

# 帕金森病患者的康复训练

□田明栓

帕金森病作为一种常见的神经系统退行性疾病,典型症状包括震颤、肌肉僵硬、运动迟缓等,严重影响患者的生活质量。在疾病治疗过程中,康复训练已成为不可或缺的非药物治疗手段。科学合理的康复训练方案,能有效改善患者的运动功能、平衡能力,帮助患者回归日常生活。

帕金森病患者的康复训练方案需要遵循科学的原则,这是保证运动安全与效果的前提。训练前的评估工作,对于患者来说非常重要。对于身体耐受度较低的患者,切勿急于求成,应采取循序渐进的方式,逐步增加训练时间和强度,避免因过度运动引发不

适。训练类型的选择,应注重多样性与综合性,单一的运动方式难以全面改善患者的身体机能。患者应采用分段式的综合训练方案,涵盖有氧运动、抗阻运动、牵伸运动,以及神经肌肉运动等。不同运动类型的协同作用,可以全方位提升患者的身体机能。在运动强度方面,研究结果表明较高强度的运动对改善运动症状效果更显著。抗阻运动,可以从低强度起步,逐步增加阻力,提高动作速度和重复次数;有氧运动,则需要逐步延长运动时间,或改善运动时的心率。运动时间和频率的把控非常关键,患者每日应保

证进行至少30分钟的运动;若患者难以坚持,运动可以拆分为3次,每次10分钟。患者每周需要完成150分钟~300分钟的中强度有氧运动,或75分钟~150分钟的高强度有氧运动。患者也可以采用中高强度运动组合的方式达到等效效果。此外,患者应每周至少2天进行针对主要肌群的抗阻运动。中强度抗阻运动,可以做3组~5组,每组重复10次;高强度抗阻运动,则为3组,每组重复8次。牵伸运动需要每日进行,时长保持在20分钟~30分钟。

了解不同运动方式的特点及获益,能帮助患者更有针对性地开展训练。在常规运动方式中,

快走、慢跑、骑自行车、游泳等有氧运动,可以作为改善早中期患者步态和平衡能力的辅助治疗。抗阻训练能有效提升患者肌力,对运动功能、平衡能力的改善及冻结步态的缓解均有帮助。拉伸运动分为静态拉伸和动态拉伸。静态拉伸,可以通过压肩、坐位体前屈等动作拉伸特定肌肉;动态拉伸,则通过重复主动动作实现,能有效改善肌肉僵硬问题。

特殊运动方式,同样值得关注。打太极拳、练气功、练瑜伽等运动方式,能显著改善患者的步速、步幅、步行能力、平衡能力和整体运动功能;探戈舞、交谊舞等舞蹈治疗,对平衡功能的提升效

果突出;跑步机训练、减重步行训练、机器人辅助步行训练等步态与平衡训练,可以精准针对步态障碍和平衡障碍进行改善;水中运动,则因水的浮力作用,对早中期患者的姿势平衡改善尤为适宜。

总之,帕金森病患者的康复训练需要遵循个体化原则。患者应在医生指导下,制定涵盖多种运动方式的综合性训练方案,并根据病情变化及时调整。坚持科学运动,能让帕金森病患者在与疾病的抗争中占据主动地位,显著提升生活质量。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

# 远离肺癌,从关注肺结节开始

□谢宁

在恶性肿瘤发病率的榜单中,肺癌常年位居前列,其早期症状隐匿,多数患者确诊时已处于中晚期,治疗难度大、预后不佳。肺结节作为肺癌的“预警信号”,及时关注、科学干预,能显著降低肺癌的发病风险。

日常预防是阻断肺结节与肺癌发生的第一道防线,需要从生活细节入手,筑牢肺部健康屏障。吸烟是肺结节、肺癌的首要危险因素。烟草中的尼古丁、焦油等有害物质,会持续损伤气道黏膜,诱发炎症与结节增生;长期吸烟,还会加速肺组织癌变。因此,戒烟是预防肺癌的核心,人们不仅要主动戒烟,还要远离二手烟,避免被动吸入有害烟雾。

环境因素对肺部健康的影响不容忽视。雾霾、粉尘、化学污染物等,会通过呼吸道侵入肺部,引发肺部病变。因此,雾霾天气时,人们应尽量减少外出;必须外出时,佩戴专业的防护口罩。长期在粉尘、化工环境工作的人群,需要严格佩戴防护装备,定期进行职业健康检查;同时,室内要定时通风换气,使用空气净化器改善室内空气质量,减少甲醛、苯等有害物质堆积。

