淋巴结转移、喉癌病理类型以及首次手术方式有关。3 年生存率为 74.9%,5 年生存率为 70.5%。

知识点

喉癌的 TNM 临床分类与分期

声门上型:

T₁:肿瘤局限于声门上一个亚区,声带活动正常。

T₂:肿瘤侵犯声门上一个亚区以上、侵犯声门或侵犯声门上区以外(舌根、会厌谷梨状窝黏膜)无喉固定。

T₃:肿瘤限于喉内,声带固定和(或)下列部位受侵:环后区、会厌前间隙、声门旁间隙、和(或)伴有甲状软骨局灶破坏。

T_{4a}:肿瘤侵透甲状软骨板和(或)侵及喉外组织。



T_{4b}:肿瘤侵犯椎前间隙,包裹颈总动脉,或侵犯纵隔结构。

声门型:

T₁:肿瘤侵犯声带,声带活动正常。

T_{1a}:肿瘤局限于一侧声带。

T_{1b}:肿瘤侵犯两侧声带。

T₂:肿瘤侵犯声门或声门下,和(或)伴有声带活动受限。

T₃:肿瘤局限于喉,声带固定和(或)侵犯声门旁间隙,和(或)伴有甲状软骨局灶破坏。

T_{4a}:肿瘤侵透甲状软骨板或侵犯喉外组织。

T_{4b}:肿瘤侵犯椎前间隙,纵隔结构,或包裹颈总动脉。

声门下型:

T₁:肿瘤局限于声门下。

T₂:肿瘤侵犯声带,声带活动正常或受限。

T₃:肿瘤限于喉内,声带固定。

T_{4a}:肿瘤侵透环状软骨或甲状软骨板,和(或)侵犯喉外组织。

T_{4b}:肿瘤侵犯椎前间隙,侵犯纵隔结构,或包裹颈总动脉。

N:区域淋巴结。

N_x:区域淋巴结不能确定。

N₀:无区域淋巴结转移。

N₁:同侧单个淋巴结转移,最大直径等于或小于3cm。

N₂:同侧单个淋巴结转移,最大直径大于3cm,不超过6cm;或同侧多个淋巴结转移,最大径无一个大于6cm;或两侧或对侧淋巴结转移,最大径无一个大于6cm。

N_{2a}:同侧单个淋巴结转移,最大直径大于3cm,不超过6cm。

N_{2b}:同侧多个淋巴结转移,最大直径没有一个超过6cm。

N_{2c}:两侧或对侧淋巴结转移,最大径无一个大于6cm。

N₃:淋巴结转移,最大直径大于6cm。

M表示远处的转移。M_x:远处转移不能确定。M₀:无远处转移;M₁:有远处转移。

喉癌的分期:

0期:T_{is} N₀ M₀

I期:T₁ N₀ M₀

II期:T₂ N₀ M₀

III期:T₃ N₀ M₀或 T₁, T₂, T₃ N₁ M₀

IV_a期:T₄ N₀或者 N₁ M₀;任何 T, N₂ M₀

IV_b期:任何 T, N₃ M₀,或者 T₄ 任何 N M₀

IV_c期:任何 T 任何 N M₁

知识点扩展或问题延伸

【问题1】喉癌手术治疗选择

1. 喉裂开+CO₂激光肿瘤切除术适用于原位癌 T₁ 病变单侧喉癌。
2. 喉垂直部分切除术适用于 T₁ 选择性 T₂T₃。
3. 喉水平部分切除术适用于声门平面以上的肿瘤 T₂~T₃。
4. 3/4 喉或 7/8 喉切除术选择性 T₂T₃。
5. 全喉切除术适用于 T₃T₄ 在条件具备时可进行发声重建术。



6. 根据患者的情况进行功能性或根治术颈廓清术。

【问题2】喉癌患者及家庭的全科医学照顾?

(1) 喉癌患者在进行全喉切除术前应做好患者和家属的思想工作,解释清楚手术治疗必要性,可请已经手术后复查患者现身说法,说明手术后可以练习发音或用人工喉,来解决术后语言的交流。以消除患者对手术的顾虑。嘱喉成形术后的患者一周内不可做吞咽动作,以促进切口愈合,并要求患者术前备好纸和笔或画片,及手势来表达需要。术前3天开始保持口腔清洁,可用复方硼砂溶液漱口,每日4次。如有牙疾,应予以治疗。

(2) 教会家属气管切开护理,执行无菌操作技术,防止伤口污染,保持呼吸道通畅,随时吸出气管内分泌物,保持室内相对湿度50%~60%,必要时每日2~3次雾化吸入,或滴1%碳酸氢钠1~2滴于气管套管,起化痰作用,防止痰痂堵塞套管而引起患者窒息。部分喉切除者,系带一定要结死扣,防止脱管而造成患者呼吸困难。气管套管每日清洗。

(3) 患者学习训练食管发音,应在伤口愈合后,再参加练习食管发音班。可让患者咽下一口气流存在食管内,然后慢慢排出并作发“呃”音动作,注意腹部、胸部动作及食管膈气动作和口形动作有机协调配合起来,即可发出音。经常训练足可维持日常生活言语需要。

(4) 教会患者家属吸痰及套管和喉垫的清洁处理方法,即使全喉切除患者也应佩戴套管以防止造瘘口(气管造瘘口)狭窄,并嘱患者防止便秘,保持大便通畅,避免体力劳动,注意预防伤风感冒,勿受凉,并定期来院复查。

(5) 单纯放疗患者可因肿瘤压迫或喉水肿而引起呼吸不畅,甚至窒息,因而随时备好气管切开手术包、吸痰器及氧气等急救措施。

(程颀清)

参考文献

- [1] Ballantyne J, Groves J. Scott-Brown's. Diseases of the Ear, Nose and Throat. London: Butterworth, 1979: 350-367.
- [2] Benninger MS, Jacobson B. Vocal Nodules, microwebs, and Surgery. J Voice, 1995, 9(3): 326-331.
- [3] Chi FL, Yuan YS, Wang SY, et al. Study on Ceramide Expression and DNA Content in Patients with Healthy Mucosa, Leukopkia and Carcinoma of the Larynx. Arch Otolaryngol Head Surg, 2004, 130(3): 307-310.
- [4] Lam HC, Abdullah VJ, Soo G. Epiglottic Cyst. Otolaryngol Head Neck Surg, 2000, 122(2): 311.
- [5] Mardynsky YS, Sysoyev AS, Andreyev VG, et al. Preliminary Results of Clinical Application of Reactor Fast Neutrons in Radiation and Combined Therapy of Patients with Laryngeal Carcinoma. Strahlenther Onkol, 1991, 167(3): 169-171.
- [6] 樊忠, 王天铎. 实用耳鼻咽喉科学. 济南: 山东科学技术出版社, 1996.
- [7] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [8] 刘兆华. 现代喉外科学. 北京: 军事医学科学出版社, 2001.

第二十四章 甲状腺癌

甲状腺癌是最常见的内分泌恶性肿瘤,占年诊断新肿瘤病例的 1.9%(男 0.92%;女 2.9%)。其年发病率依地区、年龄和性别而有所变化。世界上发病率最高的地区如夏威夷(Hawaii,女性 119/100 万;男性 45/1 000 000),可能受局部环境因素影响;波兰(Poland)是发病率最低的地区之一,女性 14/1 000 000 和男性 4/1 000 000。15 岁以下儿童甲状腺癌很少见,50~80 岁者发病率较高且随年龄增大而上升,峰值在 100/1 000 000~120/1 000 000 之间。虽然甲状腺癌发病率逐渐上升,但过去 50 年里死亡率却是下降的,甲状腺癌 5 年生存率从 1950~1954 年的 80% 上升到 1992~1999 年的 96%。甲状腺癌死亡率下降归因于早期诊断、处理方法的改进和未分化癌的低发。

临床病例

女性,40 岁,因“发现右颈部肿块 2 年,增大 1 个月”来本社区服务中心就诊。2 年前患者无明显诱因发现右侧颈部包块,初期约为“拇指”大小,无压痛,无兴奋易怒,无发热、盗汗,无多食易饥,无声嘶、呛咳等,未行特殊治疗及检查。1 个月前,患者自觉肿块增大明显,约为“核桃”大小,无声嘶、呛咳,无呼吸困难。发病以来体重无明显改变,大小便正常。既往体健。无手术外伤史。从事工作需接触伽马射线。家人无类似疾病史。

【问题 1】通过上述问诊,该患者可疑的诊断是什么?

根据患者的主诉、症状、既往史和个人史,应高度怀疑甲状腺癌(thyroid carcinoma)可能。

思路 1:中年女性,慢性病程,肿块短期增大。患者为甲状腺癌好发人群。

知识点

甲状腺癌的发病率

甲状腺癌为头颈部常见恶性肿瘤。国内发病率报道,其发生率为 11.44/10 万,其中男性 5.98/10 万,女性 14.56/10 万。甲状腺癌好发于青壮年。

思路 2:发现颈部肿块是甲状腺癌的常见症状,需与甲状腺炎及甲状腺良性病变鉴别,一般无体重减轻等消耗症状。此外,还应询问有无声嘶、呛咳及呼吸困难等特殊症状,以除外肿瘤侵犯喉上、喉返神经及晚期肿瘤增大压迫气管。

知识点

甲状腺癌的临床表现

大多数患者除甲状腺区有一无痛性肿块外,很少有其他症状。一般活动度尚好,仅约 1/10 与气管粘连固定。瘤体较小者,可小于 1cm,多质硬且难以触及,常以颈淋巴结转移性肿块为主诉而来就诊;瘤体较大时,直径可达 10cm 以上或更大,常伴有囊性变,穿刺可吸出浅棕色液,常易被误诊为囊肿;晚期可累及周围软组织或气管软骨而使肿瘤固定,或累及喉返神经而致声嘶,少数合并不同程度的呼吸困难。



思路 3:问诊时应特别注意既往史、个人史、家族史的收集。甲状腺癌的发病机制尚不明确。可与环境、激素水平、遗传和基因因素相关。该患者有射线接触史,为甲状腺癌的易感因素。

知识点

甲状腺癌的病因

1. 电离辐射 早在 1950 年 Doniach 实验时即发现用放射线可诱发鼠甲状腺癌。以后的大量研究证实颈部的放射线外照射可导致甲状腺癌。儿童甲状腺对放射线更敏感。放射线所诱发的甲状腺肿瘤一般潜伏期为 10~15 年。

2. 碘的影响 缺碘与甲状腺肿瘤的发生有关,其所诱发的甲状腺癌以滤泡样癌为主,多见于我国内陆地区。流行病学研究发现,富碘饮食亦是甲状腺癌高发的诱因,我国东部沿海地区是富碘饮食地区,也是我国甲状腺癌高发地区。其致病原因可能是缺碘或高碘而引发的甲状腺滤泡过度增生而致癌变。

3. 癌基因及生长因子 目前有关甲状腺肿瘤的分子病理学研究的重点有以下两类。

(1) 多肽生长因子:常见相关的生长因子有:①促甲状腺素(thyrotropin, TSH);②类胰岛素生长因子(insulinlike growth factor, IGF);③上皮生长因子(epidermoid growth factor, EGF)等。

(2) 癌基因与抑癌基因,甲状腺癌为多种基因突变所致。

4. 性别与女性激素 甲状腺癌发病性别差异较大,女性明显高于男性。近年研究显示,雌激素可影响甲状腺的生长。主要是促使垂体释放 TSH 而作用于甲状腺,因而当血清雌激素水平升高时,TSH 水平也升高。至于雌激素是否直接作用于甲状腺尚不明确。女性激素是否作为甲状腺致癌因素之一,有待进一步研究。

【问题 2】全科医生如何早期发现甲状腺癌患者?

思路 1:对于门诊患者,如何进行甲状腺癌的初步筛查?

甲状腺癌的早发现、早诊断是肿瘤治疗的关键。但由于早期甲状腺癌无特异性症状,容易被忽视。B 超检查,尤其是彩色超声多普勒检查是常规的筛查项目。建议从事与射线有关的职业高危群体每半年至一年做一次临床专科大夫触诊,每年至少一次超声检查,必要时行穿刺活检。

思路 2:全科医生在甲状腺癌筛查中的任务。

全科医生是患者长期的健康照顾者,往往甲状腺癌患者首先于社区首诊,因此全科医生必须重视甲状腺癌的筛查和诊断流程。首先,应重视外科专科查体。应注意颈前区是否隆起、静脉是否怒张、肿块大小、边界、结节、活动度、与周围组织关系、是否随吞咽上下活动、颈侧区是否有肿块、血管杂音;应重视相关的辅助检查。

所有甲状腺结节患者均应行颈部超声检查。超声检查可协助鉴别甲状腺结节的良恶性。

知识点

颈部超声特点与结节的良恶性(图 24-1)

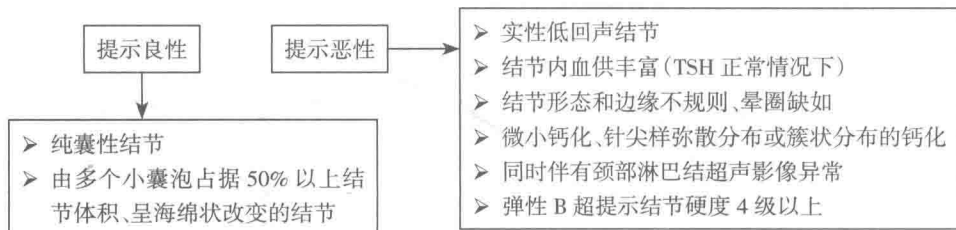


图 24-1 颈部超声特点与结节的良恶性

**【问题3】哪些患者需要转诊至上级医院？**

思路1: 甲状腺癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现甲状腺癌患者或可疑病例后立即转诊。

知识点**甲状腺癌的转诊标准**

疑似有甲状腺癌应立即转诊至普外科或头颈外科。

新发现有甲状腺结节,特别是颈部彩超提示实性低回声结节,应转至上级医院进行诊断,必要时应作病理检查。

思路2: 全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点**甲状腺癌向上级医院转诊时的转诊资料**

1. 围绕甲状腺癌的资料(主诉、现病史、查体和辅助检查)。帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。

2. 患者详细的既往史,特别是既往长期慢性病史,为专科医生做全面的术前评估提供资料。

3. 目前正在使用的药物。

4. 主要脏器功能相关的检查结果,以帮助专科医生判断是否有手术禁忌证。

5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

病例续

女性,40岁,因“发现右颈部肿块2年,增大1个月”于门诊就诊。2年前患者无明显诱因发现右侧颈部包块,初期约为“拇指”大小,无特殊不适,未行特殊治疗及检查。1月前,患者自觉肿块增大明显,约为“核桃”大小,无声嘶,呛咳,无呼吸困难。今日由社区转入我院,行颈部彩超提示:甲状腺超声:右叶中份偏上极探及范围约 $2.5\text{cm} \times 3.4\text{cm} \times 3.5\text{mm}$ 低回声,边界不清,内部可见点状强回声,肿瘤待除外。收入院治疗。

【问题4】甲状腺癌患者由社区换入专科医院后,为进一步明确诊断,需要进行何种检查?

思路: 重视诊断流程。

甲状腺癌的诊断方法很多,包括临床初步筛查、影像学检查,穿刺活检。明确诊断,临床上须按诊断流程操作。

知识点**甲状腺癌的诊断流程**

甲状腺结节的评估要点是良恶性鉴别。

所有甲状腺结节患者均应检测血清促甲状腺激素(TSH)水平,不建议用血清甲状腺球蛋白(Tg)来评估甲状腺结节的良恶性。

所有甲状腺结节患者均应行颈部超声检查。超声检查可协助鉴别甲状腺结节的良恶性。

直径 $>1\text{cm}$ 且伴有血清TSH降低的甲状腺结节,应行 ^{131}I 或 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 核素显像,判断结节是否有自主摄取功能。



术前评估甲状腺结节良恶性时,细针穿刺抽吸活检(FNAB)是敏感度和特异度最高的方法。

超声引导下FNAB可以提高取材的成功率和诊断准确率。

经FNAB仍不能确定良恶性的甲状腺结节,可对穿刺标本进行甲状腺癌分子标记物(如BRAF突变,Bas突变,RET/PTC重排等)检测。

血清降钙素 $>100\text{pg/ml}$,则提示可能存在甲状腺髓样癌。

【问题5】甲状腺癌的病理学类型?

1. 乳头状癌 约占成人甲状腺癌总数的70%,而儿童甲状腺癌常常都是乳头状癌。该类型分化好,生长缓慢,恶性程度低。可能较早出现颈部淋巴结转移,需争取早期发现和积极治疗。

2. 滤泡状癌 约占15%,此型发展较快,属中度恶性,且有侵犯血管倾向。颈淋巴结转移仅占10%,因此预后不如乳头状癌。

3. 未分化癌 约占5%~10%,多见于老年人,发展迅速,高度恶性,预后很差。

4. 髓样癌 少见。恶性程度中等,可有颈淋巴结转移和血运转移。

总之,超过90%的甲状腺癌为分化型甲状腺癌(DTC),大部分DTC进展缓慢,近似良性病程,10年生存率很高,但某些组织学亚型(乳头状癌的高细胞型、柱状细胞型、弥漫硬化型、实体亚型和甲状腺滤泡状癌的广泛浸润型等)的DTC容易发生甲状腺外侵犯、血管侵袭和远处转移,复发率高,预后相对较差。

【问题6】甲状腺癌的临床分期(表24-1)?

表24-1 甲状腺癌的临床分期

定义		
T ₁	肿瘤直径 $\leq 2\text{cm}$	
T ₂	原发肿瘤直径2~4cm	
T ₃	原发肿瘤直径 $>4\text{cm}$,肿瘤局限在甲状腺内或有少量延伸至甲状腺外	
T _{4a}	肿瘤蔓延至甲状腺包膜以外,并侵犯皮下软组织、喉、气管、食管或喉返神经	
T _{4b}	肿瘤侵犯椎前筋膜或包裹颈动脉或纵隔血管	
T _x	原发肿瘤大小未知,但未延伸至甲状腺外	
N ₀	无淋巴结转移	
N _{1a}	肿瘤转移至Ⅵ区[气管前、气管旁和喉前(Delphian)淋巴结]	
N _{1b}	肿瘤转移至单侧、双侧、对侧颈部或上纵隔淋巴结	
N _x	术中未评价淋巴结	
M ₀	无远处转移灶	
M ₁	有远处转移灶	
M _x	未评估远处转移灶	
分期	患者年龄 <45 岁	患者年龄 ≥ 45 岁
I期	任何T、N和M ₀	T ₁ , N ₀ , M ₀
II期	任何T、N和M ₁	T ₂ , N ₀ , M ₀
III期		T ₃ , N ₀ , M ₀ ; T ₁ , N _{1a} , M ₀ ; T ₂ , N _{1a} , M ₀ ; T ₃ , N _{1a} , M ₀



续表

定义	
IVA期	$T_{4a}, N_0, M_0; T_{4a}, N_{1a}, M_0;$ $T_1, N_{1b}, M_0; T_2, N_{1b}, M_0; T_3, N_{1b}, M_0;$ $T_{4a}, N_{1b}, M_0;$
IVB期	T_{4b}, N_{1b}, M_0
IVC期	任何 T, 任何 N, M_1

注 引于 AJCC 癌症分期手册第六版(2002 年)

病例续

患者入院接受了甲状腺全切加右(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ)颈淋巴结清扫术(改良颈清扫)。手术情况:术中见肿块位于右侧甲状腺腺叶中腹部分,约2cm×3cm,包膜不完整,质硬,实性,未侵及包膜。未向胸骨后前上纵隔浸润。Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ组见肿大淋巴结,最大约1.5cm×1cm。冰冻病理切片报告:右侧甲状腺腺癌,淋巴结有转移。对侧甲状腺未见异常。遂行甲状腺全切加右(Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ)颈淋巴结清扫术(改良颈清扫)。术后患者行¹³¹I清甲治疗。

【问题7】分化型甲状腺癌患者治疗及手术方式的选择?

原则上,分化型甲状腺癌以手术切除为首选治疗方案,故全科医生应及时转诊,由专科医师判断治疗方案和手术方式。

手术方式的选择:

1. 最小切除范围 患侧腺叶+峡部切除。该术式有利于保护甲状旁腺功能、减少对侧喉返神经损伤,也利于保留部分甲状腺功能;但这种术式可能遗漏对侧甲状腺内的微小病灶,不利于术后通过血清Tg和¹³¹I全身显像监控病情,如果术后经评估还需要¹³¹I治疗,则要进行再次手术切除残留的甲状腺。

2. 最大切除范围 全或近全甲状腺切除。该术式有利于:①一次性治疗多灶性病变;②利于术后监控肿瘤的复发和转移;③利于术后¹³¹I治疗;④降低肿瘤复发和再次手术的概率(特别是对中、高危分化型甲状腺癌患者);⑤准确评估患者的术后分期和危险度分层。但是术后患者将不可避免地发生永久性甲状腺功能减退。并且这种术式对外科医生专业技能的要求较高,术后甲状旁腺功能受损和(或)喉返神经损伤的概率增大。

知识点

分化型甲状腺癌手术指征

1. 患侧腺叶+峡部切除:①无颈部放射史;②无远处转移;③无甲状腺外侵犯;④无其他不良病理类型;⑤肿块直径小于1cm。

相对适应证:局限于一侧腺叶内的单发DTC,并且肿瘤原发灶≤4cm、复发危险度低、对侧腺叶内无结节;微小浸润型甲状腺滤泡状癌。

2. 全或近全甲状腺切除:①颈部有放射史;②已有远处转移;③多癌灶,尤其双侧癌灶;④甲状腺外侵犯;⑤肿块直径大于4cm;⑥不良病理类型;⑦双侧颈部多发淋巴结转移。明确的甲状腺癌,有以上任何一条指征者。

相对适应证:肿瘤最大直径1~4cm,伴有甲状腺癌高危因素或合并对侧甲状腺结节。

根据以上原则该患者选用了全甲状腺切除。

学
习
笔
记



【问题8】分化型甲状腺癌患者的颈部淋巴结清扫方式？

思路1:颈淋巴结临床评价:

1. 淋巴结阴性分化型甲状腺癌(cN₀ 分化型甲状腺癌)的诊断标准:

- (1) 临床检查未触及肿大淋巴结或肿大淋巴结最大径 <2cm,质地柔软;
- (2) 影像学检查未见肿大淋巴结或肿大淋巴结最大径 <1cm,或最大径为 1~2cm、但纵横比 >2,外形规则、皮髓质分界清,无沙粒体样细小钙化、中心性液化坏死、周边强化和结旁脂肪间隙消失等。

2. 淋巴结阳性分化型甲状腺癌(cN₊ 分化型甲状腺癌)的诊断标准:

- (1) 不符合上述条件的肿大淋巴结;
- (2) 前哨淋巴结;
- (3) 术中冰冻证实为淋巴结转移;
- (4) 常规术中探查Ⅲ、Ⅳ区淋巴结证实为淋巴结转移;
- (5) 超声造影定位检测转移淋巴结;
- (6) 纳米碳导航。

思路2:淋巴结清扫方式

(1) 最小范围淋巴结清扫:中央区淋巴结清扫。分化型甲状腺癌术中在有效保留甲状旁腺和喉返神经的情况下,应行病灶同侧中央区淋巴结清扫术。

(2) 非中央区淋巴结术中处理:对 cN_{Ib} 的患者,行侧颈区淋巴结清扫术;部分 cN_{Ia} 患者,可行择区域性淋巴结清扫术。其他的临床淋巴结阳性患者依据器官受累程度和淋巴结转移的范围可选择以下手术方式:改良颈淋巴结清扫;根治性颈淋巴结清扫;扩大根治性颈淋巴结清扫术等。

【问题9】患者术后还需要其他治疗吗？

思路:患者术后还需要 ¹³¹I 治疗。

¹³¹I 是分化型甲状腺癌术后治疗的重要手段之一。¹³¹I 治疗包含两个层次:一是采用 ¹³¹I 清除分化型甲状腺癌术后残留的甲状腺组织(¹³¹I ablation for thyroid remnant),简称 ¹³¹I 清甲;二是采用 ¹³¹I 清除手术不能切除的分化型甲状腺癌转移灶,简称 ¹³¹I 清灶。

知识点

¹³¹I 清甲治疗的适应证

分化型甲状腺癌术后 ¹³¹I 清甲的意义包括:①利于通过血清 Tg 和 ¹³¹I 全身显像(whole body scan, WBS)监测疾病进展。②是 ¹³¹I 清灶治疗的基础。③清甲后的 WBS、单光子发射计算机断层成像(SPECT)/CT 融合显像等有助于对分化型甲状腺癌进行再分期。④可能治疗潜在的病灶。

目前对术后 ¹³¹I 清甲治疗的适应证尚存争议,主要问题集中于低危患者是否从中获益。总体来说,除所有病灶均 <1cm 且无腺外浸润、无淋巴结和远处转移的 DTC 外,均可考虑 ¹³¹I 清甲治疗。妊娠期、哺乳期、计划短期(6个月)内妊娠者和无法进行辐射防护指导者,禁忌进行 ¹³¹I 清甲治疗。

病例续

患者术后恢复可,已完成术后 ¹³¹I 治疗,转至社区继续后续治疗和随访。

【问题10】分化型甲状腺癌术后的其他治疗？

分化型甲状腺癌术后 TSH 抑制治疗是指手术后应用甲状腺激素将 TSH 抑制在正常低限或低限以下、甚至检测不到的程度,一方面补充患者所缺乏的甲状腺激素,另一方面抑制分化型甲状腺癌细胞生长。TSH 抑制治疗用药首选 L-T₄ 口服制剂。



甲状腺激素抑制治疗在每次¹³¹I治疗后2~3天后重新开始。

甲状腺激素抑制治疗时对TSH的要求是：①高危患者TSH<0.1mU/L；②中危患者TSH<0.1mU/L；③低危患者TSH在0.1~0.5mU/L。

另外，分化型甲状腺癌还有其他非常规治疗，包括：外部放射治疗、化疗及靶向药物等。

思路1：患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

甲状腺癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 患者的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法，专科随诊方案及术后需要继续治疗方案简介(含放化疗剂量、间隔)。
2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议。
3. 需要转回专科治疗的情况。

思路2：全科医生对分化型甲状腺癌患者复发危险度的评估见表24-2。

表 24-2 分化型甲状腺癌患者复发危险度评估

复发危险度组别	符合条件
低危组	符合以下全部条件者 - 无局部或远处转移 - 所有肉眼可见的肿瘤均被彻底清除 - 肿瘤没有侵犯周围组织 - 肿瘤不是侵袭型的组织学亚型，并且没有血管侵犯 - 如果该患者清甲后行全身碘显像，甲状腺床以外没有发现碘摄取
中危组	符合以下任一条件者 - 初次手术后病理检查可在镜下发现肿瘤有甲状腺周围软组织侵犯 - 有颈淋巴结转移或清甲后行全身 ¹³¹ I显像发现有异常放射性摄取 - 肿瘤为侵袭型的组织学类型，或有血管侵犯
高危组	符合以下任一条件者 - 肉眼下可见肿瘤侵犯周围组织或器官 - 肿瘤未能完整切除，术中有残留 - 伴有远处转移 - 全甲状腺切除后，血清Tg水平仍较高 - 有甲状腺癌家族史

【问题11】全科医生为什么需要对分化型甲状腺癌患者进行长期随访？

思路1：对分化型甲状腺癌患者进行长期随访的目的在于：①对临床治愈者进行监控，以便早期发现复发肿瘤和转移；②对分化型甲状腺癌复发或带瘤生存者，动态观察病情的进展和治疗效果，调整治疗方案；③监控TSH抑制治疗的效果；④对分化型甲状腺癌患者的某些伴发疾病(如心脏疾病、其他恶性肿瘤等)病情进行动态观察。

对已清除全部甲状腺的分化型甲状腺癌患者，随访血清Tg及TgAb变化是判别患者是否存在肿瘤残留或复发的重要手段。分化型甲状腺癌随访期间应定期(间隔3~12个月)进行颈部超声检查。手术或¹³¹I治疗后第1年内每3~6个月一次；此后，无病生存者每6~12个月一次；如发现可疑病灶，检查间隔应酌情缩短。对可疑淋巴结可行穿刺活检和(或)穿刺针冲洗液的Tg检测。

学
习
笔
记



知识点

分化型甲状腺癌的临床处理流程(图 24-2)

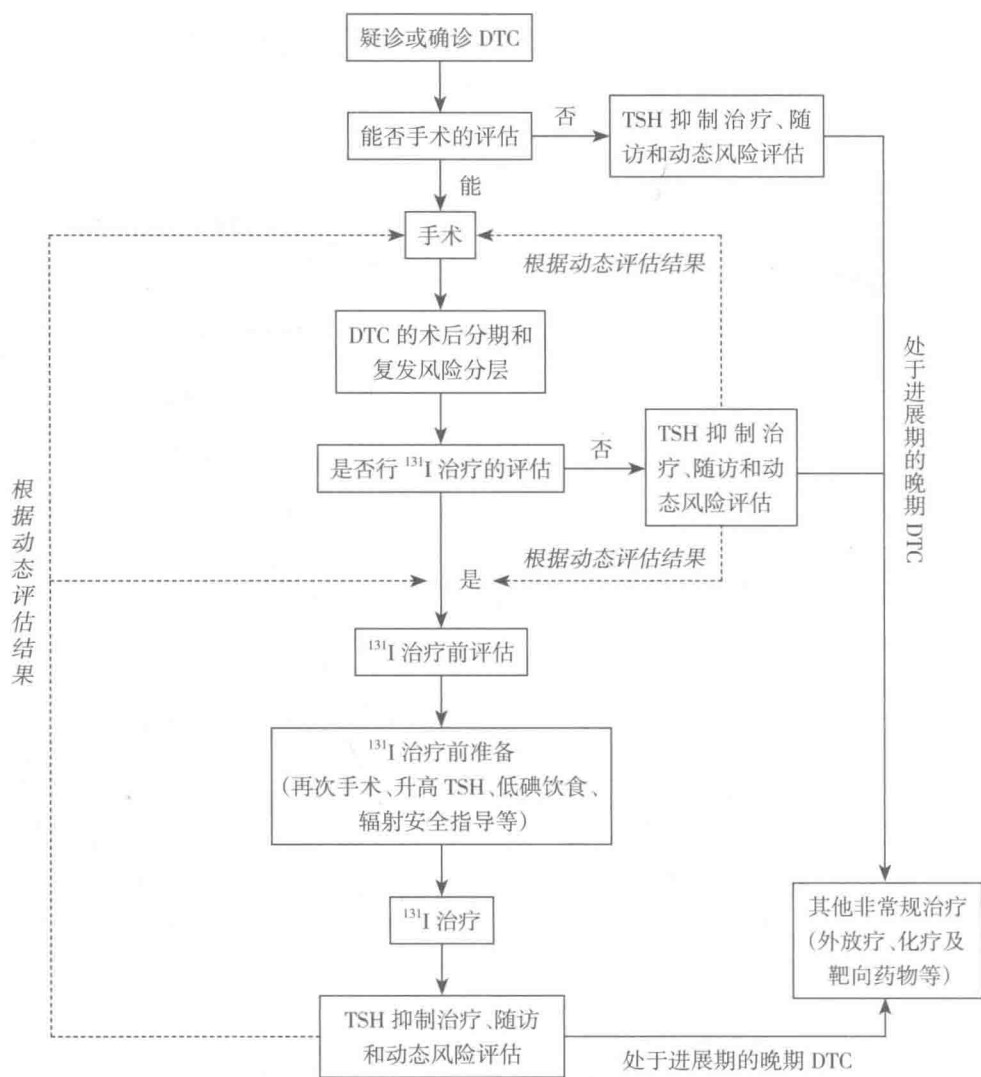


图 24-2 分化型甲状腺癌的临床处理流程

思路 2: 甲状腺癌在社区管理要点。

社区管理是对患者的生活方式、健康状况、甲状腺癌术后病情的监测以及术后不良反应的对症处理。

1. 由于气管插管的刺激,喉部水肿,甲状腺癌术后可能出现轻度声音嘶哑和吞咽困难,可对症处理。
2. 注意保持颈部水平位置,避免后仰或前屈过度,影响正常愈合,这也是甲状腺癌术后护理的重点。
3. 保持甲状腺癌手术部位的清洁与干燥,避免摩擦、搔抓与接触刺激较大的肥皂、酒精、胶布等。男性忌刮皮肤毛发。术后出现呕吐,应及时清理干净,以防污染物污染伤口和敷料。
4. 患者在社区的心理干预 积极进行心理疏导,开导帮助甲状腺癌患者,克服悲观厌世情绪,增强生活信心,与病魔作斗争。
5. 要加强营养,改变患者术后饮食。术后患者可慢慢由流食、半流食过渡到普食,注意营养



搭配,避免刺激性食物。

6. 如出现手足抽搐,四肢、口唇发麻,可静注葡萄糖酸钙或氯化钙;症状缓解可改用口服钙剂,每次 1~2 克,每日 3 次,维持到症状控制病情稳定时才能停用。

7. 肿瘤患者家属同样承受巨大的心理压力,生活节律也会被改变。这些变化可能成为患者家属潜在疾病(特别是心脑血管疾病)发作的诱因,全科医生应该给予相应的处理。当发现患者家属有心理问题时,全科医生应帮助患者家属寻求心理医师的帮助。

(陈鸿雁)

参考文献

- [1] 高明. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南. 中国肿瘤临床, 2012, (17): 1249-1272.
- [2] American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid, 2009, 19 (11): 1167-1214.
- [3] 陈孝平, 汪建平. 外科学. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

第二十五章 肺 癌

肺癌,又称为支气管肺癌,发病率居我国恶性肿瘤的第2位,但占全部癌症死亡率第1位。吸烟是肺癌的主要致病因素。对有危险因素,特别是吸烟的患者,应筛查肺癌。怀疑肺癌的病变,应尽快获得病理诊断依据。肺癌早期诊断是肺癌预后的关键。本章将重点讨论肺癌的早期诊断与预防。

临床病例

50岁,男,咳嗽3个月。无发热,无胸痛,无盗汗。无心累,无气急。既往史无特殊。个人史:饮酒每周2~3两。家族史:父亲死于恶性肿瘤,母亲死因不详。查体:一般情况良好,心肺无异常。

【问题1】为明确诊断,上述病例病史需补充什么?

