

为什么冬季易发哮喘

□罗雪梅

调查显示,每年冬季到医院就诊的哮喘患者都显著增加。为什么冬季的花粉没有春季多,哮喘发病率却很高?其实,与普通入相比,哮喘患者的肺部更容易引起炎症和疾病反应。

冬季气候寒冷、干燥,容易发生呼吸道疾病,尤其是感冒,是导致哮喘发作的主要原因。此外,冬季空气质量较差也是导致哮喘高发的重要原因。

哮喘严重影响着人们的健康,哮喘发作要及时治疗,严重时可能危及患者生命。因此,正确预防冬季哮喘发作对人们的健康具有重要意义。本文带大家了解哮喘的定义、临床症状、冬季诱发因素以及防范措施,帮助大家有效预防冬季哮喘的发作。

哮喘的定义

哮喘是一种肺部疾病,其特征是可逆性气道阻塞、气道炎症和气管对各种刺激的反应性增

加。哮喘的气道阻塞是由多种因素共同引起的,包括气道平滑肌痉挛、气道黏膜水肿、黏液分泌增加、气道壁细胞(尤其是嗜酸性粒细胞和淋巴细胞)浸润、气道上皮损伤和脱落等。哮喘的触发因素通常与遗传、过敏原、空气污染、吸烟、呼吸道感染、空气污染、吸烟、呼吸道感染、过敏反应、剧烈运动和气候变化有关。哮喘会给人们的日常生活带来不利影响,严重时甚至会危及患者生命。

临床表现

患者在哮喘发作前,可能会出现鼻塞、鼻子和喉咙发痒、打喷嚏、咳嗽、胸闷、呼吸困难等症状,一般咳嗽和喘息反复出现,包括喉咙喘息、气短、间歇性咳嗽等;严重时,患者甚至无法平躺,出现呼吸困难、肩膀抬高、身体和胃部颤抖、烦躁不安、嘴唇发青等。

患者哮喘发作时,双肺可听到散在喘息声或弥漫性喘息声,

主要表现为呼气期延长;如果患者存在继发感染,双肺可听到湿啰音;严重的哮喘患者,因气道广泛阻塞,喘息声可能消失,呼吸声减弱或消失,并出现三凹征、心率加快。

冬季诱发因素

天气寒冷 患者反复或长期

暴露在寒冷环境中,会激活肺部的冷敏感通道,导致气道中的炎症因子增加,气道炎症通常是引发哮喘的重要因素,会导致可逆性气道阻塞和非特异性气道高反应性;气道上皮是气道黏膜表面的物理保护屏障,具有清除黏液和免疫保护的功能,低温会降低空气中的绝对含水量,导致气道黏膜上皮细胞损伤和脱落,这是哮喘的主要病理特征;在寒冷环境中过度换气会导致大量体温和胃部颤抖、烦躁不安、嘴唇发青等。

日照时间较短 维生素D可以帮助大家增强抵抗力,没有充足的阳光,维生素D的合成就会减少。此外,由于冬季开窗通风的时间相应减少,室内空气质量较差,这些因素会导致人们在冬季免疫力下降。

冬季雾霾现象严重 由于冬

季燃煤供暖导致细颗粒物、二氧化硫和氮氧化物的排放量显著增加,空气中颗粒物的浓度通常高于其他季节。大气中的气体污染物浓度较高以及高温度和低风速的气象条件,会加速大气中的化学反应,导致更多的二次颗粒物和严重的空气污染。

流感高发 秋冬季节是流感的高发季节,流感主要通过空气中的飞沫传播。冬季气候寒冷,人们大多数时间待在室内,门窗紧闭、空气不流通,为病毒传播创造条件。此外,当空气湿度较低时,人体呼吸道黏膜和鼻黏膜缺乏分泌物,在呼吸冷空气时,鼻腔内的血管会收缩,阻止白细胞到达鼻黏膜,导致病毒肆无忌惮地进入体内。

为降低哮喘患者冬季复发率,患者及家属应避免接触过敏原,加强护理和保持清洁卫生的环境开始。同时,哮喘患者应积极配合医生的治疗,严格遵照医嘱服用药物。若患者身体出现异常情况,应及时咨询医生,切勿擅自改变药物或增加、减少服用药物的剂量。最后,希望哮喘患者在冬季做好保暖措施,避免感冒和病情急性发作。

(作者供职于广西民族大学医学院)

卒中后的康复锻炼有哪些

□李海波

卒中具有高致残率、高复发率、高死亡率的特点。很多人认为康复治疗对于卒中患者来说可有可无,但临床研究显示,及时、科学、足疗程的康复治疗在治疗疾病和促进患者功能恢复上,发挥着重要的作用。