合理饮食与规律作息,能增强肺部的抵抗力。在日常生活中,人们应摄入富含维生素、膳食纤维的蔬菜和水果,如菠菜、西兰花、梨、枇杷等。这些食物中的抗氧化成分,能减少肺部细胞损伤。人们应适量补充优质蛋白质,如鱼肉、鸡蛋、瘦肉等,助力身体修复;避免熬夜,每天保证七八小时的睡眠。规律作息,能维持免疫系统稳定,降低肺部病变的风险。此外,人们应坚持适度运动,如慢跑、游泳、打太极拳等,促进肺部血液循环,增强肺功能。

情绪管理与基础病防控,也不可或缺。长期焦虑、抑郁,会导致人体内分泌紊乱,削弱免疫系统功能,增加肺部疾病的发病风险。因此,人们保持积极、乐观的心态,对肺部健康有益。同时,患者应积极治疗慢性肺部疾病,如慢性支气管炎、肺结核等。这类疾病长期反复发作,会刺激肺部组织,诱发结节形成;及时规范治疗,能降低病变的风险。

定期筛查是早期发现肺结节、阻断肺癌发展的关键手段。低剂量螺旋CT(计算机层析成像)检查是目前筛查肺结节的首选方式,其辐射剂量低、分辨率高,能精准发现直径1毫米以上的微小结节,相比胸部X线检查,漏诊率显著降低,适合作为常规筛查项目。

高危人群需要提高筛查频率,做到早发现、早诊断、早治疗。肺癌的高危人群:40岁以上长期吸烟人群,吸烟史≥20包/年,或戒烟不足10年者;有肺癌家族史者,患病风险会显著升高;长期接触粉尘、化学物质、放射性物质的职业人群。

普通人群也需要重视肺部筛查。40岁以上无高危因素者,建议每2年进行1次低剂量螺旋CT(计算机层析成像)筛查。发现肺结节后,无须过度恐慌,多数肺结节为良性,如炎症性结节、良性肿瘤等,仅少数为恶性或有恶变倾向。医生会根据肺结节的大小、形态、密度等特征,判断肺结节的性质,制定个性化的干预方案。

(作者供职于烟台市烟台山医院)

# 输血不良反应TACO和TRALI的鉴别

□赵永红

输血是救治失血性休克、贫血、血友病及重症手术患者的关键手段,但是存在不良反应风险。我国血液安全预警系统将输血不良反应分为14类。其中,输血相关循环超负荷(TACO)与输血相关急性肺损伤(TRALI)的凶险性仅次于输血相关溶血反应。二者的发生率、死亡率,虽然临床表现相似,但是治疗方案迥异。

## TACO的特点

**发生率** 按患者、血液成分、输血事件统计,分别为22.2/1000、2.2/1000、6.3/1000,整体0.03%~8%,死亡率2.1%~16.67%。

**临床表现** 在输血过程中或输血后6小时~12小时,患者出现呼吸困难、端坐呼吸、咯粉红色泡沫痰,伴心率加快、血压升高,胸片显示肺水肿。

**诱因** 输血过快或过多,或患者有心、肾功能不全等基础病。

**处置** 立即停止输血,吸氧;用呋塞米利尿,血管扩张剂;心功能不全者,用正性肌力药,忌用升压药。

## TRALI的特点

**发生率** 红细胞输注1/5000,含血浆制品1/2000,全血源性血小板1/400;死亡率6%~12%。

**临床表现** 在输血过程中或输血后6小

时内,突发呼吸困难、低氧血症,双肺有湿啰音,胸片显示弥漫性浸润影,无心力衰竭征象,血压正常或偏低。

**诱因** 献血者血浆含抗受血者白细胞抗体,或血液中残留生物活性脂质,输血后因免疫介导或生物活性物质致肺毛细血管通透性增加,引发的急性肺部炎症。

**处置** 立即停止输血,吸氧;以支持治疗为主,忌用利尿剂(与TACO核心区区别)。

## 预防策略

**高危人群**(老年人、心肾功能不全者) 慢速输血(20滴/分钟~40滴/分钟),降低TACO的发生率;用白细胞滤器、筛查供血者HLA(人类白细胞抗原)/HNA(人类中性粒细胞抗体),预防TRALI;严格把控输血指征,减少非必要的输血。

**医生应结合患者的症状、病史、失血代偿情况、实验室结果及意愿综合评估,并且将评估内容记入病历。患者无替代方案或替代治疗无效,且不输血影响预后时,方可输血。临床存在争议或需要指导时,应邀请输血科专家会诊,制定个体化的方案。医疗机构应健全输血制度,组建临床输血管理委员会,全流程严格监管,保障合理输血、安全输血。**