思路:对任何疾病的诊断,病史和体检是基础。肺癌的早期诊断也不例外。根据上述病例,患者的现病史需补充。患者的既往史、个人史、家族史需补充。患者的体格检查需补充。

知识点

肺癌病因学

肺癌是指起源于支气管黏膜上皮的恶性肿瘤,又称为支气管肺癌。肺癌发病机制不明,通常认为与以下因素有关。

1. 吸烟 包括直接和间接吸烟。
 2. 职业致癌因子 石棉、部分有机气体、放射性物质等。
 3. 空气污染 包括室内、室外空气污染。
 4. 电离辐射 中子、 α 、 β 、X线等。
 5. 饮食与营养 较少食用含 β 胡萝卜素、维生素A的食物。
 6. 其他诱发因素 结核、病毒、真菌。
 7. 遗传和基因突变 原癌基因活化、抑癌基因失活、细胞生长调节失控等。
- 全面的病史和体检有利于肺癌患者的早期诊断。

病 例 续

3月前无明显诱因出现咳嗽、少许痰。病后,精神、食欲一般,睡眠可,大小便无特殊,体重减少约1kg。既往史:无高血压及糖尿病,无慢性支气管炎及肺气肿。个人史:担任炼油厂工程师25年,吸烟每天1包,30年,饮酒每周2~3两。家族史:父亲死于肺癌,母亲死因不详。体格检查:步入诊室,一般情况良好。T 36℃,P 90次/分,R 18次/分,BP 119/82mmHg,身高170cm,体重65kg,BMI 22.5。神清合作,皮肤、巩膜无黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未扪及肿大,颈软,气管居中,甲状腺不大,胸廓对称无畸形,双肺呼吸动度一致,未闻及干湿啰音,心界不大,心率90次/分,律齐,未闻及病理性杂音。腹平软,肝脾未扪及,移动性浊音(-),肠鸣音4~6次/分。肋膈角无压痛,双肾区无叩痛,双下肢无水肿,神经精神无异常发现。



【问题2】为进一步诊断,需做什么检查?

思路1:血常规、尿常规和便常规是实验室检查的基础,血生化是常规推荐的实验室检查。

思路2:吸烟患者慢性咳嗽,应筛查肺癌,胸片是常规影像学检查。

思路3:慢性咳嗽的中国人也应该筛查结核。

知识点

肺癌流行病学

我国恶性肿瘤的发病率和死亡率急速上升,其中肺癌上升幅度最大,过去30年上升了4倍以上。我国肺癌发病率居恶性肿瘤的第2位,但占全部癌症死亡率第1位。80%的患者在诊断后1年内死亡;5年生存率低于20%。虽然,对普通人群并不推荐筛查肺癌,但对有危险因素,特别是吸烟的患者,应筛查肺癌。

病例续

血常规:白细胞 $9 \times 10^9/L$,中性粒细胞比率 70%,血红蛋白 102g/L,红细胞平均体积 80fl,血小板 $320 \times 10^9/L$ 。高敏C反应蛋白(SCRP) $>160mg/L$ 。尿常规:正常范围。大便常规:正常范围。血生化:葡萄糖 6.79mmol/L,白蛋白 28.9g/L,乳酸脱氢酶 602U/L,总胆固醇 3.21mmol/L,AST 20U/L,ALT 30U/L。血沉 61mm/H。PPD 10mm 阳性。胸片:右肺门淋巴结肿大。

【问题3】该患者目前的诊疗计划?

思路1:全科诊断根据临床证据,有什么就诊断什么,诊断按最新 ICD 版本,避免用问号的诊断。

思路2:全科诊断要求全面,对每一个诊断作出相应的处理,形成全科诊疗计划。推荐用的格式是根据病情主次,依次列出诊断,相应的治疗或进一步诊断的措施紧跟在每一个诊断后,形成逻辑严密的全科诊疗计划。

知识点

吸烟导致肺癌

吸烟是肺癌的重要致病因素,特别是导致中心型肺癌的主要原因,香烟燃烧时所产生的烟雾中含40多种致癌物质,如多环芳烃的苯并芘、苯并蒽,亚硝胺、钋210、镭、砷、 β -萘胺等。长期吸烟可导致支气管黏膜上皮细胞增生诱发肺癌。各国的大量调查资料都表明,吸烟者患肺癌的危险性随着所吸烟的数量和时间递增。有吸烟习惯者肺癌发病率比不吸烟者高10倍,吸烟量大者比不吸烟者高20倍。临床确诊的肺癌病例中,每日吸烟20支以上历时30年以上者,约占80%以上。

病例续

全科诊疗计划

1. 咳嗽 R05.X01:止咳药。
2. 肺门淋巴结肿大 R59.007:胸部 CT 平扫。
3. 贫血 NOS D64.903:贫血相关检查。
4. 结核菌素实验异常反应 R76.151:结核 γ 干扰素检测,结核抗体检测。
5. 烟草成瘾 F17.251:戒烟教育。

患者服药后咳嗽无好转,自己决定改用中医治疗,由于工作繁忙,未遵医嘱作进一步检查。3个月后出现右背痛及痰中带血。

【问题4】患者需做什么进一步检查?

思路1:患者咳嗽、右背痛及痰中带血,2个月前X线影像学发现右肺门可疑增大,应高度怀疑肺癌,做胸部CT检查,痰查癌细胞。

思路2:PPD阳性,应做结核相关检查。

思路3:贫血应作贫血相关检查。

知识点

肺癌的早期临床表现

早期肺癌患者通常没有太多临床表现,以下症状可能出现。咳嗽:咳嗽为肺癌常见的始发症状,多为干咳;咯血:多呈间歇或断续出现痰中带血、以清晨第一口痰多见;胸痛:部位不一定(包括背痛),以间歇性胸部疼痛多见;胸闷气短:突然渐进性气短、胸闷,可能发现胸腔积液;发热:多数为低热,治疗后或有好转,但经常反复;“肺部炎症”:胸透显示“肺部炎症”,经治疗不能彻底控制,症状反复出现或加重者;肿瘤转移引起的症状:如颈部淋巴结肿大、声音嘶哑、胸腔积液、骨痛等;肺外症状:不明原因的关节、肌肉顽固性疼痛,男性乳房发育等。

病例续

胸部CT:右肺门包块 $3\text{cm} \times 3\text{cm}$ 。结核 γ 干扰素检测阴性,结核抗体检测阴性。贫血相关检查:叶酸、维生素 B_{12} 、铁蛋白,血清铁正常范围。痰查癌细胞3次阴性。肿瘤标志物:FER,CA125,AFP、CEA、CA19-9、CA153、CA50、CA242均在正常范围。

【问题5】患者进一步需作什么检查?

思路1:肺部包块应该尽快获得病理学诊断。原则是以最简便的、创伤最小的方法获得病理诊断依据。

思路2:痰细胞学检查简便无创,但阳性率极低。纤维支气管镜是常用的检查方法,但属于介入诊断,且只能诊断支气管内的病变,穿刺活检属有创诊断,但有诊断价值。

知识点

肺癌的早期诊断

对于高危人群建议每年行胸部透视或摄片体检,当发现可疑结节、肿块、肺门肿大及阴影时应行CT扫描。发现可疑肿瘤病变,可行支气管镜检查。咳嗽、咳痰和痰中带血者,反复痰中查癌细胞和(或)做支气管镜检查。发现肺部结节或肿块,但支气管镜检查阴性者可以行CT定位下穿刺活检。

病例续

复查痰细胞学检查:6次未查见癌细胞,抗酸杆菌阴性。纤维支气管镜报告:右主支气管管腔狭窄,似外压性变形,右上叶支气管舌段开口变小,管腔变窄,未见新生物生长,黏膜明显肿胀。间嵴增宽。右下叶支气管开口呈裂隙状。局部黏膜肿胀,间嵴增宽。余支气管未见明显异常。支气管灌洗液:涂片未查见抗酸杆菌,未查见癌细胞。培养:正常菌群,未培养出真菌。经皮肺门包块穿刺活检:恶性肿瘤,待免疫组化进一步检查。免疫组化:低分化鳞状细胞癌。



【问题6】患者应该怎样处理?

思路1:肺癌诊断一旦确立,应给患者及家属解释,尽快介绍肿瘤科会诊。

知识点

肺癌的分类

按解剖学部位分类:①中央型肺癌:发生在段支气管至主支气管的癌肿称为中央型,约占3/4,以鳞状上皮细胞癌和小细胞未分化癌较多见;②周围型肺癌:发生在段支气管以下的癌称为周围型,约占1/4,以腺癌较为多见。

按组织病理学分类:①非小细胞肺癌(NSCLC):鳞状上皮细胞癌(简称鳞癌)、腺癌、大细胞癌、鳞腺癌等;②小细胞肺癌(SCLC):燕麦细胞型、中间细胞型、复合燕麦细胞型。

不同的肺癌有不同的生物学行为和不同的处理方法。确诊肺癌的患者,肿瘤(内)科医生(medical oncologist)会诊是下一步诊疗计划的开端。

病例续

患者家属要求对患者保密,主管医生未对患者解释真实病情,患者被告知是“肺部感染”,未遵医嘱去肿瘤科会诊。2个月后,患者出现胸痛、气紧。胸片发现右侧胸腔大量积液。

【问题7】患者现在该怎样处理?

思路1:肺癌患者出现胸水应作胸腔穿刺,取胸水检查。

思路2:恶性肿瘤患者需做全面体格检查,全身影像学检查,准确分期,才能制订正确的治疗方案。

知识点

肺癌的临床分期

肺癌的TNM临床分期是治疗方案制订的基础。T代表原发肿瘤分期,N代表淋巴转移分期,M代表远处转移分期。综合TNM分期标准(参照肿瘤专科标准),肺癌临床分为0、I、II、III及IV期。临床分期越高,预后越差。

病例续

胸腔穿刺,见血性胸水,未发现癌细胞。全面体格检查:一般情况尚可。T 37℃,P 92次/分,R 18次/分,Bp 120/80mmHg,身高 170cm,体重 60kg,BMI 21。神清合作,皮肤、巩膜无黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未扪及肿大,颈软,气管居中,甲状腺不大,胸廓对称无畸形,右肺呼吸音减低,未闻及干湿啰音,心界不大,心率 92次/分,律齐,未闻及病理性杂音。腹平软,肝脾未扪及,移动性浊音(-),肠鸣音 4~6次/分。肋膈角无压痛,双肾区无叩痛,双下肢无水肿。表情忧郁,反应迟钝,流泪。右下肢痛觉减退。肌力、肌张力正常。头颅增强CT:左顶叶占位性病变 2cm×3cm,造影后明显增强。胸腹联合增强CT:①右肺门及右前纵隔见软组织肿块影,大小约 12.2cm×8.4cm,部分边界不清,右肺上下叶气管受压,致右肺部分不张及炎变。②右肺中叶外侧段见斑片影,考虑为感染。③右肺中叶及下叶后基底段条索影。④气管前、血管前间隙、主动脉窗、隆突下多个淋巴结显示。腹部:肝脏大小正常,见多个占位性病变,最大直径 2cm,造影后增强。脾脏无异常。左肾囊性占位,造影后无增强。全身骨扫描:第 11 胸椎左侧份,左第 10、11 肋骨后支,双侧髋髂关节上份异常放射性浓聚灶。

【问题8】患者目前的诊断、分期及治疗原则。

思路:患者目前的诊断:右肺中央型低分化鳞状细胞癌(病理确诊),临床诊断(缺病理确诊)癌性胸腔积液,左顶叶脑转移,肝多发转移及骨转移,临床分期:最大可能Ⅳ期;左肾囊性占位;抑郁症;体重减轻。

知识点

肺癌的照顾

晚期肺癌的治疗原则是姑息性治疗——减轻痛苦及延长寿命。恶性肿瘤患者常伴发抑郁症。一年内体重减轻10磅(约4.5kg)可诊断体重减轻。体重减轻是恶性肿瘤的常见并发症。对失去手术及放化疗机会的晚期肺癌患者进行照顾是全科医生的责任。全科肿瘤学(Primary Care Oncology)的基本意义是全科医生照顾恶性肿瘤患者。其内容涵盖恶性肿瘤的早期诊断与防治、肿瘤专科治疗的协调、恶性肿瘤患者伴发症状和并发症的治疗、支持治疗,教育、安慰及临终关怀等。

病例续

患者哭诉自己太倒霉,抱怨医生没有提前帮助他预防肺癌,控告医生隐瞒病情,延误他的诊治。

【问题9】患者的控告合理吗?

思路1:患者有多种危险因素与肺癌相关,包括:吸烟、环境污染(工作在炼油厂)、遗传(父亲死于肺癌)、男性性别及年龄等。

思路2:患者没有自己的全科医生,肺癌的预防及早期诊断环节缺失。

思路3:患者已确诊肺癌后,医生对患者隐瞒病情,剥夺了患者的知情权。

知识点

肺癌的预防

以下措施有助于肺癌的预防

1. 远离烟草 不直接和间接吸烟、吸烟者戒烟,是预防肺癌最有效的途径。
2. 预防职业性肺癌 避免职业致癌因子包括石棉、致癌气体及放射线等。
3. 预防空气污染 包括室内、室外空气污染,特别是控制室内烟尘及氡污染。
4. 预防电离辐射 避免电离射线接触人体。高辐射影像学检查应尽量减少。
5. 营养预防 多吃新鲜蔬菜水果,营养结构合理。
6. 预防感染 尽量避免呼吸道感染可能有助于预防肺癌。
7. 增强体质 生活规律,心情愉快,劳逸结合,锻炼身体,增加防病抗病的能力。
8. 筛查 中年以上居民应定期检查身体,对高危人群进行肺癌筛查。

恶性肿瘤的预防和早期诊断是全科医生的工作。已确诊肺癌的患者,若无认知功能障碍,应被告知,并配合医务人员共同对付癌症。

(李健)

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 原发性肺癌诊疗规范(2011年版). [2011-2-26]. <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3586/201102/50756.shtml>



- [2] 中国抗癌协会肺癌专业委员会 . 2010 中国肺癌临床指南 . 北京 : 人民卫生出版社 .
- [3] Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York : McGraw-Hill Professional, 2011.
- [4] Ettinger DS, Akerley W, Bepler G, et al. Non-Small Cell Lung Cancer. <http://www.jnccn.org/content/8/7/740>. figures-only.

第二十六章 食管癌

食管癌(carcinoma of the esophagus)是发生于食管胃交界线(esophagogastric junction, GEJ)近端的上皮类恶性肿瘤,包括鳞癌和腺癌。鳞癌的发病与环境因素有明显关系,而腺癌主要继发于 Barrett 食管。食管癌的发病率有明显地域性,根据 2014 年国家癌症中心发布的《2011 年中国恶性肿瘤发病和死亡分析》显示,我国恶性肿瘤的发病率中食管癌占第 6 位,为 21.62/10 万,其中男性发病率中占第 4 位,为 29.76/10 万;女性发病率占第 7 位,为 13.05/10 万。发病率和死亡率的性别比例随着地区不同而不同,总体男性高于女性。食管癌发病有明显的家族聚集现象,在高发区调查家族史阳性者可高达 60%。

食管癌早期多无明显症状,一般中晚期才出现进行性吞咽困难等表现,早期诊断较困难。全科医生应关注发病的高危人群,争取早期诊断、早期治疗,并对确诊及抗肿瘤治疗后的患者给予随访和护理。

临床病例

男性,57 岁,主因“进食梗阻感 1 个月”来社区门诊就诊。患者 1 个月前出现进食梗阻感,偶有呃逆。无恶心、呕吐、腹胀,无声音嘶哑及饮水呛咳。自发病以来,体重减轻 4kg,大小便正常。既往患有“胃食管反流病”,间断“质子泵抑制剂”及“胃黏膜保护剂”治疗。3 年前患结直肠多发息肉,曾行内镜下治疗,无外伤及输血史。饮酒史 20 余年,合每日酒精量约 150g;吸烟史 30 年,每日约 40 支。父亲 8 年前因“食管癌”去世,母亲、配偶及子女均健康。

【问题 1】综合上述病史资料,该患者首先应考虑诊断的疾病是什么?

结合患者的现病史、既往史和个人史、家族史,首先怀疑患食管癌的可能。

思路 1:患者为中年男性,有胃食管反流病病史,即可能存在食管内食物滞留而损伤食管黏膜;长期大量吸烟、饮酒造成对食管黏膜的慢性理化刺激,且有食管癌的家族史,为食管癌的好发人群;出现进食梗阻感,伴有食欲下降、体重减轻等表现,所以首先要怀疑食管癌。

思路 2:食管癌的发生可能与地域环境因素、饮食生活因素、亚硝胺及真菌、遗传和基因因素、营养不良及微量元素缺乏等多种因素相关。全科医生问诊时应注意详细收集相关信息,该患者与食管癌发病相关的易感因素包括慢性食管炎症、长期吸烟、饮酒史以及食管癌家族史。

知识点

食管癌的病因

1. 饮食生活因素 食管癌患者与进食粗糙食物、进食过热、过快有关,因这些因素导致食管上皮损伤,增加了对致癌物的易感性。长期饮酒及吸烟者食管癌的发生率明显升高。

2. 地域环境 食管癌在全世界几乎所有国家及民族均有发病,我国世界标化发病率最高。我国以太行山地区、秦岭东部地区、大别山区、四川北部地区、闽南和广东潮汕地区、东北地区为高发区。其中河南省林县,死亡率居各种恶性肿瘤首位。国外以中亚、非洲东部和南部、法国北部和中南美洲为高发区。



3. 亚硝胺及真菌 亚硝胺类化合物具有高度致癌性,可使食管上皮发生增生性改变,并逐渐加重,最后发展为癌。一些真菌能将硝酸盐还原为亚硝酸盐,促进二级胺的形成,使二级胺比发霉前增高 50~100 倍。少数真菌还能合成亚硝胺。

4. 遗传和基因因素 人群易感性与遗传和环境条件有关。食管癌具有较显著的家族聚集现象,在食管癌高发家族中,染色体数目及结构异常者显著增多。食管癌的发生可能涉及多个癌基因(如 *C-myc*、*EGFR*、*Int-2* 等)的激活和抑癌基因(如 *p53*)的失活。

5. 营养不良及微量元素缺乏 在亚洲和非洲食管癌高发区调查发现,大多数居民所进食物缺乏动物蛋白质及维生素 B_1 、维生素 B_2 、维生素 A 和维生素 C。维生素 A 及维生素 B_2 缺乏与上皮增生有关,维生素 C 可阻断亚硝胺的作用。食物中微量元素,如铜、锰、铁、锌含量较低,亦与食管癌的发生有关。

6. 其他因素 食管慢性炎症、黏膜损伤及慢性刺激亦与食管癌发病有关,如食管腐蚀伤、食管慢性炎症、贲门失弛缓症及胃食管长期反流引起的 Barrett 食管(末端食管黏膜上皮柱状细胞化生)等均有癌变的危险。

思路 3:早期食管癌的症状多不典型,易被忽略;中晚期食管癌最常见的临床症状是进行性吞咽困难。该患者出现进食梗阻感且合并短期内体重明显下降等消耗症状,首先考虑食管占位。

知识点

食管癌的临床表现

早期症状多不明显,偶有吞咽食物哽噎、停滞或异物感,胸骨后闷胀或疼痛。可能是局部病灶刺激食管蠕动异常或痉挛或局部炎症、糜烂、表浅溃疡等所致,这些症状可反复出现,间歇期可无症状。

中晚期症状主要是进行性吞咽困难,先是进干食困难,继之半流质,最后流质及唾液亦不能咽下,严重时可有食物返吐。随着肿瘤发展与肿瘤外侵而出现相应的晚期症状。若出现持续而严重的胸背部疼痛为肿瘤外侵的表现;肿瘤累及气管、支气管可出现刺激性咳嗽,形成食管气管瘘,或高度梗阻致食物反流入呼吸道,可引起进食呛咳及肺部感染;侵及喉返神经出现声音嘶哑;穿透大血管可出现致死性大呕血。

【问题 2】全科医生如何进行转诊工作?

思路 1:全科医生应在发现食管癌病例或可疑病例后立即转诊。

知识点

食管癌的转诊标准

1. 疑似有食管癌应立即转诊至消化内科、胸外科或普外科继续治疗。
2. 新发现有食管的新生物、Barrett 食管等的患者,应转至上级医院进行诊断和病理检查。
3. 有食管癌家族史、食管慢性疾患(如反流性食管炎、贲门失弛缓症、食管憩室等)及存在高危因素的患者,也需要定期到上级或专科医院检查。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。



知识点

食管癌上转时的转诊资料

1. 围绕食管癌的病历资料(主诉、现病史、家族史、查体和辅助检查结果),有助于专科医生进行疾病诊断及确定下一步诊疗方案。
2. 患者的合并疾病,为专科医生做全面的术前评估提供资料。
3. 目前正在使用的药物和其他正在进行的治疗。
4. 主要脏器功能的评估,以帮助专科医生判断是否有手术禁忌证。
5. 家庭状况、社会经济心理状况等的评估。

【问题3】患者下一步应选择哪些检查以明确食管癌的诊断?

思路1:X线钡餐造影常用于食管癌的筛查。

在早期食管癌中不易显示病变。早期食管癌的X线征象有:黏膜皱褶增粗、迂曲,或虚线状中断,或食管边缘毛糙;小充盈缺损,或较扁平,或如息肉状,最小直径约0.5cm;小溃疡龛影,直径0.2~0.4cm;局限性管壁僵硬或有钡剂滞留。由于病变轻微,本检查在早期病例中的阳性率仅为60%左右。

进展期食管癌则征象明确,多见病变段管腔狭窄、充盈缺损、管壁蠕动消失、黏膜紊乱、溃疡龛影,以及病变段食管周围软组织影等。腔内型肿瘤的X线钡餐造影显示食管腔巨大充盈缺损。

思路2:食管镜检查是对于明确食管癌诊断最有价值的检查。

内镜检查能够直接观察食管病变的部位和范围,除可行染色检查法外,还可以对可疑病灶钳取小块组织作病理学检查。为提高诊断率,应对可疑病变组织活检4~6处,且采取多点取材的方式。

知识点

食管镜检查在食管癌诊断中的作用

食管镜检查是诊断食管癌最直接的方法,活检病理检查可确诊,对可疑病灶多点活检是提高诊断率的重要手段。检查过程中采用染色法有助于发现早期病灶,对高发区食管镜检查者常规行染色可大大提高早期病灶的检出率,食管正常组织Lugol碘液着棕褐色,癌组织不着色。电子染色及放大内镜有助于病灶的发现。食管超声内镜(EUS)可对病变区域进行超声探测成像,可以判断食管癌的浸润层次、向外扩展深度及有无纵隔、淋巴结或腹内脏器转移等。

病例续

男性,57岁,主因“进食梗阻感1个月”于社区医院就诊。患者1个月前出现进食梗阻感,偶有呃逆。无恶心、呕吐、腹胀,无声音嘶哑及饮水呛咳。自发病以来,体重减轻4kg,大小便正常。自社区医院转至我院就诊,收入病房。

颈、胸部X线钡餐造影(图26-1):食管中下段不规则充盈缺损内见一个与食管纵轴方向一致的长条状不规则龛影。食管镜检查结果(图26-2):食管上段黏膜光滑,血管纹理清晰,距门齿32~36cm处可见不规则黏膜隆起,表面结节状,充血糜烂,取组织4块送病理检查。病理诊断:(食管)低分化鳞状细胞癌。

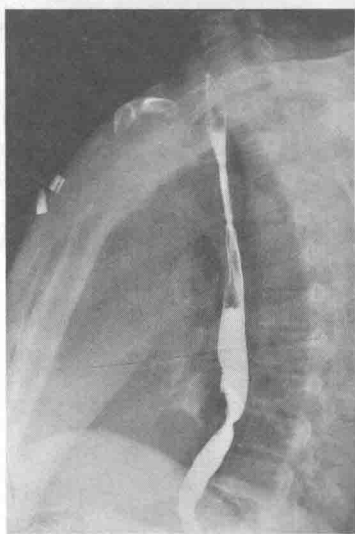


图 26-1 颈、胸部 X 线钡餐造影



图 26-2 食管镜检查结果

【问题 4】如何明确患者的临床诊断?

思路 1: 患者的病变部位在哪里?

病变发生的部位与食管癌能否手术切除密切相关,影响患者的治疗方案及预后,故应掌握食管的实用解剖及食管癌的好发部位。患者病变位于食管胸下段。

知识点

食管的实用解剖

食管是一肌性管状器官,是消化道各部中最狭窄的部分,长约 25cm,自距门齿 15cm 起到 40cm 止。临床上食管的解剖分段多分为:①颈段:自食管入口至胸骨柄上缘的胸廓入口处;②胸段:又分为上、中、下三段。胸上段——自胸廓上口至气管分叉平面;胸中段——自气管分叉平面至贲门口全长度的上 1/2;胸下段——自气管分叉平面至贲门口全长度的下 1/2。通常将食管腹段包括在胸下段内。胸中段食管癌较多见,下段次之,上段较少。贲门部腺癌可向上延伸累及食管下段。

思路 2: 根据 X 线钡餐造影及食管镜检查结果,可以与哪些疾病鉴别?

出现吞咽困难症状的患者,应注意排除食管外压性改变、食管功能失常、食管良性肿瘤、食管其他恶性肿瘤及其他良性疾患的可能,通过食管镜及影像学检查多可鉴别。

知识点

食管癌的鉴别诊断

1. 食管外压性改变 食管邻近的大血管先天性异常、主动脉瘤、胸内甲状腺瘤、纵隔肿瘤、纵隔淋巴结肿大、老年性主动脉弓屈曲延长等均可压迫食管,并产生吞咽梗阻症状。但食管镜下食管黏膜完好,影像学检查显示食管外压性改变,鉴别诊断并不困难,但当纵隔恶性肿瘤侵犯食管时,鉴别诊断有时较困难。

2. 食管功能失常 神经症、功能性食管痉挛、神经性吞咽无力、贲门失弛缓症等均可产生吞咽困难和进食梗阻症状,通过病史和影像学检查大多可鉴别,必要时应进行食管镜检查。



3. 食管良性肿瘤 如食管平滑肌瘤、食管腺瘤、食管乳头状瘤、食管息肉等,通过食管镜可以进行鉴别诊断。

4. 食管其他恶性肿瘤 食管其他类型恶性肿瘤均少见,如食管肉瘤、食管癌肉瘤、黑色素瘤、淋巴肉瘤等,这些疾病虽有其自身的发病及影像学特点,但最终均需经病理学检查才能鉴别。

5. 其他良性疾病 食管良性狭窄、憩室、血管瘤、食管结核、食管静脉曲张也需与食管癌鉴别。

思路 3:患者的病变目前属于食管癌的哪个发展阶段?

早期食管癌临床上尚无明显症状。病变局限,多为原位癌或黏膜内癌,也有一部分病例癌组织侵及黏膜和黏膜下层,但未侵犯固有肌层。进展期食管癌患者已出现临床症状,如吞咽困难等,病变侵犯至肌层甚至更深,可有淋巴结转移。该患者主诉进食梗阻感 1 个月,偶有呃逆,电子胃镜显示食管距门齿 32~36cm 处可见不规则黏膜隆起,表面结节状,充血糜烂,取组织送病理诊断为低分化鳞状细胞癌,该患者属于进展期食管癌。

思路 4:按病理形态,该患者属于进展期食管癌的哪种类型?

