

基层适宜技术

急性胃炎的诊断与治疗

急性胃炎是由多种病因引发的胃黏膜急性炎症性病变，组织学特征为黏膜充血、水肿伴中性粒细胞浸润，病变多局限于黏膜表层，病程较短且预后良好。根据病因及病理表现，临床分为急性糜烂出血性胃炎、急性幽门螺杆菌胃炎、感染性胃炎及特殊类型(如腐蚀性、化脓性胃炎)四大类，其中急性糜烂出血性胃炎占临床病例的70%以上。作为消化系统常见急症，其发病率在消化内科门诊占比15%~20%，人群普遍易感，无明显的性别差异，但是饮食不节、长期用药人群风险更高。及时发现病因并规范治疗后，多数患者可以在一两周内痊愈，少数重症病例可以并发上消化道出血、穿孔等严重并发症。

常见病因

应激因素：严重创伤、大手术、重症疾病、精神心理应激等导致机体交感神经兴奋，胃黏膜血管收缩，血流量减少，黏膜屏障功能受损，引发炎症甚至糜烂出血，此类称为应激性胃炎。

药物与化学物质：非甾体抗炎药(如阿司匹林、布洛芬等)通过抑制前列腺素合成，破坏黏膜保护机制；乙醇直接损伤黏膜上皮细胞，促进胃酸分泌加重损伤；此外，糖皮质激素、一些抗肿瘤药物也可能诱发该病。

感染因素：幽门螺杆菌感染是常见病因之一，其定植于胃黏膜后释放毒素引发急性炎症；细菌(沙门氏菌、大肠杆菌)或病毒(诺如病毒)感染所致的急性胃肠炎常伴发胃黏膜炎症，表现为急性感染性胃炎。

物理因素与创伤因素：暴饮暴食，进食过烫或粗糙食物会机械性损伤胃黏膜；胃内异物、放射线照射等，可能直接诱发炎症反应。

其他：吞服强酸、强碱等腐蚀剂会导致急性腐蚀性胃炎，病情严重；过敏体质者接触食物致敏物质后可能引发过敏性胃炎。

临床表现

临床表现：急性起病，核心症状为上腹部疼痛(隐痛、胀痛或灼痛)、恶心呕吐，呕吐物多为胃内容物，严重时可能呕吐胆汁或咖啡色液体。轻症患者，仅表现为食欲缺乏、上腹饱胀；重症患者，可能出现呕血、黑便(提示黏膜糜烂出血)，伴脱水、电解质紊乱，甚至休克。特殊类型中，腐蚀性胃炎表现为口腔、胸骨后及上腹剧烈疼痛，伴吞咽困难；感染性胃炎常伴发热、腹泻；非甾体抗炎药相关胃炎多无症状，仅在胃镜检查时发现黏膜损伤。

体征：体格检查可见上腹部轻度或中度压痛，无反跳痛及肌紧张(区别于穿孔)；伴脱水者，出现黏膜干燥、皮肤弹性减退、脉速；感染性病例，可有体温升高(37.5摄氏度~39摄氏度)及肠鸣音亢进。

诊断思路

病史采集核心：诱因询问，近期是否有非甾体抗炎药用药史、饮酒史、不洁饮食史或应激事件；症状评估，上腹痛与进食的关系、呕吐物性质、有无呕血黑便；病史，消化性溃疡、幽门螺杆菌感染史及过敏史。

体格检查：腹部体征，明确压痛部位(上腹为主)，排除反跳痛、墨菲征阳性(鉴别胆囊炎)；全身状况，评估脱水程度、有无贫血貌及休克体征(血压、心率监测)。

必检项目：血常规(细菌感染时白细胞及中性粒细胞升高，出血时血红蛋白下降)、粪便潜血试验(判断隐性出血)、电解质(呕吐严重者可见低钾、低钠)。

选检项目：急诊胃镜(发病24小时~48小时内进行，属于诊断“金标准”)检查，可见黏膜充血水肿、糜烂出血点；幽门螺杆菌检测，排除感染因素；腹部B超检查，用于鉴别肝胆胰疾病。

