

甲流不是“大号感冒”

□杨建姣

每年冬春季，一种疾病总会悄然卷土重来。它并非陌生的“新面孔”，却总能掀起一波接一波的感染高峰。尽管常被轻描淡写地称为“感冒”，但它却拥有强大的威力——它就是甲型流感，简称甲流。

甲流与普通感冒的区别

许多人常将甲流误认为严重的感冒。实际上，甲流与普通感冒在病原体、传播力、症状和潜在风险等方面存在显著差异。

病原体不同：普通感冒通常由鼻病毒、冠状病毒等引起；甲流则由甲流病毒特定亚型感染所致。流感病毒分为甲、乙、丙三型，其中甲流病毒的变异性最强、传播最快、危害最大。

症状差异：普通感冒症状通常较轻，以鼻塞、流涕、打喷嚏为主，一般5天~7天可自愈；甲流起病急骤，通常表现为持续高热，并伴有显著头痛、全身肌肉酸痛、关节疼痛、极度乏力、精神萎靡。其呼吸道症状相对较轻，但可能发展为严重咳嗽，儿童还可能出现呕吐、腹

泻等消化道症状。

并发症风险：普通感冒极少引发严重并发症；甲流则可能导致肺炎、心肌炎、脑炎等严重并发症，甚至危及生命。

甲流的传播途径

甲流的传播效率远高于普通感冒，主要途径有以下几种。

飞沫传播：感染者咳嗽、打喷嚏时产生的飞沫，被近距离（通常1米内）的易感者吸入而感染，这是最主要的主要传播方式。

接触传播：病毒附着在物体表面（如门把手、电梯按钮等），通过手接触口、鼻、眼黏膜进入人体。

气溶胶传播：在相对封闭、通风不良的环境中，可能存在气溶胶传播的风险。

高传播期特征：甲流患者在症状出现前1天至发病后5天~7天均具有传染性，且儿童和免疫低下者的排毒期可能更长。这种“无症状/轻症状态传播”特点，使防控难度大大增加。

甲感的易感人群

尽管任何人都可能感染甲流，

但是某些群体的感染风险会相对更高。

高危人群

孕妇：孕期免疫系统发生改变，增加了感染风险，并可能使胎儿出现并发症。

5岁以下儿童：由于免疫系统尚未完全发育，尤其是2岁以下的婴幼儿，感染风险最为显著。

65岁以上老人：免疫力下降，常伴有基础疾病。

慢性病患者：如哮喘、糖尿病、心脏病、肝肾功能不全患者。

肥胖者：体重指数(BMI)≥30的人群。

免疫抑制人群：如HIV(艾滋病病毒)感染者、器官移植受者、长期使用免疫抑制剂者。

高风险职业

医疗卫生工作者：频繁接触患者，感染风险较高。

教育工作者和托幼机构工作

人员：处于密集人群环境。

养老院工作人员：接触易感高

危人群。

公共服务人员：如公共交通从

业者、零售业人员等。

甲流的诊断与治疗

早期识别和干预是控制甲流的关键。

诊断方法

快速抗原检测：15分钟~30分钟出结果，方便、快捷，但敏感性较低。

PCR（聚合酶链式反应）检测：

敏感性高，可区分流感亚型，是确诊的“金标准”。

病毒培养：主要用于流行病学监测和疫苗研发。

抗病毒治疗

神经氨酸酶抑制剂：如奥司他韦（口服）、扎那米韦（吸入）、帕拉米韦（静脉）等。应在症状出现后48小时内开始使用。

新型抗病毒药物：如玛巴洛沙韦，单次给药即可。

治疗原则

1. 尽早开始抗病毒治疗，无须等待实验室确诊。

2. 对症支持治疗：包括退热、补液及充分休息。

3. 密切监测病情变化，警惕并

发病出现的迹象。

4. 抗生素仅适用于继发细菌感染，对病毒本身无治疗效果。

如何预防甲流

预防甲流的关键在于科学防护与增强自身免疫力。

首先，每年接种流感疫苗是最有效的手段，尤其是老人、儿童、慢性病患者等重点人群。

其次，保持良好的卫生习惯：

使用肥皂或含酒精的洗手液勤洗手；咳嗽或打喷嚏时用纸巾遮掩口鼻；避免用手触摸眼、鼻、口。在流感高发期，尽量减少前往人员密集的场所，必要时佩戴口罩。保持室内通风，定期清洁常接触物体表面。