卒中患者的康复治疗要尽早,患者发病后一周至六个月属于恢复期,前三个月是康复黄金期,建议家属在患者“脱险”后尽快配合康复锻炼,为患者肢体康复、语言康复“抢”时间。如果及时、专业地进行康复治疗,患者一般情况下能恢复60%到80%以上。

康复锻炼指导

患肢康复锻炼 卒中急性期过后,尽早、及时、持之以恒地进行患肢的康复锻炼非常必要。一般从患者发病的当天或第二天,就可以对不能自主活动的肢体进行定时时的被动运动。家属可以协助患者锻炼患肢,由易到难,由慢到快逐渐过渡,最后引导患者进行自主锻炼。

对于自己能行走的患者,应逐渐加强其肢体的功能训练,比如走路时抬高双腿、上下楼梯锻炼等动作。

语言康复锻炼 可以促进患者舌功能及面部肌肉功能恢复,患者可以从发音、听力方面来训练,由字到词再到句、由短句到长句,循序渐进,以锻炼其说话能力和语言表达能力。

瘫痪肢体的摆放

平卧位 将患者患侧上肢保持伸肘、伸腕、伸指的姿势放在身体两侧,肩膀下方可垫软枕。下肢一般有两种摆放姿势,一种是屈髋、屈膝、弯腿、脚踩在床上;另外一种则是轻微弯腿、膝下方垫枕,足底垫枕防止足下垂。

患侧卧位 是较好的卧床姿势,可以增强患者肌肉张力。患侧上肢尽量向前伸,避免肩部受压和后缩,上肢保持伸肘、伸腕、伸指姿势,下肢保持屈髋、屈膝姿势。

瘫痪患者的基础康复锻炼

翻身锻炼 让患者平卧在床上,双手交叉,患侧拇指在上,双上肢伸直并抬高,双下肢弯曲,脚踏在床上,头部转向一侧,随后双上肢、双下肢向同一侧摆动,带动躯干翻身。

学习坐起 患者完成上述的翻身动作后,用健侧脚勾患侧下肢移向床边,双腿沿床边垂下,用健侧手支撑床,抬起身体。必要时,家属可在患者肩部和骨盆处给予辅助力量。

训练站立 患者呈坐位,双脚踏在地面上,双脚分开与肩同宽并适当向后;双手交叉,双上肢伸直,躯干前倾,抬头向上,抬臀站起。经过适当的锻炼,患者瘫痪肢体的力量逐渐得到恢复,之后在专业康复师的帮助下可做更复杂的动作训练。

注意事项

卒中患者出院前,医生应指导患者卧床姿势,置瘫痪肢体于功能位,做被动运动、按摩,以促进血液循环,预防患肢失用性萎缩或功能丧失。

患者康复锻炼的方式应从床上被动或主动运动开始,逐渐过渡到床旁至床下活动,时间由短至长,次数由少到多,动作由简单到复杂,循序渐进,逐渐练习抬头、坐立、站立、走路等。对失语患者,根据不同失语方式进行训练,促进语言功能恢复。

卧床患者的床褥要平整、柔软、干燥,衣服和被褥要在日光下暴晒,家属应定时帮助患者翻身、擦洗身子,预防褥疮和皮肤感染。

家属应鼓励患者做力所能及的家务,根据病情,适当参加体力活动以促进血液循环。

有鼻饲管的患者,医生需要教会患者家属掌握鼻饲护理,比如喂食的种类、数量、温度、时间及注入速度等。

医生应向患者及家属说明抗凝药物和控制血压药物可能出现的并发症及服用方法、用量、注意事项等,让患者了解卒中可能出现的前驱症状及家庭急救措施。

患者在康复过程中要遵照医嘱定期到医院复查,以便在医生的指导下改进家庭护理方法,合理应用有关药物,促进患者的康复,防止其复发。

注意患者安全,老年人晨间醒睡时不要急于起床,最好安静10分钟后缓慢起床,以防直立性低血压;患者体位变化时,动作要慢,转头不宜过猛;洗澡时间不宜过长,外出时要防止摔倒,注意保暖,预防感冒。

需要注意的是,康复治疗不仅是医务人员的事,需要患者和家属共同参与,了解康复治疗的目的,配合康复治疗方

(作者供职于平南县第二人民医院神经内科)

嵌体补牙的那些事儿

□何丽

近年来,口腔疾病的发病率逐渐上升,发病年龄段较广,成为临床常见疾病。牙科常见的疾病治疗方式有很多,本文主要带大家了解嵌体补牙。

周奶奶的牙齿损坏很久了,一张嘴就能看到牙齿上的巨大缺口,平时只能吃一些软烂的食物。在一次社区医院的义务宣传中,周奶奶了解到,她这种情况可以进行假牙补牙,嵌体补牙的价格比假牙便宜,与其他牙齿的相容性较高,也有足够的美观度。那么,什么是嵌体补牙?和普通补牙相比,其优点是什么?