(作者供职于济宁市第二人民医院输血科)

名称	输血相关循环超负荷(TACO)	输血相关急性肺损伤(TRALI)
机制	血容量快速增加,心脏循环量超负荷	免疫介导致肺毛细血管通透性增加
发病窗口	输血中或输血后6小时~12小时	输血中或输血后6小时内,起病更急
典型症状	呼吸困难、端坐呼吸、粉红色泡沫痰	突发呼吸困难、低氧血症、无泡沫痰(或少量白痰)
血压变化	多伴血压升高	正常或轻微偏低
心脏相关表现	心率加快、奔马律、存在心力衰竭体征,BNP(脑钠肽)升高	无明显心力衰竭表现,心率可正常或轻度加快
胸片特点	肺门影增大、肺瘀血、肺水肿(以肺门为中心)	双肺弥漫性浸润影(以外周分布为主),无肺瘀血
治疗关键	立即停止输血+快速利尿(减少血容量)	立即停止输血+吸氧/机械通气(支持治疗),无须利尿
高危人群	老年人群,以及心功能不全、肾功能不全、需要快速大量输血者	无特定人群,与献血者抗体、血液成分储存相关
预防措施	慢速输血1毫升/分钟~2毫升/分钟	若条件允许,用白细胞滤器、筛查供血者HLA/HNA

# 腰椎微创手术后康复攻略

□张伟萍

腰椎微创手术具有创伤小、恢复快等优势。因此,如今这种手术已经成为治疗腰椎间盘突出症、椎管狭窄等疾病的常见选择。但是,对于患者来说,手术成功只是康复的第一步,术后只有做好疼痛的科学管理及日常护理,才能使腰椎功能完全恢复。本文从疼痛管理到日常护理,为患者详细介绍术后康复要点。

## 疼痛管理

术后,患者由于手术创伤、肌肉痉挛或神经水肿而出现疼痛。做好疼痛的科学管理,包括药物与非药物两个方面。

**药物镇痛** 术后24小时~48

小时,医生可能为患者开具非甾体抗炎药(如布洛芬)或弱阿片类药物,以缓解患者术后的急性疼痛;若患者还伴有神经根刺激症状,则需要联合使用营养神经药物(如甲钴胺)进行干预。

**物理疗法** 术后48小时,若患者伤口无渗液,可以选择局部热敷,以促进血液循环。对于持续疼痛或肌肉痉挛的患者,还可以照射红外线,利用其深部透热及光生物调节的作用,缓解肌肉紧张,减轻炎症反应。如果患者有持续疼痛情况,可以尝试接受低频脉冲电刺激或超声波治疗,以缓解肌肉痉挛。

**体位调整** 患者平卧时,可以在膝关节下面垫一个薄枕头,并让髋关节、膝关节微屈,以降低腰椎的压力;侧卧时,则可以双腿夹一个枕头,并保持脊柱的中立位,以免腰部扭曲。

## 伤口护理

伤口感染是术后常见的并发症。因此,术后一两天,医务人员要及时为患者换药;如果情况良好的话,患者可以每两三天自行更换一次敷料。

如果患者伤口有渗液、红肿或异味等异常情况,就需要立即到医院就诊。对于肥胖患者,可能因脂肪层较厚,对伤口异常的

感知相对较差。因此,此类患者需要注意伤口边缘是否存在发热、发红等异常现象。

另外,为了保护伤口,患者在术后4周~6周可以佩戴腰围或支具,以限制腰部的过度活动。每日佩戴时间需要控制在6小时以内,以免腰部肌肉萎缩。

## 康复训练

患者术后康复训练应循序渐进。术后一两周,以被动活动为主,如进行踝泵运动,可以预防深静脉血栓;术后2周~4周,逐步增加腰背肌力量训练,如“五点支撑法”“小燕飞”等;术后4周~8周,可以尝试短距离步行,但是每次控