根据电子内镜检查结果提示该患者属于溃疡型。

知识点

食管癌的病理形态

早期食管癌的病理形态可分为 4 型:隐伏型、糜烂型、斑块型、隆起型,其中以糜烂型和斑块型常见,而另两型少见。隐伏型为原位癌;糜烂型大多限于黏膜固有层;斑块型则半数以上侵及黏膜肌层及黏膜下层。

进展期食管癌又称中晚期癌,分为 5 型。

1. 髓质型 肿瘤在食管壁内浸润生长,使食管壁均匀增厚,管腔变窄。癌组织切面为灰白色,质地较软。

2. 蕈伞型 肿瘤为卵圆形扁平肿块,如蘑菇状向食管腔内突出。

3. 溃疡型 肿瘤表面形成溃疡,溃疡外形不整,边缘隆起,底部凹凸不平,深达肌层。

4. 缩窄型 癌组织在食管壁内浸润生长,累及食管全周,伴有管壁纤维组织显著增生,形成明显的环形狭窄,近端管腔明显扩张。

5. 腔内型 癌肿呈息肉样向食管腔内突出。

思路 5:该患者属于进展期食管癌的哪种病理组织类型?

食管癌组织学上有鳞状细胞癌、腺癌、小细胞癌、腺鳞癌等类型。因食管癌发生于食管黏膜上皮的基底细胞,故绝大多数是鳞状细胞癌,约占食管癌的 90%,腺癌次之,大部分腺癌的发生与 Barrett 食管有关。该患者属于鳞状细胞癌。

思路 6:该患者下一步应采取什么诊疗方案?

患者目前食管癌诊断明确,应收入胸外科病房,进行 CT、MRI、食管 EUS、放射性核素检查或多种方法综合评价,确定病变分期并选择合理的诊疗方案。

准确的分期是选择合理的治疗方法、评价预后、比较不同治疗方法的疗效及进行交流的基础。X 线钡餐造影及食管镜检查可以对肿瘤做出初步的大体形态学描述及准确的病理学诊断,被认为是食管癌最基本的诊断方法,但由于该检查的局限性,仅能对食管腔内做出良好的了解,而不能对腔外做出精确的评估。因此,要准确地了解肿瘤浸润深度、区域淋巴结转移情况及潜



在的远处转移,就必须借助于 CT、MRI、食管 EUS、放射性核素检查、支气管镜、微创外科或多种方法综合评价。

病例续

常规检查:白细胞: $5.78 \times 10^9/L$;血红蛋白: $151g/L$,血小板: $451 \times 10^9/L$;D-D: $0.62\mu g/ml$; SCC: $2.1ng/ml$ 。

胸部及腹部 CT 并增强检查(图 26-3):食管中下段管壁增厚,不均匀强化,局部管腔变窄,纵隔及腹膜后未见肿大淋巴结。

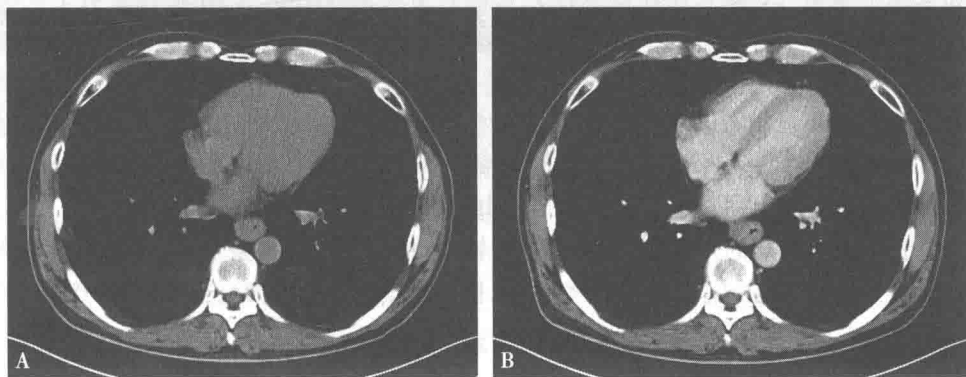


图 26-3 胸部及腹部 CT 并增强
A.CT 平扫;B.CT 增强

【问题 5】食管癌患者术前应进行哪些检查?

思路 1:患者术前常规检查项目有哪些?

食管癌患者的术前常规检查同胃癌等其他肿瘤类似。血常规、凝血系列、肝肾功能、血生化及肿瘤标志物检查不可或缺。患者的一般情况及血常规、凝血、肝肾功能,心电图、肺功能等检查指标是判断患者能否耐受手术及估计术后恢复情况的重要依据。食管癌的组织学类型多为鳞状细胞癌,故鳞状细胞癌抗原(squamous cell carcinoma antigen, SCC)可作为监测病程和疗效的一种较好的鳞癌肿瘤标志物,但不具有特异性。

思路 2:食管癌患者的 CT 检查结果应重点关注什么?

食管癌患者的 CT 增强检查可显示食管壁增厚(厚度)、肿瘤长度及外侵程度、区域淋巴结及腹腔转移情况等,对判断能否手术切除提供帮助,并可用于分期。应重点关注肿瘤的大小、累及部位及浸润深度,并仔细观察可能出现转移的部位,避免遗漏,以尽量在术前对肿瘤做出准确的分期,指导治疗。因此,应掌握食管癌的转移途径。

知识点

食管癌的转移途径

1. 淋巴转移是食管癌的主要转移途径,上段食管癌常转移至锁骨上淋巴结及颈淋巴结,中下段则多转移至气管旁淋巴结、贲门淋巴结及胃左动脉旁淋巴结。但各段均可向上端或下端转移。
2. 食管癌可发生食管壁内扩散,食管黏膜及黏膜下层有丰富的淋巴管相互交通,癌细胞可沿淋巴管向上下扩散。肿瘤也可直接向四周扩散。穿透肌层及外膜,侵及邻近组织和器官。
3. 血行转移较少见,主要向肝、肺、肾、肋骨、脊柱等转移。



病例续

患者在全麻下行食管癌切除+食管胃主动脉弓下吻合术。手术过程记录如下:取左胸后外侧切口第6肋间进胸,胸腔内无粘连及胸水。提出食管,探查见胸下段食管肿物约 $5\text{cm}\times 3\text{cm}\times 3\text{cm}$ 大小,与对侧胸膜紧密粘连。游离食管至主动脉弓下,清扫食管旁及隆突下淋巴结。打开膈肌,探查腹腔,无腹水,肝、胆、胰、脾未见异常。常规游离胃,双重结扎胃短血管,应用血管闭合器断胃左动脉,游离胃至幽门部,于贲门部断胃,残端双重关闭。将胃提至胸腔内,与食管(距肿物上缘 5cm 以上)应用吻合器($\phi 26\text{mm}$)予以吻合,吻合满意,无张力,并加固吻合口6针。彻底止血,检查胸腔内无活动性出血,清点器械敷料如数,缝合膈肌。冲洗胸腔,置胸腔引流管一根。吸痰张肺,检查无出血,清点器械敷料如数,常规关胸。标本给患者家属看过后送病理。

【问题6】如何确定该患者的治疗方案?

食管癌强调早发现、早诊断、早治疗,因此全科医生应及时转诊。但大多数食管癌患者初次就诊时已属中晚期,单纯手术治疗效果欠佳,因此目前多采用手术为主的综合治疗。

该患者已是中晚期的食管癌,未发现远处转移,估计病变可完整切除,无明显手术禁忌,一般情况可耐受手术,应首选食管癌根治性手术,同时根据患者具体情况选择适当的辅助治疗。

知识点

食管癌的治疗方案

1. 根治性手术 适用于术前估计癌肿可以完整切除的患者,无严重合并症,无远处转移,身体可耐受。常用的手术方式有非开胸及开胸食管癌切除术两大类,其中非开胸食管癌切除术包括:食管内翻剥脱术,主要适用于下咽及颈段食管癌;经裂孔食管癌切除术,用于胸内各段食管癌,肿瘤无明显外侵的病例;颈胸骨部分切开切口,用于主动脉弓下缘以上的胸段食管癌。

2. 姑息性手术 适用于有严重吞咽困难而肿瘤又无法切除的患者,解决患者的营养问题。常用的方法有:胃或空肠造瘘术;食管腔内置管术;食管胃分流术。若术前估计肿瘤切除困难,可采用非开胸胸骨后结肠旁路手术,这一方法已很少使用。

3. 放疗 适用于肿瘤无法切除、高龄、无法耐受手术、有严重合并症的食管癌患者。

4. 化疗 食管癌单纯化疗无效,可作为一种辅助治疗手段。针对手术不能到达的区域,以及体内可能存在的微小转移灶,可与放疗联合使用。术前辅助化疗旨在缩小病灶,为手术创造条件。术后化疗适用于:病理报告有淋巴结转移;年龄 <70 岁;术后恢复情况良好的患者。

5. 内镜治疗 早期食管癌的内镜治愈性治疗,与传统的手术相比,以其侵害小、并发症少、术后不影响生活质量等优点,正日益受到人们的重视,并广泛开展。早期食管癌指肿瘤局限于黏膜层及黏膜下层,未侵犯食管肌层。内镜下治疗食管癌的方法有内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)、黏膜下层剥离切除术(endoscopic submucosal dissection, ESD)、微波凝除治疗、激光治疗、注射治疗、冷冻治疗、安放支架等。

病例续

患者术后一般情况好,无发热,胸腔引流为淡红色液体,引流通畅,300~500ml,持续胃肠减压通畅,30~500ml/天,鼓励患者咳嗽、咳痰及深呼吸,并给予抗炎、化痰及营养等支持治疗。术后第4天鼻饲流质饮食,术后第7天拔胸腔引流管,术后第8天切口拆线,见切口愈合良好,无红肿渗出,术后第9天经口进食流质饮食,无明显恶心、呕吐、腹胀。



术后病理结果回报:(食管)低分化鳞状细胞癌,溃疡型,切面积 $3\text{cm} \times 1.2\text{cm}$,侵达深肌层。上下切缘、另送食管旁淋巴结1枚、隆突下淋巴结3枚及胃左淋巴结6枚均未查见癌。另送贲门周围淋巴结4枚,其中1枚查见转移癌(1/4)。另送胃小弯组织及胃大弯组织为脂肪组织,未查见淋巴结,未查见癌。CK5/6(+),CK19(+),CK7(-)。

【问题7】患者术后如何继续治疗?

思路1:该患者术后应注意预防(防治)哪些并发症?

1. 吻合口瘘 颈部吻合口瘘经引流多能愈合;胸内吻合口瘘对患者造成极大威胁,死亡率甚高,多发生在术后5~10天,患者呼吸困难及胸痛,X线检查有液气胸征。胸腔引流液或穿刺抽出液混浊,口服碘水食管造影可见造影剂外溢或口服亚甲蓝胸腔引流液或穿刺抽出液呈蓝色,即可确诊。应立即放置胸腔闭式引流、禁食,使用有效抗生素及营养支持治疗。早期瘘的患者,可试行手术修补,并用大网膜或肋间肌瓣覆盖加强。

2. 肺部并发症 包括肺炎、肺不张、肺水肿和急性呼吸窘迫综合征(acute respiratory distress syndrome, ARDS)等,以肺部感染较为多见,应引起高度重视。术后鼓励患者咳嗽、咳痰,加强呼吸道管理可减少术后肺部并发症的发生。

3. 乳糜胸 为术中胸导管损伤所致,多发生于术后2~10天,患者觉胸闷、气急、心悸。胸水乳糜试验阳性。一旦确诊,应放置胸腔闭式引流,密切观察引流量,流量较少者,可给予低脂肪饮食,维持水电解质平衡及补充营养,部分患者可愈合。对乳糜引流量大的患者,应及时剖胸结扎乳糜管。

4. 其他并发症 有血胸、气胸及胸腔感染,根据病情进行相应的处理。

思路2:如何根据病理结果确定该患者的TNM分期?

病理结果指导下一步的治疗,根据病理结果可知:患者病变为 $T_2N_1M_0H_1G_3$,符合(食管)鳞癌II B的临床分期。

知识点

食管癌的分级标准(UICC, 2009)

1. 原发癌(T)浸润

T_x :原发肿瘤不能确定;

T_0 :无原发肿瘤证据;

T_{is} :高度不典型增生;

T_{1a} :肿瘤侵犯黏膜固有层、黏膜肌层;

T_{1b} :肿瘤侵犯黏膜下层;

T_2 :肿瘤侵犯固有肌层;

T_3 :肿瘤侵犯食管外膜;

T_{4a} :肿瘤侵犯胸膜、心包、膈(可手术切除);

T_{4b} :肿瘤侵犯其他邻近结构如主动脉、椎体、气管等(不能手术切除);

2. 区域淋巴结(N)

N_x :区域淋巴结不能确定;

N_0 :无区域淋巴结转移;

N_1 :1~2枚区域淋巴结转移;

N_2 :3~6枚区域淋巴结转移;

N_3 : ≥ 7 枚区域淋巴结转移;



- 3. 远处转移(M);
M_x:无法评估远处转移;
M₀:无远处转移;
M₁:有远处转移;
- 4. 细胞类型(H):
H₁:鳞癌;H₂:腺癌;
- 5. 食管癌的G(肿瘤分化程度)分级标准
G_x:细胞分化程度不能确定;G₁:高分化癌;G₂:中分化癌;G₃:低分化癌;G₄:未分化癌

知识点

食管癌的 TNM 分期 (UICC,2009)

分期	T	N	M	G	部位 *
0	is/HGD	0	0	1,X	任何
IA	1	0	0	1,X	任何
IB	1	0	0	2~3	任何
	2~3	0	0	1,X	下段,X
IIA	2~3	0	0	1,X	中、上段
	2~3	0	0	2~3	下段,X
IIB	2~3	0	0	2~3	中、上段
	1~2	1	0	任何	任何
IIIA	1~2	2	0	任何	任何
	3	1	0	任何	任何
	4a	0	0	任何	任何
IIIB	3	2	0	任何	任何
IIIC	4a	1~2	0	任何	任何
	4b	任何	0	任何	任何
	任何	3	0	任何	任何
IV	任何	任何	1	任何	任何

*X 指未记载肿瘤部位

思路 3:该患者术后抗肿瘤治疗方案。

食管癌目前多采用手术为主的综合治疗,对于病理报告有淋巴结转移的患者,除应进行手术外,还应进行化疗,至今还没有标准方案。一般是在顺铂和(或)氟尿嘧啶基础上联合新药紫杉醇、多西他赛、伊立替康、吉西他滨等,疗效无明显差异,毒性各有侧重。对于食管癌的分子靶向药物治疗目前还没有较大的临床研究进展。该患者行氟尿嘧啶+顺铂方案化疗,并行 EAAL 细胞免疫治疗。

思路 4:如何评价该患者的预后?

早期食管癌外科手术疗效极佳,5 年生存率达 90%,进展期食管癌患者 5 年生存率仅 10%。预后不良的患者包括:Ⅲ期 T₄、Ⅳ期、食管上段癌肿、病变 >5cm、已侵犯肌层、癌细胞分化差、已有远处转移者。故食管癌应争取早期诊断。

**知识点****食管癌的早期诊断及预防**

早期食管癌无特异性症状,容易被患者和医务人员所忽视,未能使用有效的检查手段进行诊断。因此对门诊就医的患者,应特别注意其是否具有易患因素,并行进一步检查以确诊。可疑病例应行X线钡餐造影及内镜检查。食管癌的预防主要是针对癌前疾病,积极治疗GERD,对于Barrett食管应密切随访,目前认为PPI治疗可以减少不典型增生的发生,NSAIDs可能也有预防作用,对中度不典型增生应行内镜下治疗。

思路 5:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点**食管癌患者转回社区医院时的转诊资料**

1. 食管的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随访方案及术后需要继续治疗方案简介(含放化疗剂量、间隔及其他治疗方案)。
2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:围术期的吻合口瘘、食管狭窄、肺部并发症(肺部感染、ARDS等)、乳糜胸以及放化疗期间粒细胞、血小板减低等变化的监控和处理。
3. 需要转回专科治疗的情况,包括:吻合口瘘、ARDS、血胸、气胸、胸腔感染、肺部感染、乳糜胸、严重的放化疗并发症等。

【问题 8】患者的社区长期管理

思路 1:基于健康档案的长期管理。

为食管癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。确定预约随访或家庭访视日期。

思路 2:患者的社区随访内容和时限。

通常术后两年内,每三个月门诊复查一次,复查的内容包括血常规、生化检查、肿瘤标志物,胸片,必要时可转至上级医院行胸部、腹部增强CT及内镜检查。术后两年到五年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随访。遇有其他需要随访的临床情况应缩短随访间隔。

思路 3:患者在社区的心理干预。

全科医生应加强对患者的心理干预和心理健康教育,积极面对疾病,树立康复的信心,提升配合治疗的积极性。帮助晚期患者坦然接受死亡。

知识点扩展或问题延伸

【问题】患者家庭的全科医学照顾?

思路 1:一级亲属初步筛查服务。

依据食管癌的流行病学特征,全科医生应为40岁以上的食管癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①饮食习惯、近期体重改变情况;②食管疾病史,如贲门失弛缓症、反流性食管炎(尤其是Barrett食管)、食管憩室、食管炎、溃疡等。

思路 2:患者家属的身心照顾。

全科医生应同时注意关注肿瘤患者家属的身心健康状况,及时沟通和交流,减轻家属的心理负担,减少身心疾病的发生。

(王 敏)



参考文献

- [1] Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. GLOBOCAN 2008. Int J Cancer, 2010, 127 (12): 2893-2917.
- [2] Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal cancer. N Engl J Med. 2003, 349 (23): 2241-2252.
- [3] Mariette C, Piessen G, Triboulet JP. Therapeutic strategies in oesophageal carcinoma: role of surgery and other modalities. Lancet Oncol. 2007, 8 (6): 545-553.
- [4] D'Annunzio T, D'Journo XB, Loundou A, et al. Prognostic impact of the extracapsular lymph node involvement on disease-free survival according to the 7th edition of American Joint Committee on Cancer Staging System. Eur J Cardiothorac Surg. 2013, 44 (3): e207-211.
- [5] Chen G, Wang Z, Liu XY, et al. Adjuvant radiotherapy after modified Ivor-Lewis esophagectomy: can it prevent lymph node recurrence of the mid-thoracic esophageal carcinoma? Ann Thorac Surg 2009, 87 (6): 1697-1702.
- [6] 方文涛, 陈文虎. 食管癌手术治疗原则和淋巴结清扫. 中国癌症杂志 2011, (07): 522-527.
- [7] 王吉耀. 内科学. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [8] 莫剑忠, 江石湖, 萧树东. 江绍基胃肠病学. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2014.
- [9] 陈孝平. 外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [10] John Murtagh 著. 全科医学. 梁万年译. 北京: 人民军医出版社, 2012.
- [11] Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin, 2015, 65 (2): 87-108.
- [12] 陈万青, 郑荣寿, 曾红梅, 等. 2011 中国恶性肿瘤发病和死亡分析. 中国肿瘤, 2015, 24 (1): 1-10.

第二十七章 胃 癌

胃癌(gastric carcinoma)是最常见的恶性肿瘤之一,是指发生于胃黏膜上皮的恶性肿瘤,在组织学上以胃腺癌(gastric adenocarcinoma)为主。幽门螺杆菌感染、环境因素和遗传因素在胃癌的发生中起重要作用。胃癌发病情况有明显的地域和性别差异。日本、中国以及南美和欧洲东部是胃癌高发地区;北美、欧洲西部以及澳大利亚是胃癌低发地区;男性约为女性2倍。

我国是胃癌高发国家,其发病率在恶性肿瘤中排第三位,为31.21/10万;其中在男性发病率中排第2位,为42.92/10万;女性发病率排第4位,为18.89/10万。我国胃癌的发生也有明显的地域差异,西北各省发病率最高,向东北地区及南方和西南逐渐降低,广东、广西和云南等省的发病率最低。而在同一省内各县,胃癌发病率也存在不同。近20年来我国胃癌发病率有所下降,其中胃窦部癌下降相对明显,而胃体上部和贲门部癌无下降趋势。

多数早期胃癌患者无明显症状,随着内镜技术及早癌认知水平的提高,我国早癌的检出率有了显著的增高。全科医生站在与患者交流和沟通的第一线,需要特别警惕,争取胃癌的早期发现,早期诊断,早期治疗。

临床病例

男性,59岁,主因“上腹部隐痛不适伴食欲减退3个月”来我院门诊就诊。患者3个月来感觉上腹正中剑突下方疼痛,为持续性隐痛,偶有反酸和嗝气症状。无进食哽咽感,无腹胀,无呕吐。按“慢性胃炎”服用“胃黏膜保护剂”治疗,效果不佳。症状于近日有所加重。发病以来,食欲减退明显,体重下降5kg,大小便正常。既往:10年前因间断上腹痛于外院行胃镜检查诊断为“慢性胃炎,幽门螺杆菌(+)”,未行规律药物治疗,后未复查。吸烟史20余年,10支/日。无手术外伤史。其父健在,其母12年前因“胃癌”去世。

【问题1】通过上述问诊,该患者可疑的诊断是什么?

根据患者的主诉、症状、既往史和个人史,全科医生应高度怀疑胃癌可能。

思路1:中年男性,慢性胃炎病史,幽门螺杆菌感染史,有胃癌家族史,患者为胃癌的易发人群,应引起重视。

思路2:非特异性的上消化道症状是胃癌常见的临床症状,需和胃十二指肠良性溃疡的症状相鉴别。问诊时还应特别注意询问有无食欲减退、体重下降等消耗症状,对恶性疾病的诊断具有提示作用。

知识点

胃癌的临床表现

多数早期胃癌患者无明显症状,有时可出现上腹部不适,进食后饱胀、恶心等非特异性的上消化道症状。随着病情发展,患者出现上腹疼痛加重、食欲下降、乏力、消瘦、体重减轻。部分患者可出现类似十二指肠溃疡的症状,按慢性胃炎和十二指肠溃疡治疗,症状可暂时缓解,易被忽视。胃十二指肠良性溃疡的疼痛通常具有规律性,而胃癌的疼痛没有规律性。



思路 3:全科医生问诊时应注意的几个特殊症状如腹胀、呕吐、大便颜色、有无便血等,以除外特殊部位的胃癌可能引起的症状或合并症。

知识点

胃癌的特殊表现

贲门胃底癌可有胸骨后疼痛和进食哽咽感;幽门附近的胃癌生长到一定程度,可导致幽门部分或完全性梗阻而发生呕吐,呕吐物多为隔夜宿食和胃液;肿瘤破溃或侵犯胃周血管可有呕血、黑便等消化道出血症状;也有可能发生急性穿孔。

思路 4:全科医生问诊时应特别注意既往史、个人史、家族史的收集。胃癌的病因尚不明确,可能与地域环境因素、饮食生活因素、幽门螺杆菌(Hp)感染、癌前病变、遗传和基因因素相关。该患者有幽门螺杆菌感染史、吸烟史、家族史,均为胃癌的易感因素。

知识点

胃癌的病因

1. 地域环境 我国的西北与东部发病率高于南方地区。日本及东南亚发病率高,欧美低。

2. 饮食生活因素 长期食用熏烤、盐腌食品的人群发病率高,与亚硝酸盐、真菌毒素、多环芳烃化合物含量高有关。缺乏新鲜蔬菜与水果与发病也有一定关系。吸烟者的胃癌发病危险度较不吸烟者高 50%。

3. 幽门螺杆菌(Hp)感染 幽门螺杆菌感染也是引发胃癌的主要因素之一。幽门螺杆菌主要引起以下改变:

- (1) 促进胃黏膜上皮过度增殖;
- (2) 诱导胃黏膜细胞凋亡;
- (3) 代谢产物直接转化胃黏膜;
- (4) DNA 转换到黏膜细胞中致癌;
- (5) 诱发同种生物毒性炎症反应。

4. 慢性疾患和癌前病变 易发生胃癌的胃疾病包括胃息肉、慢性萎缩性胃炎及胃部分切除后的残胃。胃腺瘤的癌变率在 10%~20%,直径超过 2cm 时癌变机会加大。萎缩性胃炎常伴有肠上皮化生或黏膜上皮异型增生,可发生癌变。胃黏膜巨大皱襞症(Menetrier 病),以前称为肥厚性胃炎,癌变率 10%~13%。胃大部切除术后残胃黏膜发生慢性炎症改变,可能在术后 15~25 年发展为残胃癌。

5. 遗传因素 胃癌患者有血缘关系的亲属其胃癌发病率较对照组高 4 倍,其一级亲属患胃癌的比例显著高于二、三级亲属。

【问题 2】全科医生应当如何筛选出胃癌的高危人群?

思路 1:胃癌诊断的早晚与治疗的效果密切相关,早期诊断是提高治愈率的关键。但由于早期胃癌无特异性症状,容易被患者和医务人员所忽视,未能使用有效的检查手段进行诊断。国内早期胃癌占胃癌住院患者的比例还不到 10%。因此对门诊就医的患者,全科医生应特别注意其是否具有易感因素,并进一步进行检查以确诊。



知识点

胃癌的普查原则

1. 40 岁以上,既往无胃病史而出现上述消化道症状者或已有溃疡病史但症状和疼痛规律明显改变者。
2. 有胃癌家族病史者。
3. 有慢性疾患及胃癌前期病变者,如萎缩性胃炎、胃腺瘤、胃息肉、胃黏膜巨大皱襞症、胃大部切除病史者。
4. 有原因不明的消化道慢性失血或贫血,或短期内体重明显减轻者。

思路 2:全科医生在胃癌筛查中的任务。

全科医生是患者长期的健康照顾者,熟悉患者的生活习惯,了解患者个人史及家族史等,定期组织患者体检,为患者解决腹痛、食欲减退等症状,对慢性疾病进行长期治疗,可以筛查高危人群,做到胃癌的早期发现。

【问题 3】为进一步明确诊断,全科医生需要收集哪些临床资料?

思路 1:应重视外科专科查体。

全科医生应重点检查有无贫血,腹部体格检查情况,有无腹部压痛、包块。早期患者多无明显体征,晚期患者可出现上腹部质硬固定的包块,且边界不清,活动度差。此外,还需要关注与肿瘤转移有关的临床表现,例如:①腹水:移动性浊音阳性;②淋巴结转移:锁骨上(尤其是左锁骨上)淋巴结肿大;③腹腔转移:肛门指诊直肠前凹扪及肿块;④肝转移:肝大、黄疸、腹水;⑤穿孔:急性腹膜炎、腹部脓肿;⑥肺转移:咳嗽、气促、血痰;⑦脑转移:意识不清、偏瘫等;⑧骨转移:骨痛、跛行等。

知识点

胃癌的转移

1. 淋巴转移 是胃癌的主要转移途径,胃癌的淋巴结转移通常是循序渐进,但也可发生跳跃式淋巴转移。终末期胃癌可经导管向左锁骨上淋巴结转移。
2. 胃癌可发生腹膜种植转移 当胃癌组织浸润至浆膜外后,肿瘤细胞脱落并种植在腹膜和脏器浆膜上,形成转移结节。直肠前凹的转移癌,直肠指检可以发现。癌细胞腹膜广泛播散时,可出现大量癌性腹水。
3. 直接浸润 分化差浸润生长的胃癌突破浆膜后,易扩散至网膜、结肠、肝、脾、胰腺等邻近器官。
4. 血行转移 胃癌细胞进入门静脉或体循环向身体其他部位播散,形成转移灶。

思路 2:全科医生应对患者进行全面评估。

评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。全面的评估有助于患者及家人了解病情,面对和接受下一步诊疗(手术、放疗、化疗等)。

【问题 4】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:胃癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现胃癌病例或可疑病例后立即转诊。



知识点

胃癌的转诊标准

1. 疑似有胃癌应立即转诊至消化内科或胃肠外科。
2. 既往幽门螺杆菌感染、慢性萎缩性胃炎、胃腺瘤、胃溃疡、胃黏膜巨大皱襞症等病史,应定期至上级医院或专科医院进行诊断、病理检查和治疗。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

胃癌上转时的转诊资料

1. 围绕胃癌的资料(主诉、现病史、体格检查和辅助检查)。辅助专科医生决定下一步的诊疗措施,避免患者承担不必要的重复检查费用。
2. 合并疾病、既往史及手术史。为专科医生做全面的治疗前评估提供资料。
3. 目前正在使用的药物和治疗措施。
4. 主要脏器功能(如心、肺、脑等重要器官的功能状态),以帮助专科医生判断患者的手术耐受情况。
5. 家庭状况、社会经济心理状况等,辅助专科医生对患者进行综合性的评估。

病例续

男性,59岁,主因“上腹部隐痛不适伴食欲减退3个月”于社区医院就诊。患者3个月来感觉上腹正中剑突下方疼痛,为持续性隐痛,偶有反酸和嗝气症状。无进食哽咽感,无腹胀,无呕吐。按“慢性胃炎”服用“胃黏膜保护剂”治疗,效果不佳。症状于近日有所加重。发病以来,食欲减退明显,体重下降5kg,大小便正常。自社区医院转至我院就诊,门诊收入院治疗。

常规检查:白细胞 $5.7 \times 10^9/L$,血红蛋白 98g/L,白蛋白 35g/L,电解质正常。CEA: 12.3ng/ml,CA19-9:25.6U/ml。大便潜血(+).

胸部X线检查:双肺未见转移灶。

腹部增强CT(图27-1)检查:胃窦部小弯侧胃壁增厚性改变,可见强化,胃壁僵硬,胃腔略变窄,长度约3.5cm,累及胃壁全层,浆膜面毛糙,与肌层分界不清,胃角处黏膜可见一凹陷改变,基底宽2cm,表面欠光整,增强期表面可见强化,幽门和十二指肠球部未见受累。胃周脂肪层清晰,沿胃小弯侧可见数枚淋巴结,最大直径1.3cm,幽门上可见一枚直径约0.8cm淋巴结。肝脏形态正常,实质内未见异常密度灶。腹盆腔未见积液征象。临床诊断:胃窦癌($T_4N_{1-2}M_0$)。

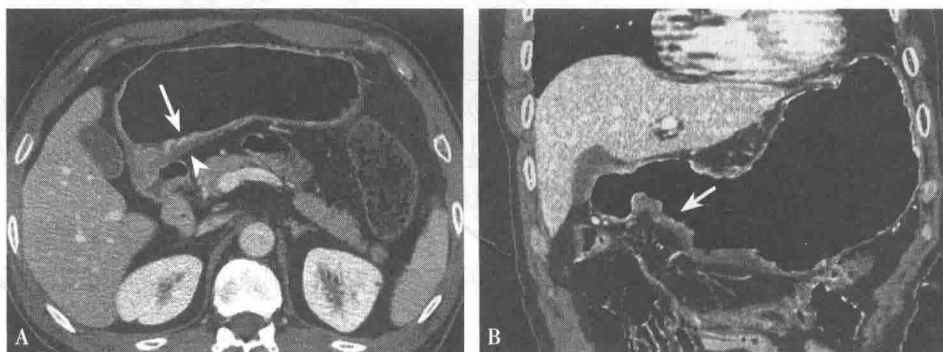


图 27-1 腹部增强 CT
A. 横断面;B. 矢状面



电子胃镜(图 27-2)检查:食管、贲门、胃底、胃体黏膜色泽正常,未见溃疡与异常隆起,胃窦小弯侧可见一 $2.5\text{cm} \times 2\text{cm}$ 溃疡型病变,周围黏膜隆起水肿,溃疡面渗出,质脆,取活检 5 块送病理检查。病理结果:(胃窦部)腺型胃组织中有异型细胞浸润,符合中分化腺癌。

超声内镜(图 27-3)检查:提示该病变侵及胃壁肌层达浆膜层。胃小弯侧可探及数个肿大淋巴结。幽门未累及,十二指肠球部未见异常。



图 27-2 电子胃镜



图 27-3 超声内镜

【问题 5】患者转诊到专科医院后最需要的检查是什么?