什么是嵌体补牙 嵌体补牙是一种牙齿修复的方法,也称为“嵌体修复”或“嵌体充填”,通常用于修复牙齿表面的缺损或蛀牙。由于嵌体补牙的性价比较高,目前已成为临床上使用范围较广的牙齿修补方式之一。

适合人群

不是所有的牙齿缺损都能使用嵌体补牙的方式治疗,以下是嵌体补牙的适用范围。

轻度至中度蛀牙 当牙齿出现蛀牙,也就是牙齿组织遭受酸性细菌侵蚀并导致牙齿表面或结构损坏时,嵌体补牙可以修复受损的区域,包括牙齿的咬合表面、牙间隙或牙齿表面的小型蛀洞。

牙齿磨损 是由于咬合不正常、牙齿磨蚀或牙齿咬合过度导致的,嵌体补牙可用于修复牙齿磨损导致的表面缺损,恢复牙齿的形状和功能。

牙齿折断或破裂 牙齿受到外力撞击或咬合过度,可能导致

牙齿折断或破裂。嵌体补牙可用于修复折断或破裂的牙齿,恢复其外观和功能。

牙齿不规则 对于牙齿形状不规则、有小型缺损或牙釉质发育异常的患者,嵌体补牙可以修复其受损区域,改善牙齿的外观。

牙齿间隙 嵌体补牙可以用于填充前牙的小间隙,改善牙齿排列的美观性。

嵌体补牙的优点

外观自然 嵌体补牙使用与自然牙齿颜色相匹配的材料进行修复,可以实现与周围牙齿相似的外观。这使得修复后的牙齿看起来更自然,无法轻易被察觉。

保留牙齿结构 相对于其他牙齿修复方法,比如牙冠(牙齿假体)或牙桥,嵌体补牙可以尽量多的保留健康牙齿组织。牙科医生只需要去除受损区域的一小部分组织,以便进行嵌体修复。这有助于保留更多的健康牙齿组织。

较短的治疗时间 相对于一些复杂的牙齿修复方法,嵌体补牙通常需要较短的治疗时间。整个过程通常在一次或几次就诊中即可完成,帮助患者尽快恢复正常的口腔功能。

适应性强 嵌体补牙适用于修复多种牙齿问题,比如轻度至中度的蛀牙、牙齿磨损、牙齿折断、牙齿不规则或牙齿间隙等,可以针对不同的情况提供个性化的修复方案。

耐久性较好 嵌体补牙所使用的材料,比如复合树脂或瓷材料,具有良好的耐久性和抗磨损性。这意味着修复后的牙齿可

以长期保持良好的功能和外观。

嵌体补牙和补牙的差异

嵌体补牙和补牙是牙齿修复中的两种不同方法,有明显的差异。

范围和损伤程度 补牙通常用于修复牙齿的小型蛀洞或轻微缺损。嵌体补牙适用于修复更大范围的牙齿缺损,包括较大的蛀洞、牙齿磨损、折断或破裂的牙齿。

材料选择 补牙通常使用与牙齿色调匹配的复合树脂材料进行填充。嵌体补牙可以使用复合树脂材料或更坚硬耐用的瓷材料。瓷材料具有更高的耐久性和更好的美观效果,但相对于复合树脂材料,可能需要更多的治疗时间和治疗费用。

牙齿结构处理 补牙通常需要在牙齿受损区域清除蛀牙组织,并直接填充材料。嵌体补牙需要在准备受损区域后,制作出与牙齿形状匹配的修复体,比如瓷贴面或瓷嵌体,然后将其粘接到牙齿表面。

保留牙齿结构 补牙可能需要在清除蛀牙组织时去除更多的健康牙齿组织,以确保材料的粘合力 and 稳定性。嵌体补牙可以尽量保留更多的健康牙齿组织。

补牙主要用于小型蛀洞或轻微缺损的修复,嵌体补牙适用于更大范围的牙齿缺损修复,并使用更耐用的材料。同时,更耐用的材料代表更长的使用时间,可以避免患者多次补牙,这让嵌体补牙比普通补牙更受大众欢迎。