特殊检查：呕吐物或粪便培养(怀疑感染性胃炎时)、心电图检查(中老年人排除下壁心肌梗死)。

鉴别诊断

急性胰腺炎：上腹痛向腰背部放射，弯腰能够缓解，呕吐后腹痛不减轻；血淀粉酶、脂肪酶升高，腹部CT(计算机层析成像)检查结果显示胰腺肿大。

急性胆囊炎：右上腹绞痛，墨菲征阳性，进食油腻后加重；腹部B超检查结果显示胆囊增大、囊壁增厚。

急性阑尾炎：腹痛从脐周转移至右下腹，右下腹固定压痛；白细胞计数显著升高。

消化性溃疡：疼痛具有节律性(胃溃疡餐后痛)，胃镜检查可见深达肌层的溃疡灶，而非浅表糜烂。

急性心肌梗死：中老年人突发上腹痛，伴胸闷、大汗；心电图有特征性ST-T段改变，心肌酶升高。

治疗方法

治疗原则：祛除病因、抑制胃酸、保护黏膜、对症支持，预防并发症。

饮食管理：轻症者给予流质或半流质饮食(米汤、面汤)，避免辛辣刺激；呕吐严重者暂时禁食，待症状缓解后逐步恢复进食。

补液支持：口服补液盐Ⅲ纠正轻度脱水；中重度脱水者静脉输注生理盐水+葡萄糖，补充钾、钠等电解质，维持身体酸碱平衡。

抑酸治疗：质子泵抑制剂(如奥美拉唑20毫克、泮托拉唑40毫克)，抑制胃酸分泌效果显著；H₂受体拮抗剂如法莫替丁20毫克，用于轻症患者。

黏膜保护剂：硫糖铝1克(餐前1小时)、枸橼酸铋钾0.11克，形成保护膜促进修复。

对症治疗：解痉药(山莨菪碱5毫克~10毫克，肌肉注射)缓解腹痛；止吐药(甲氧氯普胺10毫克，肌肉注射)改善呕吐；腹泻者给予蒙脱石散3克。

抗感染治疗：仅细菌感染时使用抗生素(如喹诺酮类的左氧氟沙星)；幽门螺杆菌阳性者需要根除治疗，避免滥用抗生素。

并发症处理

上消化道出血：禁食，静脉输注质子泵抑制剂，必要时进行内镜下止血；出血量>800毫升者，需要输血治疗。

急性腐蚀性胃炎：立即禁食，饮用牛奶或蛋清稀释腐蚀剂，禁用催吐药，必要时手术修补穿孔。

休克：快速补液扩容，使用血管活性药物维持血压，同时处理原发病因。

预防措施

病因预防：避免滥用非甾体抗炎药，长期用药者(如阿司匹林)可以联用质子泵抑制剂或胃黏膜保护剂，限制饮酒，避免暴饮暴食及进食过烫、粗糙食物。

感染防控：推行分餐制，避免幽门螺杆菌的传播，注意饮食卫生，生熟食物分开，防止沙门氏菌等感染。

高危人群管理：重症患者、大型手术后可以预防性使用质子泵抑制剂；精神压力大者要加强心理干预，避免应激性胃炎。

健康宣教：告知患者出现上腹痛、呕吐等症状时要及时就医，避免自行用药；有幽门螺杆菌感染史者，应坚持定期检查。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生健康处提供)

胰岛素抵抗人群的生活方式与护理干预

□ 屈玉洁

现代社会生活节奏加快，饮食习惯不规律及运动缺乏，导致胰岛素抵抗抗人群日益增多。胰岛素抵抗是指机体对胰岛素的敏感性下降，即便胰腺分泌正常剂量的胰岛素，血糖仍难以顺利进入细胞代谢，可引发血糖升高，显著增加糖尿病、心血管疾病及脂肪肝等慢性疾病的发病风险。虽然胰岛素抵抗早期症状隐匿，但是采取科学的生活方式管理与规范的护理干预，能够有效改善血糖、降低疾病风险，提升患者生活质量。

