

胸痛的致命性与非致命性病因

□谢日深

胸痛作为日常生活中常见的不适症状，部分人群可能认为无需特殊处理，而部分人群则可能因突发胸痛面临生命危险。这一差异的核心在于胸痛病因可分为致命性与非致命性两类。由于多数人难以区分二者，往往出现过度恐慌或忽视风险的情况。实际上，掌握胸痛的基本鉴别方法，有助于科学应对。

胸痛的致命性病因多为急性病症，其特点是发病急、进展快，若未及时处理，短时间内就可能危及生命。其中，急性冠状动脉综合征是胸痛最常见的致命性病因，常表现为胸部压迫感或紧缩感，痛感还可能放射至肩膀、手

臂、颈部等部位，部分患者会伴随呼吸困难、出冷汗、恶心、呕吐等症。急性肺栓塞同样不容轻视，除胸痛外，还会出现心跳加快、憋喘等表现；主动脉夹层引发的胸痛更为剧烈，多为突发的撕裂样疼痛，部分患者还可能伴随身体两侧脉搏不一致的情况。此外，张力性气胸、心脏压塞、食管破裂等也属于急性致命性胸痛病因，这类胸痛往往毫无征兆，发作时痛感强烈且常伴随其他不适症状。

相比之下，非致命性胸痛虽然不会立刻危及生命，但是会影响生活质量，同样需要对症处理。在诸多非致命性病因中，胃

食管反流最为常见。胃酸反流刺激食管可诱发胸痛，其痛感有时类似心绞痛，容易造成混淆。胸膈肌肉骨骼问题也较为普遍，如肋软骨炎、肌肉劳损等。这类胸痛具有明显特点：按压疼痛部位时痛感会加重，且疼痛与呼吸、身体姿势变化相关。除此之外，由肺炎、胸膜炎引发的胸痛，沿皮肤神经分布的带状疱疹，由消化性溃疡、胆绞痛等腹腔疾病牵涉引起的胸痛，以及惊恐发作等心理因素引发的胸痛，均属于非致命性胸痛范畴。自发性气胸虽然也会引发胸痛，但是与致命的张力性气胸存在明显区别，一般不会危及生命。

面对胸痛，普通人无需掌握专业诊断方法，但应学会简单的初步判断与正确应对。若胸痛突发且剧烈，同时伴随心跳加快、血压下降、四肢冰冷、呼吸困难或意识模糊等症状，大概率属于高危致命性胸痛，此时需立即拨打120，原地休息，切勿随意走动或自行服药。若胸痛呈尖锐、短暂性，按压胸壁有明显压痛，或疼痛随呼吸、翻身加重，则心肌缺血的可能性较低，多为非致命性胸痛，此时建议及时就医检查，明确病因后再进行治疗。

需要提醒的是，胸痛的表现存在个体差异，部分非致命性胸痛的症状可能与致命性胸痛相

似，而有些致命性胸痛的症状也可能并不典型，尤其是老年人、糖尿病患者等人群，痛感可能不明显，仅表现为胸闷、乏力。因此，对于任何不明原因的胸痛，都不建议自行判断或拖延观察，及时就医并由专业医生通过检查明确病因，才是最安全的做法。

胸痛绝非小事，既不必因偶尔的轻微胸痛过度焦虑，也不能对突发胸痛抱有侥幸心理。了解致命性与非致命性胸痛的基本特点，牢记“高危胸痛立即急救，不明胸痛及时就医”的原则，才能更好地守护自己和家人的健康。（作者供职于广东省广州市增城区派潭镇中心卫生院）

中风患者良肢位摆放要点

□魏义荣

中风患者发病后，及时、正确的良肢位摆放能有效预防压疮、关节挛缩、肌肉萎缩等并发症，为后续康复治疗奠定基础，是中风康复护理中不可或缺的重要环节。

良肢位摆放要求
良肢位摆放需遵循“舒适、稳定、功能位”三大核心原则。摆放时需保证患者身体处于自然放松状态，无明显不适感；体位固定需牢固，以避免患者自行翻身导致体位偏移，同时，应维持肢体的正常生理功能位，防止关节过度屈曲或伸展，从而减少肌肉痉挛和关节挛缩的风险。摆放过程中，需避免压迫肢体血管和神经，确保肢体血液循环通畅。每次摆放后，需检查患者肢体皮肤颜色、温度，发现异常情况应及时调整。

