

# 帕金森病患者如何居家管理

□姚晓利

帕金森病是一种常见的神经系统变性疾病,多见于老年人。其临床特征一般表现为:静止性震颤、肌强直、运动迟缓、姿势步态障碍等运动症状,以及情绪低落、焦虑、睡眠障碍、认知障碍、疲劳、嗅觉减退、便秘和抑郁等非运动症状。

## 科学膳食

在全球450多万名帕金森病患者中,有220多万名患者来自我国。也就是说,几乎一半的患者居住在我国。世界卫生组织专家预测:2030年,我国帕金森病患者将达到500万。据有关调查报道,我国65岁以上人群中每10万人就有大约1700名帕金森病患者,并且随着年龄增长而不断升高,给家庭和社会带来了沉重的负担。随着我国人口老龄化加剧,帕金森病的发病率和患病率逐渐上升,然而病因至今尚不完全明确,临床上也无法根治。随着病程进展,患者病情会逐渐加重,最终只能卧床,生活不能自理,严重影响生活质量。

帕金森病作为一种慢性进行性疾病,药物治疗是整个治疗过程中的主要治疗手段,在帕金森病患者居家管理时,患者应与往常一样规律服药治疗。有一些帕金森病患者因购药不方便,索性自行减量或停止用药。我们强烈建议患者要

提前准备好充足的药物,切忌自行加药、减药、停药,防止帕金森病-高热综合征等严重不良事件的发生。

那么,帕金森病患者如何居家管理,应做好以下几个方面:

## 居家锻炼

帕金森病患者因居家后无法自行外出,从而导致日常活动量明显减少。科学充分的运动锻炼可以改善症状,甚至延缓帕金森病患者的病情。在居家管理期间,帕金森病患者运动量大幅减少,带来的后果是肢体僵硬明显加重,运动迟缓症状也更加严重,还会影响夜间翻身和晨起的状态。在此提醒帕金森病患者,居家时也不要忘记根据自己的身体情况进行适当运动,保持良好的生活方式。

坚持运动锻炼对于帕金森病患者来说相当重要,因此,患者应在病情允许的情况下,保证充足的休息与睡眠,有家人陪伴的前提下,每天坚持做一些力所能及的运动锻炼。建议帕金森病患者在居家期间,进行适度的、科学的康复训练,维持较高的生活质量,训练项目包括牵伸减张治疗、被动的关节活动训练、精细的手部功能训练等。

在康复训练基础上还倡导帕金森病患者积极进行传

统康复运动疗法,如打太极拳、练八段锦、五禽戏等,但要注意在运动期间不要跌倒。对于晚期的帕金森病患者,建议避免长期卧床,可以在家人的辅助下在床旁进行体位变换训练,或在辅具帮助下进行主动的肢体活动训练。通过康复锻炼可以改善患者部分临床症状。

早期帕金森病患者以自我管理促进积极主动的生活方式为主,鼓励参加体育运动,如健步走、打太极拳、跳舞等,还可以适度进行有氧训练、抗阻训练,改善体能,减少白天静坐时间,推迟活动受限情况的发生。

中期帕金森病患者以进行主动功能训练,维持或提高活动能力,预防跌倒为主,尤其要注意平衡、步态和上肢功能活动训练,可采用心理提示、外部提示和认知运动策略。训练过程需有人陪护。

晚期帕金森病患者以维持心肺等重要器官功能为主,应避免压迫、关节挛缩和静脉血栓等并发症的发生,要及时进行床上或轮椅上的体位变换,要积极进行运动锻炼,尽量避免体能进一步降低。

## 情绪调适

居家后帕金森病患者可能会产生焦虑、抑郁、恐慌、被

害妄想症、幻觉等情绪,情绪受损会影响患者的病情,导致震颤加重,出现睡眠障碍及精神障碍。帕金森病患者应正确认识帕金森病如何居家管理自己的病情,进行自我调节、积极沟通是最重要的方法。可借助音乐疗法减轻患者的心理压力,增强治疗疾病的信心。照料者在日常护理上要鼓励患者,多进行沟通,多关心患者需求。若上述调整方式无效,可适当服用镇静、抗焦虑类药物,必要时要到医院精神科就诊。

