

心脏支架术后要注意什么

□邢振华

心脏支架手术是治疗冠心病的重要手段,能有效改善心肌供血、缓解症状。然而,手术成功仅是康复的开始,术后科学护理对预防支架内再狭窄、减少心血管事件至关重要。本文将从医学角度系统阐述术后需重点关注的六大事项,帮助患者建立正确的健康管理理念。

规范用药
术后患者需长期服用抗血小板药物,这是预防支架内血栓形成的重要措施。通常采用“双联抗血小板治疗”,疗程一般为6个月~12个月。

除抗血小板药物外,他汀类降脂药(如阿托伐他汀)需终身服用,目的是将低密度脂蛋白胆固醇降

低至1.8毫摩尔/升以下,兼具稳定斑块、抗炎作用。合并高血压、糖尿病的患者需规律服药,并定期监测各项指标。

生活方式干预
饮食需遵循“三多三少”原则:多蔬果、多全谷物、多优质蛋白;少盐、少饱和脂肪、少加工食品。

运动康复应遵循个体化原则。术后1周可进行散步等低强度活动,3个月后可逐步过渡到中等强度的有氧运动。需避免剧烈运动。

戒烟限酒是关键。吸烟会损伤血管内皮功能,使再狭窄风险增加2倍~3倍;饮酒可能干扰药物代谢。建议术后戒烟限酒。

定期复查
术后复查需建立“1-3-6-12”时间表:出院后1个月内复查伤口愈合情况,评估用药反应,3个月进行血脂、肝肾功能等生化检查,6个月进行运动负荷试验,12个月进行冠状动脉CT(计算机层析成像)血管造影复查。此后每年需完成心血管风险评估,包含颈动脉超声、同型半胱氨酸等检测。

复查项目需根据患者的个体情况进行调整。糖尿病或肾功能不全患者需额外监测糖化血红蛋白和尿微量白蛋白。有家族史者应定期进行基因风险筛查。

症状监测
需警惕四大警示症状:持续性胸痛(>15分钟)或原有心绞痛加重;

不明原因的呼吸困难或活动耐量下降;出血倾向(牙龈出血不止、皮肤瘀斑扩大);反复发热伴乏力(可能提示感染性心内膜炎)。出现上述情况应立即就医,切勿自行处理。

建议每日测量血压、心率并记录。术后3个月内尽量避免乘坐长途飞机,以减少环境压力对心血管的影响。

心理建设
约30%的术后患者会出现焦虑或抑郁情绪,常表现为过度担忧支架移位、对轻微不适过度敏感等。建议分“三阶段”进行心理调适:术后1个月接受疾病现实,3个月重建生活信心,6个月形成长期管理习惯。

长期管理
术后5年内再狭窄率为10%~15%。长期管理需建立“ABCDE”方案:A(阿司匹林+血管紧张素转化酶抑制剂/血管紧张素受体拮抗剂)、B(血压/心率控制)、C(胆固醇管理+戒烟)、D(糖尿病控制+饮食管理)、E(运动+教育)。应每半年进行一次心血管风险评估,及时调整防治策略。

此外,需特别注意季节变化对心血管的影响,冬季要注意保暖,夏季要避免突然进入空调等低温环境。建议在流感季节来临前接种疫苗,以降低感染引发的心血管事件风险。

(作者供职于山东省日照市中医医院)

如何科学应对肠梗阻

□杨伟聪

日常生活中,若腹部突然出现剧烈绞痛并伴随频繁呕吐,许多人可能误认为是“吃坏了肚子”。然而,这些症状可能是肠道发出的紧急求救信号——肠梗阻。肠梗阻作为消化系统常见急症,若未及时识别和处理,可能引发严重并发症。