常用良肢位摆放方法
良肢位摆放主要包括仰卧位、患侧卧位、健侧卧位3种基础体位，可根据患者病情和身体状况灵活切换。每种体位均需规范操作。

仰卧位：患者平躺，头部垫软枕，高度以能自然支撑颈部为宜，避免头部偏斜。患侧肩部垫一个薄枕，使肩部微微前伸，防止肩部后缩；患侧上肢自然伸直，放置于体侧，手腕保持背伸位，手指自然伸展。可在手心放置一个小软球，维持手指功能位；患侧下肢伸直，膝盖下方垫一个软枕，使膝关节微屈，防止膝关节过伸；足底垫一个足托，维持足背伸位，避免足下垂。健侧肢体可自然放置，无需特殊固定，保证舒适即可。

患侧卧位：患者向患侧翻身，患侧肢体在下，健侧肢体在上。患侧肩部向前伸展，避免受压，手臂自然伸直，放置于身体前方，手指自然伸展；患侧下肢微微弯曲，髋关节和膝关节呈90度，足底与床面保持垂直。健侧上肢可自然放置于体侧或胸前；健侧下肢弯曲，膝盖下方垫一个软枕，以避免压迫患侧肢体，同时保持身体稳定，防止翻身。

健侧卧位：患者向健侧翻身，健侧肢体在下，患侧肢体在上。健侧肩部自然放松，手臂放置于体侧或枕下；健侧下肢伸直，膝盖微屈。患侧肩部垫一个薄枕，使肩部与身体保持同一水平，避免下垂；患侧上肢自然弯曲，放置于胸前软枕上，手指自然伸展；患侧下肢弯曲，髋关节和膝关节呈90度，下方垫一个软枕，以维持肢体稳定，防止关节挛缩。

良肢位摆放的注意事项
1. 体位切换频率：需每2小时为患者更换一次体位，避免长期保持同一姿势导致局部受压，引发压疮。更换体位时，动作需轻柔，避免牵拉患侧肢体，防止关节脱位或肌肉损伤。
2. 摆放细节：垫枕需选择软硬适中、高度合适的软枕，避免使用过硬或过高的枕头，防止压迫肢体或影响血液循环；需确保手指和足底的功能位维持到位，避免出现手指蜷缩、足下垂等情况。
3. 观察要点：摆放后需密切关注患者患侧肢体的皮肤颜色、温度、感觉及活动情况。若出现皮肤发紫、麻木、疼痛等异常表现，需立即调整体位。
4. 患者配合：对于意识清醒的患者，摆放体位时需做好沟通，告知其摆放目的和注意事项，引导患者主动配合，避免其自行调整体位。

良肢位摆放的核心是“抗痉挛模式”，即保持患侧肢体处于伸展、外旋、掌心向上的姿势。在实际护理过程中，应定时更换体位，通常每2小时进行一次翻身。摆放动作要轻柔，避免牵拉患侧肢体导致损伤。正确的良肢位摆放是中风患者康复过程中的重要基础，家属和护理人员应认真学习并严格执行。（作者供职于山东省第三荣军优抚医院）

中西医协同治疗心悸和失眠

□冯兵

生活中，不少人有过这样的体验：躺在床上心慌不已，辗转反侧，难以入睡。即使勉强睡着，也容易惊醒，心悸和失眠相互纠缠，导致身心俱疲。心悸与失眠常常互为因果，心悸引发的不适感会直接影响睡眠质量，而长期失眠又会加重神经紧张，进一步诱发心悸，形成恶性循环。针对这一问题，中西医协同治疗法能兼顾症状改善与根源调理，为缓解心悸、失眠提供科学方案。