## 睡眠充足

对于帕金森病患者来说,在帕金森病居家管理期间会凸显情绪问题,到最后其运动和非运动症状加重,保证良好的情绪和充足的睡眠对于帕金森病患者的病情至关重要。对于存在睡眠障碍的患者,可在专科医生的指导下给予调节睡眠的药物,可有效改善睡眠障碍。

帕金森病为一种无法治愈的慢性疾病,帕金森病患者居家管理期间,可能会遇到更多的困难,我们要更加关注帕金森病患者,确保患者连贯的治疗和康复。

(作者供职于郑州市中心医院神经内科)

# 胃功能四项实验室检测的临床意义

□郭岩

早餐没时间吃、午餐随便吃、晚餐应付吃,这种随便的吃饭方式在社会生活节奏日益加快的今天变得非常普遍,这种不良的饮食习惯在悄悄损伤着我们的胃。

据有关调查研究结果显示,我国胃病的发生率达85%,23岁~34岁慢性胃炎患者比例逐年上升,胃部疾病在早期往往没有明显的临床症状。这导致许多人无法及时发现自己患病,而随着腹胀、胃部灼烧、嗝气、泛酸、呕吐等症状的出现,病情往往已经比较严重了,还留给下一步的治疗带来了困难。因此,如何实现胃部疾病的早期诊断和治疗,是临床广泛关注的一个问题。

胃功能四项实验室检测是消化系统方面的一种常见检查,其具有操作简单、安全、无创、经济实惠、重复性好等优点,可以检查出患者的胃黏膜状态,还可以检查出是否感染幽门螺杆菌,是对胃癌进行早期预防、早发现、早诊断、早治疗的首选筛查手段。

胃功能四项实验室检测项目有PG I(胃蛋白酶原 I)、PG II(胃蛋白酶原 II)、PGR(PG I/PG II的计算比值)、G-17(胃泌素 17)和幽门螺杆菌检测,下面我们来进行详细分析和介绍。

PG(胃蛋白酶原)是胃蛋白酶的前体,由泌酸腺的主细胞合成,可将其分为PG I和PG II两个亚型,PG I是由胃底腺的主细胞和黏液颈细胞分泌,PG II是除了胃底腺的主细胞和黏液颈细胞分泌外,胃窦幽门的黏液颈细胞和十二指肠上段也能分泌,依据血清中PG的水平可以反映不同部位胃黏膜的形态和功能,当机体出现胃黏膜病变时,PG的水平将发生不同程度的改变,可将PG作为筛查胃病的标志物。

PG I正常数值为67纳克~200纳克/毫升,在胃酸分泌增多的时候,PG I的水平会随之上升,在胃酸分泌减少或者是胃黏膜腺体萎缩的时候其水平会随之下降。有调查发现,相较于胃溃疡、慢性非萎缩性胃炎患者,慢性萎缩性胃炎的PG I水平更低,可以通过PG I来了解胃底和胃体的黏膜功能状态,是检测胃泌酸腺细胞功能的指征;PG II正常数值为0纳克~15纳克/毫升,与胃底黏膜病变的相关性较大,当显示PG II水平异常升高时,提示可能存在胃上皮化生、胃底腺萎缩、异型增生、假幽门腺化生等情况。PG I/PG II的计算比值变化可反映胃黏膜萎缩程度,计算PGR可起到胃底腺黏膜“血清学活检”的作用。

G-17也可以叫作小胃泌素,是胃窦细胞分泌的重要激素之一,正常值范围是2皮摩尔~8皮摩尔/升,兴奋值小于16皮摩尔/升,其可以促进胃黏膜壁细胞分泌胃酸及增殖与分化,是反映胃黏膜损伤情况的重要指标,可用于萎缩性胃炎、消化性溃疡等疾病的辅助诊断,当G-17偏高时,可能影响胃的消化吸收功能,提示我们是由胃炎、消化不良、胃部肿瘤等引起。

幽门螺杆菌是一种寄生在人体胃部的致病菌,1983年首次从慢性活动性胃炎患者的胃黏膜组织中活检分离成功,其和慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡、胃癌、胃癌前病变等多种胃肠道疾病密切相关。据有关研究数据显示,35%以上的胃癌是由幽门螺杆菌感染引起的。幽门螺杆菌在2017年被世界卫生组织国际癌症研究中心列入一类致癌物清单,通过对幽门螺杆菌进行根除治疗,可以有效改善胃黏膜炎症反应,延缓甚至阻止胃黏膜向萎缩、肠化生方向的发生及发展。