思路 1:全科医生在怀疑或初步诊断胃癌转诊至上级医院前,向患者及家属简要介绍进一步的检查。包括电子胃镜、X 线钡餐、CT 等检查,必要时使用超声内镜检查。

思路 2:病灶发生在胃的哪个部位?

发生在胃窦小弯侧,应该掌握胃的解剖结构和胃癌的好发部位。

知识点

胃癌的检查

1. 电子胃镜检查 电子胃镜的特点是能够直接观察胃黏膜病变的部位和范围,并可以对可疑病灶钳取小块组织作病理学检查,是诊断胃癌的最有效方法。为提高诊断率,应对可疑病变组织活检 4~6 处,不应集中一点取材。

2. 超声内镜检查 采用带超声探头的电子胃镜,对病变区域进行超声探测成像,获取胃壁各层次和胃周围邻近脏器超声图像,可了解肿瘤在胃壁内的浸润深度以及向壁外浸润和淋巴结转移情况,有助于胃癌的术前临床分期,以及决定病变是否适合进行内镜下切除。

3. X 线钡餐检查 多用钡剂和空气双重造影技术检查胃和十二指肠,对表现为充盈缺损的隆起性病变和表现为龛影的凹陷性病变都能诊断,对弥漫浸润型胃癌的胃壁僵硬,失去蠕动,有其检查优点,但对于早期胃癌的诊断效果差一些。

4. CT 检查 了解胃癌侵犯、扩散、转移情况,用于术前评估和分期。

5. 实验室检查 中晚期胃癌患者常有轻度贫血。粪便隐血持续阳性提示胃癌可能。CEA、CA19-9、CA724、CA125 等指标诊断敏感性和特异性不高。

知识点

胃癌好发部位

依次为胃窦、贲门、胃体、全胃或大部分胃;胃小弯多于胃大弯(图 27-4)。

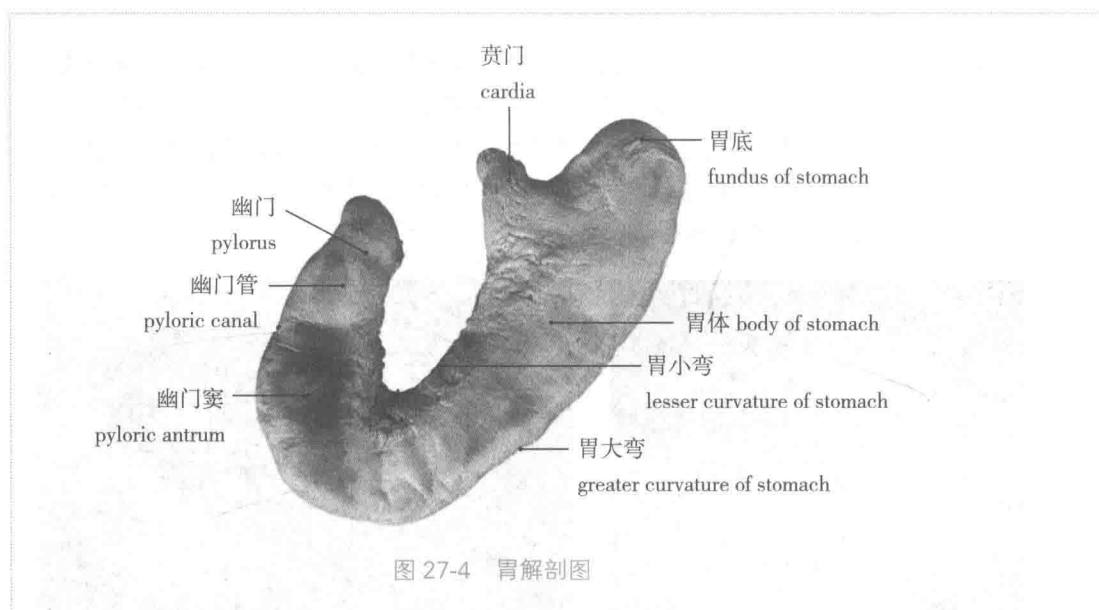


图 27-4 胃解剖图

思路 3: 患者的病变是否属于早期胃癌?

早期胃癌是指病变仅限于黏膜或黏膜下层, 不论病灶大小或有无淋巴结转移。进展期胃癌则指癌组织浸润深度超过黏膜下层的胃癌。内镜检查中可通过超声内镜明确病变浸润深度。该患者属于进展期胃癌。

知识点

早期胃癌的形态分型

I 型为隆起型, 癌灶突向胃腔; II 型表浅型, 癌灶比较平坦, 没有明显的隆起与凹陷; III 型凹陷型, 为较深的溃疡。II 型还可以分为三个亚型, 即 IIa 表浅隆起型、IIb 表浅平坦型和 IIc 表浅凹陷型 (图 27-5)。

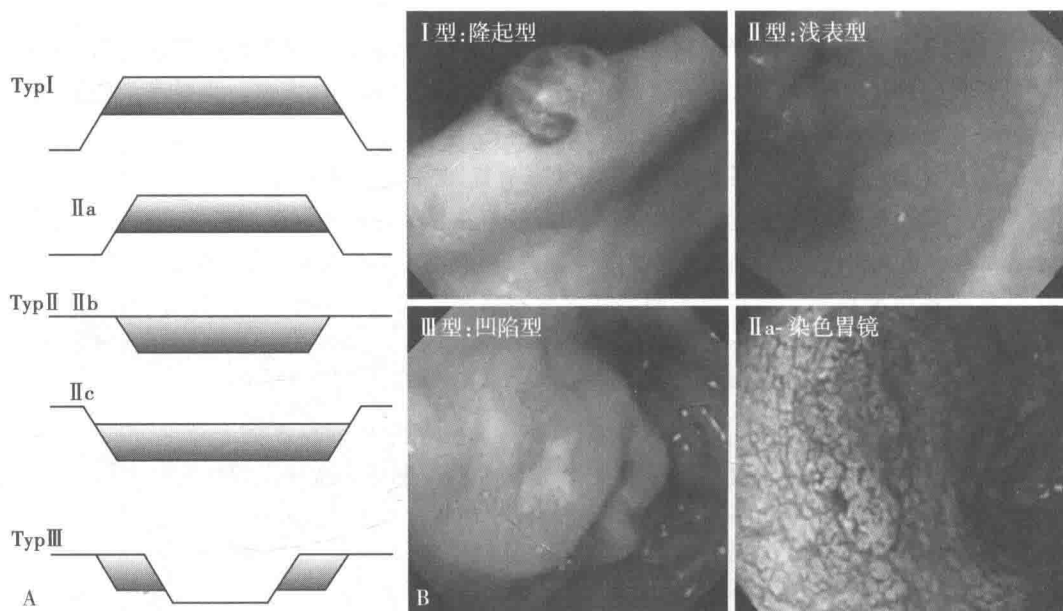


图 27-5 早期胃癌形态分型

A. 示意图; B. 胃镜照片



思路 4:该患者属于进展型胃癌的哪一种大体病理类型?

进展期胃癌按 Borrmann 分型法分四型:Ⅰ型(隆起型,也叫息肉型):为边界清楚突入胃腔的块状癌灶;Ⅱ型(局限溃疡型):溃疡深达固有肌层,边缘清楚;Ⅲ型(浸润溃疡型):较深的溃疡,同时边缘不清楚;Ⅳ型(弥漫浸润型):癌肿沿胃壁各层全周性浸润生长,边界不清。若全胃受累胃腔缩窄、胃壁僵硬如革囊状,称皮革胃(linitis plastica),恶性度极高,发生转移早。该患者属于Ⅲ型(浸润溃疡型),见图 27-6。

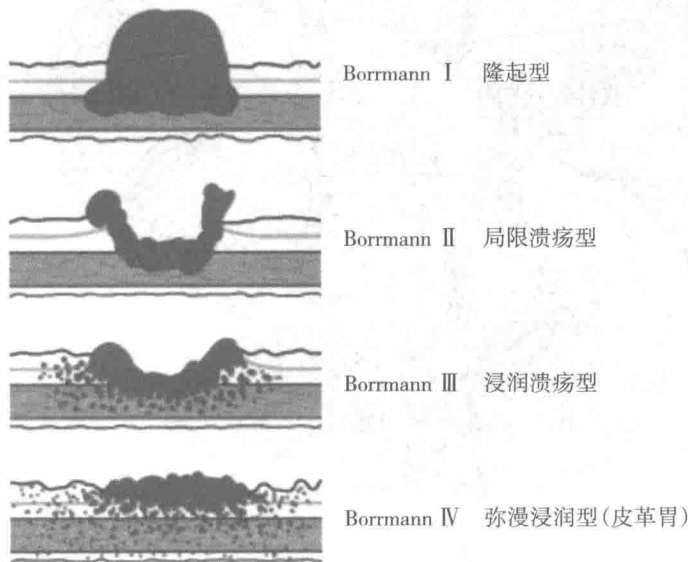


图 27-6 早期胃癌大体病理分型

思路 5:患者的病理组织类型是哪种?

属于腺癌,胃癌绝大部分为腺癌。特别需要注意的类型是黏液腺癌和印戒细胞癌,提示病变恶性程度高。

思路 6:患者下一步应当如何处理?

患者进展期胃癌诊断明确,应收入普通外科病房,进行进一步检查,以确定治疗方案。

病 例 续

患者在全麻下行开腹探查胃癌根治术。手术过程记录如下:上腹部正中切口由剑突至脐左水平,逐层进腹。探查腹腔无腹水,肝脏腹壁及盆腔等无转移性结节。肿瘤位于胃角,约 2cm×3cm 大小,浆膜无肉眼侵犯,网膜、腹腔干、脾动脉、肝总动脉旁及脾门均未及明显肿大淋巴结。拟行根治性胃大部切除术。病理标本肉眼所见:胃角溃疡性病变,质硬质脆,周围黏膜紊乱,侵透胃壁全层(BorrmannⅢ型),大小为 3cm×2cm。距十二指肠切缘 6cm,距胃切缘 6cm。

学
习
笔
记



知识点

胃周淋巴结分组示意图(图 27-7)

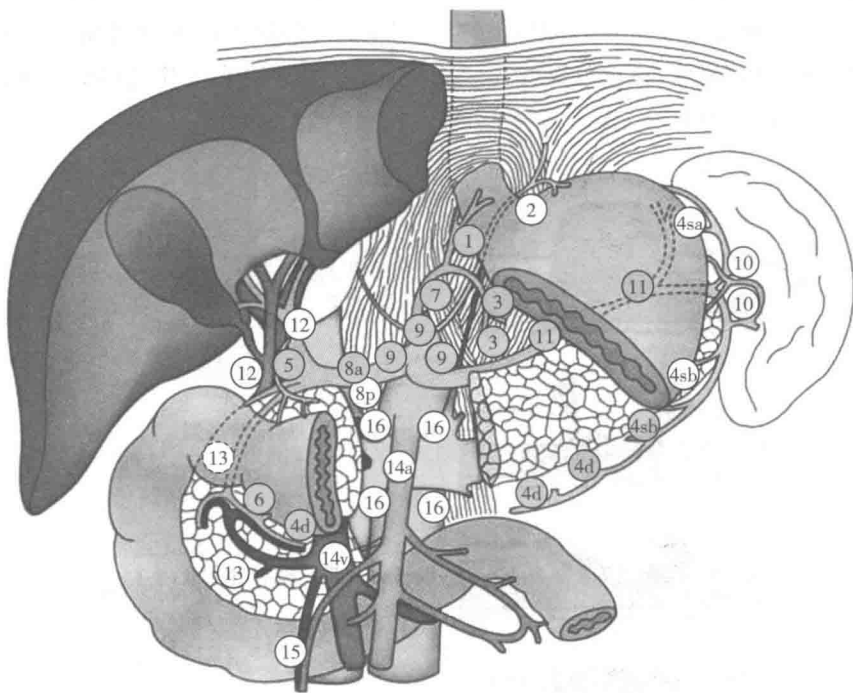


图 27-7 胃周淋巴结分组示意图

【问题 6】患者术前需要进行何种检查?

思路 1:常规术前检查项目有哪些?

胃癌术前需进行系统检查,了解患者的一般情况,做好术前准备。血常规中应注意血红蛋白水平,有无贫血,贫血是否与潜在的消化道出血有关。如贫血程度重($<90\text{g/L}$),可考虑术前输血以改善贫血。通过血清白蛋白水平了解患者的营养状况,血清白蛋白过低可能影响手术效果及术后恢复,应予以术前补充。术前有电解质异常者应及时纠正。癌胚抗原 CEA、CA19-9 等肿瘤标志物在部分胃癌患者中可见升高。

胸部 X 线检查可以提示有无来自于肺部的远处转移。对术前分期有帮助。如怀疑有转移病变,可进一步行胸部 CT 以明确。腹部增强 CT 可作为目前胃癌术前分期的首选方法。阅片时应关注胃癌病变范围,侵犯胃壁的深度、局部淋巴结转移情况和有无来自肝脏、腹膜和盆腔的远处转移,对病变作出初步的分期。

知识点

肿瘤标志物的检测意义

癌胚抗原(CEA)在 40%~50% 的胃癌病例中升高,其他肿瘤标志物(CA19-9、CA125、CA247)等,也有可能胃癌病例中出现不同程度的升高,但并无筛查或诊断价值。在判断治疗效果和术后随访时有一定意义,如术前升高的患者在术后是否下降到正常;术后复查时如果出现持续性升高则提示有复发及转移可能。

思路 2:如何进行胃癌的分期?



知识点

胃癌的 TNM 分期

T 代表原发肿瘤浸润胃壁的深度。 T_1 :肿瘤侵及固有层、黏膜肌层或黏膜下层; T_2 :肿瘤浸润至固有肌层; T_3 :肿瘤穿透浆膜下结缔组织而未侵犯脏层腹膜或邻近结构; T_{4a} :肿瘤侵犯浆膜; T_{4b} :肿瘤穿过浆膜累及邻近器官。N 表示局部淋巴结的转移情况。 N_0 :无淋巴结转移(受检淋巴结个数 ≥ 15); N_1 :1~2 个区域淋巴结转移; N_2 :3~6 个区域淋巴结转移; N_3 :7 个以上区域淋巴结转移。M 则代表肿瘤远处转移的情况。 M_0 :无远处转移; M_1 :有远处转移。

【问题 7】该患者应该选择何种治疗方式?

原则上,手术治疗是胃癌的首选治疗措施,全科医生应及时转诊,由专科医师判断治疗方案和手术方式。该患者属于局部进展期胃癌,没有远处转移或腹膜转移迹象,一般状况可耐受手术,应考虑限期实施胃癌根治性手术,并根据术后病理分期情况决定辅助治疗方案。

知识点

胃癌的常用治疗方案

1. 目前胃癌的治疗强调多学科合作的综合治疗,确定治疗方案的基础则为胃癌的临床和病理分期,同时需结合一般状况及伴随疾病等进行考虑。通常需要外科、肿瘤化疗科、医学影像科、病理科等多科室会诊协商制订治疗方案。
2. 早期胃癌不伴淋巴结转移者可根据侵犯深度考虑内镜下治疗,如内镜下黏膜切除术(EMR)和内镜下黏膜下层剥离术(ESD);或施行 D1 的胃切除术可获得治愈性切除,可行腹腔镜或开腹胃部分切除术。术后无需进行辅助放疗或化疗。
3. 局部进展期胃癌或伴有淋巴结转移的早期胃癌应采取以手术为主的综合治疗手段,根据肿瘤侵犯深度及是否伴有淋巴结转移可考虑直接进行根治性手术或术前先进行新辅助化疗,待肿瘤降期后再考虑根治性手术,成功实施根治性手术的局部进展期胃癌需根据术后病理分期决定辅助治疗的方案。
4. 转移性胃癌在没有出血、穿孔、梗阻等合并症的情况下应采取以化学治疗为主的综合治疗手段。
5. 中药治疗、生物治疗、激光治疗、免疫治疗、基因治疗等都在探索研究中,放射治疗对胃癌的疗效不显著。

病例续

患者术后恢复好,无发热,腹腔引流液为淡血性液体,100~200ml,逐渐减少,术后第 4 天拔除腹腔引流管。胃肠减压量每天 100~250ml,术后第 3 天排气,术后第 4 天拔除鼻胃管并嘱饮水。分别于术后第 5 天、第 6 天、第 7 天给予流食半量、流食和半流食。术后第 7 天排便。

术后第 7 天病理结果回报:远端胃切除标本:胃角小弯侧溃疡性中-低分化腺癌(moderately to poorly differentiated adenocarcinoma),肿瘤大小 2.5cm $\times$ 1.5cm $\times$ 0.9cm,浸润胃壁全层达外膜,未突破间皮层,可见脉管癌栓及神经侵犯,手术两断端净。淋巴结:(小弯侧 NO.3)3/17,(幽门上 NO.5)2/3,(肝动脉周围 NO.8)1/1 可见转移癌;(大弯侧 NO.2)0/5,(幽门下 NO.6)0/2,(贲门右 NO.1)0/3,(胃左动脉周围 NO.7)0/1,(腹腔动脉周围 NO.9)0/1 及网膜组织内未见癌。免疫组化:p53(-),ki67 70%~90%,HER-2(-),CD44(-),bcl-2(-),EGFR(++),CEA(+),CA19-9(+).



【问题8】患者术后如何进一步治疗？

思路1：胃癌根治术后应注意患者哪些情况？

1. 患者生命体征,术后24小时注意引流管颜色,有无腹腔出血。
2. 患者液体补充 应考虑纠正电解质紊乱,维持出入量平衡,营养维持、纠正负氮平衡等。
3. 控制感染 发现可疑感染,注意检测体温。如出现体温高,应结合血常规等检查除外可能存在的感染,常见的如肺部、泌尿系统、导管相关的感染。与手术相关的应注意伤口感染和腹腔感染。腹腔感染可能由于吻合口瘘或十二指肠残端瘘,应观察腹腔引流液的颜色、性状和引流量,必要时可行病原学培养,并应用敏感抗生素。严重时不排除再次手术可能。拔除引流管后的腹腔感染不易发现,可行B超或CT以明确。

4. 观察胃肠道功能恢复情况 观察患者每日胃肠减压量,有无主诉腹胀,肠鸣音恢复情况和排气与否,胃肠道功能恢复后可拔除鼻胃管,并循序渐进地恢复饮食。毕Ⅱ式吻合可出现输入袢、输出袢梗阻或胃排空障碍。必要时可行上消化道造影以明确,并根据具体情况进行相应处理。

思路2：从病理结果中我们能得到什么重要信息？病理结果是患者最重要的临床材料之一。包含对疾病的最终诊断,准确的临床病理分期和下一步治疗方向。应注意病变的大体类型、分化程度、组织类型、病变范围、浸润深度。淋巴结清扫范围、数量和阳性淋巴结的数目。免疫组化结果可以帮助确定组织类型、判断疾病预后,对某些靶向药物治疗有指导意义。

根据该患者病理结果的描述,TNM分期为 $T_{4a}N_2M_0$,进一步的临床病理分期为ⅢB期。

知识点

不同TNM划分的胃癌临床病理分期

	N_0	N_1	N_2	N_3
T_1	ⅠA	ⅠB	ⅡA	ⅡB
T_2	ⅠB	ⅡA	ⅡB	ⅢA
T_3	ⅡA	ⅡB	ⅢA	ⅢB
T_{4a}	ⅡB	ⅢA	ⅢB	ⅢC
T_{4b}	ⅢB	ⅢB	ⅢC	ⅢC
M_1	Ⅳ			

思路3：患者术后下一步治疗方案是什么？

目前胃癌的治疗强调综合治疗。对于进展期胃癌,除进行手术切除外,还应进行化疗。该患者选择了XELOX方案:奥沙利铂 $130\text{mg}/\text{m}^2$,D1;卡培他滨每次 $1000\text{mg}/\text{m}^2$,每日2次,服用两周,每三周重复1次。共8~12次。其他辅助治疗还包括放射治疗,免疫治疗、靶向治疗、中医中药治疗等。近年来对于HER-2蛋白经免疫组化或FISH检测为阳性的患者,给予曲妥珠单抗联合化疗取得了一定的疗效。

知识点

胃癌常用的化疗方案

常用的化疗药物:5-氟尿嘧啶(5-FU)、卡培他滨、替吉奥(TS-1)、顺铂、依托泊苷、阿霉素、表阿霉素、紫杉醇、多西他赛、奥沙利铂、伊立替康等。

常用的化疗方案

1. 顺铂联合氟尿嘧啶类药物:CF方案(顺铂/5-FU),XP(顺铂/卡培他滨),SP(顺铂/TS-1)。



2. 奥沙利铂联合氟尿嘧啶类药物:FOLFOX(奥沙利铂/CF/5-FU),XELOX(奥沙利铂/卡培他滨),SOL(奥沙利铂/TS-1)。

3. 紫杉烷类联合氟尿嘧啶类药物:紫杉醇或多西紫杉醇联合 5-FU 或卡培他滨或 TS-1。

4. ECF 方案(表阿霉素/顺铂/5-FU)及其改良方案(奥沙利铂代替顺铂和(或)卡培他滨代替 5-FU)。

思路 4:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

胃癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 胃癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随诊方案及术后需要继续治疗方案简介(含放化疗剂量、间隔、其他治疗措施)。

2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:围术期的吻合口瘘、术后出血和消化道梗阻、造瘘口感染、术后胰腺炎、残胃炎、胃瘫、营养性并发症以及放化疗期间粒细胞、血小板数量减少等变化的监控和处理。

3. 需要转回专科治疗的情况,包括:吻合口瘘、消化道梗阻、胃瘫、术后出血、放化疗严重副作用、术后感染、术后急性重症胰腺炎等。

【问题 9】患者的社区长期管理?

思路 1:基于健康档案的长期管理。为胃癌患者建立健康档案,详细记录患者发病情况、既往病史、辅助检查结果、住院期间治疗情况、患者目前病情及药物和非药物治疗方案等。根据病情制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。明确预约随访或家庭访视日期。

思路 2:如何做好患者的随访工作?胃癌的预后与其病理分期、部位、组织类型、生物学行为以及治疗措施有关。Ⅰ期胃癌的 5 年生存率为 82%~95%,Ⅱ期为 55%,Ⅲ期为 15%~30%,而Ⅳ期仅 2%。肿瘤的复发和转移直接影响患者生存期。因此,应对患者进行严格的随访。通常术后两年内,每三个月门诊复查一次,复查的内容包括血常规、生化检查、肿瘤标志物、胸片、B 超,必要时可行腹部增强 CT 及内镜检查。术后两年到五年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随诊。

思路 3:患者在社区的心理干预。对患者进行有效的心理干预和心理健康教育,让患者接受患病的事实,在此基础上树立康复的信心,提升配合治疗的积极性,预防疾病后抑郁等的发生。晚期患者的心理干预内容是坦然接受死亡。

思路 4:患者的健康教育。食用易消化、质软、新鲜、营养价值高的食物,少食油腻、辛辣、油炸烧烤等食物,少食多餐,忌酒、戒烟,适度体育锻炼,改善生活作息。

知识点扩展或问题延伸

【问题】患者家庭的全科医学照顾?

思路 1:一级亲属初步筛查服务。依据胃癌的流行病学特征,全科医生应为 40 岁以上的胃癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①饮食习惯、排便状况、近期体重改变情况;②慢性胃炎、胃溃疡、幽门螺杆菌感染史;③血常规、X 线钡餐、纤维胃镜检查;对幽门螺杆菌感染进行根治;积极治疗胃癌前疾病,预防胃癌的发生。

思路 2:患者家属的身心照顾。全科医生在对肿瘤患者身心照顾的同时也应关注患者家属的身心健康。在与疾病的抗争中,家属也承受了巨大的心理压力,生活习惯也受到改变,容易诱



发心脑血管疾病等的发生及精神心理问题的出现。全科医生应该给予相应的处理或详细的就医指导建议。

(王 敏)

参考文献

- [1] Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin, 2011, 61 (2): 69-90.
- [2] Sasako M, Inoue M, Lin JT, et al. Gastric Cancer Working Group report. Jpn J Clin Oncol, 2010; 40 Suppl 1: i28-i37.
- [3] Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, et al. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial. Lancet Oncol, 2010, 11 (5): 439-449.
- [4] Kikuchi S, Sakakibara Y, Sakuramoto S, et al. Recent results in the surgical treatment of gastric cancer according to the Japanese and TNM classification. Anticancer Res 2001, 21 (5): 3589-3593.
- [5] Strong VE, D'Amico TA, Kleinberg L, et al. Impact of the 7th Edition AJCC staging classification on the NCCN clinical practice guidelines in oncology for gastric and esophageal cancers. J Natl Compr Canc Netw, 2013, 11: 60-66.
- [6] 陈凇, 李涛. 胃癌综合治疗现状与进展. 世界华人消化杂志 2008, 16 (06): 571-574.
- [7] 王吉耀. 全国高等学校教材, 内科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [8] 莫剑忠, 江石湖, 萧树东. 江绍基胃肠病学. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2014.
- [9] 陈孝平. 全国高等学校教材, 外科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [10] John Murtagh. 全科医学. 梁万年主译. 北京: 人民军医出版社, 2012.
- [11] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 胃癌规范化诊疗指南(试行). 中国医学前沿杂志(电子版), 2013, 5 (8): 29-36.
- [12] 陈万青, 郑荣寿, 曾红梅等. 2011 中国恶性肿瘤发病和死亡分析. 中国肿瘤, 2015, 24 (1): 1-10.

第二十八章 肝 癌

原发性肝细胞癌,简称肝癌,是常见的恶性肿瘤。我国肝癌为第三位癌症,每年有 11 万人死于肝癌,占全世界肝癌死亡人数的 45%。慢性乙型肝炎可能是我国肝癌的主要致病因素。肝癌早期无症状,对高危人群行甲胎蛋白(AFP)和 B 超筛查是早期诊断肝癌的方法。本章将重点讨论肝癌的早期诊断与预防。

临床病例

50 岁,男,诉乏力、食欲减退 3 个月。无发热。既往史:肝炎。个人史:不吸烟。家族史:父亲母亲死因不详。查体:一般情况良好,心肺无异常。

【问题 1】为明确诊断,上述病例病史需补充什么?

思路:对任何疾病的诊断,病史和体检是基础。肝癌的早期诊断也不例外。根据上述病例,患者的现病史需补充。患者的既往史、个人史、家族史需补充。患者的体格检查需补充。

知识点

肝癌的病因学

肝癌是指发生于肝脏的癌症,如发源于肝脏内细胞,称之为“原发性肝癌”;如果由其他器官的癌症转移到肝脏而形成,称为继发性肝癌,也称“转移性肝癌”。原发性肝癌根据组织学分类可以分为“肝细胞型”“胆管细胞型”和“混合型”。原发性肝细胞癌,简称肝癌,是常见的恶性肿瘤。肝癌发病机制不明,通常认为与以下因素有关。

1. 病毒性肝炎 如乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎。近年的分子生物学研究证实在肝癌细胞的 DNA 中整合有乙型肝炎病毒 DNA 的片段。慢性乙型肝炎可能是肝癌的最主要病因。

2. 肝硬化 在中国,原发性肝癌主要在病毒性肝炎后肝硬化基础上发生的;在欧美国家,肝癌常在酒精性肝硬化的基础上发生。

3. 铁质沉积症 铁质沉积症患者肝癌发病率增高。

4. 黄曲霉毒素 动物实验证明黄曲霉毒素为很强的致癌物质。食物霉变污染的黄曲霉毒素与肝癌的发生呈正相关。

5. 饮用水污染 大量的流行病学调查证明饮水污染是独立于肝炎病毒和黄曲霉毒素以外的另一个肝癌危险因素。

6. 化学致癌物 亚硝胺、有机氯、偶氮芥类等均为值得重视的致癌因素。

7. 酗酒 大量饮酒可以引起酒精肝、肝炎、肝硬化等肝脏疾病,这些疾病都有癌变的可能,因此酒精是肝癌发生的一大诱因。

8. 寄生虫 未煮熟的鱼,可能带有肝病寄生虫,这些寄生虫进入身体后可以引起肝脏损伤,长此以往可以引起癌变。

9. 脂肪肝 近年来,脂肪肝和肝癌的关系受到重视,脂肪肝可导致肝硬化,从而增加发生肝癌的风险。



10. 遗传和基因突变 癌基因研究证实遗传和基因突变与肝癌相关。有人认为,环境中的突变原和病毒作用激发肝细胞分裂反应途径的活化,引起细胞的点突变和基因易位,是加速癌细胞增殖的可能因素。

全面的病史和体检有利于肝癌病人的早期诊断。

病例续

3个月前无明显诱因出现乏力、食欲缺乏。患者患病后,精神、食欲一般,睡眠可,大小便无特殊,体重减少约1kg。既往史:慢性乙型肝炎,余无特殊。个人史:职业农民,不吸烟,饮白酒每天半斤20年。家族史:父亲母亲死因不详。体格检查:一般情况良好。T 36℃,P 80次/分,R 16次/分,Bp 120/80mmHg,身高165cm,体重75kg,BMI 27.5。神清合作,皮肤、巩膜无黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未扪及肿大,颈软,气管居中,甲状腺不大,胸廓对称无畸形,双肺呼吸动度一致,未闻及干湿啰音,心界不大,心率80次/分,律齐,未闻及病理性杂音。腹平软,肝脾未扪及,移动性浊音(-),肠鸣音4~5次/分。双肾区无叩痛,双下肢无水肿,神经精神无异常发现。

【问题2】为进一步诊断,需做什么检查?

思路1:三大常规是实验室检查的基础,血生化是常规推荐的实验室检查。

思路2:酗酒患者乏力、食欲缺乏应查肝功能。

思路3:慢性乙型肝炎史患者应查乙型肝炎表面标志物,乙型肝炎病毒DNA定量,腹部彩超。

知识点

肝癌流行病学

我国肝癌为第三位癌症,每年有11万人死于肝癌,占全世界肝癌死亡人数的45%。肝癌发病率男性是女性的3倍。农民和渔民发病率高。虽然,对普通人群并不推荐筛查肝癌,但对有危险因素,特别是慢性乙型肝炎及酗酒的患者,应筛查肝癌。

病例续

血常规:白细胞 $8 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例70%,血红蛋白112g/L,红细胞平均体积90fl,血小板 $300 \times 10^9/L$ 。HBsAg+,HBsAb-,HBeAg-,HBeAb+,HBV DNA $2 \times 10^6/ml$,尿常规:正常,大便常规:正常范围。血生化:Glu 7.2mmol/L,TC 6.8mmol/L,LDL-C 4.2mmol/L,AST 60U/L,ALT 80U/L。腹部彩超:肝脏大小正常,重度脂肪肝,肝内弥漫性不均匀回声增强,肝表面粗糙。

【问题3】该患者目前的诊疗计划?