应对心悸、失眠，最关键的一步是排除器质性疾病。心悸并不是单纯的睡眠问题，可能与心律失常、心血管基础病等有关，若心悸较为明显，且伴有胸闷、胸痛、晕厥、呼吸困难等症状，一定要及时就医，通过心电图或动态心电图等检查排查病因，并按专业诊疗流程进行处理；若排除了器质性疾病，可针对失眠进行分层调理，这是避免漏诊和误治的核心原则。

在无器质性疾病的前提下，改善心悸、失眠的核心方案是采用失眠认知行为疗法，该疗法也是目前公认改善失眠的首选方法。简单来说，该疗法就是通过调整睡眠习惯、改善对失眠的认知、进行放松训练等方式，缓解睡眠的紧张和心悸感，从而从行为和心理上打破心悸与失眠的关联。

中医在调理心悸、失眠方面有着丰富的经验，其核心是辨证施治，根据不同体质和证状选方用药，以调足心悸、心烦等伴随症状的满足需求。心胆气虚者，常表现为易惊醒、心悸胆怯，可选用安神定志丸、酸枣仁汤进行调理；心火炽盛者，常

表现为心烦难眠、手心脚心发热伴心悸，可选用导赤汤合交泰丸；心肾不交者，表现为失眠多梦且心悸，可选用六味地黄丸合交泰丸等。此外，日常可在专业医师的指导下服用枣仁安神胶囊、乌灵胶囊等中成药。这类药物不仅安全性较高，还能缓解心悸等不适。

除了方药，中医非药物疗法操作简单、适合日常调理，能有效缓解心悸、失眠。可按揉百会穴、神门穴、内关穴、三阴交穴等穴位，每次按揉1分钟~2分钟，睡前按揉更有利于平复心神；耳穴按压也很方便，取神门穴、心穴等穴位，每日按压3次~5次，睡前重点按揉5分钟，坚持4周效果更佳；每周练习3次~4次八段锦、太极拳，每次半小时，长期坚持能调节脏腑功能，缓解神经紧张，从根源上减少心悸和失眠的发生。

若失眠症状较为严重，可在专业医师的指导下短期联合使用西药——镇静催眠药，如右佐匹克隆，同时搭配舒肝解郁、乌灵胶囊等中成药，这样既能提升助眠效果，又能改善心悸等伴随症状，且不会增加不良反应。中西医协同治疗有助于提升调理效率。需要注意的是，所有药物和疗法都需在专业医师的指导下进行，切勿自行用药、盲目按摩。心悸、失眠的调理是一个循序渐进的过程，除了专业干预，保持平和的心态、规律的饮食和适度的运动，避免睡前情绪激动、过度劳累，可使身心处于放松状态，从根本上摆脱心悸、失眠的困扰。（作者供职于山东省聊城市中医医院）

消化内镜检查要知道的五件事

□李瑶

胃镜、肠镜等消化内镜检查是筛查胃癌、肠癌、胃溃疡等消化道疾病最直接、最准确的方法。作为每日协助医生完成检查的护士，我见过太多因紧张或准备不足而影响检查效率甚至错失最佳诊断时机的患者。今天，我将分享5件事，帮助大家轻松应对检查。

第一件事：检查前的“清空准备”
很多患者认为，“清空准备”并不重要，但实际上这是最容易出现问题的环节。胃镜检查前需至少空腹6小时；肠镜检查前的肠道准备尤为关键——如果肠道内有粪便残留，会遮挡病灶区域，导致医生无法准确观察，可能需要重新进行检查，这不仅浪费时间，还会让患者多遭一次罪。

需要提醒的是，肠镜检查前1天~2天，需食用无渣、易消化的食物，避免食用粗纤维、带籽食物；遵医嘱服用泻药，服药后多喝水，直到排出的大便呈清水样且无固体残渣；不要擅自减少泻药剂量或拖延服药时间，这是确保检查顺利进行的第一步。

第二件事：放松才是“通关密码”
“护士，我怕疼”“我会不会窒息”，这是我每天听到最多的担忧。其实，普通胃镜、肠镜检查引起的不适感主要表现为恶心、腹胀，多数在可承受范围内。过度紧张可能会导致恶心、腹痛症状加重，还可能