胃功能四项实验室检测适用于体检,能够筛查胃部常见疾病和胃癌,对于胃部相关疾病的辅助诊断方法,以及胃癌切除术后复发判定,有着非常重要的意义。

(作者供职于安阳市第六人民医院检验科)

# 怎么对付大脑中的隐形“炸弹”

□彭会珍 赵文利 文/图



扩张而向外膨出,外形似“瘤”,因此而得名。它可以很多年悄无声息地隐藏在大脑中,也可以毫无征兆地破裂,是造成SAH(自发性蛛网膜下腔出血)的首位病因。

据有关数据统计,在脑血管意外中,IA所占比例仅次于缺血性卒中和高血压脑出血,且好发于40岁~60岁的中老年女性。世界范围内动脉瘤SAH的发病率为2/10万~16/10万,且其发病率随年龄增长而升高。此外,IA破裂后病死率高达60.2%~73.3%,首次出血病死率为35%;如未及时处理,可

能发生再次出血,病死率达60%~80%。同时,现有IA患者临床治疗结果证实,早期治疗效果要远好于破裂后再进行的抢救手术。因此,我们一定要高度重视,防患于未然,当体检时发现IA,应及时就医,积极治疗,避免悲剧发生。

IA如此凶险,我们该如何识别和处理呢?其实绝大多数IA在破裂前,是没有任何症状的。凡是突发剧烈头痛、恶心呕吐,就要高度怀疑是IA破裂出血导致SAH的可能,10%~15%的患者就是因为来不及就医而猝死,所以此时最重要的就是立即拨打120急救电话或查询“卒中急救地图”小程序,将患者送至就近具有IA救治能力的医院。在来到医院前,应保持患者平卧、头偏向一侧,避

免呕吐物导致窒息。既然IA未破裂时大多数人无任何症状,那么我们是否还需要做常规早期筛查呢?专家建议,对于有家族史或患有与IA发生相关遗传性疾病的患者,特别是女性、年龄大于30岁、重度吸烟或伴有高血压病的患者,建议进行IA筛查。因此,我们不可抱侥幸心理,如果有以上情况,应该积极采取早期筛查手段。

IA有哪些检查手段呢? IA检查主要包括CT、CTA(血管造影)或MRA(核磁共振血管成像)等。如果发现或怀疑为IA,必须到介入导管室做数字DSA(减影血管造影)检查,方可确诊。

案例分享:患者李某,51岁。他在上厕所时突然出现头

晕、头痛的症状,当时没有在意,自己吃了点感冒药,以为很快就會好。但是5天后,症状仍然没有缓解,家人紧急送李某至当地医院就诊,做了CT检查,结果显示为SAH。因为李某出血量较少,医生建议保守治疗。几天后,李某症状好转,就在准备出院时,突然昏迷不醒。当地医院做CT检查后,结果仍是SAH,比第一次出血量大,李某命悬一线。

当地医院紧急联系河南省人民医院,开启紧急空中救援和24小时卒中绿色通道,立即给李某做了3D-DSA血管造影,与家属充分沟通后,采用介入栓塞技术成功救治患者。

(作者供职于河南省人民医院介入导管室)

# 治疗先天性心脏病 开胸手术和微创介入手术有什么讲究

□韩越博

先天性心脏病是指心脏和大血管在胎儿时期发育异常引起的先天性疾病,目前临床上对该病主要进行开胸手术和微创介入手术两种治疗方式。

开胸手术和微创介入手术的适用范围和比较

目前开胸手术是临床上对先天性心脏病最常使用的一种治疗方式,可以针对所有类型的先天性心脏病,治疗范围广,疗效确切。开胸手术视野广,操作空间大,解剖明确,可以从容应对手术中各种情况的发生,是复杂先天性心脏病的首

选治疗方式,比如法洛四联症的根治手术。但是开胸手术会存在一定的创伤,还需要一定的恢复时间,部分患者术后会出现心律失常、胸腔积液及心包积液等并发症,术后留下的瘢痕也会影响患者舒适度。