最后，保持合理饮食、适度运动、充足睡眠，有助于增强身体免疫力。

若出现发热、咳嗽、关节疼痛、精神萎靡等疑似症状，应居家休息或及时就医，避免带病上学或工作，防止病毒传播。

（作者供职于新疆生产建设兵团第六师疾病预防控制中心检验科）

提到高尿酸血症，人们常联想到痛风引发的关节剧痛。但除了引发关节痛，高尿酸血症还会悄悄损伤肾脏。有关研究显示，高尿酸血症呈年轻化趋势，20岁~40岁患者占比达30%，许多患者因忽视早期干预，年纪轻轻就出现肾损伤迹象。

高尿酸为何“盯”上肾脏

尿酸是人体代谢产生的废物，约70%通过肾脏排出。当尿酸生成过多或排泄减少，血液中尿酸浓度升高，即形成高尿酸血症。多余的尿酸会凝结成晶体，随血液沉积在肾脏的肾小管和肾间质，逐渐堵塞肾脏的“过滤通道”，引发炎症并破坏肾组织。

高尿酸损伤肾脏的“三部曲”

无症状期：肾脏的“沉寂威胁”

许多人尿酸水平偏高却未出现关节疼痛，因而忽视了潜在风险。然而，此时尿酸已悄然对肾脏造成损害——无症状高尿酸患者出现尿微量白蛋白的可能性是正常人的两倍，犹如体内埋藏了一颗“定时炸弹”。尤其对于长期熬夜且久坐不动的上班族来说，即便没有不良饮食习惯，也可能因新陈代谢减缓而导致尿酸沉积加剧，从而加速肾脏损伤。

尿酸性肾结石：肾脏的“尖锐刺痛”

尿酸浓度过高时，会形成针状结石，堵塞尿路或肾小管，导致腰痛、血尿，严重时甚至引发肾积水。在高尿酸患者中，10%~20%的人会患上尿酸性肾结石，而痛风患者的发生率则超过30%。部分小结石虽无症状，却会反复损伤肾黏膜，逐渐削弱肾脏功能。

尿酸性肾病：肾脏的“不可逆损伤”

长期高尿酸还会导致尿酸晶体持续引发炎症，进而造成肾间质纤维化、肾小球硬化，最终发展为尿酸性肾病。该病早期症状多为夜尿增多、乏力，后期可进展至肾功能不全，严重时甚至导致尿毒症。痛风患者中15%~20%会发展为尿酸性肾病，而在尿毒症患者中，10%的病因与高尿酸相关。

四招有效防止高尿酸“侵蚀”肾脏

定期监测

高危人群应每年查1次血尿酸和肾功能。若男性血尿酸超过420微摩尔/升，女性超过360微摩尔/升，需及时干预。建议体检时主动检测尿微量白蛋白，以便更早发现肾脏早期损伤。

调整生活方式

少吃动物内脏、海鲜，少喝酒和含糖饮料；适量选择低嘌呤新鲜蔬菜、脱脂奶制品、豆类及全谷物；每周至少进行3次规律运动，每次约30分钟，需注意避免剧烈运动；控制体重；保障睡眠充足。