(作者供职于柳州市柳铁中心医院)

不能拖的眼底病 你了解多少

□梁博宏

什么是眼底病

目前,医学领域将处在眼球前面的角膜、虹膜、晶体等组织定义为眼前节,将玻璃体、视网膜、脉络膜等组织定义为眼后节,处在眼后节底部的组织称为眼底组织。目前确定的眼底组织有视网膜、眼底血管、视神经乳头、视神经纤维、黄斑、脉络膜等,当这些部位出现病变时,即为眼底病。

不同类型的眼底病有着不同的症状。眼底病早期,患者往往没有明显的症状,当患者视力严重下降时,说明病情已经较为严重,若不及时治疗,到了眼底病后期,则有致盲的风险。

眼底病有着较长的发展过程,部分患者从眼底病早期到出现明显症状可能会持续数十年之久。眼底病存在着一定的自愈性,比如中心性浆液性脉络膜视网膜病变就存在着自愈的概率,但患者自愈后有着较高的复发

率。此外,一些眼底病也与糖尿病、高血压等慢性疾病有关。

常见的眼底病

糖尿病视网膜病变 该眼底病是由糖尿病引起的,是常见的糖尿病慢性并发症之一。糖尿病视网膜病变会对视网膜造成不可逆的损害,患者患病后几乎无法治愈。因此,糖尿病患者应重视糖尿病视网膜病变的预防工作。

当患者确诊糖尿病后,最好每3个月到眼科接受1次眼底病检查,确保早发现、早治疗。患者确诊糖尿病视网膜病变后,也要定期到医院检查,让医生了解病情程度,并通过药物治疗缓解病情进展。

飞蚊症 飞蚊症一般分为两类,生理性飞蚊症和病理性飞蚊症。大多数轻度生理性飞蚊症对视力影响较轻,患者只需要注意休息,保护好眼睛,症状就能得到有效缓解。但如果患者没有引起

重视,也可能逐渐发展为中度甚至重度飞蚊症,严重影响视力。

病理性飞蚊症是较为严重的疾病,一般是由葡萄膜炎、视网膜病变、视网膜血管病变、眼球出血导致的,当出现病理性飞蚊症时,需要马上进行治疗和控制,否则严重会影响患者的视力,甚至导致患者失明。

视网膜静脉阻塞 是指血栓阻塞视网膜静脉系统,是中老年人较为常见的眼底病,一般由其他慢性疾病和不良的生活习惯引起,比如糖尿病、高血压、高血脂和大量吸烟、酗酒等。视网膜阻塞后,患者会出现视力下降、视野缺损、飞蚊症和闪光感,并时常感到眼前有聚光灯存在。

视网膜静脉阻塞可累及视网膜中央静脉、半侧中央静脉或分支静脉,其病变特点是眼底静脉充盈迂曲、水肿、渗出等,继而引发黄斑水肿、视网膜缺血,新生血

管等并发症,若任其发展,还可能

导致视网膜脱落、失明。

治疗视网膜阻塞时,首先要了解其病因,一般来说,只要控制好引发视网膜阻塞的其他慢性疾病,就能有效控制视网膜阻塞,再配合一些眼科治疗,就能有效缓解患者病情。

老年性黄斑变性 是一种随着年龄增加,发病率逐渐升高的眼底病。老年性黄斑变性主要是由于黄斑区退化导致的,黄斑是视网膜的重要区域,黄斑的健康与否和视力、色觉相关,随着年龄的增长,黄斑会逐渐退化,部分人在此时就会患上老年性黄斑变性。

老年性黄斑变性目前尚未发现具体病因,也暂时未能找到有效的治疗手段,因此,只能通过对症眼的保护来避免黄斑区过早衰老和退化。

高度近视眼底病变 高度近视的患者患眼底病的概率大于正

常人。高度近视可能会引发黄斑出血、新生血管形成等情况,甚至可能会导致患者失明。因此,中高度近视人群一定要定期接受眼科检查,发现视力迅速下降时,应马上到医院就医检查,确认是否患上了眼底病。同时,中高度近视人群还要尽量避免剧烈运动,避免眼球受到伤害,将患上眼底病的概率降到最低。