导致检查配合不佳，延长操作时间。建议检查时保持放松，可以做深呼吸。做普通内镜检查时，若感到不适可以举手示意，护士会及时调整节奏。

第三件事：这些细节要提前告知
很多患者认为无关紧要的细节，可能会影响检查安全，甚至危及生命。因此，检查前，一定要主动告知护士这些事项：是否有高血压、糖尿病、心脏病、凝血功能障碍等基础病；是否正在服用阿司匹林、氯吡格雷等抗凝药物；是否有药物过敏史；是否佩戴假牙；女性是否处于妊娠期、月经期。

需要提醒的是，正在服用抗凝药物的患者，若未提前告知，检查过程中如需取活检，可能会出现出血不止的情况。护士会根据情况，提前调整检查方案和用药安排，以确保安全。

第四件事：检查中要积极配合
消化内镜检查的顺利与否离不开患者的积极配合。进行胃镜检查时，当内镜进入咽喉部，患者可能会产生恶心想吐，此时应听从护士的指令，避免吞咽，轻轻呼气，可明显减轻恶心想吐感；进行肠镜检查时，护士会根据肠道情况让你变换体位，请及时配合。这有助于减少肠道牵拉引起的腹痛，并能快速完成检查。

第五件事：检查后做好护理
很多患者认为，检查结束便万事大吉，忽略了术后护理，导致出现不适。普通胃镜检查后，咽喉部会出现异物感、轻微疼痛，建议1小时~2小时内避免进食、喝水，以防呛咳；24小时内避免食用辛辣、坚硬、过热的食物。肠镜检查后，因检查中注入了少量气体，可能会出现腹胀、腹痛症状，可适当活动（如散步），以促进气体排出，一般1小时~2小时后症状会缓解。若取了活检，24小时内应避免剧烈运动、食用粗纤维食物，需遵医嘱服用药物，并观察大便颜色。若出现黑便、鲜血便或剧烈腹痛，应及时就医。无痛内镜检查后，由于麻醉药物的残留，可能会出现头晕、乏力等症状。建议检查后24小时内不要开车、骑车、饮酒，也不要操作精密仪器，需有人陪同回家。消化内镜检查并不可怕，它是守护消化道健康的“利器”。只要记住这5件事，做好检查前的“清空准备”、检查中配合、检查后护理，就能轻松应对。（作者供职于山东省青岛市城阳区人民医院）

止咳药别乱吃：有痰和无痰用药大不同

□郑海霞

咳嗽是生活中极为常见的不适症状。不少人一咳嗽就自行服用止咳药，结果往往越吃越严重，甚至出现胸闷、呼吸困难等问题。实际上，咳嗽并非单一病症，医学上通常将其分为干咳（无痰或少痰咳嗽）与湿咳（排痰性咳嗽）两大类，二者在病因、危害及用药方面存在显著差异。用错药物不仅无法缓解症状，还可能加重病情，埋下安全隐患。因此，科学区分咳嗽类型、对症用药才是正确的处理方式。

干咳主要表现为咳嗽频繁，无痰液咳出或仅伴有极少量黏稠痰液，多由气道黏膜受刺激、过敏、炎症早期等因素引发。剧烈干咳不仅会严重影响睡眠与工作，还可能导致咽喉疼痛、气道黏膜损伤。这类咳嗽的处理原则为镇咳、通过抑制过度活跃的咳嗽反射来缓解不适症状。

临床常用的镇咳药物包括右美沙芬、喷托维林等，适用于剧烈干咳且痰液极少的人群，能快速降低咳嗽的频率与强度。值得注意的是，轻度干咳无需刻意用药，通过多喝水、保持环境湿润等方式即可缓解，盲目使用镇咳药反而可能掩盖真实病情。