规范用药

生活方式调整后无效或已出现肾损伤、痛风频繁发作，需遵医嘱使用降尿酸药物，切勿自行停药或更改剂量。用药期间应定期复查血尿酸和肾功能，以便医生调整治疗方案。

避免“伤肾”行为

不滥用止痛药，这类药物可能加重肾脏负担；不憋尿，及时排尿有助于尿酸排出，减少晶体沉积；避免过度劳累，以防免疫力下降诱发炎症。

（作者供职于山东省枣庄市立医院）

高尿酸损伤肾脏的“三部曲”

□姜晓凤

儿童用药的剂量换算与剂型选择

□张银秋

很多家长认为儿童用药只需简单减量即可，却不知这背后隐藏着巨大风险。儿童的肝肾功能、代谢系统等尚未发育成熟，用药时的剂量换算和剂型选择有严格标准，必须遵循科学原则。

剂量换算

儿童用药剂量需综合考量，绝非简单地将成人剂量按体重比例缩减。临床中常用的剂量换算方法主要有3种，分别基于体重、体表面积或年龄计算，其中体重法和体表面积法更为精准。

体重法是最常用的给药方式，即根据药物说明书中推荐的每公斤体重用药剂量乘以儿童实际体重得出用药量。体表面积法则更适合肝肾功能尚未发育完全的儿童，尤其适用于发育完全的儿童，因其适用于化药药物等毒性较强的药物。

年龄法则相对粗略，主要用于缺乏精准数据时婴幼儿的常规用药。

除了基础计算，还需考虑个体差异。儿童肝肾功能发育程度不同，对药物的代谢和排泄能力存在差异。

剂型选择

儿童用药剂型选择的核心原则是“便于服用、口感适宜、剂量可控”，这直接影响用药依从性和安全性。市面上常见的剂型有口服溶液、分散片、颗粒剂、微片等。

液体制剂如口服溶液、糖浆剂是新生儿和婴幼儿的首选。服用这类剂型时，可通过量杯、滴管等精准控制剂量，还能添加甜味剂改善口感，有效解决低龄儿童吞咽困难问题。但液体制剂存在药物稳定性较差问题，需冷藏保存，且开封后

在诸多临床细节中。使用吸入性药物时，需根据儿童的年龄和肺功能选择合适的给药装置，如婴幼儿适合用戴面罩的雾化器，学龄儿童可使用干粉吸入剂。给药方式也有讲究，不能随意改变剂型，比如缓释片磨碎后会破坏缓释结构，导致药物瞬间大量释放，引发急性反呛；肠溶片掰开服用会损伤肠溶包衣，刺激胃黏膜。

家长在给孩子用药时要注意这些事项：首先要选择儿童专用药，避免使用成人药代替；其次要严格遵医嘱或药物说明书用药，不可自行增减剂量或更换剂型；最后在用药前需仔细核对药物的名称、规格和有效期，服用后观察孩子是否出现皮疹、呕吐等不良反应。

（作者供职于河南省信阳市潢川县人民医院）

腕部骨折康复的功能训练方法

□陈敏

腕部骨折后若康复不当，容易引发僵硬、活动受限等问题，对日常生活和工作造成严重影响。临床数据显示，规范的功能恢复训练可使腕部功能恢复率提升至90%以上。本文将结合骨折愈合的不同阶段，为大家详细讲解科学的康复训练方法，帮助大家实现安全高效的恢复。

骨折后1周~2周为炎症消退期，此时骨骼尚未形成骨痂，此阶段的训练重点是促进血液循环，减轻肿胀及预防关节粘连。此阶段可在支具固定的前提下进行被动手指屈伸训练：缓慢松开，重复20次，以增强手部肌肉控制能力。需要注意的是，此阶段严禁腕部主动屈伸动作，训练时以不引发剧痛为原则，若出现肿胀加重，需立即停止训练。

骨折后3周~6周进入骨痂形成期，此时骨骼开始初步愈合，支具可适当松动，此阶段的训练重点是恢复腕部活动度与

肌肉力量，可进行被动腕屈伸训练：用健侧手辅助，缓慢将患侧手腕弯曲至有轻微牵拉感，保持15秒~30秒后缓慢伸直，每组5次~8次，每日2组~3组，并逐步增加活动角度。