合理饮食是改善胰岛素抵抗的关键环节，可以减少血糖波动，减轻胰腺代谢负担，同时辅助体重调控。根据个人体重与活动量精准调整每天摄入的热量，避免过量进食；科学调整碳水化合物、蛋白质与脂肪的摄入比例，优先选择鱼、瘦肉、豆制品等优质蛋白及橄榄油、坚果等食物。应侧重摄入低升糖指数食物，全谷物、燕麦、糙米、杂粮面包等相较于精制米面更加适宜，蔬菜与水果建议分次食用，同时摄入足量膳食纤维，延缓血糖上升速度。但是，需要减少甜食、含糖饮料、油炸食品及高脂加工肉类的摄入量，避免暴饮暴食，养成细嚼慢咽的习惯以维持血糖稳定；坚持三餐定时定量，避免长时间空腹，根据个人情况适量摄入低脂酸奶、坚果或水果等食物。

适度运动是改善胰岛素抵抗的核心生活方式干预手段，有氧运动与抗阻训练相结合，可以增强肌肉葡萄糖的摄取能力，提升胰岛素敏感性。有氧运动可以选择快走、慢跑、游泳、骑行等，每周累计不少于150分钟的中等强度运动，可以分解为每天30分钟或每次10分钟~15分钟累计完成，适配工作繁忙人群的时间安排；抗阻训练可以采用轻量哑铃、弹力带或徒手力量训练，每周两三次，通过增加肌肉量提高静息代谢率，促进葡萄糖利用。日常需要加强活动量管理，减少久坐时间，每小时起身活动5分钟~10分钟，短途出行优先选择步行或骑行，替代电梯与驾车，助力血糖控制。

体重控制与腹型肥胖改善是胰岛素抵抗干预的重要内容。腹部脂肪堆积是胰岛素抵抗的核心诱因。因此，腰围干预尤为关键。应设定合理的减重目标，每月减重0.5公斤~1公斤为宜，避免过度节食导致营养不良，核心目标为减少腰围与体脂率，而非单纯追求体重数字下降。需要综合运用饮食控制与运动等，在限制热量摄入的同时强化肌肉训练，实现脂肪减少与肌肉保留的双重效果；在饮食中增加高纤维食物与低脂食物的摄入量，增强饱腹感，减少过量进食。

睡眠不足与慢性压力会降低胰岛素敏感性，加剧血糖波动，甚至诱发情绪性进食。需要保持规律作息，每晚保证7小时~8小时高质量睡眠，避免熬夜、夜间加班及频繁夜生活；积极调节压力，可以采取深呼吸、冥想、听轻音乐或瑜伽等方式缓解身心紧张，避免情绪性进食，重视心理健康维护。

自我监测与记录是胰岛素抵抗早期干预的重要措施。可以使用家用血糖仪定期监测空腹血糖与餐后血糖，记录血糖的变化趋势，结合生活习惯分析波动原因；建立生活日志，详细记录饮食、运动、睡眠及体重变化情况，为了干预效果评估提供依据，并根据日志内容动态调整饮食与运动方案，实现个性化管理。若血糖长期升高或体重难以控制，应及时优化饮食结构或增加运动强度，调整过程需要循序渐进，避免急于求成带来的身体负担。

生活方式干预与护理效果的达成，离不开家庭与环境的支持。家庭层面应推行共同饮食管理，全家同步采取健康饮食模式，减少高糖、高脂零食的环境诱惑，增加共享健康运动时间，如全家步行、骑行或周末郊游等；环境优化方面，家庭备餐需要遵循少油、少盐、低糖的原则，厨房常备健康食材，提前规划日常运动路线与时间，使健康行为逐渐形成习惯。

总之，胰岛素抵抗作为慢性病的重要前期信号，常被忽视。采取合理饮食、适度运动、体重管理、睡眠调节、自我监测等综合干预措施，结合规范化日常护理与家庭环境支持，可以有效提升胰岛素敏感性，降低糖尿病及相关并发症风险，切实改善患者生活质量。

(作者供职于河南省人民医院)

疾控专家
话健康

河南疾控CDC

征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术，来稿应注重实践操作，介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等；栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿，并提供宝贵的意见和建议。
邮箱:5615865@qq.com 联系人:朱忱飞
电话:13783596707