制在30分钟内,每日进行两三次。另外,术后3个月内,患者应避免提重物及久坐。

## 饮食调整

术后,患者每天需要摄入足够的蛋白质,并优先选择鱼肉、鸡肉等易消化的优质蛋白质;同时,需要补充钙、维生素D,以促进骨的愈合。维生素B<sub>12</sub>可以促进神经修复;维生素C,能够促进胶原蛋白的合成。患者应避免摄入高钠食物,如泡菜等,以免水肿加重;远离反式脂肪酸,如奶茶等,以免炎症加剧。

## 注意事项

首先,患者睡觉时应选择硬板床,并避免蜷缩身体,以防压迫腰部;其次,坐立时应使用腰垫,并定时起身活动;最后,术后应定期复查,以评估身体的恢复情况。

(作者供职于北京市中关村医院)

# 什么是高尿酸血症

□杨旭宁

## 什么是高尿酸血症

尿酸是人体代谢嘌呤后产生的废物,主要通过肾脏排出体外。当体内嘌呤代谢紊乱,或肾脏排泄尿酸的能力下降时,血液中的尿酸水平就会升高,形成高尿酸血症。

高尿酸血症分为原发性和继发性两类。原发性高尿酸血症,多与遗传因素相关,涉及嘌呤代谢关键酶的活性异常;继发性高尿酸血症,则由其他疾病或外部因素引发,如肾脏疾病、内分泌疾病,或药物、饮食等影响。

## 发病原因

高尿酸血症的核心成因是尿酸生成过多或排泄量减少,两者可以单独存在,也可以同时发生。

尿酸生成过多,主要源于嘌呤摄入过多和内源性嘌呤合成异常。嘌呤广泛存在于食物中,长期大量摄入动物内脏、海鲜、浓肉汤等食物,会增加尿酸的生成负担。内源性嘌呤合成异常,多由遗传因素导致,体内参与嘌呤代谢的酶活性失衡,使嘌呤合成增多,从而引发血尿酸升高。

尿酸排泄量减少,是高尿酸血症更常见的成因,主要与肾脏功能异常有关。肾脏是尿酸排泄的主要器官,当肾脏出现损伤,过滤和排泄尿酸的能力下降,会导致尿酸在血液中蓄积。此外,某些药物会影响肾脏排泄尿酸。年龄增长、肥胖等因素,也会间接降低肾脏的尿酸排泄效率。

## 有哪些危害

高尿酸血症并非无症状就无危害,血尿酸长期超标会对多个器官系统造成慢性损伤,引发多种并发症。高尿酸血症对关节的损伤较为典型,血尿酸水平过高时,尿酸盐结晶会沉积在

关节内,引发炎症反应。初期,患者可能表现为关节隐痛、肿胀;随着结晶不断沉积,会导致患者关节畸形、活动受限,严重影响生活质量。

高尿酸血症对肾脏的危害也不容忽视。尿酸盐结晶沉积在肾脏,会形成尿酸盐结石,堵塞尿路,引发肾绞痛、血尿等症状;长期沉积,还会损伤肾小管和肾间质,导致患者肾功能逐渐下降,严重时可发展为尿毒症。

高尿酸血症还是心血管疾病的危险因素。高尿酸血症会损伤血管内皮细胞,加速动脉粥样硬化进程,增加高血压病、冠心病、脑梗死等疾病的发病风险。同时,高尿酸血症与糖尿病、肥胖等代谢性疾病相互影响,形成恶性循环,进一步加重身体损伤。

## 干预措施

生活方式干预是基础,需要患者长期坚持。饮食上,严格限制高嘌呤食物的摄入量,保证每日饮水量在2000毫升以上,促进尿酸排泄。同时,严格限制饮酒,因为酒精会阻碍尿酸排泄;避免饮用高果糖饮料,因为果糖在体内代谢会生成尿酸,加重病情。

控制体重,对降低血尿酸水平非常重要。肥胖会加重嘌呤代谢紊乱和肾脏负担。坚持合理饮食和适度运动,将体重控制在正常范围,可以有效改善尿酸代谢。

药物干预,适用于血尿酸水平过高、已有并发症,或生活方式干预效果不佳者。常用药物分为抑制尿酸生成药物和促进尿酸排泄药物。患者服药期间,需要定期监测血尿酸水平,根据结果调整用药剂量;同时,监测肾功能,避免药物不良反应。

(作者供职于河南省荣康医院医学检验科)