微创介入手术的操作方法

微创介入手术的穿刺部位大多是在大腿根部的动脉、静脉,2毫米~3毫米针眼大小的破口。穿刺鞘置入血管后,再进入导丝、导管建立轨道,在超声或X线引导下采用特定的器材,如封堵器或球囊,然后在病变位置进行封堵或扩张。治疗成功后撤出导丝和导管,穿刺部位可压迫止血或采用特殊器械止血。

微创介入手术治疗的优缺点

微创介入手术大多数不需要进行体外循环和低温麻醉,对年龄较小的患儿使用无气导管插管的基础性麻醉便可顺利进行手术;因避免了开胸、关胸及体外循环,所以减少了肺部损伤、炎症反应及感染风险;手术中也不需要输血,减少了输血带给患者的不良影响;患者手术时疼痛感较轻,术后愈合时间较短,皮肤也没有瘢痕残留;术后30分钟~60分钟即可饮水,20个小时后即可下床活动,恢复顺利的话,3天即可出院。但是创伤的减少并不意味着风险也按比例减少。微创介入

手术治疗也同样要面临心律失常、血管损伤、心包积液等风险,同时,还会出现介入器材变形移位脱落、血栓形成,甚至金属过敏等风险。此外,一部分的金属器材植入身体后短期内不建议进行磁共振检查。

在先天性心脏病的治疗中,要根据患者的疾病类型进行科学合理的安排,切不可盲目选择。若是满足微创介入手术的简单先天性心脏病,可考虑进行微创介入手术治疗;若为复杂先天性心脏病,则需开胸手术治疗。

(作者供职于安阳市人民医院心脏外科)

# 海姆立克急救法 操作方法及注意事项

□关景超

海姆立克急救法主要用于儿童突发异物窒息,当出现明显缺氧、憋气、呼吸困难时采取的急救方法。对于有孩子的家长,平时应该进行训练,从而掌握适当的力度,避免意外发生时用力过猛或者不敢用力,如果力度不合适可能达不到急救的目的。

首先要判断孩子是否有气道异物梗阻,当孩子被异物堵塞气道时,立即观察孩子是否有面色潮红、口唇和甲床青紫、不能呼吸,以及用双手抓紧颈部等气道梗阻的表现。同时询问孩子是否被异物噎住,并判断孩子能否发声,若不能发声,则为气道完全梗阻;完成上述判断后,立即指定一名现场人员拨打120急救电话,在急救车到来之前,先按照以下方法进行急救。

1岁~3岁孩子海姆立克急救法,主要包括以下几种方式: 1.通常采用的方法是让操作者坐在椅子上,孩子趴在操作者的腿部,用一只手将孩子面部稍微抬起,另一只手在两侧肩胛骨间,做向前、向上的拍打动作,此时异物通常可以排出体外。每次可以拍打1次~5次,要根据具体情况,使用合适的力度。因为用力过度可能会对孩子造成伤害,如肋骨骨折或者内脏损伤等。但如果力量不足,也可能达不到异物排出的目的。

2.可以将孩子放在硬板床上,操作者在孩子的上腹部,让孩子有向上或向后的力量,可以用两根手指,保持力量适中。因为孩子比较小,应用两根手指,通过腹压变化,达到异物排出的目的。 同时要提醒呼救,在做上述急救的同时,要考虑如果急救不成功,需将孩子及时送往医院进行救治,这样更加安全。

3岁~6岁的孩子如果吃东西后出现急性憋气、呼吸困难等状况,那就需要用海姆立克急救法,通常是让孩子趴在腿上,左手固定头部、颈部,右手拍打肩胛骨中间位置,每次拍打1次~5次,通过胸腔压力的变化,可以将异物排出体外,从而缓解急性窒息。

如果孩子身较高时,并且孩子神志清楚,成人可以跪在孩子身后,双手环抱住孩子肚脐上部,向上、向后用力,从而给腹腔压力,使胸腔压力出现变化,这样也可以使异物排出。

建议如果孩子出现急性窒息时最好及时送到医院进行救治,由医生进行诊治更为安全。人们在日常生活中,主要以预防为主,任何年龄的人在吃东西时,均要细嚼慢咽,避免异物梗阻而发生窒息。

(作者供职于驻马店市中心医院急诊科)