身体发出的“双重警报”:腹痛与呕吐
肠梗阻的核心问题是肠道内容物无法正常通过,这会导致肠道内压力升高、血液循环受阻。此时,身体通常会通过两种典型症状发出警报。

阵发性绞痛
阵发性绞痛多集中在脐周或梗阻部位,每次持续数分钟,之后间隔一段时间再次发作。

呕吐
呕吐是肠道压力升高的直接表现。高位梗阻时,呕吐出现早且频繁,呕吐物多为胃内容物或胆汁;低位梗阻时,呕吐出现较晚,呕吐物可能带有粪臭味。

其他伴随症状
腹胀:低位梗阻患者腹部膨隆更明显。

停止排气排便:完全性梗阻时,肠道气体和粪便无法排出,患者可能出现数日无排气、排便现象。

全身症状:频繁呕吐易引发脱水,表现为口渴、皮肤干燥;严重者可能出现血压下降、四肢发凉等休克征象。

拖延的代价:从局部到全身的危机
肠梗阻若未及时治疗,病情会逐渐恶化。

肠道功能崩溃
持续梗阻会导致肠管扩张、肠壁变薄,最终引发肠壁缺血坏死。坏死肠段若穿孔,肠道内容物会进入腹腔,进而引发弥漫性腹膜炎。

水电解质与酸碱失衡
呕吐和肠道积液会导致大量液体丢失,进而引发脱水、低钠血症等。电解质紊乱还可能

进一步导致心律失常、肌肉无力,甚至出现呼吸肌麻痹。

全身感染与脓毒症
肠道屏障功能受损后,细菌和毒素会进入血液循环,引发全身炎症反应。患者会出现高热、寒战等表现,严重者可发展为感染性休克(脓毒症)。

多器官功能衰竭
在休克状态下,心脏、肾脏等重要器官可能缺血或缺氧而受损,甚至衰竭。

科学应对:从预防到治疗的关键步骤

预防措施
饮食调整:每日摄入25克~30克膳食纤维,避免过量食用易形成粪石的食物。
规律运动:每周进行150分钟中等强度运动,以促进肠道蠕动。

及时治疗原发病:积极控制肠炎、肠结核等疾病,防止病情进展引发梗阻。
术后防护:腹部手术患者术

后应尽早下床活动,并遵医嘱使用防粘连药物。

识别与就医指征
若出现这些情况需立即就医:持续腹痛伴呕吐且无法缓解;腹部膨隆、压痛或触及包块;停止排气排便超过24小时;伴随发热、心率加快等全身症状。

治疗方式
保守治疗:包括禁食禁水、进行胃肠减压,并通过补液纠正电解质紊乱。

手术治疗:若保守治疗无效或出现肠坏死、穿孔等情况,需紧急手术以解除梗阻或切除坏死肠段。

术后管理:密切监测生命体征,预防感染,逐步恢复饮食。

腹痛、呕吐并非小问题,其背后可能隐藏着肠梗阻的严重风险。因此,一旦身体发出警报,及时就医是保障健康的关键举措。

(作者系广东省佛冈县人民医院普外科主治医师)

腕管综合征的早期信号与自救方法

□张 波

腕管综合征是正中神经在腕管内受压所引起的一种常见周围神经疾病,近年来发病率呈逐年上升趋势。本文将详细解析腕管综合征的早期信号,并为大家提供实用的自救方法。

早期信号
手指麻木
早期最典型的症状是拇指、食指、中指及无名指侧出现间歇性麻木或刺痛感。这种不适可能在持握手机或做家务时突然出现,初期经休息后可缓解。随着病情进展,麻木感可能向手掌或前臂放射,尤其在夜间或清晨加重。

