

# 高血脂血症的综合干预方法

□秦艳艳

高血脂血症被称为“无声的血管杀手”，早期几乎没有明显的症状，却在不知不觉中侵蚀全身血管。长期血脂失控会持续推动动脉粥样硬化进程，使血管壁变硬、管腔狭窄，最终引发心脑血管供血不足，甚至诱发急性血栓，严重威胁患者的生命安全。只有了解高血脂血症的隐匿性危害，及时干预管理，才能守住心脑血管安全防线。

高血脂血症对心脑血管的损害是一个缓慢且不可逆转的过程。血液中过量的胆固醇、甘油三酯，尤其是低密度脂蛋白胆固醇，会不断沉积在血管内皮，触发局部炎症反应，吸引免疫细胞聚集，逐

步形成动脉粥样硬化斑块。随着斑块增大、硬化，血管弹性下降，管腔狭窄，血流受阻，组织器官长期处于缺血缺氧状态。更危险的是，成熟的斑块一旦破裂或糜烂，会迅速激活血小板形成血栓，导致血管急性闭塞，引发心肌梗死、缺血性卒中等致命急症。血管损伤程度与低密度脂蛋白胆固醇的升高幅度、持续时间等相关，长期低密度脂蛋白胆固醇超标会大幅增加急性心血管事件的概率。

长期血脂失控的直接后果是各类严重的心脑血管疾病。冠状动脉狭窄或堵塞会引发心绞痛，严重时出现急性心肌梗死；颈动

脉与颈内动脉粥样硬化会造成脑供血不足，斑块脱落还会导致缺血性卒中；外周动脉受累则会引发外周动脉疾病，出现肢体发凉、间歇性跛行，甚至肢体坏死。需要注意的是，血脂异常与卒中风险关系复杂，低密度脂蛋白胆固醇降低能减少缺血性卒中，但是在有出血史、脑小血管病的人群中，需要权衡利弊，避免过度降脂增加出血性卒中的概率。

除心脑血管疾病外，高血脂血症还会造成系统性损害。过量脂质在肝脏堆积会引发脂肪肝，长期进展可导致肝硬化、肝癌；甘油三酯极度升高会大幅增加急性胰腺炎风险，重症胰腺炎可危及患者生命安全；血脂异常还会加重胰岛素抵抗，诱发或加重糖尿病，形成恶性循环；同时，高血脂血症也是慢性肾脏病的危险因素，会持续损伤肾功能。

面对高血脂血症的多重危害，科学管理是关键。干预核心以降低低密度脂蛋白胆固醇为首要目标，它是动脉粥样硬化最主要的致病因素。生活方式干预是基础，应做到低脂低糖饮食、适度运动、戒烟限酒、控制体重；若生活调整效果不佳，需要早早在医生指导下启动他汀类药物，早期规范降脂能显著降低心脑血管

事件风险。此外，高血脂血症常与高血压病、糖尿病、肥胖等并存，这些因素会协同加速血管损伤，必须同步管控多重危险因素。

很多人觉得高血脂血症不痛不痒无须在意，殊不知血管损伤早已悄然发生。心肌梗死、脑梗死并非突然降临，而是长期高血脂血症埋下的隐患。无论年龄大小，都应定期监测血脂，一旦指标异常要及时干预，坚持长期规范管理，只有把血脂稳稳地控制在目标范围内，才能阻断血管损伤进程，远离心脑血管疾病。

（作者供职于山东省潍坊市昌乐县乔官中心卫生院）

# 腰椎间盘突出术后的分阶段康复训练

□张伟萍

腰椎间盘突出症手术后，医生常会叮嘱患者“好好卧床休息”，但是不少人误以为这意味着要“一动不动”。事实上，长期卧床不仅不利于患者康复，还会导致肌肉萎缩、关节僵硬，甚至增加下肢深静脉血栓风险。术后卧床不等于绝对静养，科学地“动”起来，才能加速身体康复。下面，为大家详细介绍腰椎手术后活动的知识。

卧床静养不等于“躺平”不动：医生要求患者术后卧床休息，主要目的是减轻腰椎压力、促进伤口愈合，但这种静养必须适度。有研究表明，人体肌肉连续3天不活动，力量会下降约10%；卧床1周，肌肉萎缩可达30%。腰椎手术后长期不动，腰背肌、腹肌等核心肌群会逐渐松弛，腰椎失去有力支撑，稳定性下降，反而会增加疾病复发的风险。因此，术后患者应在医生指导下，平衡好“动”与“静”的关系。