思路1:诊断根据临床证据。

思路2:全科诊断要求全面。对每一个诊断作出相应的处理,形成全科诊疗计划。

知识点

肝硬化可导致肝癌

肝硬化可发展成肝癌。肝癌大多合并大结节性肝硬化。在我国这种肝硬化多由乙型肝炎病毒感染致。肝癌患者的血清中能检测到乙型肝炎病毒感染标志的占95%。据统计我国原

发性肝癌合并肝硬化的发生率为 50%~90%，而肝硬化发生原发性肝癌的概率为 9.9%~16.6%。大量饮酒及脂肪肝也是肝硬化危险因素，进而增加肝癌发病率。

肝癌高危患者，发现肝硬化改变，应警惕肝癌，进一步检查。

病 例 续

全科诊疗计划

1. 慢性活动性乙型肝炎 B18.101: 抗病毒治疗。
2. 肝硬化 K74.151: 腹部 CT 扫描、AFP。
3. 脂肪肝 K76.001: 饮食控制、锻炼。
4. 高胆固醇血症 E78.001: 他汀类药物治疗。
5. 高血糖 R73.901: 复查血糖、糖化血红蛋白。
6. 肝功能异常 R94.501: 禁用肝损药物。
7. 酒瘾综合征 F10.201: 戒酒教育。
8. 肥胖综合征 NOS E66.902: 减肥运动。

患者经济有困难，不愿进一步检查及抗病毒治疗。2 个月后出现肝区痛，患者家属愿意资助患者做检查。

【问题 4】患者需做什么进一步检查？

思路: 患者在慢性乙型肝炎，肝硬化基础上出现肝区痛，应高度怀疑肝癌，做腹部 CT 检查，AFP 检查。

知识点

肝癌的早期临床表现

肝癌的早期一般无症状。肝癌高危人群，出现不明原因的乏力、体重下降、肝区持续性钝痛（这些与慢性肝炎、肝硬化等症状类似，一般人很难想到是肝癌）应怀疑肝癌。

病 例 续

腹部 CT: 肝硬化，弥漫性硬化结节，无明显占位性病变。肿瘤标志物: FER 200, AFP 400 $\mu\text{g/L}$, CA125、CEA、CA19-9、CA153、CA50、CA242 均在正常范围。

【问题 5】患者进一步需作什么检查？

思路: 高度怀疑肝癌，腹部 CT 检查无明显占位性病变，但 AFP 高的患者，可考虑增强磁共振检查。

知识点

肝癌的早期诊断

肝癌早期诊断的主要途径是进行肝癌的筛查，甲胎蛋白 (AFP) 检测和 B 超检查是筛查的主要手段。若两者均呈阳性结果，即 $\text{AFP} > 400 \mu\text{g/L}$ ，且 B 超发现明确的肝区实质性占位性病变，则临床诊断为肝癌。若 AFP 阳性而 B 超未发现占位性病变，应行进一步影像学检查。CT 检查敏感性高，性价比高应选择，必要时做敏感性更高的 MRI 检查。数字减影血管造影 (DSA) 和 (或) 碘油 CT 造影，虽然敏感度高，但属有创介入检查，一般不用。PET-CT 对于大多数肿瘤非常有效，但是对于肝癌，敏感性却只有 50%。因此，不建议作为常规检查手段。

病例续

增强磁共振检查:肝右叶实质性占位 1.5cm,注射造影剂后增强扫描。

【问题6】患者应该怎么样处理?

思路:甲胎蛋白阳性,肝实质性占位,肝癌临床诊断确立,应给患者及家属解释,尽快规范化诊治。

知识点

小肝癌

小肝癌又称为亚临床肝癌或早期肝癌,临床上无明显肝癌症状和体征,单个癌结节最大直径或两个癌结节直径之和不超过 3cm。小肝癌 80% 合并肝硬化,75% 有慢性肝炎。无转移的小肝癌手术切除可根治。2cm 小肝癌切除后的 5 年存活率为 82%。

小肝癌临床诊断建立,但缺病理学诊断的情况下,全科医生应对患者全面检查,如全身 CT 扫描、骨 ECT 扫描,必要时, MRI 扫描,排除转移灶。确定无转移时,可申请肝胆外科会诊,争取手术根治。

病例续

患者文化程度有限,经济有一定困难,自我感觉无异常,放弃应有的检查并拒绝手术。3 个月后,患者出现腹胀。腹部彩超发现腹腔大量积液,肝右叶实质性占位 8cm×9cm。复查 AFP 2000μg/L。联系农村合作医疗机构,医疗费可报销大部分,患者要求治疗。

【问题7】患者现在该怎么样处理?

思路 1:临床诊断肝癌患者出现腹水应作腹腔穿刺,取腹水检查争取获得细胞学诊断依据。

思路 2:患者还需做全面体格检查,全身影像学检查,准确分期,才能制订正确的治疗方案。

知识点

肝癌的临床分期

肝癌的 TNM 临床分期是治疗方案制订的基础。肝癌一旦突破小肝癌范围,即使手术,效果也不佳。

病例续

腹腔穿刺,见血性腹水,离心沉淀发现肝细胞癌细胞。全面体格检查:一般情况尚可。T 37℃,P 90 次/分,R 17 次/分,Bp 120/80mmHg,Ht 165cm,Wt 55kg,BMI 20。神清合作,皮肤、巩膜黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未扪及肿大,颈软,气管居中,甲状腺不大,胸廓对称无畸形,双肺呼吸音正常,未闻及干湿啰音,心界不大,心率 90 次/分,律齐,未闻及病理性杂音。腹部膨隆,肝脾未扪及,移动性浊音(+),肠鸣音 4~6 次/分。双肾区无叩痛,双下肢无水肿,神经精神无异常。头颅增强 CT:无异常。胸腹联合增强 CT:①肝右叶见软组织肿块影,大小为 10cm×9cm,部分边界不清,造影后增强。②腹腔大量积液。③双肺见多发结节,最大 2cm×2cm,造影后增强,考虑转移性占位病变。④右肾囊性占位,造影剂后无增强。全身骨扫描:无异常。

【问题8】患者目前的诊断、分期、及治疗原则。

思路:患者目前的诊断:原发性肝细胞癌Ⅳ期伴癌性腹腔积液(细胞学确诊),临床诊断(缺病



理确诊)双肺转移;右肾囊性占位;体重减轻。

知识点

肝癌的照顾

晚期肝癌的治疗原则是姑息性治疗——减轻痛苦及延长寿命。全科肿瘤学(Primary Care Oncology)在肝癌患者中的实践包括:肝癌的早期诊断与防治、特别是发现小肝癌及时处理,晚期肝癌患者的姑息治疗及临终关怀等。

病例续

患者家属询问肝癌是否会传染,要求预防措施。

【问题9】肝癌会传染吗,危险因素有哪些?

思路1:肝癌无传染性。

思路2:患者有多种危险因素与肝癌相关,包括:职业农民、慢性乙型肝炎、大量饮酒、脂肪肝等。

思路3:患者没有自己的全科医生,肝癌的预防及早期诊断环节缺失。

思路4:患者已临床诊断肝癌后,由于经济原因拒绝进一步检查和治疗,延误了病情。

知识点

肝癌的预防

1. 防治肝炎 肝炎是导致肝癌发生的重要因素,使用肝炎疫苗,特别是乙型肝炎疫苗,已成为预防肝癌极有希望的途径之一。肝慢性持续性感染与肝癌发生密切相关,对慢性肝炎的积极治疗有助于预防肝癌。

2. 防治肝硬化 肝硬化直接与肝癌相关,积极防治肝硬化有助于预防肝癌。

3. 管理铁质沉积症 铁质沉积症患者应定期筛查肝癌。

4. 粮食防霉 黄曲霉污染的粮食是肝癌的致癌因素。

5. 改良饮水 水源污染是导致肝癌发生的重要原因。

6. 避免化学致癌物 包括亚硝胺、有机氯、偶氮芥类等。

7. 不饮酒及戒酒 酒精是肝癌发生的一大诱因。

8. 防治寄生虫 主要是防治肝病寄生虫。

9. 防治脂肪肝 脂肪肝可增加发生肝硬化,从而增加发生肝癌的风险。

10. 营养预防 营养结构合理,适当补硒可能降低肝癌发病率。

对于高危人群,包括血清AFP值持续升高的慢性肝病患者、有肿瘤家族史、肝内有性质未明的占位病灶、机体内其他部位已有恶性肿瘤,要密切追踪检查,以利于肝癌早期诊断和治疗。肝癌是高度恶性、进展迅速的恶性肿瘤,一旦临床诊断建立,应尽快规范化诊治。

(李 健)

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 原发性肝癌诊疗规范(2011年版). 临床肿瘤学杂志, 2011, 16(10): 929-946.
- [2] NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines Hepatobiliary Cancer Version 2. 2014. 2014: 1-113

第二十九章 大 肠 癌

大肠癌包括结肠癌(colon cancer)和直肠癌(carcinoma of the rectum)。前者是发生在升结肠、横结肠、降结肠和乙状结肠的肿瘤,后者是乙状结肠直肠交界处至齿状线之间的肿瘤。结肠癌以41~65岁发病率高。在我国近20年来发病率明显上升,在城市上升趋势尤为明显。直肠癌比结肠癌发生率高,但是随着结肠癌发生率增高,有些地区已接近1:1。

临床病例

男性,56岁。主因“间断右下腹阵发性隐痛半年”来本社区卫生服务中心就诊。患者半年来无明显诱因出现右下腹痛,为阵发性隐痛,每次发作持续十余分钟至数小时不等,可自行缓解,伴食欲减退,进食减少。无腹胀、腹痛、反酸、嗝气、恶心、呕吐、腹泻、胸痛、胸闷、气短。2个月前出现大便不成形,每日一次。便色暗红,潜血阳性。既往:甲状腺瘤术后16年。否认高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中病史。否认胰腺炎、胆囊结石病史。否认烟酒嗜好。无手术外伤史。其父健在,母亲于6年前因心血管疾病去世。

【问题1】通过上述问诊,该患者可能的诊断是什么?

根据患者的“间断右下腹阵发性隐痛半年”“大便不成形”“便血(潜血阳性)”,全科医生应考虑到结肠癌和溃疡性结肠炎等下消化道疾病的可能。

思路1:中年,男性,慢性病程。患者为大肠癌的好发年龄。

知识点

大肠癌的临床表现

大肠癌早期常无特殊临床表现,病情发展到一定程度才出现下列五大症状:①肠刺激症状和排便习惯的改变:腹泻或便秘,或腹泻和便秘交替;直肠癌患者可发现大便变形,变细;②便血:鲜红或较暗,一般出血量不多,间歇性出现。果酱样大便提示肿瘤位置较高,血与粪便相混;③肠梗阻:左侧结肠梗阻多见。先出现腹胀、腹部不适,然后出现阵发性腹痛、以至排气排便停止;④腹部肿块:常以右半结肠癌多见(90%以上)。肿块初期可推动,侵袭周围后固定;⑤全身中毒症状:贫血、消瘦、发热、无力等;肿瘤继发感染,引起发热和中毒症状,以右半结肠癌多见。

随着病情发展,大肠癌患者还会出现肿瘤转移之扩散部位的不同症状以及晚期表现,包括恶病质和全身衰竭。

思路2:便中带血、黏液性粪便以及排便习惯改变对大肠癌的诊断具有提示作用。

上述表现在考虑结肠癌的同时应与溃疡性结肠炎、肠结核、肠阿米巴病、克罗恩病等相鉴别,以国内全科医生现有条件难以对上述疾病做出明确诊断或排除,故应及时转诊。

思路3:问诊时应重点关注排便习惯改变和大便性状。

知识点

大肠癌的早期表现

排便习惯与粪便性状的改变常是结肠癌最早出现的症状。多表现为便频、腹泻、便秘,有时腹泻和便秘交替,粪便中带血、脓或黏液,里急后重、肛门坠胀,并常有腹部隐痛。

直肠刺激症状是直肠癌患者出现较早的临床表现,包括:便意频繁,排便习惯改变;便前肛门有下坠感、里急后重、排便不尽感。此外癌肿侵犯致肠管狭窄,可使大便变形,变细。

值得注意的是:大部分患者没有养成观察粪便性状的习惯,也没有注意自身排便规律性的变化,所以相当一部分患者的首发症状是贫血。

思路 4:问诊时应特别注意既往史、个人史、家族史的收集。

知识点

大肠癌的病因

大肠癌的病因并不明确,但全科医生应重视以下线索:①过多的动物脂肪及动物蛋白饮食;②缺乏新鲜蔬菜及纤维素食品;③缺乏适度的体力活动;④家族中有大肠癌患者;⑤家族性肠息肉病(已被公认为癌前期疾病);⑥结肠腺瘤(半数以上的结肠癌来自腺瘤癌变);⑦溃疡性结肠炎以及结肠血吸虫病肉芽肿。

思路 5:应重视查体。

结肠癌早期无明确的体征。部分患者可以触及腹部肿块,肿块多为瘤体本身,大多坚硬,呈结节状。横结肠和乙状结肠癌可有一定活动度。肿块固定且可有明显压痛提示癌肿穿透肠壁。但在老年人腹部肿块有时可能是梗阻近侧肠腔内的积粪,需要鉴别。

直肠指诊是诊断直肠癌最重要的方法,在早诊断方面意义重大,也可以有效避免将直肠癌误诊为痢疾、肠炎、痔疮等直肠疾病。凡遇患者有便血、直肠刺激症状、大便变形等症状均应行直肠指诊检查以排除直肠癌。

知识点

直肠指诊

中国人直肠癌近 75% 以上为低位直肠癌,所以大部分直肠癌可经直肠指检发现肿块。凡遇患者有便血、大便习惯改变、大便变形等症状,均应行直肠指诊。

若病灶位于直肠前壁时,对男性应查明它与前列腺的关系,对女性应明确病灶是否累及阴道后壁。

对直肠指检阳性患者,应做内镜、细胞学或取活体组织做病理学检查。

对直肠指检阴性者,应进一步做大便隐血试验,必要时做 X 线、内镜检查。

直肠指诊虽然比较安全,但也有引起严重心律失常的可能。检查动作要轻并细心,必要时做好急救准备。

【问题 2】全科医生如何早期发现大肠癌患者?

思路 1:对于门诊患者,怎样筛选出大肠癌的高危人群?

早发现、早诊断、早治疗是延长患者存活时间和提高生活质量的关键。由于早期大肠癌无特异性症状,所以早期诊断率不高。对门诊就医的患者,应当重点通过症状、既往史和家族史的搜集,判断患者是否具有易感因素,并进一步进行检查以确诊。

知识点

大肠癌的筛查原则

凡 40 岁以上有以下任一表现者应列为结肠癌高危人群:①一级亲属有结直肠癌史者;②有癌症史或肠道腺瘤或息肉史;③大便隐血试验阳性者;④以下五种表现具二项以上者:黏液血便、慢性腹泻、慢性便秘、慢性阑尾炎史及精神创伤史。

思路 2:全科医生在大肠癌筛查中的任务

全科医生是患者长期的健康照顾者,熟悉患者的生活习惯,经常为患者解决便秘、慢性腹泻的问题。这就决定了全科医生可以成为大肠癌的首要发现者。

知识点

大肠癌的筛查程序

1. 病史及体格检查应全面、正确。强调对家族肿瘤史的询问与记录。
2. 直肠指检
 - (1) 阴性,应进一步做大便隐血试验,必要时做 X 线、内镜检查。
 - (2) 阳性,应做内镜、细胞学或取活体组织做病理学检查。
3. 大便潜血试验 大便潜血试验能有效降低 16% 左右的大肠癌相关病死率,而且价格便宜、检测方法便捷,为大规模普查或对高危人群作为结、直肠癌的初筛手段。

【问题 3】对诊断大肠癌的患者,全科医生还应该注意搜集哪些临床资料?

思路 1:全科医生除了关注肿瘤本身的症状之外,还应该关注与肿瘤转移有关的相关表现,例如:①引起局部侵袭→如骶部疼痛;②肝转移→肝大、黄疸、腹水;③穿孔→急性腹膜炎、腹部脓肿;④肺转移→咳嗽、气促、痰中带血;⑤脑转移→偏瘫、昏迷;⑥骨转移→骨痛、跛行等。

知识点

大肠癌的转移途径

直接浸润:结肠癌可以直接浸润到膀胱、子宫、输尿管。横结肠癌可侵犯胃壁,甚至形成内瘘。直肠癌可直接浸润子宫、膀胱等邻近脏器,下段直肠癌可直接侵入前列腺、精囊腺、阴道、输尿管等。

淋巴转移:结肠癌主要为经淋巴转移,首先到结肠壁和结肠旁淋巴结,再到肠系膜血管周围和肠系膜血管根部淋巴结。淋巴转移同样是直肠癌的主要扩散途径。上段直肠癌向上沿直肠上动脉、肠系膜下动脉及腹主动脉周围淋巴结转移。下段直肠癌向上方和侧方转移为主。

血行转移:结肠癌血行转移多见于肝,其次为肺、骨等。直肠癌侵入静脉后沿门静脉转移至肝,也可由髂静脉转移至肺、骨和脑等。

种植转移:结肠癌脱落细胞可在腹膜种植转移。直肠癌种植转移的机会较少。

思路 2:全面的身体状态评估有助于判断大肠癌患者能否面对手术、放疗、化疗等一系列针对性治疗,评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。

【问题 4】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:大肠癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现大肠癌病例或可疑病例后立即转诊。

知识点

大肠癌的转诊标准

疑似有大肠癌应立即转诊至综合性医院消化内科或胃肠外科。

新发现有结肠腺瘤性息肉,特别是家族性多发性结肠息肉病的患者,应转至上级医院进行诊断,必要时应作病理检查。

既往有溃疡性结肠炎病史,也需要定期到上级或专科医院检查及治疗。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

大肠癌转诊时的转诊资料

1. 围绕大肠癌的资料(主诉、现病史、查体和辅助检查)。帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。
2. 基础疾病。为专科医生做全面的术前评估提供资料。
3. 目前正在使用的药物。
4. 主要脏器功能,以帮助专科医生判断是否有手术禁忌证。
5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

病 例 续

男性,56岁。主因“间断右下腹阵发性隐痛半年”来我院门诊就诊。患者半年来无明显诱因出现右下腹痛,为阵发性隐痛,每次发作持续十余分钟至数小时不等,可自行缓解伴食欲减退、进食少。便潜血阳性,色红。自社区医院转至我院就诊。1周前行增强CT示:回盲部异常改变,考虑恶性占位可能,回盲部肠系膜区多发淋巴结。5天前结肠镜显示升结肠中段5cm×8cm肿物,向肠腔内生长。取标本,病理结果为腺癌。发病以来,食欲明显减退,体重下降6kg,小便正常。收入院治疗。

【问题 5】患者转诊到专科医院后最需要的检查是什么?

思路 1:全科医生在怀疑或初步诊断大肠癌转诊至上级医院前,向患者及家属简要介绍进一步的检查。包括纤维结肠镜、CT(MRI)、结肠造影。

知识点

大肠癌的检查

1. 内镜检查 直视下肉眼作出诊断,而且可取组织进行病理检查。内镜检查包括结肠镜、乙状结肠镜和纤维结肠镜检查。
2. 钡剂灌肠检查 是结肠癌的重要检查方法,可观察肿瘤在肠腔内的情况,但对直肠癌的诊断意义不大。
3. 腔内B超检查 检测癌肿浸润肠壁的深度及侵犯邻近脏器情况,多用于术前评估。
4. MRI检查 显示肿瘤在肠壁内的浸润深度,用于术前评估和分期。
5. CT检查 了解大肠癌侵犯、扩散、转移情况。
6. 其他检查 低位直肠癌伴有腹股沟淋巴结肿大时,应行淋巴结活检。癌肿位于直肠前壁的女性患者应作阴道检查及双合诊检查。



思路 2:该患者属于大肠癌的哪一种大体分型?

该患者升结肠中段 5cm × 8cm 肿物,向肠腔内生长,为肿块型。

知识点

大肠癌的大体分型

1. 肿块型 肿瘤向肠腔内生长,好发于右侧结肠,特别是盲肠。
2. 浸润型 肿瘤沿肠壁浸润,容易引起肠腔狭窄和肠梗阻,多发生于左侧结肠。
3. 溃疡型 肿瘤向肠壁深层生长并向周围浸润,是结肠癌常见类型。

思路 3:该患者属于大肠癌的哪一种病理类型?

大肠癌的组织学分类可分为腺癌、黏液癌和未分化癌三类:①腺癌:多数的结肠癌均为腺癌。形态上可细分为管状腺癌、乳头状腺癌、黏液腺癌和印戒细胞癌,根据分化程度可分为高分化(低度恶性)、中分化(中等恶性)、低分化(高度恶性)和未分化癌;②黏液癌:癌细胞分泌较多的黏液,患者预后较差;③未分化癌:细胞较小,分化很低,浸润性强,极易侵入小血管和淋巴管,预后很差。该患者结肠镜检查时取标本,病理结果为腺癌。

思路 4:该患者是否应该检测肿瘤标志物?

该患者应在术前检测肿瘤标志物,目的是帮助评估预后和监测复发。

知识点

大肠癌的主要肿瘤标志物

目前公认的在大肠癌诊断和术后监测有意义的肿瘤标志物是癌胚抗原(CEA)。

CEA 主要用于预测直肠癌的预后和监测复发,不能用于健康人群早期结肠癌筛查。结肠癌术前 CEA 升高的结肠癌患者,手术切除干净则血清 CEA 水平可降至正常。经手术、放疗、化疗后,CEA 值下降表示疗效良好,不降或持续上升则表示病情未控制。一般在手术后 6 周内 CEA 可降至正常,切除不完全则仅轻度下降,不能恢复正常。一般术后 6 周作 CEA 第一次复查,3 年内每 3~4 个月复查一次,3~5 年间,每半年一次,5 年后每年一次,可以起到监测复发的作用。

糖抗原 19-9(CA19-9)对大肠癌早期诊断意义不大,对判断肿瘤转移、复发、预后方面有一定意义。

病例续

手术记录:术中见腹腔内少量澄清腹水。肝、脾、胰腺、胃、十二指肠及空回肠形态正常,未见明显肿瘤转移结节。肠系膜血管根部未见明显肿大淋巴结。肿物位于盲肠部,形态不规则,质地坚硬,肿瘤浸润浆膜。升结肠、横结肠、降结肠及乙状结肠未见肿瘤转移结节,浆膜完整,张力正常。行右半结肠切除术,距盲肠 15 厘米处切断回肠,横结肠中部切断结肠,回肠及横结肠端端吻合。术中快速冰冻病理回报腺癌。

【问题 6】该患者应选择何种治疗方法?

思路 1:原则上,大肠癌以手术切除为首选治疗方案,故全科医生应及时转诊,由专科医师判断治疗方案和手术方式。目前常用策略原则有:手术 + 化疗、辅助化疗 + 手术 + 化疗等。该患者肿物位于升结肠中断,无肠梗阻,适合行右半结肠切除术。



知识点

大肠癌的主要手术方式

1. 结肠癌根治性手术切除范围须包括癌肿所在肠袢及其系膜和区域淋巴结。术式包括:①右半结肠切除术;②横结肠切除术;③左半结肠切除术;④乙状结肠癌的根治切除术;⑤结肠癌并发急性肠梗阻,实施大手术有危险时,可先作盲肠造口解除梗阻,二期手术行根治性切除;⑥对肿瘤不能切除者,则行姑息性结肠造口。

2. 治疗手术切除仍然是直肠癌的主要治疗方法。术式包括:①局部切除术;②腹会阴联合直肠癌根治术;③经腹直肠癌切除术;④经腹直肠癌切除、近端造口、远端封闭手术;⑤后盆腔脏器清扫;⑥全盆腔清扫;⑦晚期直肠癌,当患者发生排便困难或肠梗阻时,可行乙状结肠双腔造口。

病例续

术后情况:患者术后恢复好,无发热,腹腔引流液为淡血性液体,100~200ml,逐渐减少,术后第四天拔除腹腔引流管。术后第三天排气,第七天排便。术后第七天病理结果回报:手术切除回肠、回盲部、升结肠、部分横结肠标本:肿块型中分化腺癌,肿瘤大小6.0cm×4.5cm×1.5cm,浸润肠壁全层达外膜,手术两断端净。淋巴结未见转移。

【问题7】从病理结果中我们能得到什么重要信息?

思路:病理结果是患者最重要的临床材料之一。病变的大体类型、分化程度、组织类型、病变范围、浸润深度,淋巴结清扫范围、数量和阳性淋巴结的数目,免疫组化结果可以帮助确定组织类型、选择后续治疗方案和判断疾病预后。

根据该患者病理结果的描述,TNM分期为 $T_3N_0M_0$,进一步的临床病理分期(见胃癌)为IIA期。

【问题8】患者的其他治疗计划是什么?

思路1:目前大肠癌强调综合治疗。术前的放疗可以提高手术切除率,降低患者的术后局部复发率。术后放疗仅适用于晚期患者或手术未达到根治或术后局部复发的患者。

化疗给药途径有动脉灌注、门静脉给药、静脉给药、术后腹腔置管灌注给药及温热灌注化疗等,以静脉化疗为主。

其他辅助治疗还包括基因治疗、免疫治疗、靶向治疗等。

思路2:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

大肠癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 大肠癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随访方案及术后需要继续治疗方案简介(含放化疗剂量、间隔)。

2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:围术期的吻合口瘘和消化道梗阻、造瘘口感染以及放化疗期间粒细胞、血小板减低等变化的监控和处理。

3. 需要转回专科治疗的情况,包括:吻合口瘘、血象检测粒细胞数值等。

【问题9】患者的社区长期管理?

思路1:基于健康档案的长期管理。

为大肠癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。预



约随访或家庭访视日期。

思路 2:患者的社区随诊内容和时限。

通常术后两年内,每三个月门诊复查一次,复查的内容包括血常规、生化检查、肿瘤标志物,胸片、B超,必要时可转至上级医院行腹部增强 CT 及内镜检查。术后 2~5 年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随诊。遇有其他需要随诊的临床情况应缩短随诊间隔。

思路 3:患者在社区的心理干预。

早期心理干预的重点是让学生接受患病的事实,在此基础上树立康复的信心,提升配合治疗的积极性。晚期患者的心理干预内容是坦然接受死亡。

思路 4:患者的健康教育。

养成按时排便习惯,保持排便通畅。避免高脂肪饮食,多进富有纤维素的食物。学会观察大便秘状。

思路 5:肠造口患者的护理。

使患者或家属掌握肠造口护理技巧技能,正确使用造瘘口器材。注意肠造口的排气、排便情况。长期服用抗生素、免疫抑制制剂和激素的患者,应特别注意肠造口真菌感染。

知识点扩展或问题延伸

知识点

患者家庭的全科医学照顾

1. 一级亲属初步筛查服务 依据大肠癌的流行病学特征,全科医生应为 40 岁以上的大肠癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①饮食习惯、排便状况(黏液血便、慢性腹泻、慢性便秘)、近期体重改变情况;②肠道腺瘤或息肉史;③大便隐血试验;④初步考虑直肠疾病者,应行直肠指诊等。

2. 患者家属的身心照顾 肿瘤患者家属同样承受巨大的心理压力,生活节律也会被改变。这些变化可能成为患者家属潜在疾病(特别是心脑血管疾病)发作的诱因,全科医生应该给予相应的处理。当发现患者家属有心理问题时,全科医生应帮助患者家属寻求心理医师的帮助。

(马 岩)

参考文献

- [1] 陈孝平,汪建平. 外科学. 第 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:402-409.
- [2] 杜雪萍,吴永浩,王和天. 全科医学科诊疗常规. 北京:中国医药科技出版社,2013:62-63.
- [3] John Murtagh 著. 全科医学. 梁万年译. 北京:人民军医出版社,2012:217,378-380.
- [4] 许慧琳,周洁,赵立昀,等. 海市闵行区 2002-2011 年大肠癌发病与死亡分析. 中国肿瘤,2014,23(1):15-18.
- [5] 鄢盛恺. 美国临床生化科学院检验医学实践指南:睾丸、前列腺、结直肠、乳腺及卵巢癌肿瘤标志物的应用. 临床检验杂志,2012,30(2):116-160.
- [6] 雷涛. 直肠癌误诊及直肠指诊临床应用. 中国肿瘤,2009,18(6):496-498.
- [7] 徐盛,王清香. 直肠指诊的临床应用与诊断意义. 中国卫生产业,2013,1(26):142-143.
- [8] 陆宝钿. 大肠癌临床特征的变化趋势. 吉林医学,2014,35(2):321-322.
- [9] 庄璐,李兆申,蔡全才. 大肠癌筛查方法研究新进展. 胃肠病学和肝病学杂志,2014,23(1):1-4.
- [10] 赵丽中,王宏磊. 大肠癌早期诊断研究进展. 中国肿瘤,2014,23(2):103-108.
- [11] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 结肠癌规范化诊疗指南(试行). 中国医学前沿杂志(电子版),2013,5(8):47-51.

第三十章 前列腺癌

前列腺癌(prostate cancer, PCa)是发生于男性前列腺组织中的恶性肿瘤,前列腺癌是当今欧美国家最常见的恶性肿瘤之一。在发达国家前列腺癌占肿瘤新发病例的 19%,而在发展中国家仅占 5.3%。中国是前列腺癌发病率较低的国家,但近年来发病率正呈快速上升的趋势,尤其是经济发展较快的城市。根据国家癌症中心的最新数据,前列腺癌 2008 年起已成为泌尿系统中发病率最高的肿瘤。

长期以来,由于国内人们对前列腺癌的不重视以及前列腺癌筛查相对滞后,多数前列腺癌患者在诊断时已到晚期,患者治愈率低、生存时间短。因此对前列腺癌的早期预防、早期诊断和早期治疗十分重要。全科医生在开展前列腺癌筛查以及前列腺癌患者专科治疗后持续照顾中能起到主要角色作用。本章节主要介绍基层前列腺癌诊断与管理。

临床病例

王某,男性,72 岁,主因“常规体格检查发现 PSA 异常一周”来院门诊,患者一周前在外院体格检查时发现前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)8.2ng/ml,直肠指检(digital rectal examination, DRE)前列腺Ⅱ度肿大,中央沟变浅,未触及结节。患者无排尿困难及血尿等症状,食欲正常,大小便正常,否认高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中病史。无吸烟,无手术外伤史。父亲患前列腺癌,去世原因不详,母亲因“心脏病”去世。

【问题 1】通过上述病史,该患者可能的诊断是什么?