湿咳的典型特征是咳嗽时伴有大量痰液，痰液黏稠、难以咳出是患者的主要困扰，常见于支气管炎、肺炎、感冒中后期等情况。气道内的痰液会成为细菌、病毒滋生的“温床”，若长期滞留会加重感染，因此湿咳的用药原则绝非镇咳，而是祛痰——通过降低痰液黏稠度、松动痰液，帮助身体顺利将其排出。常用的祛痰药物包括愈

创甘油醚、氨溴索、乙酰半胱氨酸等，这类药物能够稀释黏痰，促进气道纤毛摆动，帮助患者更顺畅地排痰。对于慢性排痰性咳嗽，黏痰溶解剂可长期调理，从根源上减少痰液淤积。不过，哮喘患者需谨慎用乙酰半胱氨酸，以防诱发支气管痉挛。临床用药有一条绝对禁忌：痰多患者严禁使用强力镇咳药。镇咳药会抑制咳嗽反射，导致已经被稀释或大量产生的痰液无法排出，进而堵塞气道——轻则加重胸闷、气喘，重则引发窒息风险，还可能继发严重肺部感染，尤其老人、儿童等体质较弱人群，风险更高。此外，服用祛痰药期间也应避免联用强力镇咳药，以防痰液被稀释后反而堵塞气道。

很多人咳嗽时会习惯性地服用抗菌药物，这也是常见的

用药误区。抗菌药物对普通病毒感染引起的咳嗽并无治疗效果，既不能缩短病程，也无法减轻咳嗽症状，滥用还可能

导致耐药性、肠道菌群紊乱等问题。只有出现咳黄脓痰、血常规提示白细胞升高等明确细菌感染征象时，才可在医生指导下使用。若咳嗽伴随支气管痉挛、喘息，可搭配使用β受体激动剂，以缓解气道收缩症状。

咳嗽是身体的防御反射，并非疾病本身。干咳的治疗核心在于镇咳以缓解不适，湿咳则需重点祛痰以消除隐患，二者用药原则截然不同，切勿盲目混用。若咳嗽持续不缓解、痰液性状异常，或伴随发热、胸痛等症状，应及时就医明确病因，并在专业指导下规范用药。（作者供职于山东省威海市中医院）

剖宫产术中，护士如何处理突发情况

□宫成成

剖宫产手术中，母婴安全始终是核心。护士作为手术团队的重要力量，更是守护母婴生命的关键一环。在剖宫产手术室的应急处置中，护士始终与抢救母婴生命为第一原则，在统一指挥下快速联动、精准操作，用专业能力为母婴安全筑牢防线。这些看似专业的应急处置，背后都是守护生命的严谨与细致。

剖宫产手术室的应急处置，需遵循分工明确、高效协作的原则。抢救现场应设立总指挥，护士分为洗手护士与巡回护士，二者各司其职，又紧密配合。洗手护士需专注于手术野操作，精准传递器械、落实无菌防护措施，并严格清点医疗器械，防止异物遗留；巡回护士则需密切监测母婴生命体征，记录出血量，备齐药物及血制品，联动麻醉科、儿科团队，确保信息传递即时高效，同时保障抢救设备

随时处于可用状态，为应急处理奠定基础。从术前至切皮前，护士需做好充分准备，持续监测产妇状况及胎儿胎心，为紧急手术摆放适宜体位；若发现出血迹象，应及时建立第二条静脉通路，完成抢救准备工作。术中出血是剖宫产术中

最常见的高危状况，护士的快速识别与协同配合至关重要。当术中失血量达500毫升且出血未停止时，护士应立即启动应急流程，并向上级请求支援。洗手护士需迅速回收手术器械，避免对新生儿造成损伤，同时做好手术切口的消毒与保护工作；需严密观察手术野情况，根据手术进展及时调整手术医生操作，为抢救工作争取宝贵时间。巡回护士需精准量化失血量，输血量等关键数据，为医生判断病情提供可靠依据；需及时启动止血复苏流程，配合给予止血药物，并协助医生排查出血原