## 分阶段安全活动

第一阶段（术后1天~3天）：此阶段以增加腰椎压力为原则，重点预防下肢血栓和关节僵硬。患者可以进行一些床上训练：一是踝泵运动。患者平卧，缓慢勾脚尖至最大角度保持5秒，再下压脚尖保持5秒，反复进行。二是股四头肌收缩训练。患者平卧，用力绷紧大腿前侧肌肉保持5秒后放松。三是直腿抬高训练。患者平卧，伸直膝关节缓慢抬高至角度至30度~45度，以不引起腰痛为限，保持5秒后放下。

第二阶段（术后一两周）：经医生评估后，患者可佩戴腰围下床活动，重点强化核心肌群。患者可以用五点支撑法锻炼腰背肌，动作要轻柔缓慢；恢复较好者可尝试“小燕飞”训练，增强腰背肌和臀肌力量，幅度需根据自身情况调整。同时，患者进行坐姿训练，从每次5分钟~10分钟逐渐延长至30分钟，坐时挺直腰部，可在腰后垫靠枕，避免弯腰和久坐。

第三阶段（术后3周~6周）：患者逐步增加活动量，进行低冲击运动，恢复日常生活能力。患者可以从每天散步10分钟开始，每周增加5分钟，直至每天散步30分钟；也可进行固定自行车骑行，每次15分钟~20分钟，每周三四次，促进下肢和核心肌群力量恢复。

## 术后活动注意事项

规范佩戴腰围：患者下床活动前，应佩戴医生推荐的腰围，每日佩戴时间不超过4小时，避免腰肌产生依赖。患者卧床休息时应取下腰围，让腰背肌得到锻炼。

避免弯腰动作：患者提取重物时应屈膝下蹲，保持脊柱中立位；捡东西时应屈膝完成，尽量减少弯腰压力。术后3个月内禁止弯腰搬重物、扭腰和剧烈运动。

控制活动强度：活动中若出现腰部酸胀，应立即停止，下次活动时适当缩短时间或降低强度。若出现下肢麻木、疼痛加重等异常情况，患者需要及时就医检查。

腰椎间盘突出症术后康复是一个循序渐进的过程。科学的康复训练不仅能有效预防并发症，还能增强腰椎稳定性，显著提高康复效果。患者应严格遵循医生指导，在安全范围内积极锻炼，早日重返健康生活。

（作者供职于北京市中关村医院）

# 常见皮肤病的科学护理方法

□陈祯祥

皮肤既是身体最外层的保护屏障，也是反映健康状况的“晴雨表”。很多看似不起眼的皮肤小问题，如果处理不当，可能发展成顽固的慢性皮肤病。学会科学呵护肌肤，避免盲目护理和随意用药，才能远离红斑、丘疹、瘙痒、鳞屑等困扰，保持肌肤健康稳定。

## 避免抓挠，减少皮肤二次伤害

皮肤出现瘙痒、红斑等不适时，很多人会下意识抓挠，这看似能暂时缓解症状，实则会造成更深层伤害。指甲中藏有大量细菌，抓挠容易划破皮肤表层，引发的感染；反复抓挠还会破坏皮肤的屏障功能，导致皮肤增厚、粗糙，形成“越抓越痒，越痒越抓”的恶性循环。

正确做法是用手轻轻拍打或冷毛巾冷敷的方式舒缓瘙痒，每次冷敷10分钟~15分钟即可。同时，要积极查找病因并进行针对性处理，从根源上解决问题，保护皮肤屏障的完整性。

选对衣物，减少摩擦刺激：贴身衣物与皮肤长时间接触，材质不当会持续摩擦刺激皮肤，诱发接触性皮炎、湿疹等问题，敏感肌人群尤其需要注意。日常应优先选择纯棉等柔软透气的面料，这类面料亲肤性好，能帮助汗液快速蒸发，保持皮肤干爽。避免穿着化纤、羊毛材质的紧身衣物，这类衣物透气性差且质地粗糙，容易加重皮肤刺激。衣物要勤洗勤换，使用温和的中性洗涤剂，充分漂洗后晾晒杀菌，减少洗衣液残留和螨虫对皮肤的影响。