根据患者的年龄、体征、PSA 升高,有前列腺癌家族史,应高度怀疑前列腺癌的可能。

思路 1:问诊应注意前列腺癌危险因素的收集。引起前列腺癌的危险因素尚未明确,已经被确认的包括年龄、种族和遗传性。该患者为老年男性,有前列腺癌家族史,因此有较高患病风险。

知识点

前列腺癌的危险因素

1. 年龄 前列腺癌新诊断患者中位年龄为 72 岁,高位年龄为 75~79 岁,绝大多数年龄大于 65 岁。

2. 遗传史 遗传因素是影响前列腺癌发病的主要因素之一,一级亲属患有前列腺癌的男性的发病危险是普通人的 2 倍,并且当患病亲属个数增加或亲属患病年龄降低时,本人的发病危险随之增加。

3. 生活方式 有研究提示前列腺癌和富含脂肪、肉类和奶类的饮食相关。在高温烹调加工过程中产生致癌物等途径促使前列腺癌的发生。流行病学的研究同样提示了许多有前景的预防前列腺癌的食物,如大豆和番茄。

4. 激素和其他 雄激素在前列腺的发育和前列腺癌的进展过程中起关键作用。近年来,慢性炎症和前列腺癌的相关性成为关注热点。有性传播疾病或前列腺炎病史的男性的前列腺癌发病危险增高,但雄激素和炎症的致癌机制仍有待进一步的研究验证。

思路 2:前列腺癌早期常无症状,多数是通过体检筛查发现前列腺癌,门诊应注意询问有无下尿道症状以及骨痛、骨折,对前列腺癌的诊断有提示意义。

知识点

前列腺癌的临床表现

前列腺癌到晚期因肿瘤侵犯或阻塞尿道、膀胱颈时,则发生类似下尿道梗阻或刺激症状,严重者可能出现尿潴留、血尿、尿失禁。骨转移时会引起骨骼疼痛、病理性骨折、贫血、脊髓压迫等症状,甚至导致下肢瘫痪。

思路 3:PSA 是目前前列腺癌最常用的标志物,PSA>4.0ng/ml 为异常。PSA 受年龄和前列腺大小等因素的影响,在当 PSA 介于 4~10ng/ml 时,前列腺癌的可能性大约为 25%。中国人前列腺癌发病率低,当 PSA 4~10ng/ml 时前列腺癌穿刺阳性率为 15.9%。PSA 升高并非一定患前列腺癌,其他疾病如良性前列腺增生、急性前列腺炎也可出现 PSA 升高。还有一些临床操作可能会影响血 PSA 值,一般推荐 PSA 检查应在前列腺按摩后 1 周,直肠指检、膀胱镜检查、导尿等操作 48 小时后,射精 24 小时后,前列腺穿刺 1 个月后进行。

思路 4:DRE 对前列腺癌早期诊断和分期都有重要价值。典型的前列腺癌在直肠指检时可扪及坚硬如石的不规则结节,边界不清、无压痛或轻压痛,活动度差,临床上应该与前列腺结石、肉芽肿性前列腺炎、前列腺结核鉴别,但无结节发现不能排除前列腺癌,应结合 PSA 和影像学检查作出初步判断。

【问题 2】如何早期发现前列腺癌患者?

前列腺癌的早期发现、早期诊断和早期治疗是肿瘤治疗和延长患者存活时间的关键。开展前列腺癌高危人群肿瘤筛查是提高肿瘤检出的有效途径。

思路:全科医生应重视社区居民和门诊患者前列腺癌家族史、个人史的收集。及时进行前列腺癌的筛查,并做好居民健康档案中信息的维护。

知识点

前列腺癌的社区筛查

1. 通过健康档案筛选高危人群:①年龄>50 岁男性;②有前列腺癌家族史;③有前列腺病史(慢性前列腺炎或曾患过前列腺增生症)。
2. 在高危人群中进行普查。DRE 联合 PSA 检查是目前公认的早期发现前列腺癌的最佳初筛方法。
3. 有条件的进行前列腺超声检查。
4. 50 岁以上男性每年检查 1 次,对于有前列腺癌家族史的男性人群,应从 45 岁开始接受每年一次的检查。

【问题 3】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:在筛查中发现任何一项异常,合并有前列腺癌危险因素 1 项以上,应转到综合医院或专科医院作进一步检查。

知识点

前列腺癌的转诊标准

1. DRE 发现前列腺有肿物或有结节。



2. PSA>4.0ng/ml 为异常。
3. 经直肠超声检查发现前列腺低回声病灶,难以鉴别者。
4. 不明原因的血尿,淋巴结肿大,骨痛、骨折,特别是高龄男性患者。

思路 2:前列腺癌疑似患者的转诊资料:病史资料(门诊病历、体检和辅助检查报告);其他疾病情况,特别是慢性病的病史资料;治疗情况;家庭状况、社会经济心理状况等。

病例续

患者再次复查 PSA 为 8.5ng/ml,游离 PSA (fPSA)/tPSA<0.1,随后行经直肠超声检查,发现前列腺低回声结节,进一步做直肠超声引导下的前列腺穿刺活检(12 针),穿刺病理显示 25%(3/12 针)为前列腺癌,2 针位于左侧叶,1 针位于右侧叶,随后行全身核素检查(ECT)结果为阴性。

【问题 4】前列腺癌的诊断方法?

思路:前列腺癌的诊断方法很多,包括临床初步筛查、影像学检查,前列腺穿刺活检。

知识点

前列腺癌的诊断方法

1. PSA 在前列腺癌的诊断、分期及监测和随访中得到广泛应用。
2. DRE 是前列腺癌早期诊断和分期的重要诊断方法。
3. fPSA 和 tPSA 可作为常规同时检测。fPSA/tPSA 比值可作为诊断的参考。国内推荐 fPSA/tPSA>0.16 为正常参考值(或临界值)。
4. 经直肠超声检查(TRUS) 能初步判断肿瘤的体积大小。但诊断特异性较低,发现一个前列腺异常回声病灶要与正常前列腺、良性前列腺增生,前列腺上皮内瘤变、急性或慢性前列腺炎、前列腺梗死和前列腺萎缩等鉴别。
5. 前列腺穿刺活检 前列腺系统性穿刺活检是诊断前列腺癌最可靠的检查。最常用的穿刺方法是经直肠超声引导下的前列腺穿刺,以 10 针以上的穿刺方法为常用。
6. 前列腺癌的其他影像学检查
 - (1) 磁共振(MRI/MRS)扫描:在区别局限性与侵犯性前列腺癌和前列腺癌骨转移诊断有参考价值。
 - (2) 计算机断层(CT)检查:CT 对前列腺的分辨率不如 MRI,病变较大时可见前列腺轮廓改变,有一定诊断价值。
 - (3) ECT:ECT 可比常规 X 线片提前 3~6 个月发现前列腺癌的骨转移灶,敏感性较高但特异性较差。

【问题 5】前列腺癌病理包括哪些内容?

思路 1:前列腺癌分期。

前列腺癌分期的目的是指导选择治疗方法和评价预后。通过 DRE、影像学检查,包括 MRE、CT、骨扫描、X-线检查及淋巴结切除来明确诊断。

TNM 分期是目前临床广泛采用的分期方法。

T 分期表示原发肿瘤的局部情况,主要通过 DRE 和 MRI 来确定。T₀ 原发肿瘤不能评价。T₀ 无原发肿瘤证据。T₁ 不能被扪及和影像发现的临床隐匿肿瘤。T_{1a} 偶发肿瘤体积 < 所切除组织体积的 5%。T_{1b} 偶发肿瘤体积 > 所切除组织体积的 5%。T_{1c} 穿刺活检发现的肿瘤(如由于 PSA



升高)。T₂ 局限于前列腺内的肿瘤。T_{2a} 肿瘤限于单叶的 1/2 ($\leq 1/2$)。T_{2b} 肿瘤超过单叶的 1/2 但限于该单叶(1/2-1)。T_{2c} 肿瘤侵犯两叶。T₃ 肿瘤突破前列腺包膜。T_{3a} 肿瘤侵犯包膜(单侧或双侧)。T_{3b} 肿瘤侵犯精囊。T₄ 肿瘤固定或侵犯除精囊外的其他邻近组织结构,如膀胱颈、尿道外括约肌、直肠、肛提肌和(或)盆壁。

N 分期表示淋巴结情况,只有通过淋巴结切除才能准确地了解淋巴结转移情况。N_x 区域淋巴结不能评价。N₀ 无区域淋巴结转移。N₁ 区域淋巴结转移。

M 分期主要针对远处淋巴结转移、骨骼转移,骨扫描、MRI、CT、X 线检查是主要的检查方法。M_{1a} 有区域淋巴结以外的淋巴结转移。M_{1b} 骨转移。M_{1c} 其他器官组织转移。

思路 2:前列腺癌的病理分级

前列腺癌分级是前列腺癌病理学的主要组成部分,目前最常使用 Gleason 评分系统(5 级 10 分制)。前列腺癌组织被分为主要分级区和次要分级区,每区的 Gleason 分值为 1~5 分。

Gleason 评分是把主要分级区和次要分级区的 Gleason 分值相加,形成癌组织分级常数。

Gleason 1 级:癌肿极为罕见。其边界很清楚,膨胀型生长,几乎不侵犯基质,癌腺泡很简单,多为圆形,中度大小,紧密排列在一起,其胞浆和良性上皮细胞胞浆极为相近。

Gleason 2 级:癌肿很少见,多发生在前列腺移行区,癌肿边界不很清楚,癌腺泡被基质分开,呈简单圆形,大小可不同,可不规则,疏松排列在一起。

Gleason 3 级:癌肿最常见,多发生在前列腺外周区,最重要的特征是浸润性生长,癌腺泡大小不一,形状各异,核仁大而红,胞浆多呈碱性染色。

Gleason 4 级:癌肿分化差,浸润性生长,癌腺泡不规则融合在一起,形成微小乳头状或筛状,核仁大而红,胞浆可为碱性或灰色反应。

Gleason 5 级:癌肿分化极差,边界可为规则圆形或不规则状,伴有浸润性生长,生长形式为片状单一细胞型或者是粉刺状癌型,伴有坏死,癌细胞核大,核仁大而红,胞浆染色可有变化。

思路 3:前列腺癌的危险(因素)分类。

根据血清 PSA、Gleason 评分和临床分期将前列腺癌分为低、中、高危三类,以便指导治疗和判断预后(表 30-1)。该患者属于低危。

表 30-1 前列腺癌危险分类

因素	低危	中危	高危
PSA (ng/ml)	<10	10~20	>20
Gleason 评分	≤ 6	7	≥ 8
临床分期	$\leq T_{2a}$	T _{2b}	$\geq T_{2c}$

病 例 / 续

2 周后,患者在上级医院专科住院治疗,接受了前列腺癌根治术,并在术中清扫了双侧盆腔淋巴结,术后患者恢复顺利。拔除导尿管后控尿满意。术后 3 周查 PSA 为 0.03ng/ml, fPSA/tPSA 0.52ng/ml,术后病理显示,前列腺癌。左侧叶肿瘤未浸润前列腺包膜,精囊腺未见癌累及,盆腔淋巴结阴性。

【问题 6】该患者为何采用前列腺癌根治术?

前列腺癌有多种治疗方法。主要根据前列腺癌的临床分期、病理分级、PSA 水平、年龄、全身状况等来制订个体化治疗方案,对于中低风险前列腺癌患者,多采用根治性治疗。对于高风险前列腺癌,采用联合治疗可能提高生存,改善预后。对于晚期转移前列腺癌治疗目的主要是提高肿瘤控制率和改善生活质量。该患者属于局部前列腺癌,没有远处转移迹象,Gleason 评分



低危,所以采用前列腺癌根治术。

知识点

前列腺癌根治性手术治疗

前列腺癌根治性手术是治疗局限性前列腺癌最有效的方法。主要术式有传统的经会阴、经耻骨后前列腺癌根治术,腹腔镜前列腺癌根治术和机器人辅助腹腔镜前列腺癌根治术。

手术适应证:①临床分期 $T_1 \sim T_2$ 的患者;②预期寿命 ≥ 10 年者;③身体状况良好,没有严重的心肺疾病。

手术禁忌证:①患有显著增加手术危险性的疾病,如严重的心血管疾病、肺功能不良等;②患有严重出血倾向或血液凝固性疾病;③已有淋巴结转移或骨转移;④预期寿命不足 10 年。

思路 2:前列腺癌治疗方法包括观察等待,前列腺根治性手术、放射治疗、内分泌治疗、化疗、冷冻治疗和高能聚焦超声等局部治疗等。

前列腺癌的治愈性治疗是指前列腺癌根治性手术和放射治疗,包括外照射或前列腺间质放射治疗,或者这些治疗方法的联合应用。

思路 3:前列腺癌的放射治疗具有疗效好、适应证广、并发症少等优点,适用于各期患者。早期患者行根治性放射治疗,其局部控制率和 10 年无病生存率与前列腺癌根治术相似。局部晚期前列腺癌治疗原则以辅助性放疗和内分泌治疗为主。转移性癌可行姑息性放疗,放射治疗可以缩小转移灶肿瘤的体积,减少肿瘤压迫引起的症状,改善生活质量。

放射治疗的形式主要有体外放射治疗和近距离放射治疗两种。近年三维适形放疗(3D-CRT)和调强放疗(IMRT)等技术逐渐应用于前列腺癌治疗并成为放疗的主流技术。

思路 4:等待观察指主动监测前列腺癌的进程,在出现肿瘤进展或临床症状明显时给予其他治疗。等待观察治疗的适应证:适合于低危前列腺癌和预期寿命短的患者。晚期前列腺癌患者选择等待观察仅限于治疗伴随的危险和并发症大于延长生命和改善生活质量的情况。

等待观察治疗的禁忌证:①预期寿命较长的高危肿瘤患者;②在等待观察时有进展或转移的证据;③对临床局灶性前列腺癌适合根治性治疗的患者,如选择等待观察治疗,患者必须了解并接受局部进展和转移的危险。

对于观察等待的患者须每 1~3 个月复诊 1 次,如果患者病情长期稳定,可每 3 个月随诊 1 次,随访检查项目包括 PSA、DRE、临床表现。如发现 PSA、DRE 有进展或者出现临床表现应进行影像学检查,如出现病变进展时给予其他治疗。

【问题 7】患者的病理报告得到什么信息?

手术的病理结果是诊断前列腺癌最重要的临床材料。从中了解肿瘤的类型、分化程度、组织类型、病变范围、浸润深度、淋巴结的数量和阳性情况,并进行前列腺癌的 Gleason 的评分。

根据该患者病理诊断结果,TNM 分期为 $T_2N_0M_0$,Gleason 评分为低危。

病例续

出院 2 周后,患者由上级医院专科转回社区卫生服务中心全科医生门诊,全身情况好,食欲正常,腹部手术瘢痕愈合良好,大小便正常,服用中药治疗。

【问题 8】全科医生怎样做好肿瘤患者社区康复?

思路 1:患者转回社区卫生服务中心时专科医生需提供的资料:①住院(门诊)诊断和治疗的病史(包括手术情况、住院小结等)。②社区治疗计划和专科随访方案,包括放疗和化疗的剂量、



疗程。③患者可能出现的问题及社区处理的建议。

思路 2:家庭医生应为前列腺癌患者建立健康档案,根据患者病情配备家庭医生或建立家庭病床,制订个人健康管理方案,开展健康教育,预约随访或家庭访视时间,开展患者的长期管理。

思路 3:前列腺治愈性治疗后的随访:近期随访的目的是观察是否达到根治的目的,远期随访的目的是了解有无生化和临床复发,以及复发时间。

知识点

治愈性治疗后患者的随访方案

1. 第一次随访主要检查与治疗相关的并发症,如有无尿失禁、肠道症状以及性功能状态等。可以根据肿瘤或患者的特点对随访方法做出相应修改。以后每 3 个月进行 PSA 及 DRE 检测,2 年后每 6 个月进行一次检测,5 年后每年进行一次检测。

2. 对于无症状患者的监测 与前列腺癌有关的临床表现、PSA 以及 DRE 为常规随访方法。在治疗后前 2 年之内随访应该每 3 个月进行一次,2 年后每 6 个月随访一次,5 年后每年随访一次。

知识点扩展或问题延伸

【问题】前列腺癌患者康复期的全科医学照顾?

1. 指导患者建立良好的生活习惯:①保持合理体重;②适当的体育锻炼;③选择以植物为主的饮食;④不吸烟、不酗酒;⑤限制脂肪的摄入;⑥多食鱼类和水果、蔬菜。

2. 开展患者的心理干预 通过心理干预可以让患者消除疑惑接受患病事实,树立健康的信心,提升配合治疗的积极性,晚期患者经过心理干预平顺坦然接受死亡。

3. 做好患者的定期随访 制订好访视计划,督促按期去专科医院和社区卫生服务中心进行随访检查。注意术后器官功能的影响,化疗、放疗反应、骨髓抑制、免疫功能下降,及早发现肿瘤转移、复发。

4. 晚期患者的医学照顾

(1) 注意全身营养及水电解质平衡。

(2) 镇痛。

(3) 并发症的防治:感染、出血、癌热等。

(4) 临终关怀。

(刘 申)

参考文献

- [1] 祝增珠. 全科医学概论. 人民卫生出版社, 2014.
- [2] 叶定伟. 前列腺的流行病学和中国的发病趋势. 中国外科杂志, 2006, 44 (6): 362-364.
- [3] 中华医学会泌尿外科分会. 前列腺癌诊断治疗指南. 继续医学教育, 2007, 21 (6): 30-39.
- [4] 韩菊军, 张思维, 马建辉, 等. 中国部分市县前列腺癌发病趋势比较研究. 中华泌尿科杂志, 2009, 30 (6): 568-570.
- [5] 李鸣, 那彦群. 不同水平前列腺特异抗原的前列腺癌诊断率. 中华医学杂志, 2008, 88 (1): 16-18.
- [6] 那彦群, 李鸣. 前列腺癌临床诊断与治疗: 从指南到临床. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 18-35.
- [7] 李鸣, 那彦群. 泌尿生殖系肿瘤外科学. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 201-243.
- [8] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 (2014 版). 北京: 人民卫生出版社, 2013: 61-75.

第三十一章 乳腺癌

乳腺癌(breast cancer)是女性常见的恶性肿瘤之一,发病率位居女性恶性肿瘤的首位,严重危害妇女的身心健康。目前,通过采用综合治疗手段,乳腺癌已成为疗效最佳的实体肿瘤之一。消除疾病危险因素,建立健康的行为和生活方式可以降低乳腺癌的发病率。通过简单、有效、经济的检查措施,对无症状妇女开展早期筛查,不仅可以提高乳腺癌患者的生存率,更能显著提高患者生活质量。

临床病例

女,52岁,主因“自检发现左乳肿块一周”来我院门诊就诊。患者1周前无意间自检触及左乳内侧一肿块,约鹌鹑蛋大小,无红肿疼痛,无乳腺溢液溢血,无咳嗽、咳痰,无胸闷、胸痛,无骨骼疼痛不适,否认外伤史。拟“左乳肿块待查”入院。自病以来,神清,精神可,胃纳可,睡眠一般,二便无特殊,体重减轻3kg。患者母亲与1位姐姐均因患乳腺癌去世。12岁初次月经,经量适中,无痛经。专科检查:神清精神可,双乳外形对称,左乳10点方向距乳晕2cm可及一2.31cm×0.91cm肿块,质硬,边界欠清,活动度可,右乳未及明显肿块。双腋下及锁骨下淋巴结未及肿大。

【问题1】通过上述问诊,该患者可疑的诊断是什么?

根据患者的主诉、症状、家族史,应高度怀疑乳腺癌可能。

思路1:中年女性,乳腺癌家族史,患者为乳腺癌的好发人群,应引起重视。

知识点

乳腺癌的预防

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤,尤其是35~65岁的妇女更应重视乳腺癌预防和筛查。

乳腺癌高危人群的定义:有明显的乳腺癌遗传倾向者;既往有乳腺导管或小叶中重度不典型增生或小叶原位癌患者;既往行胸部放疗的淋巴瘤患者。

乳腺癌的预防:

1. 从饮食入手 “美国癌症协会”估计,有1/3的癌症患者死亡都与他们不健康的饮食习惯以及缺乏锻炼有关。调整健康的饮食习惯和适当的运动对乳腺癌的预防起重要作用。

2. 定期体检 乳腺癌检查应从20岁开始,乳腺X线检查对女性来说十分重要。尽管乳腺癌患者的数量逐年上升,但乳腺癌死亡人数却在下降,这跟及时有效的早期检查和治疗有关。

3. 乳房自查 乳腺癌自检的最佳时间是在月经结束一周后,因为月经前或经期由于乳腺生理性充血,腺泡增生和腺管扩张等组织变化,使乳腺组织肥厚,影响检查效果。如果月经周期不规则,最好在每月的同一时间进行自检。

(1) 视诊(图31-1):直立镜前脱去上衣,在明亮的光线下,面对镜子对两侧乳房进行视诊,比较双侧乳房是否对称,注意外形有无大小和异常变化。其异常体征主要包括:乳头



溢液、乳头回缩、皮肤皱缩、酒窝征、皮肤脱屑及乳房轮廓外型有异常变化。

(2) 触诊:举起左侧上肢用右手三指(食指、中指、无名指)指腹缓慢稳定、仔细地触摸乳房。在左乳房作顺时针或逆时针逐渐移动检查,从乳房外围起至少三圈,直至乳头。也可采用上下或放射状方向检查,但应注意不要遗漏任何部位。同时检查腋下淋巴结有无肿大。最后,用拇指和食指间轻挤压乳头观察有无乳头排液。如发现有混浊的,微黄色或血性溢液,应立即就医。

(3) 平卧检查:平卧检查时,待检测上肢举过头放于枕上或用折叠的毛巾垫于待检测肩下。这种体位的目的是使乳房平坦,易于检查,其方法与触诊相同。

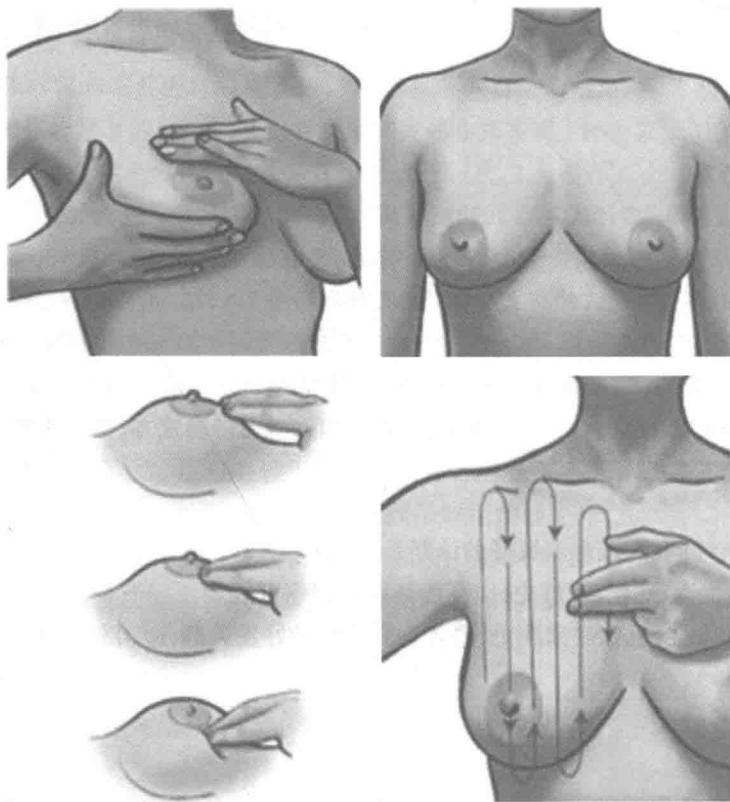


图 31-1 乳腺癌自查

思路 2:乳腺肿块是乳腺癌最常见的症状,常为无痛性。要和纤维腺瘤,乳腺囊性增生等疾病相鉴别。问诊还应特别注意询问有无食欲减退、体重下降等消耗症状,对恶性疾病的诊断具有提示作用。

知识点

乳腺癌的临床表现

以下为乳腺癌的典型体征,多在癌症中期和晚期出现(图 31-2)。

1. 乳腺肿块 80% 的乳腺癌患者以乳腺肿块首诊。患者常无意中发现肿块,多为单发,质硬,边缘不规则,表面欠光滑。大多数乳腺癌为无痛性肿块,仅少数伴有不同程度的隐痛或刺痛。

2. 乳头溢液 非妊娠期从乳头流出血液、浆液、乳汁、脓液,或停止哺乳半年以上仍有乳汁流出者,称为乳头溢液。引起乳头溢液的原因很多,常见的疾病有导管内乳



头状瘤、乳腺增生、乳腺导管扩张症和乳腺癌。单侧单孔的血性溢液应进一步检查,若伴有乳腺肿块更应重视。

3. 皮肤改变 乳腺癌引起皮肤改变可出现多种体征,最常见的是肿瘤侵犯 Cooper 韧带后与皮肤粘连,出现“酒窝征”。若癌细胞阻塞了淋巴管,则会出现“橘皮样改变”。乳腺癌晚期,癌细胞沿淋巴管、腺管或纤维组织浸润到皮内并生长,形成“皮肤卫星结节”。

4. 乳头、乳晕异常 肿瘤位于或接近乳头深部,可引起乳头回缩。肿瘤距乳头较远,乳腺内的大导管受到侵犯而短缩时,也可引起乳头回缩或抬高。乳头湿疹样癌,即乳头 Paget 病,表现为乳头皮肤瘙痒、糜烂、破溃、结痂、脱屑、伴灼痛,乳头回缩。

5. 腋窝淋巴结肿大 医院收治的乳腺癌患者 1/3 以上有腋窝淋巴结转移。初期可出现同侧腋窝淋巴结肿大,肿大的淋巴结质硬、散在、可推动。随着病情发展,淋巴结逐渐融合,并与皮肤和周围组织粘连、固定。晚期可在锁骨上和对侧腋窝摸到转移的淋巴结。

6. 隐匿性乳腺癌 少数病例以腋窝淋巴结肿大为首发症状而就诊,而未找到乳腺原发灶。

7. 炎性乳癌 生长迅速,临床表现为乳腺广泛发红,伴有局部皮肤水肿,局部皮肤温度可有轻度升高。本病易误诊为乳腺炎,两者鉴别要点是乳腺炎疼痛较重、局部皮肤温度升高明显,常伴有发热等全身症状。

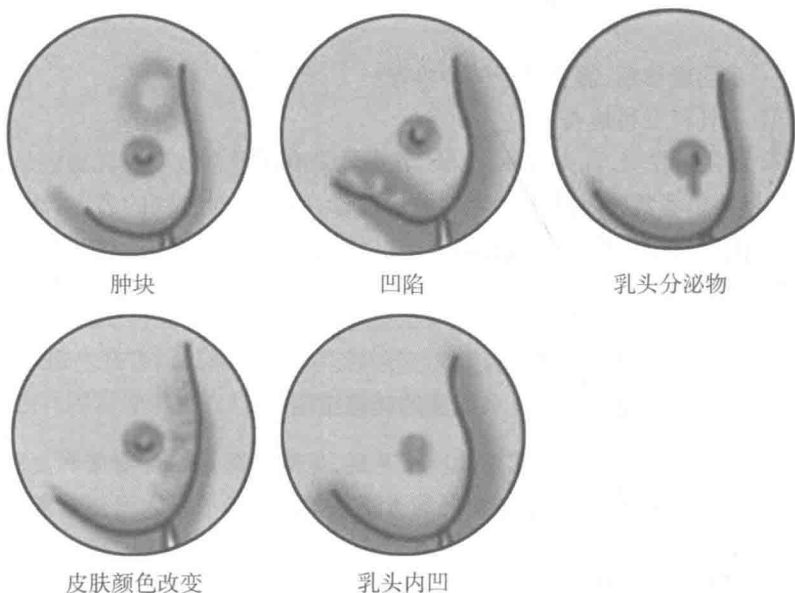


图 31-2 乳腺癌的临床表现

思路 3:问诊时应特别注意家族史、月经史、既往史的收集。乳腺癌的病因尚未明确,可能与月经初潮年龄、生活环境、饮食习惯、雌激素水平、遗传和基因等因素相关。该患者月经初潮时间早,有家族遗传史,均为乳腺癌的高危因素。

知识点

乳腺癌的高危因素

月经初潮年龄和绝经年龄与乳腺癌的发病有关。初次足月产的年龄越大,乳腺癌发病的危险性越大。哺乳总时间与乳腺癌危险性呈负相关。有乳腺癌家族史、高脂饮食、肥胖、外源性雌激素过多摄入可增加发生乳腺癌的危险。环境因素及生活方式与乳腺癌的发病有一定关系。

思路 4:乳腺癌诊断的早晚与治疗的效果密切相关。早期诊断是提高治愈率的关键。因此对不同年龄段妇女开展相应的乳腺癌筛查尤显重要。

知识点

乳腺癌筛查建议

1. 一般人群妇女乳腺癌筛查建议

20~39 周岁:不推荐对非高危人群进行乳腺癌筛查。

40~49 周岁:①适合机会性筛查。②每年 1 次乳腺 X 线检查。③推荐与临床体检联合。④对致密型乳腺推荐与 B 超检查联合。

50~69 周岁:①适合机会性筛查和人群普查。②每年 1 次乳腺 X 线检查。③推荐与临床体检联合。④对致密型乳腺推荐与 B 超检查联合。

70 周岁或以上:①适合机会性筛查。②每 2 年 1 次乳腺 X 线检查。③推荐与临床体检联合。④对致密型乳腺推荐与 B 超检查联合。

2. 高危人群妇女乳腺癌筛查建议

建议对乳腺癌高危人群提前进行筛查(40 岁前),筛查间期推荐每半年 1 次,筛查手段除了应用一般人群常用的临床体检、B 超、乳房 X 线检查之外,可以应用 MRI 等影像学手段。

【问题 2】为进一步明确诊断,需要进行何种检查?