# 科学面对肥厚型梗阻性心肌病

□李锦艳

作为一名心内科医生,在坐诊时常会听到肥厚型梗阻性心肌病患者问:“大夫,我看了一些资料,有人说这是‘不定时的炸弹’,我还有救吗?”每次听到这样的问题,我都深感科普疾病知识的必要性与紧迫性。今天,我想撕开“隐形杀手”的恐怖标签,带您重新认识肥厚型梗阻性心肌病。该病虽然确实需要我们终身警惕,但是绝非不可战胜的噩梦。

**误区一:“我没有任何不舒服,应该不是大病。”**

这是迷惑性的误区之一。肥厚型梗阻性心肌病是一种常染色体显性遗传病,60%的患者携带肌小节蛋白基因变异。很多患者确实终身没有症状,仅在体检时偶然发现心脏杂音或心电图异常。但是,这并不意味着患者可以高枕无忧。无症状组与有症状组的猝死风险并无绝对界限。所有确诊患

者的一级亲属,都应接受筛查(心电图+超声心动图+必要时进行基因检测)。我曾接诊一位30岁的无症状男性患者,因为哥哥突发猝死就诊,检查发现室间隔厚度达22毫米,基因检测确认MYH7突变,及时植入ICD(植入型心律转复除颤器),避免了悲剧发生。在肥厚型梗阻性心肌病的世界里,无症状不等于无风险,早发现、早评估非常重要。

**误区二:“得了这种病,就得当‘瓷娃娃’,什么运动都不能做。”**

过去,肥厚型梗阻性心肌病患者被一律禁止参加竞技体育活动,甚至日常活动也受限制。如今,基于越来越多的证据,鼓励患者在专业评估后积极参与运动。具体而言,无症状或症状控制良好的患者,可以进行规律的中等强度有氧运动(如快走、游泳、骑行等),每周150分钟。即使是梗阻性患者,在

经过风险分层、规范用药后,也可考虑参与剧烈运动甚至竞技体育。当然,这需要医生进行严格评估,包括心肺运动试验和动态心电图监测。运动不再是患者的“禁区”,而是改善心血管功能、提升生活质量的重要手段。

**误区三:“药物只能缓解症状,根治必须做手术。”**

这在5年前基本属实,但是心肌球蛋白抑制剂的出现给患者带来了希望。如今,心肌球蛋白抑制剂为肥厚型梗阻性心肌病的一线治疗选择。

这种“靶向药”的作用机制直击疾病本质:肥厚型梗阻性心肌病的根本问题是心肌收缩力过强,而心肌球蛋白抑制剂通过抑制心肌球蛋白ATP(腺嘌呤核苷三磷酸)的活性,精准降低心肌收缩力,从而减轻流出道梗阻、改善心功能。临床试验结果显示,心肌肌

球蛋白抑制剂能显著降低运动后左心室流出道压力阶差,改善患者运动耐量和生活质量。2025年,心肌球蛋白抑制剂已纳入国家基本医疗保险目录,为既往药物治疗效果不佳、又恐惧手术的患者提供了“第三条道路”。当然,并非所有患者都适用该药,需要定期监测左心室射血分数。

**误区四:“猝死无法预测,只能听天由命。”**

肥厚型梗阻性心肌病确实是青少年和运动员猝死的主要原因之一。但是,“不可预测”已成为“过去式”,现代医学已建立完善的风险评估体系。通过心脏磁共振检测心肌纤维化,24小时动态心电图捕捉非持续性室速,超声评估左心室壁厚度(≥30毫米为高危),以及评估有无不明原因的晕厥,我们可以使用评估工具计算未来5年的猝死风险。若风险≥4%,或曾

发生心脏骤停、持续性室速,建议植入ICD。这合“救命神器”能在致命性心律失常发生的数秒内自动除颤,将猝死的风险降低80%以上。如今,ICD的体积小、寿命长,植入技术成熟,不再是“最后的挣扎”,而是“主动的安全网”。

如果您或家人正与肥厚型梗阻性心肌病“共处”,请记住:在2026年的今天,该病已从“预后不良的罕见病”转变为“可防可控的慢性病”。基因检测,让家族预警成为可能;靶向药物,让内科根治成为现实;运动康复,让生活回归正轨,ICD,让猝死风险变得可控。

患者应寻找具备专病门诊的医学中心,建立随访档案,每6个月~12个月进行一次心脏超声检查,每年评估风险,与医生一起做疾病的主人,而非被动的承受者。

(作者供职于国药同煤总医院心血管内科)