合理饮食，远离饮食诱因：皮肤状态与饮食密切相关，不合理的饮食会诱发或加重多种皮肤问题。高糖、油炸、辛辣刺激性食物会加重身体代谢负担，导致皮肤油脂分泌旺盛，堵塞毛孔引发痤疮，还会刺激血管扩张，加重炎症反应。

建议多吃新鲜的蔬菜、水果及富含优质蛋白的食物，增强皮肤的抵抗力；保证充足饮水，促进新陈代谢。同时，根据自身情况避开海鲜、菠萝等容易过敏的食物，通过合理饮食调理减少皮肤问题的内部诱因。

（作者供职于中国人民解放军第九八八医院）

# 院内环境病原体交叉传播与阻断措施

□孙丽燕

住院治疗往往需要家属陪护照料，但是很多人忽略了院内交叉感染的风险。临床中常出现一人住院、多人继发感染的情况，各类病原体可通过陪护、探视及卫生疏漏等环节扩散，形成连锁传播的“蝴蝶效应”，给患者及其家属的健康带来多重隐患。

院内交叉感染的链式传播机制：医院环境封闭，住院患者身体虚弱、免疫力低下，属于易感人群。一旦病房内存在携带病原体的患者，病菌极易通过多种途径快速传播，形成链式感染。主要传播方式分为4类：一是手接触传播。患者家属、陪护人员接触患者身体、床栏、门把手、床头柜等

物品后，未规范清洁双手，触碰口、鼻、眼便会造成自身感染或病菌扩散。二是飞沫传播。患者咳嗽、打喷嚏产生的飞沫可近距离直接传播，也可沉降在物体表面引发间接接触感染。三是空气传播。病房通风不畅时，飞沫核会长期悬浮在空气中，提升吸入感染风险。四是人员流动传播。频繁更换陪护人员、大量人员探视，会扩大病菌接触范围，成为病房间、医患间交叉感染的传播媒介。

院内高发交叉感染病原体类型：根据国内权威诊疗指南，住院环境中容易引发连锁传播的病原体主要包括流感病毒、呼吸道合胞病毒、百日咳鲍特菌等呼吸道

病原体，以及耐碳青霉烯类大肠杆菌等多重耐药菌。其中多重耐药菌耐药性强，常规抗生素治疗效果有限，一旦发生院内传播，感染后治疗难度大、预后风险高，是院内感染防控的重点。

多措并举切断院内感染传播链条：院内交叉感染的“蝴蝶效应”可防可控，陪护人员及探视人员做好标准化防护，就能有效阻断病菌传播，保障医患安全。

严格落实手卫生是防控核心。进出病房、接触患者及病房物品后，需要用流动水配合肥皂洗手，或使用医用免洗洗手液揉搓双手不少于20秒，杜绝不洁手接触口、鼻、眼。

规范陪护探视管理。尽量固定一名健康的家属陪护患者，减少人员轮换；严控探视人数和时长，感冒、发热、咳嗽等呼吸道不适人员严禁探视陪护。

坚持规范防护与礼仪。呼吸道疾病高发期，陪护人员全程佩戴口罩用外科口罩；咳嗽、打喷嚏时用纸巾或手肘遮挡口鼻，废弃纸巾及时投入密闭的垃圾桶，事后立即清洁双手。

配合环境清洁通风。在做好患者保暖工作的前提下，每日定时开窗通风；不触碰患者伤口、引流管等医疗装置，个人物品专人专用，积极配合医院环境消杀工作。严守隔离管理制度。隔离患

者切勿擅自离开病房，家属进出隔离区需要严格遵循医务人员指导，规范穿戴、脱卸防护用品，做好手部消毒。

针对百日咳等特殊病原体，家属若在密闭空间近距离、长时间接触患者，需在暴露后7天内就医评估，遵医嘱服用抗菌药物做好预防性干预。

院内交叉感染重在预防，正确的防护举措能有效阻断传播链条。规范手卫生、严控人员流动、做好日常防护，能够较大程度规避院内交叉感染风险，守护患者与家属的身体健康。

（作者供职于山东省青州市人民医院）

# 支气管哮喘患者防护要点

□苑明霞

支气管哮喘是常见的慢性气道炎症性疾病，表现为反复发作的喘息、气急、胸闷和咳嗽。虽然目前无法根治，但是采取科学规范的管理和日常防护，绝大多数患者可以有效控制症状，维持正常生活。以下是哮喘患者的核心防护要点。