思路 1:应重视外科专科检查。

重点检查有无乳腺肿块,乳头溢液,皮肤、乳头乳晕有无异常改变。乳腺癌最常见的好发部位是外上象限,早期患者常因发现单侧乳腺肿块就诊,应及时对肿块的大小、性质、与周围组织有无粘连等情况作出判断。特别注意腋窝淋巴结情况,如发现腋窝淋巴结肿大,则可能肿瘤发生转移,应引起重视。

知识点

乳腺癌的转移途径

1. 局部蔓延 癌细胞沿导管或筋膜间隙蔓延,继而侵及 Cooper 韧带和皮肤。

2. 淋巴转移 主要途径:①癌细胞经胸大肌外侧缘淋巴管侵入同侧腋窝淋巴结,然后侵入锁骨下淋巴结以至锁骨上淋巴结,进而可经胸导管或淋巴管侵入静脉血流而向远处转移。②癌细胞向内侧淋巴管,沿着乳内血管的肋间穿支引流到胸骨旁淋巴结,继而达到锁骨上淋巴结,并可通过同样途径侵入血流。

3. 血运转移 以往认为血运转移多发生在晚期,这一概念已被否定。研究发现有些早期乳腺癌已有血运转移,乳腺癌是一全身性疾病已得到共识。癌细胞可经淋巴途径进入静脉,也可直接侵入血循环而致远处转移。最常见的远处转移部位依次为肺、骨、肝。

思路 2:全面的身体状态评估有助于决定乳腺癌患者能否接受手术、放疗、化疗等一系列针对性治疗,评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。

【问题 3】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:乳腺癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现乳腺癌病例或可疑病例后立即转诊。



知识点

乳腺癌的转诊标准

疑似有乳腺癌应立即转诊至专科。

新发现有乳腺肿块的患者,应转至上级医院进行诊断,必要时应作病理检查。

有乳腺癌家族史,也需要定期到上级或专科医院检查。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

乳腺癌上转时的转诊资料

1. 围绕乳腺癌的资料(主诉、现病史、查体和辅助检查)。帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。

2. 合并疾病。为专科医生做全面的术前评估提供资料。

3. 目前正在使用的药物。

4. 主要脏器功能,以帮助专科医生判断是否有手术禁忌证。

5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

病例续

女,52岁,主因“自检发现左乳肿块一周”来我院门诊就诊。乳腺钼靶示:两侧乳腺小叶增生,左乳沙粒样钙化,建议进一步检查。乳腺及腋窝淋巴结B超提示:1.双乳小叶增生,左乳10点处可见一低回声结节,大小约 $2.31\text{cm} \times 0.91\text{cm}$,BI-RADS 4c,癌不能排除;双腋下多发淋巴结可及。MRI提示:左乳内上象限占位,BI-RADS 4c。自病以来,食欲差,体重减轻3kg。收入院治疗。

【问题4】患者转诊到专科医院后最需要的检查是什么?

思路 1:全科医生在怀疑或初步诊断乳腺癌转诊至上级医院前,向患者及家属简要介绍进一步的检查。包括乳腺影像学检查与组织病理学检查。

知识点

乳腺癌的影像学检查

1. 乳腺X线摄影 适应证:①乳腺肿块、硬化,乳头溢液,乳腺皮肤异常,局部疼痛或肿胀。②筛查发现异常改变。③良性病变的短期随访。④乳房修复重建术后。⑤乳腺肿瘤治疗时。⑥其他需要进行放射检查或放射科医师会诊的情况。

对35岁以下、无明确乳腺癌高危因素或临床查体未见异常的妇女,不建议进行乳腺X线检查。

2. 乳腺超声 用于所有疑诊乳腺病变的人群。可同时进行乳腺和腋窝淋巴结的检查。适应证:①年轻、妊娠、哺乳期妇女乳腺病变首选的影像学检查。②对临床触及的肿块及可疑异常进行确认,进一步评估临床及影像所见。③评估植入假体后的乳腺病变。④引导介入操作。

3. 乳腺磁共振成像(MRI)检查 MRI不作为乳腺癌诊断的常规检查项目。可用于乳腺癌分期评估,确定同侧乳腺肿瘤范围,判断是否存在多中心性肿瘤。初诊时可用于筛查对侧乳腺肿瘤,同时,有助于评估新辅助治疗前后肿瘤范围、治疗缓解状况,以及是否可以进行保乳治疗。



思路 2: 当影像学检查结果为可疑时,可采取组织病理学检查确诊。

患者左乳肿块,单发,无疼痛,80% 的乳腺癌患者以乳腺肿块为首诊,根据患者这一临床表现,首先考虑癌,若无手术禁忌证建议手术治疗,术后组织病理学检查可明确诊断。

知识点

诊断乳腺癌的金标准

组织病理学诊断是乳腺癌的确诊和治疗依据,是通过综合分析临床各种信息及病理形态得出的最后诊断。进行组织病理学诊断时,需要临床医生提供完整、确切的临床情况,及时、足量的组织标本。

知识点

乳腺癌的病理类型(图 31-3)

1. 非浸润性癌 包括导管原位癌(DCIS)、小叶原位癌(LCIS)及乳头派杰病(Paget disease)。此型属早期,预后较好。
2. 原位癌早期浸润 包括导管原位癌早期浸润、小叶原位癌早期浸润。此型仍属早期,预后较好。
3. 微浸润性癌(microinvasive carcinoma) 指在原位癌的背景上,在小叶间间质内出现一个或几个镜下明确分离的微小浸润灶。当不能确定是浸润时,应诊断为原位癌。
4. 浸润性癌

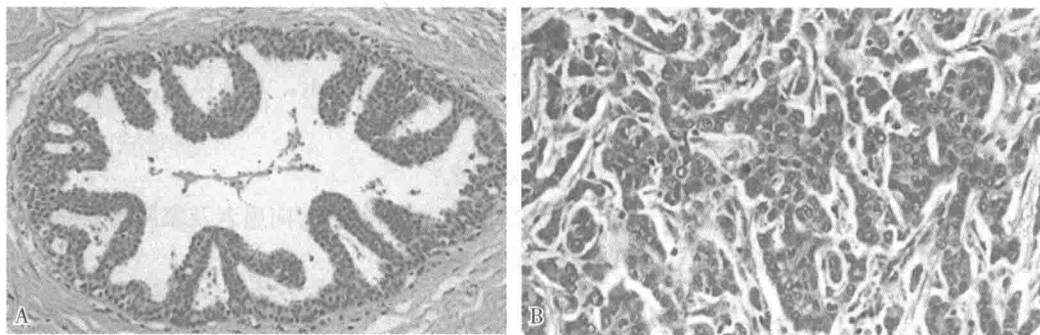


图 31-3 乳腺癌病理

A. 非浸润性导管癌;B. 浸润性导管癌

【问题 5】乳腺癌应与哪些疾病进行鉴别?

知识点

乳腺癌的鉴别诊断

乳腺癌需与乳腺增生、纤维腺瘤、囊肿、导管内乳头状瘤、乳腺导管扩张症(浆细胞性乳腺炎)、乳腺结核等良性疾病,与乳房恶性淋巴瘤,以及其他部位原发肿瘤转移到乳腺的继发性乳腺恶性肿瘤进行鉴别诊断。鉴别诊断时需要详细地询问病史和仔细地体格检查,并结合影像学检查(乳腺超声、乳腺 X 线摄影及乳腺核磁共振等),最后还需要细胞学和(或)病理组织学检查明确诊断。

临床查体可触及肿块的乳腺癌约占 80%,可以进行外科手术活检行病理组织学诊断,在有条件的医院可借助穿刺尽快明确诊断。但临床触诊阴性的乳腺癌增加了鉴别



诊断的困难,需借助影像学检查定位病灶进行穿刺,或在乳腺X线技术引导下放置金属定位线,再经外科切除活检明确诊断。

少数乳腺癌患者伴有乳头溢液,需与乳腺增生、导管扩张、乳汁潴留、导管内乳头状瘤及乳头状瘤病等鉴别。有条件的医院可借助乳头溢液细胞学涂片查找癌细胞,通过乳管内镜检查,了解乳管内有无占位性病变,需要时再经活检明确诊断。

病例续

手术记录:患者在全麻下行左乳腺癌保乳根治术+左腋窝淋巴结清扫术。术后情况:患者术后恢复好,无发热,腋下引流管引流通畅,引流液为暗红色液体,第一天40ml,逐渐减少。术后第六天予PICC置管,术后第七天拔除腋下引流管,无任何不适。术后第七天行EC-T方案第一次化疗,过程顺利。术后第七天病理结果示:(左)乳区段切除标本,浸润性导管癌(2级),淋巴结内见癌转移(2+/22),切缘阴性。

【问题6】该患者应选择何种治疗方法?

乳腺癌应采用综合治疗的原则,根据肿瘤的生物学行为和患者的身体情况,联合运用多种治疗手段,兼顾局部治疗和全身治疗,以期提高疗效和改善患者的生活质量。该乳腺癌患者癌细胞未广泛转移,可采用手术治疗为主的综合治疗。

知识点

乳腺癌的治疗方式

乳腺癌的治疗包括手术、放疗、化疗、内分泌治疗、分子靶向治疗等多种治疗手段,当病变局限于局部或区域淋巴结时以局部治疗为主,辅以术前、术后的全身治疗。当病变较广泛或已有远处转移时则以全身治疗为主,局部治疗为辅。

1. 手术治疗 乳腺癌手术范围包括乳腺和腋窝淋巴结两部分。乳腺手术有肿瘤扩大切除和全乳切除。腋窝淋巴结可行前哨淋巴结活检和腋窝淋巴结清扫,除原位癌外均须了解腋窝淋巴结状况。选择手术术式应综合考虑肿瘤的临床分期和患者的身体状况。

2. 放射治疗 原则上所有保乳手术后的患者均需要放射治疗。

3. 化疗 新辅助化疗是指为降低肿瘤临床分期,提高切除率和保乳率,在手术或手术加局部放射治疗前,首先进行全身化疗。若接受化疗受益有可能大于风险,可进行术后辅助化疗。

4. 内分泌治疗 对患者年龄大于35岁;无病生存期大于2年;仅有骨和软组织转移;或存在无症状的内脏转移;ER和(或)PR阳性的晚期乳腺癌患者可首选内分泌治疗。对激素受体[ER和(或)PR]阳性的早期乳腺癌可采取辅助内分泌治疗。

5. 靶向治疗 目前,针对HER-2阳性的乳腺癌患者可进行靶向治疗,主要药物是曲妥珠单抗克隆抗体。

【问题7】患者的其他治疗计划是什么?

思路1:目前乳腺癌强调综合治疗。术前的化疗可以提高手术切除率,降低患者的术后局部复发率。术后化疗仅适用于晚期患者或手术未达到根治或术后局部复发的患者。

该患者病理结果示淋巴结内见转移灶,术后应行化疗治疗。



知识点

化疗适应证

1. 晚期乳腺癌化疗适应证 年龄小于 35 岁;疾病进展迅速,需要迅速缓解症状;ER/PR 阴性;存在有症状的内脏转移。

2. 术后辅助化疗适应证 腋窝淋巴结阳性;对淋巴结转移数目较少(1~3 个)的绝经后患者,如果具有激素受体阳性、HER2 阴性、肿瘤较小、肿瘤分级 I 级等其他多项预后较好的因素,或者患者无法耐受或不适合化疗,也可考虑单用内分泌治疗;对淋巴结阴性乳腺癌,术后辅助化疗只适用于那些具有高危复发风险因素的患者(患者年龄 <35 岁、肿瘤直径 $\geq 2\text{cm}$ 、分级 II~III 级、脉管瘤栓、HER-2 阳性、ER/PR 阴性等)。

3. 新辅助化疗 新辅助化疗是指为降低肿瘤临床分期,提高切除率和保乳率,在手术或手术加局部放射治疗前,首先进行全身化疗。适应证:临床分期为 IIIA(不含 T_3, N_1, M_0)、IIIB、IIIC;临床分期为 IIA、IIB、IIIA(仅 T_3, N_1, M_0) 期,除了肿瘤大小以外,符合保乳手术的其他适应证。

思路 2:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

乳腺癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 乳腺癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随诊方案及术后需要继续治疗方案简介(含放化疗剂量、间隔)。

2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:围术期切口脂肪液化、皮下积液以及放化疗期间粒细胞、血小板数量减少等变化的监测和处理。

3. 需要转回专科治疗的情况,包括:切口感染、粒细胞和血小板数量明显减少等。

【问题 8】患者的社区长期管理?

思路 1:基于健康档案的长期管理。

为乳腺癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。预约随访或家庭访视日期。

思路 2:患者的社区随诊内容和时限。

知识点

随访原则

1. 临床体检 最初两年每 4~6 个月一次,其后 3 年每 6 个月一次,5 年后每年一次。

2. 乳腺超声 每 6 个月一次。

3. 乳腺钼靶照相 每年一次。

4. 胸片 每年一次。

5. 腹部超声 每 6 个月一次,3 年后改为每年一次。

6. 存在腋窝淋巴结转移 4 个以上等高危因素的患者,全身骨扫描每年一次,5 年后可改为每 2 年一次。



7. 血常规、血生化、乳腺癌标志物的检测每 6 个月一次,3 年后每年一次。
8. 应用三苯氧胺的患者每年进行一次盆腔检查。
9. 乳腺癌的发病与情绪有关,对于情绪不佳的患者应注意随访并提醒患者调整情绪。
10. 临床随访花费少,对经济条件差、无条件进行加强随访的高危患者进行临床随访会很有益处。

思路 3: 患者在社区的心理干预。

早期心理干预的重点是让学生接受患病的事实,在此基础上树立康复的信心,提升配合治疗的积极性。晚期患者的心理干预内容也包括坦然接受死亡。

思路 4: 指导患者改善自我形象。

1. 鼓励学生佩戴义乳,佩戴义乳可减少因不对称姿势而导致的颈痛及肩臂疼痛,有助于纠正斜肩、保持平衡、预防颈椎倾斜、恢复良好体态,同时具有保护胸部的作用,并能增强自信心。

2. 选择义乳以及如何佩戴需请专业人员指导,不宜过大或太重,一般在康复 1 年后佩戴。

3. 对乳腺癌根治术者,术后 3 个月可行乳房再造术,但有肿瘤转移或乳腺炎者,严禁假体植入。

知识点扩展或问题延伸

【问题】患者家庭的全科医学照顾?

思路 1: 一级亲属初步筛查服务。

依据乳腺癌的流行病学特征,全科医生应为 40 岁以上的乳腺癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①乳腺肿块,乳腺溢液、近期体重改变情况;②乳腺疾病病史;③初步考虑乳腺疾病者,应行乳腺钼靶检查等。

思路 2: 患者家属的身心照顾。

肿瘤患者家属同样承受巨大的心理压力,生活节律也会被改变。这些变化可能成为患者家属潜在疾病(特别是心脑血管疾病)发作的诱因,全科医生应该给予相应的处理。当发现患者家属有心理问题时,全科医生应帮助患者家属寻求心理医师的帮助。

(陈丽英)

参考文献

- [1] 余之刚,李玉阳.2010 版 NCCN 乳腺癌筛查和诊断临床实践指南解读与体会.中华乳腺病杂志,2010,4(4):4-8.
- [2] 徐兵河.2012 年《ASCO 临床实践指南:乳腺癌初步治疗后随访与管理》解读.中华乳腺病杂志,2013,7(1):1-3.
- [3] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2013 版).中国癌症杂志,2013,23(8):637-684.
- [4] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.原发性乳腺癌规范化诊疗指南(试行).中国医学前沿杂志,2013,5(5):30-33.
- [5] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2011 年版).中国癌症杂志,2011,21:367-417.
- [6] 钟玲,姜军,范林军.乳腺癌患者随访的相关因素分析.中华乳腺病杂志,2008,58(6):363-366.
- [7] 刘军.不同治疗方式对乳腺癌患者生活质量、局部区域复发率、远处转移率及生存率的影响:5 年随访评价.中国临床康复,2005,9(26):26-27.
- [8] 李雪莲,何苗,许志远,等.女性乳腺癌危险因素病例对照研究.疾病控制杂志.2006,10(1):8-11.



- [9] 刘俊平,陈俊英,陈丽羽,等.国内超声造影诊断乳腺癌的文献质量评价.肿瘤学杂志.2011,9:688-691.
- [10] 刘赫,姜玉新,刘吉斌,等.超声造影增强形式对乳腺病变的诊断价值.中华超声影像学杂志,2009,18(5):414-417.
- [11] 冯小伟,叶兆祥.乳腺癌筛查的现状与进展.国际医学放射学杂志.2012,35(2):131-134.

第三十二章 宫 颈 癌

宫颈癌(cervical cancer)是常见的妇科恶性肿瘤之一,发病率在我国女性恶性肿瘤中居第二位,仅次于乳腺癌(breast cancer)。近年来大量研究表明,宫颈癌的发病年龄呈年轻化趋势。因此,有必要规范宫颈癌的诊断与治疗。随着检测手段的进步,早期宫颈癌及宫颈上皮内瘤变(cervical intraepithelial neoplasia, CIN)的检出率大大提高,使宫颈癌和癌前病变得以早期发现和治疗,宫颈癌的发病率和死亡率明显下降。

临床病例

女,62岁,主因“阴道不规则出血3月余”来本社区卫生服务中心就诊。患者绝经10年,绝经后无阴道流血情况。3个月前无明显诱因下出现阴道不规则流血,少量,伴腥臭阴道流液。无明显腹痛,无明显发热畏寒等不适。小便时有时少量出血,夜间尿频,起夜2~3次,每次小便量少,偶有尿痛。自发病以来,神清,精神可,胃纳可。睡眠一般,体重下降5kg。为求进一步治疗来院,门诊拟“阴道出血待查:子宫颈癌可能”。既往:13年前因阴道分泌物增多于外院行宫颈活检,诊断为“CIN II”,未行进一步治疗,后未复查。19岁结婚,育有4子1女。

【问题1】通过上述问诊,该患者可疑的诊断是什么?

根据患者的主诉、症状、既往史、婚育史,应高度怀疑宫颈癌可能。

思路1:老年女性,绝经10年,患者为宫颈癌的好发人群,应引起重视。

知识点

宫颈癌的预防

1. 妇科普查不容忽视 宫颈癌虽然危险,但是也有它自己的“软肋”,即最易早期发现。从早期的炎症发展到恶性的癌变需要6到8年的时间,通过合理有效的检查手段,检查出病变,及时治疗。

2. 远离宫颈癌的危险因素,开展洁身自爱教育 目前此病在发展中国家发病率高于发达国家,原因就在于前者妇女的保健意识较差,等到发病了才去检查,而这时肿瘤往往已经到了晚期。因此,增强保健意识尤为重要。

3. 怀孕增加宫颈癌危险性 宫颈癌早期不会影响怀孕,随着怀孕,子宫大量充血,孕妇输送来的营养不仅养了胎儿,同时会使癌变部位以及其迅速的速度增长。另一方面孕妇身体因怀孕分泌的一些激素对癌症有促进作用,怀孕时身体免疫力下降,无法抵抗癌细胞的侵蚀。此类宫颈癌患者预后不佳。所以孕妇在怀孕前,一定要做好各种检查。

4. 提倡计划生育和晚婚晚育。

5. 普及卫生知识,加强妇女卫生保健 重视宫颈慢性病的防治,积极治疗宫颈癌前病变如宫颈糜烂、宫颈湿疣、宫颈不典型增生等疾病。

思路2:阴道流血为宫颈癌的常见症状,老年患者常表现为绝经后不规则流血,该患者情况



与之相符。发病以来,体重下降明显,提示恶性疾病可能。尿频、尿痛等情况可以用肿瘤压迫来解释。

知识点

临床表现

1. 症状

(1) 阴道流血:早期多为接触性出血,晚期为不规则出血。年轻患者也可表现为经期延长,经量增多;老年患者常为绝经后不规则阴道流血。

(2) 阴道排液:多数患者阴道有白色或血性、稀薄如水、有腥臭排液,晚期患者因癌组织坏死伴感染,可有大量米汤样或脓性恶臭白带。

(3) 晚期症状:根据癌灶累及范围出现不同的继发性症状。如尿频、尿急、便秘,下肢疼痛等;癌肿压迫或累及输尿管时,可引起输尿管梗阻、肾盂积水及尿毒症;晚期可有贫血、恶病质等全身衰竭症状。

2. 体征

视诊:应在充足照明条件下进行,直接观察外阴和通过阴道窥器观察阴道及宫颈。除一般观察外应注意癌浸润范围,宫颈肿瘤的位置、范围、形状、体积及与周围组织的关系。

触诊:肿瘤的质地、浸润范围及其与周围组织的关系等必须通过触诊确定。有些黏膜下及宫颈管内浸润,触诊比视诊更准确。三合诊检查可了解阴道旁、宫颈旁及子宫旁有无浸润,肿瘤与盆壁关系,子宫骶骨韧带、子宫直肠窝、直肠本身及周围情况等。

思路 3:问诊时应特别注意婚育史、既往史的收集。宫颈癌的病因尚未明确,可能与性行为 and 分娩次数,病毒感染,吸烟,生活环境,饮食习惯等因素相关。该患者既往曾被诊断为“CIN II”,性生活较早,分娩次数多,均为宫颈癌的易感因素。

知识点

宫颈癌的高危因素

人类乳头瘤病毒(HPV)感染是宫颈癌及癌前病变的首要因素。高危因素有过早性生活、多个性伙伴、多产、丈夫婚外性行为、丈夫阴茎癌等,其他因素如社会经济条件较差、营养不良、吸烟也与宫颈癌的发生相关。

思路 4:宫颈癌诊断的早晚与治疗的效果密切相关。早期诊断是提高治愈率的关键。因此对不同年龄段妇女开展相应的宫颈癌筛查尤显重要。

知识点

宫颈癌筛查建议

1. 所有女性都应从 21 岁开始接受宫颈癌筛查。
2. 21~29 岁的女性应每 3 年进行 1 次子宫颈涂片检查。
3. 30 岁以上的女性除了应每 3 年进行 1 次子宫颈涂片检查外,还应每 3~5 年进行 1 次人类乳头瘤病毒(HPV)检查。
4. 65 岁以上女性若在 3 次子宫颈涂片检查中均未发现异常状况,则不需要进行 HPV 检查。



5. 子宫颈涂片检查结果正常,但人类乳头瘤病毒检查结果为阳性的女性,应接受相关的复查及基因分型测试,以确定其是否携带人类乳头瘤病毒 16(HPV16)和人类乳头瘤病毒 18(HPV18)。在宫颈癌患者中,有 70% 的人都是因感染这两类人类乳头瘤病毒而发病的。

6. 子宫颈涂片检查的结果若轻度异常,但人类乳头瘤病毒筛查结果为阴性,应每 3 年进行 1 次人类乳头瘤病毒检查或子宫颈涂片检查。

7. 已经接受人类乳头瘤病毒疫苗的女性,也应从 21 岁开始进行宫颈癌筛查。

【问题 2】对诊断宫颈癌的患者,全科医生还应该注意搜集哪些临床资料?

思路 1:应重视妇科专科检查。

重点检查有无宫颈改变,是否触摸到肿块,若有,应及时对肿块的大小、性质、与周围组织有无粘连等情况作出判断。阴道两侧有无异常,子宫骶骨韧带、子宫直肠窝有无变化等。如发现周围组织有异常变化,则可能肿瘤发生转移,应引起重视(图 32-1,图 32-2)。

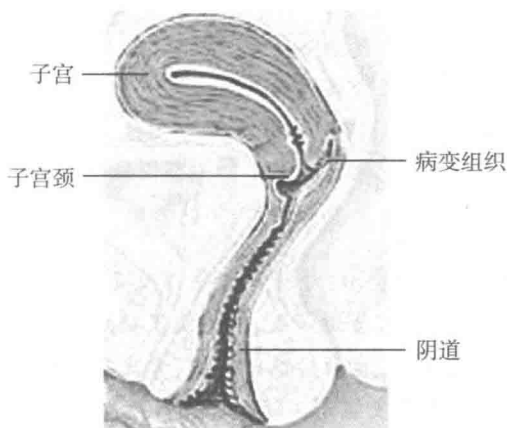


图 32-1 宫颈癌的病变部位

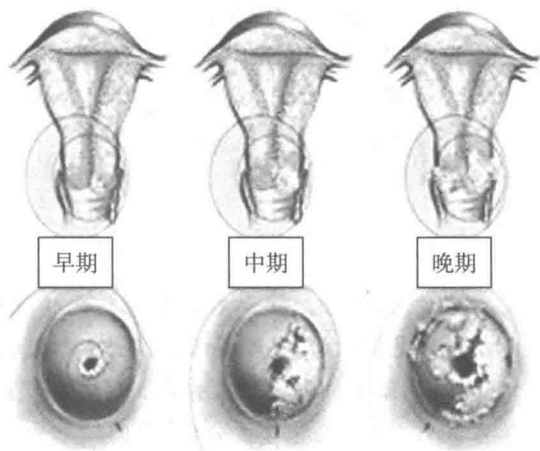


图 32-2 宫颈癌的演化

知识点

宫颈癌的转移途径

1. 直接蔓延 最常见,癌组织局部浸润,向邻近器官及组织扩散。常向下累及阴道壁,极少向上由宫颈管累及宫腔;癌灶向两侧扩散可累及主韧带及宫颈旁、阴道旁组织直至骨盆壁;癌灶压迫及侵犯输尿管时,可引起输尿管阻塞及肾积水。晚期可向前、后蔓延侵犯膀胱或直肠,形成膀胱阴道瘘或直肠阴道瘘。

2. 淋巴转移 癌灶局部浸润后侵入淋巴管形成瘤栓,随淋巴液引流进入局部淋巴结,经淋巴管内扩散。

3. 血行转移 极少见,晚期可转移至肺、肝或骨骼等。

思路 2:全面的身体状态评估有助于宫颈癌患者能否耐受手术、放疗、化疗等一系列针对性治疗,评估内容包括:①心肺功能;②肝肾功能;③心理状态;④患者及家人对该病的认识;⑤目前的家庭资源(经济情况、家人鼓励和陪伴)及可以调动的潜在资源等。

【问题 3】哪些患者需要转诊至上级医院?

思路 1:宫颈癌需要早诊断、早治疗,全科医生应在发现宫颈癌病例或可疑病例后立即转诊。

知识点

宫颈癌的转诊标准

疑似有宫颈癌应立即转诊至妇产科。

新发现有宫颈上皮内瘤变,特别是 CINⅢ的患者,应转至上级医院进行诊断,必要时应作病理检查。

既往有 HPV 感染病史,也需要定期到上级或专科医院检查及治疗。

思路 2:全科医生在向上级医院转诊时需要提供的资料。

知识点

宫颈癌上转时的转诊资料

1. 围绕宫颈癌的资料(主诉、现病史、查体和辅助检查)。帮助专科医生决定下一步的诊疗措施,也有效避免患者承担不必要的重复检查费用。
2. 合并疾病。为专科医生做全面的术前评估提供资料。
3. 目前正在使用的药物。
4. 主要脏器功能,以帮助专科医生判断是否有手术禁忌证。
5. 家庭状况、社会经济心理状况等。

病例续

患者,女性,62岁,从社区医院转至我院就诊。妇科检查示:外阴呈老年性改变,阴道两侧壁可见糜烂面,宫颈萎缩,菜花状改变,表面血管增生,穹隆近消失,未见明显病灶。肛诊示:双侧骶主韧带未触及异常。阴道B超示:绝经后子宫,宫颈后低回声团,考虑癌。泌尿系统B超示:左肾肾盂分离,左侧输尿管上段扩张,中下段显示不清。膀胱残余尿量测定示:右下腹髂血管旁囊性包块,包裹性积液待排。阴道镜下取标本,病理示:(宫颈)中分化鳞状细胞癌,(左右侧阴道壁)黏膜组织慢性炎症(图 32-3,图 32-4)。自发病以来,食欲明显减退,体重下降 5kg。收入院治疗。

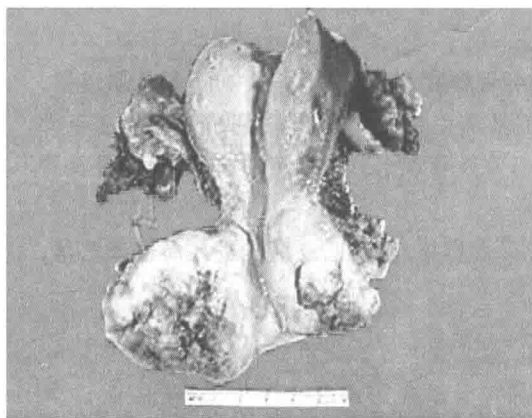


图 32-3 宫颈鳞状细胞癌的大体标本

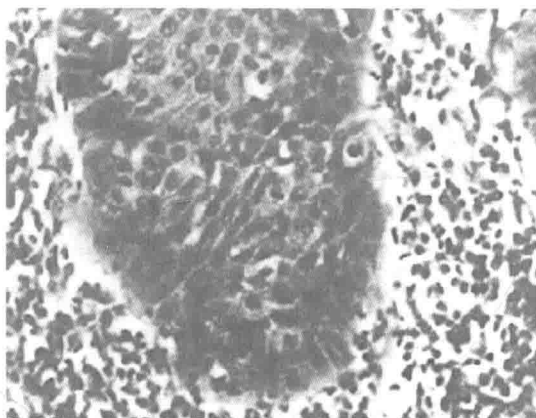


图 32-4 宫颈鳞状细胞癌的病理切片

【问题 4】患者转诊到专科医院后最需要的检查是什么?