手部力量减弱
患者会逐渐感到手部无力,在完成精细动作时尤为明显,如捏硬币、写字时手指不听使唤。这种无力感与神经受压导致的肌肉功能下降有关。

夜间烧灼感
夜间睡眠时,手腕自然屈曲

会增加腕管内压力,引发手部烧灼样疼痛或针刺感。部分患者需用甩手腕或调整睡姿才能缓解,这种反复出现的夜间症状是早期的重要特征。

动作协调性下降
随着神经受压加重,手部协调能力会逐渐下降,表现为打字速度变慢、持筷不稳等。这些症状源于神经传导速度减缓,导致肌肉收缩延迟。

自救方法
减少过度使用
腕管综合征的核心诱因是腕部反复屈伸或用力抓握。因此,首要措施是避免长时间连续打字、操作鼠标等,建议每工作半小时休息一次。

佩戴支具
佩戴专业的腕部支具或夹板,将手腕固定于中立位,可有效降低腕管内压力。夜间睡眠时佩戴效果更佳,既能避免无意识弯曲手腕,又能缓解神经受

压。

姿势管理
操作键盘时保持前臂与桌面平行,避免手腕过度弯曲或悬空。

使用鼠标时在腕下垫支撑垫,使手腕处于自然伸展状态。
冷敷与热敷
急性疼痛期可用冰袋或冷毛巾敷在手腕上,减轻炎症和肿胀。

慢性僵硬期可用热毛巾或温水浸泡手腕,促进血液循环,缓解肌肉紧张。

康复锻炼
可进行手指伸展训练,具体操作是将手指伸直,轻轻向后弯曲手指和手腕,保持15秒,重复5次。

可使用软球或握力圈进行适度的握力训练,以增强手部肌肉支撑力。

可在医生的指导下进行神经滑动练习,帮助神经在腕管内

顺畅滑动。

均衡饮食与注意保暖
注意均衡饮食,摄入富含蛋白质、维生素B族的食物,有助促进神经修复。

生活中要避免寒冷刺激,寒冷环境易导致血管收缩,可能加重症状。冬季建议佩戴保暖护腕,同时避免直接接触冰水或长时间暴露在冷风中。

何时就医
若上述自救措施持续2周无效或症状逐渐加重,需及时就诊。医生会通过神经电生理检查或超声、MRI(核磁共振成像)等影像学检查明确诊断,并制订个性化治疗方案。

腕管综合征虽然常见,但是通过科学自救和及时干预,多数患者可避免病情恶化。身体的“预警信号”不容忽视,早发现,早行动,是守护手部健康的关键。

(作者供职于山东大学齐鲁医院德州医院)

“腰为肾之府”,腰部是身体的“顶梁柱”,与肾脏健康密切相关。现代人常受腰痛困扰,这多与不良习惯有关。其实,护腰无须刻意调理,只需调整生活方式,养成5个好习惯,并结合中医护理理念。

坐姿正:别让腰椎“扛压力”
长期坐姿不正会导致腰部肌肉紧绷、腰椎受力失衡,进而引发劳损。许多人办公时习惯弯腰驼背或跷二郎腿,这会使腰椎处于弯曲受压状态。

正确的坐姿:耳朵、肩膀与髋关节保持在一条直线上,腰背部挺直;臀部完全坐在椅子面上,腰部后方垫一个薄靠枕,避免腰部悬空;双脚平放在地面上,使膝盖与髋关节呈90度。

中医护理注重“形神合一”,建议在保持正确坐姿的同时配合呼吸调息(吸气时意念集中于腰眼,呼气时放松腰肌,有助于促进气血运行)。

弯腰缓:避免腰椎“受冲击”
弯腰捡物品或搬重物,会让腰椎承受巨大压力,容易导致椎间盘突出或肌肉拉伤。

正确的弯腰姿势:捡物品时,双脚与肩同宽,屈膝蹲下,保持腰部挺直,拿起物品后借助腿部力量站起;搬重物时,使重物贴近身体,避免手臂伸直。老年人或腰部不好者可借助工具或寻求他人帮助。同时也可配合中药外敷或艾灸等,以温通经络,增强腰部耐受力。

保暖足:别让寒气“侵腰府”
腰部受凉会导致气血凝滞、经络不通,引发僵硬、疼痛。

保暖措施:日常需做好腰腹保暖。在空调房中可穿长袖衣物或披薄外套,盖住腰腹;冬天可穿带腰封的裤子或用围巾缠绕腰腹。洗澡后及时擦干腰部。腰部受凉后,可用40摄氏度~45摄氏度热水袋或热毛巾热敷,也可配合中药热奄包,以促进气血流通,散寒止痛。