## 坚持规范用药，不要自行停药

许多患者症状缓解后便自行停药，这是哮喘管理的重要误区。哮喘的气道炎症长期存在，即使无症状，炎症也可能悄然进展。

长期控制药物：如吸入性糖皮质激素，需要每日规律使用，从根本上抑制气道炎症、预防发作。这类药物起效慢，但是

效果持久，不可随意停用；使用后应立即深部漱口，预防口腔真菌感染。在哮喘症状控制良好的基础上维持治疗3个月后，患者可以在医生指导下逐步减少药量。

快速缓解症状药物：如沙丁胺醇，仅在出现症状时按需求使用，用于迅速舒张支气管。若每周使用超过2次，提示哮喘控制效果不佳，患者应及时就医调整治疗方案。哮喘管理的目标是用最少量的药物达到最佳控制效果，而非完全停药。

识别并规避各类诱发因素：每个患者的诱因不同，找出并避开自身“雷区”至关重要。致敏物质：常见的有尘螨、花粉、霉菌、宠物皮屑等。建议使用

防螨床上用品，每周用55摄氏度以上的热水清洗床单被套；控制室内湿度在50%左右；花粉季减少外出频次，外出时佩戴N95口罩；避免饲养带毛的宠物。

刺激物：烟草烟雾是极强的诱发因素，患者应戒烟，患者家属也要避免在患者面前吸烟。同时，警惕厨房油烟、香水、消毒剂等化学气味。

呼吸道感染：感冒和病毒感染常诱发哮喘加重。建议勤洗手，避免接触感冒患者，并定期接种流感疫苗和肺炎疫苗。

运动与情绪：剧烈运动可能诱发哮喘，但不能因此而回避运动。患者可以选择游泳、步行等项目，运动前15分钟可预防性吸入缓解哮喘的药物。焦虑、大笑、

大哭等情绪波动也会诱发哮喘，要注意情绪调节。

建立科学的自我监测习惯：“感觉良好”不等于哮喘控制效果良好，客观监测能及早发现问题。

峰流速仪监测：每日早、晚各测一次呼气峰值流速并记录。数值低于个人最佳值的80%为黄区，提示发作前兆；低于60%为红区，需要立即采取急救措施。

症状日记：记录每日用药情况、症状变化及可能的诱因，复诊时供医生参考。

## 制定个性化哮喘行动计划

与医生共同制定书面行动计划，明确每日用药及剂量、药物增减时机、就医指征和紧急情况的处理方法。紧急情况包括：说话不成句、口唇发紫、大汗淋漓、意识

# 高尿酸血症患者的饮食禁忌与生活方式调整

□赵德伟

你是否曾在深夜被脚趾传来的剧痛惊醒，那种感觉如同针尖在关节内反复穿刺？如果你有，你很可能已经被“尿酸刺客”盯上了。随着生活方式的改变，痛风早已不是老年人的专利，越来越多的年轻人深受其扰。下面这份全面的“尿酸自救方法”，帮助人们科学打败这个潜伏在血液里的“隐形杀手”。

## 正确认识“尿酸刺客”，清除潜伏在血液中的隐形威胁

尿酸的来源与致病机制：尿酸是人体嘌呤代谢的正常产物，健康状态下会通过肾脏随尿液排出去，维持体内平衡。当嘌呤摄入量过多或排泄受阻时，血液中尿酸浓度会持续升高。当血尿酸超过420微摩尔/升时，尿酸会析出针状尿酸盐晶体，这些晶体如同微型飞镖，随血液游走并沉积在血流缓慢、温度较低的关节缝隙中，引发剧烈的炎症反应和疼痛。

无症状期才是最危险的潜伏阶段：很多人误以为关节不肿不痛，尿酸高一点儿没关系，这正是“尿酸刺客”狡猾的地方。无症状高尿酸血症看似风平浪静，实则尿酸盐晶体已经在悄悄沉积，不仅会在肾脏形成结石，还会缓慢侵蚀血管内皮。有研究表明，血尿酸每升高60微摩尔/升，高血压风险增加5%，同时还会与肥胖、糖尿病相互作用，加重胰岛素抵抗，