思路 1:全科医生在怀疑或初步诊断宫颈癌转诊至上级医院前,向患者及家属简要介绍进一



步的检查。包括宫颈/阴道细胞学涂片检查、阴道镜、影像学检查、肿瘤标志物检测等。

知识点

宫颈癌的检查手段

1. 宫颈/阴道细胞学涂片检查 目前为发现宫颈癌前病变和早期宫颈癌的主要手段,特别是对临床体征不明显的早期病变的诊断。

2. 组织学检查 CIN 和宫颈癌的诊断均应有活体组织学检查证实。对于多次取活检仍不能确诊者,需用切取法进一步采集较深部组织。同时应注意对患者进行宫颈管搔刮术。当宫颈表面活检阴性、阴道细胞学涂片检查阳性或临床不能排除宫颈管癌时,或发现癌但不能确定有无浸润和浸润深度而临床上需要确诊者,可行宫颈锥形切除送病理检查。

3. 腔镜检查

(1) 阴道镜:对发现宫颈癌前病变、早期宫颈癌、确定病变部位有重要作用,可提高活检的阳性率。

(2) 膀胱镜、直肠镜:临床上怀疑膀胱或直肠受侵的患者应对其进行相应腔镜检查。

4. 影像学检查

(1) 腹盆腔超声:包括经腹部及经阴道(或直肠)超声。主要用于宫颈局部病变的观察,同时可以观察盆腔及腹膜后区淋巴结转移情况,以及腹盆腔其他脏器的转移情况。

(2) 腹盆腔 MRI:软组织分辨率高,是显示宫颈病变最佳的影像学方法,可以明确地分辨病变与周围正常结构的界限,特别是明确病变与直肠、膀胱、阴道等结构的关系。

(3) 腹盆腔 CT:CT 检查可以客观评价宫颈病变与周围结构(膀胱、直肠等)的关系,以及淋巴结是否有转移,同时观察腹盆腔其他器官是否有转移。

(4) 胸部 X 线摄影或胸部 CT 检查:包括胸部正位和侧位片,主要目的是为了排除肺转移,必要时行胸部 CT 检查。

(5) 核素骨扫描,仅用于怀疑有骨转移的患者。

(6) 对于宫颈癌 IVa 期的患者,需要由膀胱镜或直肠镜活检病理证实。

思路 2:患者目前可通过宫颈/阴道细胞学涂片进行初步检查。

知识点

宫颈癌筛查方式

1. 宫颈细胞学检查 目前为发现宫颈癌前病变和早期宫颈癌的主要手段,特别是对临床体征不明显的早期病变的诊断。

宫颈巴氏涂片在过去 70 余年中一直是宫颈癌筛查的主要方法。近年来,宫颈薄层液基细胞学检查(TCT)被引入到宫颈癌筛查中,它能显著提高标本的满意度和宫颈异常细胞的检出率,逐渐取代巴氏涂片成为宫颈细胞学检查的主要方法。诊断结果报告为以下几类:阴性(即无上皮内瘤变和癌细胞,包括正常范围和良性反应性改变),意义不明的不典型鳞状细胞(ASC-US),不除外高度病变的不典型鳞状细胞(ASC-H),低度鳞状上皮内病变(LSIL),高度鳞状上皮内病变(HSIL),鳞状细胞癌,不典型腺细胞(AGC),腺癌。

2. 人类乳头瘤病毒检查 HPV 检测有 100 多种亚型,仅高危型 HPV 才引起宫颈病变和宫颈癌,因此 HPV 检测应针对高危型。

一般认为,HPV 检测有以下用途。

(1) 分流:对于 21 岁及以上的妇女,当宫颈细胞学诊断为 ASC-US 时,如果 HPV 阳性,



推荐阴道镜检查,阴性则3~6个月复查宫颈细胞学。对于65岁以上的老年妇女的LSIL,也可通过检测HPV做类似分流。

(2) 随诊:对于细胞学诊断为ASC-US、ASC-H、LSIL或AGC而阴道镜活检为阴性或仅为CINI的妇女,可用HPV检测进行随诊。对于接受过治疗的CINII、CINIII患者,也可采用检测HPV随诊。与宫颈细胞学筛查类似,不建议在21岁以下的年轻妇女中行HPV检测,如果无意间进行了检测,其结果也不作为后续处理依据。

在HPV亚型中6、11、42、43、44亚型属低危型,一般不诱发病变;16、18、31、33、35、39、45、51、52、56或58亚型属高危型。最为常见的HPV亚型依次为HPV-16、18、33、45、31、58、52和35。90%的宫颈癌患者可检查以上8种HPV之一。其中HPV-16和HPV-18感染占有宫颈癌患者的70%。HPV-16或HPV-18阳性患者其ASC-US或LSIL转变为CINIII的概率远高于其他HPV亚型阳性或未检测出HPV者。

思路3:通过宫颈/阴道细胞学涂片检查初步诊断之后,该患者还需进行什么检查?

患者可以进一步行妇科B超和阴道镜活检,进一步明确诊断。

知识点

阴道镜检查

美国妇产科学会(ACOG)以及美国阴道镜和宫颈病理学会(ASCCP)均认为宫颈细胞学检查是宫颈癌的初始筛查手段,仅在有指征的妇女中进行阴道镜检查。关于阴道镜检查,ASCCP认为有几点需要强调:首先要明确阴道镜检查是否满意(即是否完全暴露移行带)并对异常改变进行描述,其次是在阴道镜指导下对可疑病变进行多点活检,最后要根据阴道镜检查是否满意和年龄决定是否行宫颈管诊刮(ECC)。

ASCCP指南对以下人群分别进行了讨论

1. 21岁及以上的非妊娠妇女(普通人群) 对于宫颈细胞学报告为ASC-H、LSIL、HSIL的妇女,无论HPV阳性与否,均推荐行阴道镜检查 and 活检。对于报告为ASC-US的妇女,有3种可选措施:一是通过HPV检测进行分流,阳性者行阴道镜检查,阴性者3~6个月后复查细胞学;二是直接行阴道镜检查;三是观察并治疗潜在的炎症后6个月复查细胞学。对宫颈细胞学报告为AGC的妇女,均推荐阴道镜检查,并视情况行ECC或诊断性刮宫。如果患者<35岁且无子宫内腺高危因素,ECC即可;如果患者≥35岁,或有子宫内腺癌高危因素、不正常阴道出血、发现不典型子宫内腺腺细胞,则应行诊断性刮宫。

2. 妊娠妇女 一般认为妊娠期行宫颈细胞学检查是安全的,但阴道镜检查 and 宫颈活检需要慎重,ECC在妊娠期则属于禁忌。对于妊娠期的ASC-US,可推迟到产后6周再行阴道镜检查;对于妊娠期的LSIL,可行阴道镜检查,也可推迟到产后6周进行。对于妊娠期的HSIL或更重病变以及AGC,推荐阴道镜检查。如果阴道镜检查怀疑CINII、CINIII或宫颈癌,则需行宫颈活检。

3. 绝经后妇女和免疫抑制状态的妇女 对于绝经后妇女的LSIL,可通过HPV-DNA检测进行分流。对于绝经后妇女的其他类型的细胞学结果,推荐阴道镜检查 and ECC。HIV感染和肾移植后有免疫抑制状态的妇女,阴道镜检查指征同普通人群。

4. 年龄<21岁的女性 对于21岁以下妇女的ASC-US,每年1次宫颈细胞学复查即可。如果在第12个月随诊时仍为ASC-US,可12个月后再复查。如果随诊发现HSIL或更高级别病变,则需要阴道镜检查。如果在第24个月复查时仍为ASC-US或更重的病变,也需要阴道镜检查。



5. 联合筛查 HPV 阳性且细胞学阴性的女性应遵循以下方案之一。

(1) 在 12 个月重复联合筛查。如 12 个月后的联合筛查任一项阳性(HPV 阳性,LSIL 或更严重的细胞学异常),则需转诊阴道镜检查;如联合筛查均为阴性(HPV 阴性和 ASC-US 或细胞学阴性),则继续常规筛查。

(2) 立即行 HPV 基因分型检测,如高危型 HPV,如 HPV-16、18、33、45、31、58、52 和 35 检测阳性,尤其以 HPV16 或 HPV18 阳性,应则需立即转诊阴道镜检查;高危型 HPV 阴性则在 12 个月进行联合筛查。

思路 4:宫颈癌的组织学分型有哪几类? 该患者属于哪一类?

根据患者病理检查结果,该患者属于中分化鳞状细胞癌。

知识点

宫颈癌的病理分型

1. 鳞状细胞浸润癌 是宫颈癌常见的类型。
2. 腺癌 占宫颈癌 15%~20%。
3. 腺鳞癌 包含腺癌和鳞癌两种细胞类型。

思路 5:该患者是否应该检测肿瘤标志物?

该患者应在术前检测肿瘤标志物,目的是帮助评估预后和监测复发。

知识点

瘤标志物检查的意义

肿瘤标志物异常升高可以协助诊断、疗效评价、病情监测和治疗后的随访监测,尤其在随访监测中具有重要作用。鳞状上皮细胞癌抗原(SCC)是宫颈鳞状细胞癌的重要标志物,血清 SCC 水平超过 1.5ng/ml 被视为异常。因宫颈癌以鳞状细胞癌最为常见,所以 SCC 是宫颈癌诊治过程中最常用的血清学肿瘤标志物。

病 例 续

手术记录:患者在全麻下行宫颈癌根治术,术中盆腹腔内未见明显积液。子宫萎缩,表面光滑,活动好,双侧附件萎缩,未见明显异常,盆腹腔腹膜、膀胱、肠管、肠系膜、阑尾、肝、胆、脾、胃、大网膜及横膈表面光滑。剖解子宫内菲薄、肌壁无特殊,前后唇近颈管散在菜花样肿物,大小约 1.5cm×1.0cm,阴道后穹隆处可见一直径约 1.0cm 大小糜烂面。

患者术后恢复好,无发热,腹腔引流液为暗红色液体,100~200ml,逐渐减少,术后第四天拔除腹腔引流管。导尿管引流通畅,于术后两周拔出导尿管,改普食。术后第七天病理结果示:全子宫及双附件切除标本,宫颈中分化鳞状细胞癌,浸润至肌层约 1cm,淋巴结未见癌转移(0/19),宫旁及阴道切缘阴性。

【问题 5】该患者应选择何种治疗方法?

目前宫颈癌的治疗强调多学科合作的综合治疗,确定治疗方案的基础则为宫颈癌的临床和病理分期,同时需结合一般状况及伴随疾病等进行考虑。该患者无远处转移,可采用手术治疗。



知识点

宫颈癌的治疗手段

宫颈癌的治疗包括手术、放疗、化疗和综合治疗。早期宫颈癌患者(I~IIA1)可选择单纯根治性手术与单纯根治性放疗,两者治疗效果相当,5年生存率、死亡率、并发症发生率相似。各期宫颈癌均可选择放疗。对于IIB以上中晚期宫颈癌及局部晚期宫颈癌(IIA2和IIA2期)采用以顺铂为基础的同步放化疗。治疗方式的选择应根据患者年龄、病理类型、分期等综合考虑。

1. 手术治疗 手术治疗主要用于早期宫颈癌,即IA~IIA期。对于局部晚期、大病灶IIB2~IIA2(>4cm)患者采取手术治疗仍存有争议。

2. 放疗 适用于各期宫颈癌,但主要应用于IIB期以上中晚期宫颈癌患者及不能耐受手术治疗的早期宫颈癌患者。

3. 化疗 主要应用于放疗患者给予单药或联合化疗进行放疗增敏即同步放化疗。另外,还有术前的新辅助化疗以及晚期远处转移、复发患者的姑息治疗等。

【问题6】患者的其他治疗计划是什么?

思路1:术后放疗是根据手术后病理检查结果决定的,该患者淋巴结未见癌转移,宫旁及阴道切缘阴性,局部复发可能性小,可不进行术后放疗治疗。

知识点

放疗原则及并发症

1. 放疗原则 恶性肿瘤的放疗原则与其他治疗手段一样,要最大限度地杀灭癌细胞,尽最大可能保护正常组织和重要器官,即提高治疗效果,降低并发症。

若放疗联合手术综合治疗时,要根据肿瘤情况及患者条件决定是术前放疗还是术后放疗。术前放疗是计划性的,其目的是通过术前放疗,降低癌细胞活力或减少种植和扩散的概率;缩小肿瘤范围,提高手术切除率;杀伤亚临床病灶,降低局部复发率。术后放疗是根据手术后病理检查结果决定,具有不良预后影响因素:如淋巴结转移、切缘阳性、宫旁浸润、深肌层浸润、宫颈局部肿瘤体积大以及脉管瘤栓等,可行术后放疗,减少局部复发,提高疗效,但两种治疗并用也增加了治疗并发症。

2. 放疗并发症

(1) 早期并发症:包括治疗中及治疗后不久发生的并发症,如感染、阴道炎、外阴炎、骨髓抑制、胃肠反应、直肠反应、膀胱反应和机械损伤等。

(2) 晚期并发症:常见的有放射性直肠炎、放射性膀胱炎、皮肤及皮下组织的改变、生殖器官的改变、放射性小肠炎等。最常见的是放射性直肠炎,多发生在放疗后1~1.5年。主要表现为:大便次数增多、黏液便、便血,严重者可出现直肠阴道瘘,其次常见的是放射性膀胱炎,多数在1年半左右,主要表现为尿频、尿痛、尿血、排尿不畅,严重者可出现膀胱阴道瘘。

思路2:患者转回社区时专科医生需要提供的资料。

知识点

宫颈癌患者转回社区医院时的转诊资料

1. 宫颈癌的明确诊断(含病理)、分期(含转移部位)、已经实施的治疗方法,专科随诊方案及术后需要继续治疗方案简介。



2. 术后治疗过程中可能出现的问题及社区处理建议,包括:皮肤切口及腹部创面渗血;切口脂肪液化、感染;术后伤口疼痛、发热、恶心、呕吐等需对症处理;长期卧床发生坠积性肺炎、咳嗽咳痰、胸闷、气急、发热、需长期抗感染治疗。

3. 需要转回专科治疗的情况,包括:阴道残端愈合不良、肠粘连、肠梗阻、下肢静脉血栓栓塞、肺栓塞等。

【问题7】患者的社区长期管理?

思路1:基于健康档案的长期管理。

为宫颈癌患者建立健康档案,详细了解患者发病情况、既往病史、辅助检查、住院期间治疗情况、目前的药物和非药物治疗等。根据病情制订健康教育和健康指导内容,并记录在案。预约随访或家庭访视日期。

思路2:患者的社区随诊内容和时限。

通常术后两年内,每三个月门诊复查一次,复查的内容包括血常规、生化检查、肿瘤标志物、胸片、B超,必要时可转至上级医院行盆腔增强CT或MRI检查。术后两年到五年,可每半年复查一次,五年之后可每年复查一次,终生随诊。遇有其他需要随诊的临床情况应缩短随诊间隔。

思路3:患者在社区的心理干预。

早期心理干预的重点是让学生接受患病的事实,在此基础上树立康复的信心,提升配合治疗的积极性。晚期患者的心理干预内容包括正视疾病的发生发展过程和对因疾病死亡的认知。

思路4:患者的健康教育。

告知患者在食品调配上要注意色、香、味,少食多餐高蛋白、高维生素、高热量饮食。如果出现腹泻,宜进食少渣低纤维饮食,避免易产气的食物,如糖、豆类、碳酸类饮食。

思路5:生活指导。

指导患者生活要有规律,按时作息,注意保暖,预防感冒,保证休息和充足的睡眠。注意外阴部清洁,勤换内裤,两年内禁止性生活。全科医师要向其配偶讲解性知识,性交疼痛是宫颈癌治疗后的主要问题。

知识点扩展或问题延伸

【问题】患者家庭的全科医学照顾?

思路1:一级亲属初步筛查服务。

依据宫颈癌的流行病学特征,全科医生应为40岁以上的宫颈癌一级亲属提供初步筛查服务,包括:①阴道流血、阴道排液、近期体重改变情况;②宫颈上皮内瘤变病史;③初步考虑宫颈疾病者,应行宫颈或阴道细胞学涂片检查等。

思路2:患者家属的身心照顾。

肿瘤患者家属同样承受巨大的心理压力,生活节律也会被改变。这些变化可能成为患者家属潜在疾病(特别是心脑血管疾病)发作的诱因,全科医生应该给予相应的处理。当发现患者家属有心理问题时,全科医生应帮助患者家属寻求心理医师的帮助。

(陈丽英)

参考文献

1. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 宫颈癌及癌前病变规范化诊疗指南(试行). 中国医学前沿杂志, 2013, 5(8): 40-49.
2. chengquan zhao, 杨敏. 美国最新子宫颈癌筛查指南的介绍. 中华妇产科杂志, 2013, 48(5): 394-396.
3. 林仲秋, 王丽娟, 刘龙阳. 国际妇产科联盟2012宫颈癌诊治指南解读. 中国实用妇科与产科杂志. 2010, 29(5): 323-325.



4. 谭先杰. 宫颈癌的筛查和癌前病变的处理. 中国实用妇科与产科杂志. 2010, 26(9): 654-656.
5. Chengquan Zhao, 毛瑛玉. 美国最新子宫颈癌筛查异常女性的临床处理指南介绍. 中华妇产科杂志, 2014, 49(1): 73-77.
6. 钱敏, 尤志学. ACS/ASCCP/ASCP 宫颈癌预防及早期诊断筛查指南解读. 现代妇产科进展, 2013, 22(7): 521-522.
7. Robert A. Smith, Vilma Cokkinides, Otis Webb Brawley. 美国癌症协会现行医学指南和癌症筛查回顾. 中国继续医学教育, 2009, (1): 59-65.
8. Smith JHF. The future of the cervical screening in the UK. Diag Histopath, 2009, 15: 330-334.
9. 赵澄泉, 杨怀涛, 田智丹, 等. 美国食品药品监督管理局批准的检测人乳头瘤病毒 DNA 的方法简介. 中华病理学杂志, 2012, 41: 855-857.
10. 李春风. 宫颈癌的早期筛查. 医学综述, 2012, 18(4): 530-532.

中英文名词对照索引

A

爱的支持 love support 39
安排随访 arrange 62
安慰与解释 reassurance and explanation 29
《澳大利亚家庭医生》 Australian Family Physician 92

B

报警症状或体征 red flags 74
背景 background 24
背景问题 background question 97
鼻咽癌 carcinoma of nasopharynx 268
鼻咽血管纤维瘤 angiofibroma of nasopharynx 272
丙氨酸转移酶 alanine aminotransferase, ALT 220, 223
病患 illness 22
病例发现 case finding 62

C

CT computed tomography, CT 251
CT 血管造影 computed tomography angiography, CTA 255
C 反应蛋白 C-reactive protein, CRP 255
重塑 re-modeling 152
出血性卒中 hemorrhagic stroke, HS 251, 258
处方 prescription 29
处理 handling 25
磁共振 magnetic resonance imaging, MRI 251
磁共振血管造影 magnetic resonance angiography, MRA 255
促甲状腺素 thyrotropin, TSH 286

D

代表计划 plan 102
代表评估 assessment 102
胆固醇 total cholesterol, TC 213
道德 morality 87
低密度脂蛋白 low density lipoprotein, LDL 213
低密度脂蛋白胆固醇 low density lipoprotein cholesterol, LDL-C 256

短暂性脑缺血发作 transient ischemic attack, TIA 251

E

二级预防 secondary prevention 58

F

烦恼 trouble 25
反馈 feed back 83
非小细胞肺癌 NSCLC 297
非药物治疗 non-drug therapy 98
非甾体类抗炎药物 non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs 194
粪便隐血 fecal occult blood test, FOBT 99
服务可及性 accessible 27

G

GRADE 证据质量和推荐强度分级系统 grading recommendations assessment, development and evaluation, GRADE 95
概率推理 probabilistic reasoning 72
甘油三酯 triglyceride, TG 213
高密度脂蛋白 high density lipoprotein, HDL 213
高血压 hypertension 98
告诫或建议 advice 29
个体预防 individual prevention 59
公正原则 principle of justice 88
宫颈癌 cervical cancer 351
宫颈上皮内瘤变 cervical intraepithelial neoplasia, CIN 351
共识 agree 62
沟通 communication 83
骨质疏松症 osteoporosis, OP 227
关注现在 present focus 25
观察 observation 29
冠状动脉粥样硬化性心脏病 coronary atherosclerotic heart disease 134
归纳推理 inductive reasoning 71
国际糖尿病联盟 International Diabetes Federation, IDF 198

H

H₂受体拮抗剂 H₂ receptor antagonist, H₂-RA 194
 喉癌 carcinoma of the larynx 276
 化学预防 chemoprophylaxis 67
 环境资源 environmental resources 39
 患病 sickness 23

I

¹³¹I清除分化型甲状腺癌术后残留的甲状腺组织 ¹³¹I
 ablation for thyroid remnant 290

J

机会性筛查 opportunistic screening 62
 肌酸激酶 creatine kinase, CK 223
 基本医疗 primary care 12
 基于专家共识的临床指南 consensus based
 guideline 93
 极低密度脂蛋白 very low density lipoprotein,
 VLDL 213
 急性冠脉综合征 acute coronary syndrome, ACS 94, 134
 急性呼吸窘迫综合征 acute respiratory distress
 syndrome, ARDS 307
 急诊内镜检查 emergency endoscopy 193
 疾病 disease 22
 疾病管理 disease management 107
 疾病筛查 screening 62
 脊索瘤 notochordoma 272
 计算机辅助决策系统 computerized decision support
 system, CDSS 92
 《加拿大家庭医师》 Canadian Family Physician 92
 家庭的结构 structure of family 33
 家庭结构和家庭角色 role and structure of family 44
 家庭评估 family assessment 38
 家庭圈 family circle, thrower 40
 家庭生活周期 family life cycle 36
 家庭适应度及凝聚力评估量表 Family Adaptability and
 Cohesion Evaluation Scale, FACES 量表 42
 家庭危机 family crisis 38
 家庭医生 family doctor 9
 家庭医学 family medicine 2
 家庭资源 family resource 39
 家系图 genogram, family tree 40
 家族的疾病史 illness in family, past and present 44
 甲状腺癌 thyroid carcinoma 285

假设-演绎推理 hypothetical- deductive reasoning 71
 健康档案 health record 102
 健康风险评估 health risk assessment 103
 健康管理 health management 100
 健康教育 health education 89
 健康信念模型 health belief model 27, 129
 健康咨询 health counseling 61
 交流 communication 44
 教育资源 educational resources 39
 阶段变化理论 The Transtheoretical Model, The Stages of
 Change model 130
 接受 acceptance 25
 结肠癌 colon cancer 328
 结构支持 structural support 39
 经济支持 financial support 39
 经济资源 economic resources 39
 经颅多普勒超声 transcranial Doppler sonography,
 TCD 256
 精氨酸加压素 arginine vasopressin, AVP 153

K

克罗恩病 Crohn disease, CD 193
 客观性 objectivity 25
 客观资料 objective data 102

L

类比推理 analogical reasoning 72
 类风湿性关节炎 rheumatoid arthritis, RA 239
 类胰岛素生长因子 insulinlike growth factor, IGF 286
 临床预测规则 clinical prediction rule 72
 临床预防 clinical prevention 59
 临床诊断策略 diagnostic strategy 74
 临床诊断思维 diagnostic thinking 69
 临终关怀 hospice 89
 鳞状上皮细胞癌抗原 SCC 357
 伦理学 ethics 87

M

慢性病共病 multiple chronic diseases 70
 慢性冠脉病 chronic coronary heart disease 134
 慢性心力衰竭 chronic heart failure, CHF 144
 慢性阻塞性肺疾病 chronic obstructive pulmonary
 disease, COPD 158
 美国儿科学会 American Academy of Pediatrics, AAP 27
 美国骨科学会 American Osteopathic Association, AOA 27

美国家庭医疗委员会 American Board of Family

Practice, ABFP 16

《美国家庭医师》 American Family Physician 92

美国家庭医师学 American Academy of Family

physicians, AAFP 27

美国家庭医师学会 American Academy of Family

Physicians, AAFP 8

美国内科医师学会 American College of physicians,

ACP 27

免疫接种 immunization 65

模型识别法 pattern recognition 72

N

内镜下黏膜切除术 endoscopic mucosal resection,

EMR 306

内皮素 endothelin 153

脑出血 cerebral hemorrhage, CH 259

脑梗死 cerebral infarction, CI 251

脑钠肽 brain natriuretic peptide, BNP 146, 153

黏膜下层剥离切除术 endoscopic submucosal dissection,

ESD 306

《牛津家庭医学杂志》 Oxford Journal of Family

Practice 92

P

评估 assess 62

Q

前景问题 foreground question 97

前列腺癌 prostate cancer, PCa 335

前列腺特异性抗原 prostate specific antigen, PSA 335

情感 affect 25

渠道 route 83

全科医师或家庭医师 general practitioner, family

physician 9

全科医学 general practice 2

全科医学毕业后教育 postgraduate training program on

general practice 16

全科医学继续教育 continuing education in general

practice 16

全科医学住院医师培训 residency training program on

general practice 16

全科肿瘤学 Primary Care Oncology 298, 327

全球疾病负担研究项目 The Global Burden of Disease

Study 158

劝告 advise 62

缺血性心脏病 ischemic heart disease 134

缺血性卒中 ischemic stroke, IS 251

R

人际沟通 interpersonal communication 83

人类乳头瘤病毒 HPV 352

乳糜微粒 chylomicron, CM 213

乳头派杰病 Paget disease 346

乳腺癌 breast cancer 351

S

三级预防 tertiary prevention 59

上皮生长因子 epidermoid growth factor, EGF 286

社会资源 social resources 39

社区 community 49

社区为导向的基层医疗 community-oriented primary

care, COPC 14, 50, 131

社区卫生服务 community health service 6

社区卫生需求评价 community health needs

assessment 54

社区诊断 community diagnosis 54

生命价值原则 principle of life value 88

生态学 ecology 44

失眠患者 insomnia 98

十二指肠溃疡 duodenal ulcer, DU 190

食管癌 carcinoma of the esophagus 300

食管贲门黏膜撕裂症 Mallory-Weiss 综合征 190

食管胃交界线 esophagogastric junction, GEJ 300

世界家庭医师学会 World Organization of National

Colleges Academies and Academic Associations of

General Practitioners/Family physicians, WONCA 9

世界卫生组织 World Health Organization, WHO 22, 59

数字减影血管造影 digital subtraction angiography,

DSA 252

睡眠时间 sleeping time 98

随访 follow-up 29

T

头晕 dizziness 115

W

危险因素 risk factor 98

微浸润性癌 microinvasive carcinoma 346

维护支持 advocacy 39

卫生系统的层级 levels of the health system 9
 胃癌 gastric carcinoma 311
 胃溃疡 gastric ulcer, GU 190
 胃黏膜下恒径动脉破裂 Dieulafoy 病 193
 胃食管反流病 gastroesophageal reflux disease, GERD 182
 胃腺癌 gastric adenocarcinoma 311
 文化资源 cultural resources 39
 稳定型心绞痛 stable angina pectoris 135
 问题为中心的学习 problem-based learning 94

X

细胞色素 P450 cytochrome P450, CYP450 223
 系统评价 syntheses 94
 现场即刻诊断法 spot diagnosis 72
 腺样体肥大 adenoidal hypertrophy 273
 消化性溃疡病 peptic ulcer disease, PUD 190
 小细胞肺癌 SCLC 297
 协调合作 coordinated 27
 协助 assist 62
 心力衰竭 heart failure, HF 144
 心钠肽 atrial natriuretic peptide, ANP 146, 153
 心脏磁共振 cardiac magnetic resonance, CMR 147
 心脏再同步化治疗 cardiac resynchronization therapy, CRT 156
 信息 message 83
 信息背景 information background 83
 信息发出者 message sender 83
 信息和教育 information and education 39
 信息接收者 message receiver 83
 血管紧张素 II angiotensin II, A II 152
 循证医学 evidence based medicine, EBM 91
 循证诊断 evidence-based diagnosis 76
 循证指南 evidence based guideline 93

Y

亚洲人骨质疏松自我筛查工具 Osteoporosis Self-assessment Tool for Asians, OSTA 235, 236
 研究摘要 synopses of studies 94
 演绎推理 deductive reasoning 71
 药物治疗 drug therapy 98
 一级预防 primary prevention 58
 一体化服务 integrated medicine 13
 医德 medical morality 87
 医患沟通 doctor-patient communication 85

医患关系 doctor-patient relationship 80
 医疗保密原则 principle of medical confidentiality 88
 医疗处理 medical management 39
 医疗资源 medical resources 39
 医疗最优化原则 principle of optimal health 88
 医学伦理学 medical ethics 87
 医学模式 medical model 20
 “医学目的” the goal of medicine 4
 移情 empathy 12, 25
 以患者为导向的证据 patient oriented evidence that matters, POEM 95
 以患者为中心 patient-centered 27
 以患者为中心的医疗之家 patient-centered medical home, PCMH 27
 “以患者为中心的照顾” patient centered care 20
 以疾病为导向的证据 disease oriented evidence, DOE 95
 以人为中心的健康照顾 person-centered care 20
 以问题为导向的临床方法 problem-oriented approach 69
 以问题为中心的医疗记录 problem-oriented medical record, POMR 102
 应对压力 coping with stress 44
 《英国全科医学杂志》The British Journal of General Practice 92
 英国医学研究委员会呼吸问卷 mMRC 163
 影响 affect 44
 幽门螺杆菌 H.pylori 193
 预防 prevention 29
 预防医学 preventive medicine 57
 原始研究 studies 94

Z

载脂蛋白 apolipoprotein, AP 213
 展现问题 presenting problem 44
 “照顾医学” care medicine 4
 诊断三联征 diagnostic triad 74
 证据系统 systems 94
 证据摘要 synopses of syntheses 94
 证据总结 summaries 94
 支持 support 25
 支气管哮喘 bronchial asthma 168
 知情同意原则 principle of informed consent 88
 直肠癌 carcinoma of the rectum 328
 直肠指检 digital rectal examination, DRE 335

治疗性生活方式改变 treatment lifestyle change,
TLC 218
“治愈医学” cure medicine 4
质子泵抑制剂 proton pump inhibitor, PPI 194
致力于医疗质量和安全性 committed to quality and
safety 27
中 - 低分化腺癌 moderately to poorly differentiated
adenocarcinoma 319
中间密度脂蛋白 intermediate density lipoprotein,
IDL 213

肿瘤(内)科医生 medical oncologist 297
周期性健康检查 periodic health examination 64
蛛网膜下腔出血 subarachnoid hemorrhage, SAH 259
主观资料 subject data 102
转诊 referral 29
卓 - 艾综合征 Zollinger-Ellison syndrome 191
自我效能 self-efficacy 129
宗教资源 religious resources 39
综合服务 comprehensive service 27
卒中 stroke 251

根据国家卫生计生委、中央编办、国家发展改革委、教育部、
财政部、人力资源社会保障部、国家中医药管理局联合
《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》编写

国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材

全科医学

- | | | |
|-------------------|----------------|--------------------|
| 1. 内科学 心血管内科分册 | 17. 外科学 神经外科分册 | 33. 医学遗传学 |
| 2. 内科学 呼吸与危重症医学分册 | 18. 外科学 胸心外科分册 | 34. 预防医学 |
| 3. 内科学 消化内科分册 | 19. 外科学 泌尿外科分册 | 35. 口腔医学 口腔全科分册 |
| 4. 内科学 血液内科分册 | 20. 外科学 整形外科分册 | 36. 口腔医学 口腔内科分册 |
| 5. 内科学 肾脏内科分册 | 21. 骨科学 | 37. 口腔医学 口腔颌面外科分册 |
| 6. 内科学 内分泌科分册 | 22. 小儿外科学 | 38. 口腔医学 口腔修复科分册 |
| 7. 内科学 风湿免疫科分册 | 23. 妇产科学 | 39. 口腔医学 口腔正畸科分册 |
| 8. 内科学 感染科分册 | 24. 眼科学 | 40. 口腔医学 口腔病理科分册 |
| 9. 儿科学 | 25. 耳鼻咽喉头颈外科学 | 41. 口腔医学 口腔颌面影像科分册 |
| 10. 急诊医学 | 26. 麻醉学 | 42. 重症医学 |
| 11. 皮肤性病学 | 27. 临床病理学 | 43. 循证医学 |
| 12. 精神病学 | 28. 临床检验医学 | 44. 医学科研方法 |
| 13. 神经病学 | 29. 放射影像学 | 45. 医学伦理学实践 |
| 14. 全科医学 | 30. 超声医学 | 46. 医患沟通技能训练 |
| 15. 康复医学 | 31. 核医学 | 47. 住院医师英语手册 |
| 16. 外科学 普通外科分册 | 32. 肿瘤放射治疗学 | |

策划编辑 潘 丽
责任编辑 张亚琴 潘 丽

封面设计 李 蹊
版式设计 单 斯

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯



ISBN 978-7-117-22193-1



9 787117 221931 >

定 价: 62.00 元

[General Information]

书名=全科医学

作者=于晓松, 季国忠主编

页数=365

SS号=14128875

DX号=

出版日期=2016.05

出版社=北京人民卫生出版社