选床软硬度适中:让腰椎“好好休息”
睡过硬或过软的床都会影响腰部休息。软床会使腰部下陷,腰椎曲度变直;硬床则导致腰部缺乏支撑,睡醒后容易腰酸。

选床标准:应选择中等硬度的床垫,以平躺时手能轻松伸入腰部下方,且无明显下陷或悬空感为宜。选床垫时建议试躺5分钟,若腰背能自然放松,起身不费力即可。枕头高度以8厘米~12厘米为宜,应与肩膀厚度一致。睡前可轻揉眼穴、命门穴,配合安神助眠的中药香囊,有助于提升睡眠质量。

练腰柔:用温和运动“养腰力”
“护腰≠少动”,适当运动可增强腰部肌肉力量、稳定腰椎,但应选择动作轻柔的运动,避免剧烈运动。

推荐动作包括改良版的“小燕飞”和猫式伸展。改良版的“小燕飞”:躺在床上,双臀置于身侧,缓慢抬起上半身(胸口离床即可)和双腿,保持3秒~5秒,每次5组~8组;猫式伸展:跪姿,双手双膝与肩同宽,吸气时抬头塌腰,呼气时低头弓背,每次10次~12次。若运动中出现腰痛症状,应立即停止,并采用拔罐或推拿舒筋活血。

腰部问题是长期积累导致的,护腰需持之以恒。中医护理强调调整体观念与个体化调理,结合情志、饮食、运动等多个方面进行综合养护。牢记以上5个习惯,从日常细节做起,可远离腰部劳损和疼痛。

(作者供职于广东药科大学附属第一医院)

面瘫的病因和治疗

□张晓刚

清晨照镜子时,突然发现一侧嘴角下垂、眼睛无法闭合,喝水时水会顺着嘴角不自觉流出,笑容也变得僵硬怪异——这不是夸张的“表情包”,而是面瘫患者的典型症状。面瘫在医学上

被称为面神经麻痹,是一种常见的神经系统疾病,它能在一夜之间改变人的面部表情,使面部肌肉失控,无法正常表达情绪。

面瘫的主要病因是面神经受损。面神经是支配面部肌肉运动的关键神经,其路径复杂且脆弱,需从大脑穿行颅骨、腮腺等多个部位。最常见的诱因是病毒感染,当人体受凉导致免疫力下降时,带状疱疹病毒、单纯疱疹病毒等容易趁机侵袭面神经,引发神经水肿,影响神经信号传导;其次是血管因素,高血压、动脉粥样硬化患者的面神经供血易发生痉挛或堵塞,导致神经缺血缺氧,从而引发面瘫。此外,外伤、中耳炎、脑部肿瘤等疾病也可能直接或间接损伤面神经,成为面瘫的“导火索”。

需要注意的,是过度劳累、精神压力大、熬夜等不良生活习惯会显著增加患病风险,这也是近年来年轻人面瘫发病率上升的重要原因。面瘫症状往往来得突然,多数患者在发病后数小时至2天内,症状便会达到高峰。其典型表现首先是面部不对称(患病一侧的额纹会消失,眼裂扩大,无法皱眉、闭眼);其次是口角歪斜,微笑时嘴角会偏向健康一侧,进食时食物容易残留在患侧口腔内,漱口、喝水时常出现漏液。部分患者还会伴随味觉减退、听觉过敏,或感觉患侧面部麻木、

疼痛。由于面部表情肌失去控制,患者难以正常表达情绪,这不仅影响外观,还可能给患者心理带来沉重的心理负担,引发自卑、焦虑等问题。

一旦出现面瘫症状,及时就医是关键。临床治疗以“减轻神经水肿、促进神经修复”为核心目标,主要采用药物治疗与物理治疗相结合的方法。在药物方面,医生会根据患者的具体情况,开具糖皮质激素以减轻神经水肿,使用抗病毒药物对抗病毒感染,并搭配营养神经药物助力神经修复。这些药物均需要在医生的指导下规范使用。物理治疗则可作为辅助手段,如红外线照射可促进局部血液循环、超短波理疗可改善神经周围环境,针灸也能在一定程度上帮助调节神经功能,促进面部肌肉功能恢复。需要提醒的是,面瘫患者切勿自行按摩或轻信偏方治疗,不当操作可能导致神经损伤加重,延长康复时间,甚至留下后遗症。