腕部旋转训练可在桌面进行：患侧手心向下贴于桌面，缓慢向内侧旋转至极限，保持10秒后复位，再向外侧旋转，每组各向5次，每日2组。同时，还可

使用握力器进行握力训练，每组握10次，每日2组，以增强前臂肌肉力量，为腕部稳定提供支撑。

骨折后7周~12周为骨骼愈合期，此时骨痂已形成稳定结构，可根据恢复情况拆除支具，此阶段的训练重点是全面恢复腕部功能与日常活动能力。主动腕屈伸训练无须辅助，患者自主完成手腕弯曲和伸直动作，每组15次，每日3组，逐步提升活动幅度与速度。同时，还可进行腕部抗阻训练：借助弹力带，将弹力带一端固定，用患侧手腕拉住弹力带进行屈伸、旋转动作，每组10次，每日2组，以增强肌肉耐力和关节稳定性。此外，还可加入日常活动模拟训练，如拿取物品、系扣等，逐步恢复生活自理能力。

康复训练全程需遵循“循序渐进、量力而行”原则，避免急于求成导致二次损伤。训练前可热敷5分钟，以放松肌肉与关节，训练后及时冷敷10分钟，以减轻肿胀和疼痛。若训练中出现剧烈疼痛、关节畸形或肿胀加重等症状，应立即停止训练并就医。同时，需营养均衡，多摄入富含钙、蛋白质与维生素D的食物，为骨骼愈合提供营养。

腕部骨折康复是一个长期过程，需坚持科学训练。多数患者通过规范康复，3个月~6个月可恢复腕部正常功能。若康复过程中存在疑问，建议及时咨询康复科医生，制定个性化训练方案。

（作者供职于新疆维吾尔自治区人民医院康复医学科）

5分钟护理操防“鼠标手”复发

□孙首慧

在数字化办公时代，鼠标成了上班族日常工作的“亲密伙伴”。然而，长期保持固定姿势操作鼠标，会导致手腕持续紧张，从而引发“鼠标手”。医学上，“鼠标手”被称为腕管综合征。其症状轻则手腕酸痛、手指发麻，重则影响抓握能力。掌握一套简单高效的护理方法，是预防和缓解“鼠标手”的关键。

“鼠标手”为何偏爱上班族

腕管是手腕处一个由腕骨和韧带组成的狭窄通道，正中神经从中穿过，负责手部的感觉和运动功能。上班族在使用鼠标时，手腕常处于悬空或弯曲状态，此时腕管内的压力增高。长期高压会挤压正中神经，导致神经传导受阻，进而出现手指麻木、手腕刺痛等症状。

5分钟护理操的具体步骤

这套护理操无须器械，可利用工作间隙的碎片时间完成，每天坚持2次~3次，能有效放松腕部肌肉、减轻神经压迫、降低复发风险。

第一步：腕部拉伸

采取坐姿或站姿，保持上半身挺直，左臂向前伸直，掌心朝下；用右手轻轻握住左手，缓慢向身体方向拉拽，感受手腕和前臂内侧的拉伸感；保持15秒后换右臂，重复2组。拉伸时，注意动作缓慢。

第二步：手指开合训练

将双手平放在桌面上，掌心朝下，手指自然张开；缓慢握拳，保持3秒后，再将手指完全伸展；每10次为一组，共做2组，在此过程中感受手指关节与腕部肌肉的放松。

第三步：前臂旋转运动

将双臂自然垂于身体两侧，双手握拳，拳心朝向身体；缓慢将前臂向外旋转，使拳心朝向外侧，停留5秒后再向内侧旋转回到原位；左右臂同时进行，重复10次，重点活动腕关节和前臂肌肉，缓解肌肉紧张。