急性阑尾炎的病因

梗阻 阑尾是一条细长的盲管状器官,一端连接盲肠,一旦出现梗阻,管腔内的分泌物会积存导致内压增高,压迫阑尾壁,影响部分区域的血液运输,导致细菌侵入并感染。

感染 导致阑尾感染的主要因素为阑尾黏膜损伤,细菌顺势侵入阑尾内部,导致患者出现不同程度的感染。

其他 部分急性阑尾炎发作的患者是由于便秘、腹泻等肠胃功能障碍引起的内脏神经反射,导致阑尾肌肉痉挛,使患者血供障碍、黏膜受损,阑尾管腔狭窄等。

急性阑尾炎的症状

腹痛 急性阑尾炎发作初期,患者的症状是中上腹部或脐周处出现疼痛、压痛等。随着病情发展,患者腹痛会转移至右下腹部,中上腹部或脐周处的疼痛症状会减弱或消失。

恶心 早期急性阑尾炎患者腹部出现明显疼痛时,通常伴随呕吐、恶心、嗝气、排便次数增多等症状。

过敏 部分患者(尤其是阑尾出现梗阻时),身体右下腹部三角区域会出现皮肤过敏情况。若患者出现阑尾坏疽穿孔,右下腹部三角区域的过敏反应消失。

慢性阑尾炎的病因

慢性阑尾炎一般指急性阑尾炎炎症消退后,仍有遗留的阑尾慢性炎症病变,比如管腔狭窄或闭塞、管壁纤维结缔组织增生、阑尾与周围组织粘连或扭曲等。

慢性阑尾炎一般分为原发性和继发性两种。原发性慢性阑尾炎患者一般没有急性阑尾炎发作史,且阑尾炎症状不明显;继发性慢性阑尾炎是急性阑尾炎首次发病后,患者自行缓解或非手术治疗愈合后引起的,可出现再次或多次急性发作。

慢性阑尾炎的症状

腹痛 慢性阑尾炎发病时,患者右下腹部出现疼痛,痛感通常为阶段性隐痛或胀痛,程度不一,疼痛区域较为固定。大多数患者在受凉、劳累、暴饮暴食、运动、长期站立后,会出现腹痛症状。

食欲下降 慢性阑尾炎患者会出现一定程度的消化不良或食欲减退症状。若久拖不治,患者会出现体重下降、消瘦等情况。慢性阑尾炎患者一般不会出现呕吐、恶心等症状,腹胀程度也不明显,老年患者可能出现便秘、排便困难等问题。

压痛 慢性阑尾炎患者右下腹部会出现压痛反应,一般在重压时出现。在按压时,患者无反跳痛或肌紧张,且腹部无明显包块。

术后护理注意事项

选择合适卧位 急性阑尾炎患者可根据术中不同的麻醉区域,适当调整卧位。若术中进行的是连续硬膜外麻醉,患者可使用较低的枕头保持身体平卧;若术中进行的是腰椎麻醉,患者可去除颈下枕垫,身体平卧6小时~12小时,防止脑脊液外漏引起头痛等症状。

若患者进行坏疽性、穿孔性阑尾炎切除术,比如腹部没有引流管,可在护理人员的建议下,待血压平稳后将卧位改为半卧位。这样有利于液体引流,防止炎症渗出液流至腹腔。

切口护理 患者手术治疗后,要保证切口的洁净和干燥,避免造成继发性感染,引起并发症。同时,患者应避免在恢复期过量活动,保护切口不受外力拉扯,导致切口疼痛。

饮食护理 做完阑尾炎手术的患者,需要严格控制饮食。术后当天要禁食,术后第一天可少量进食富含营养的流质食物,逐步过渡到普通的清淡饮食,比如清汤挂面、小米粥、素馄饨等。切勿食用生冷刺激性的食物,比如冰激凌、冷饮、辣椒、洋葱、花椒、生姜、葱、蒜、羊肉、鱼肉、海鲜等。

密切监测 患者应积极配合护理人员进行血压测量、脉搏测量等相关检查。如果患者术后出现脉搏加快或者血压下降,可能是有出血现象,医务人员需要及时观察患者切口,找到病因,对症处理。

尽早下床活动 建议患者术后根据自身情况,尽早下床活动,这样能有效促进肠蠕动,避免肠粘连。

学习阑尾炎术后的护理方法,可以帮助患者尽早康复。患者阑尾炎发作,应第一时间确诊、第一时间治疗、第一时间恢复、第一时间痊愈,切勿小病拖大,影响生活质量。

(作者供职于河池市中医医院)

阑尾炎手术后的护理注意事项

□苏云素

阑尾炎手术后的护理方法,可以帮助患者尽早康复。患者阑尾炎发作,应第一时间确诊、第一时间治疗、第一时间恢复、第一时间痊愈,切勿小病拖大,影响生活质量。

(作者供职于玉林市博白县人民医院)