多数面瘫患者经过规范治疗后,可在1个月~3个月内恢复正常,少数患者可能遗留轻微后遗症,如面部肌肉联动、痉挛等,这与病情严重程度、治疗及时性等因素相关。因此,当出现面部异常时,务必及时到神经内科就诊,明确诊断并接受专业治疗。

面瘫虽然起病急骤,但是并非不可治愈。了解其病因与症状,掌握正确的应对方法,能最大程度减少疾病带来的影响。愿每一位患者都能顺利康复,重新绽放自然的笑容。

(作者供职于山东省烟台业达医院)

吞咽障碍患者进食安全『五步法』

□杨秋娟

吞咽障碍是脑卒中、帕金森病等疾病的常见并发症,患者常因吞咽功能受损,在进食时出现呛咳,严重时甚至引发窒息,危及生命。为降低相关风险,吞咽障碍患者需遵循科学的进食“五步法”。

第一步:评估吞咽功能,明确安全进食条件

吞咽障碍患者的进食安全需以专业评估为基础。首先,需确认患者是否存在吞咽启动能力,即能否自主触发吞咽动作。其次,通过容积-黏度吞咽测试、吞咽造影或喉镜检查,明确患者可安全吞咽的食物质地及单次安全进食量。若评估显示患者存在渗漏或误吸风险,需暂缓经口进食,优先通过鼻饲管或胃造瘘补充营养。

此外,需排除肺部感染风险。若患者出现发热、痰液增多等感染迹象,需先控制感染,待肺部情况稳定后再评估进食条件。同时,评估患者的体力和耐力,确保其能保持坐位或半卧位进食30分钟以上,避免因疲劳导致吞咽协调性下降。另外,还要确认患者是否具备咳嗽能力,以便在误吸时通过咳嗽排出异物。

第二步:调整食物性状,降低误吸风险

食物性状是影响吞咽安全的关键因素。吞咽障碍患者需避免干硬、黏稠或大块食物,优先选择质地软烂、糊状食物,或使用增稠剂调整液体黏度。例如,流质食物可加入增稠剂,减少液体快速流入气道的风险;固体食物需切碎或搅拌成泥状,便于患者进食。

食物温度需适中,过冷或过热均可能刺激咽喉,引发呛咳。

第三步:选择适宜体位,优化吞咽路径

进食体位直接影响吞咽效率。患者应保持坐位或半卧位,头部前倾30度,以确保食物顺利通过咽部进入食管,减少误吸风险。进食后需维持坐姿或半卧位30分钟以上,防止食物反流。

喂食时,应使用长柄小勺从患者健侧喂入,将食物送至舌根处,避免勺子深入口腔刺激咽喉。

第四步:掌握吞咽技巧,提升进食效率

吞咽障碍患者可通过特定技巧改善吞咽功能。例如:声门上吞咽法。在吞咽前及吞咽时屏气,关闭气道,防止食物误吸,吞咽后立即咳嗽,清除残留物;空吞咽法。每次吞咽后进行一次空咽,确保口腔和咽部无食物残留。

此外,患者可在进食前进行吞咽肌群锻炼,如进行张口、闭口等动作,增强肌肉力量和协调性。

第五步:密切观察反应,及时应对异常

进食过程中需全程观察患者的反应。若出现呛咳、咳嗽等异常情况,应立即停止进食,让患者保持侧卧位,轻拍背部协助排痰,必要时使用吸痰器清除气道异物。若患者意识丧失或呼吸停止,需立即启动心肺复苏,并拨打急救电话。进食后需检查口腔,清除残留食物,防止细菌滋生引发感染。

吞咽障碍患者的进食安全需通过科学评估、合理调整、规范操作和密切观察来实现。严格遵循上述“五步法”,可有效降低呛咳和窒息风险,保障患者健康。

(作者供职于广东省信宜市人民医院)