因。面对更为危急的状况，护士的操作需争分夺秒。若产妇发生心脏骤停且胎龄≥20周，应立即启动围术期剖宫产流程，护士需配合在4分钟内开始手术，5分钟内完成分娩，同时协同开展心肺复苏，为母婴争取生存机会。若产妇出现围术期过敏反应，护士需第一时间识别异常，迅速给予肾上腺素、补充液体并停止使用可疑致敏药物。当产妇出现低血压时，还需通过手法调整子宫位置以解除身体压迫，且不优先使用抗组胺药等非急救药物，确保急救措施有效落实。若产妇产后合并凝血功能障碍，护士需严密监测出血情况，配合补充血制品与凝血因子，并警惕并发症的发生。

应急处置并非止步于手术结束，术后的转运与交接同样是护士的重要工作内容。手术结束后，护士需仔

前牙美学修复：“微笑设计”的关键要素

□陆佳利

微笑是面部最具感染力的表情，前牙作为笑容的“视觉核心”，只要形态与比例稍有

不协调，就会直接影响整体美观度。前牙美学修复从来不是单纯的美化牙齿，而是一项围绕“微笑设计”展开的系统化工程，其核心是让牙齿、牙龈、唇部与面部整体高度协调，在兼顾美观的同时，保障口腔功能稳定，从而达到自然且持久的修复效果。

“微笑设计”的首要基础准则是确保面部中线与牙列中线对齐。面部天然中线由眉心、鼻尖延伸至下巴正中，是衡量面部对称性的核心标尺，上颌牙列中线需尽可能与这条基准线重合。若两者偏差小于2毫米，属于轻度偏差，临床中可结合患者自身牙齿排列情况与美观需求，灵活判断是否需要调整，从根源上

避免出现笑容歪斜、面部视觉不对称的问题。

上前牙的精细化设计是决定笑容美观度的核心环节，每一处参数都有对应的科学标准。静态状态下，对于上层长度正常的人群，上中切牙边缘露出下唇2毫米~4毫米时外观最自然；在发“i”等这类唇齿音时，切缘刚好贴合下唇的干湿分界线，说话、微笑时整体都协调适配。上中切牙的宽长比存在黄金比例，理想范围为75%~85%，约78%为最佳比例，该比例可使牙齿形态舒展美观。同时，中切牙、侧切牙、尖牙需按照标准宽度比例进行排布，以保证各牙近远中宽度比例均衡。更重要的是，上前牙切缘连线应与微笑时的下唇上缘的曲线平行贴合，弧度完全呼应，如此才能使动态笑容柔和流畅，不会

显得僵硬。牙龈美学，亦称“粉红美学”，其对美观的影响与牙齿同等重要，但这一因素常常被大众忽视。自然微笑时，牙龈露出量适中时的平均牙龈露出量约3毫米，若牙龈暴露超过3毫米，则属于明显露龈笑，会显著影响美观。在修复过程中，需重点关注牙龈的对称性和轮廓，只有双侧牙龈边缘高度一致、形态规整，才能避免一侧偏高一侧偏低的不协调感。若牙龈形态不佳，必要时可通过牙周软组织微调进行优化。美学修复不能仅关注外观，还必须将功能稳定放在首位。修复前需确保咬合、咀嚼等口腔系统功能正常。很多时候唇齿关系不佳，并不是单纯的牙齿问题，如果是上层长度或活动异常导致的不协调，

可先通过微笑训练或针对性调整改善唇部外观后，再进行牙齿修复；如果是存在颌骨发育异常、咬合紊乱等问题，则不能直接进行修复，需先联合正畸、正颌等手段进行干预，稳定功能，调整基础结构，再开展美学设计，避免后期效果不佳。

总之，成功的前牙美学修复始终围绕“协调”二字进行整体规划，将牙齿、牙龈、唇部与面部特征融为一体，既不自追求单颗牙齿的精致感，也不忽视口腔功能的稳定。从中线对齐到牙齿比例，从牙龈形态到唇齿配合，每一处细节都贴合自身条件，拒绝模板化复刻，最终打造出自然、耐看的专属笑容。这正是专业前牙美学修复的核心价值所在。（作者供职于杭州口腔医院）