本版药方需要在专业医生指导下使用

新野县人民医院

以科普之力重塑县域健康生态

本报记者 乔晓娜 通讯员 罗沛文/图

织密传播网络:让健康知识沉下去

健康科普不是锦上添花，而是医疗服务的重要环节。新野县人民医院作为国家“千县工程”建设单位，坚持将健康科普深度融入医疗服务全流程。

“远程诊断完成，不等于工作结束。”在新野县人民医院远程医疗中心，主治医生刘博一边通过平台向乡镇卫生院同仁解读心电图，一边叮嘱后续健康管理要点。他告诉记者，该平台日均完成300余例心电图诊断与影像诊断，每一次交互都是一次精准的健康知识传播。

数据显示，新野县人民医院年接诊量超60万人次，年开展手术1.3万台次。依托“五级远程会诊”体系，新野县人民医院不仅让优质医疗资源“跨屏”直达乡镇，更让专业健康科普随技术同步下沉。

创新服务模式:让健康科普活起来

“以前办手续要跑好几个地方，现在一个窗口全部解决，还能学到健康知识。”走进新野县人民医院“一站式”综合服务中心，记者遇到了正在办理出院手续的赵先生，他指着手中的健康宣传册说。该中心将58项分散的就医流程整合优化，并在服务间隙巧妙嵌入健康指导。

此外，新野县人民医院还借助“20分钟黄金急救圈”“全县居民健康档案云端化管理”等平台持续发力，让6类慢性病患者的系统化随访与精准化科普成为现实。

“我们要让健康传播从‘说教’变成‘体验’。”新野县人民医院医养结合院区负责人李元盈告诉记者，在拥有300张床位的医养结合院区，健康讲座与文娱活动同样受欢迎。该院区采用“医、养、护、康、乐、学”的“六位一体”服务模式，让健康知识传播以更亲和的方式开展。老人们聚在一起，既能学习书法绘画，也能掌握“如何吃出健康”“如何科学运动”等实用健康知识。这种将健康知识学习与康复锻炼、文娱活动结合的形式，让老年群体在愉悦身心提升了健康素养。

培育传播人才:让科普队伍强起来

“医生做科普，就是在用另一种方式行医。”新野县人民医院党委委员、副院长王林俭说。“跟老乡不能说‘低盐饮食’，得说‘炒菜少放一勺盐’。”内分泌科医生李媛分享自己的科普心得。作为“健康科普千县万人星光计划”在当地培育的30名本土科普医生之一，她既是临床骨干，也是健康传播达人。

健康知识传播需要专业人才支撑。据悉，新野县人民医院采用“选拔、培养、实践、赋能”4项机制，打造了一支“懂医学、会传播、接地气”的科普队伍。这些医生活跃在《健康新野》《中医养生特别节目》等宣传平台的节目中，用百姓听得懂的家常话传播专业健康知识。

“做科普传播健康，也是爱的传递。”王林俭表示，“我们的科普医生既要在诊室里治病救人，也要走进社区，贴近群众传播健康知识。”

构建传播矩阵:让健康声音响起来

上医治未病。在县域，健康知识传播是守护百姓健康的“第一道防线”，让权威的健康知识跑在疾病前面，才能让百姓少生病、晚生病。

为了让《健康新野》的声音传遍城乡每个角落，新野县人民医院整合资源，构建了“线上+线下+医共体”立体化传播体系。目前，线上栏目累计播出200余期，覆盖人群达百万；坚持深入社区、乡村，开展义诊和健康科普活动；通过医共体网络，优质健康科普资源直达13家乡镇卫生院。

数据显示，利用系统化的健康传播与医疗服务创新，该院急危重症救治效率提升40%，县域居民健康素养水平显著提高。

迈向新征程:以科普之力重塑县域健康生态

当健康知识通过一个个生动的比喻、一次次耐心的讲解、一份份精美的折页，先于疾病抵达百姓身边。这种强大的“传播力”，正转化为守护百姓健康的坚实“守护力”。

此次入选《健康中国传播蓝皮书》，是对新野县人民医院从“以治疗为中心”迈向“以健康为中心”战略转型的充分肯定。这一荣誉证明，在县域构建全员参与、广覆盖的健康传播体系，能够有效提升居民健康素养，从源头上降低疾病负担。

荣誉是肯定，更是责任。新野县人民医院将持续深化健康传播体系建设，让优质医疗服务更贴心、更暖心、更接地气，为健康中国战略在基层落地生根贡献力量。



科普视频



诊治现场



康复护理



广告