形成恶性循环。即使没有任何症状，超声检查也可能在关节中发现晶体沉积，这种情况被称为“亚临床痛风”。因此，无症状不代表没有损伤，恰恰是身体给予的最后干预机会。

## 揪出幕后帮凶：这些习惯正在升高你的尿酸

餐桌上的隐形嘌呤陷阱：动物内脏、海鲜是众所周知的高嘌呤食物，但是更多“尿酸刺客”藏在容易被忽视的习惯里。啤酒配小龙虾是夏季夜宵标配，啤酒中的尿苷酸代谢后会直接生成尿酸，酒精还会升高血清乳酸水平，竞争性堵塞肾脏尿酸排泄通道；如果叠加高嘌呤海鲜，伤害就会成倍增加。此外，每100克香菇嘌呤含量高达450毫克，远超猪肉；甜食和含糖饮料中的大量果糖会促进内源性尿酸生成并抑制其排泄，堪称“甜蜜的毒药”。

很多人存在饮食误区，认为所有蔬菜都可以放心吃，其实菠菜、芦笋、菜花等蔬菜嘌呤含量也较高，但是植物嘌呤与动物嘌呤代谢途径不同，适量食用不会显著升高尿酸，无须严格忌口。豆制品经过加工后嘌呤含量大幅降低，痛风患者可适量食用豆腐、豆浆等。

不良生活方式与遗传因素：久坐会减慢新陈代谢，降低尿酸排泄效率；熬夜会打乱嘌呤代谢

节律，导致尿酸水平剧烈波动；肥胖不仅伴随高嘌呤饮食摄入，还会引发胰岛素抵抗，进一步损害肾脏的排泄功能。此外，有痛风家族史的人群，患病风险会显著高于普通人。

## 科学控制尿酸：一场需要耐心的持久战

痛风急性发作期的正确处理：痛风急性发作时疼痛难忍，切勿盲目处理。绝对不能热敷，否则加速血液循环，加重炎症反应；则会加速血液循环，加重炎症反应；则会加速血液循环，加重炎症反应；则会加速血液循环，加重炎症反应。

明确降尿酸目标，避免擅自停药：很多人认为尿酸降到正常范围内就可以停药，这是严重的认知误区。普通高尿酸血症患者应将尿酸控制在360微摩尔/升以下，痛风患者要降至300微摩尔/升以下，才能促进已经沉积的晶体溶解。达标只是控制的起点，而非终点。建议初期每月复查一次尿酸，达标后每6个月复查一次。降尿酸的前6个月是急性发作高危期，需要遵医嘱小剂量服用秋水仙碱预防症状复发。

降尿酸药物的选择与安全用药：急性发作期首选非甾体抗炎药，应在发作24小时内使用，效果最佳；无法耐受非甾体抗炎药物者，可换用秋水仙碱；两者均有禁忌证时，可短期使用糖皮质激素类药物。

常用降尿酸药物各有特点，需要在医生指导下使用：别嘌醇，抑制尿酸生成的经典药物，用药前必须检测相关基因，避免特定基因型患者发生严重过敏反应。非布司他，降尿酸效果精准，适用于肾功能不全患者，但是存在心血管疾病风险，一般在别嘌醇治疗无效或不耐受时使用。

苯溴马隆：通过促进尿酸排泄发挥作用，慢性肾病3期以上及有肾结石病史的患者禁用苯溴马隆。

生活方式：“硬核”的尿酸防御武器

科学饮水，稀释尿酸：多喝水是简单有效的降尿酸方法，每天摄入2000毫升~3000毫升白开水，可以有效稀释尿酸、冲刷尿酸，预防结晶沉积。建议清晨空腹喝一杯温开水，白天分次饮用，使尿液保持清亮。可适量饮用淡茶、柠檬茶或苏打水，避免饮用含糖饮料、浓咖啡和浓茶。睡前可以少量饮水，降低夜间尿酸浓度，肾功能异常者需要遵医嘱控制饮水量。

适度运动与科学减重：选择游泳、快走、骑自行车等中等强

度有氧运动，每次30分钟，每周3次~5次，可以加速新陈代谢，避免乳酸堆积影响尿酸排泄。避免剧烈运动，慢性肾病3期以上及有肾结石病史的患者禁用苯溴马隆。

定期监测，早发现早干预防范：尿酸管理是长期任务，建议每3个月~6个月复查一次尿酸，同时监测肝肾功能，因为降尿酸药物可能对肝肾造成一定影响，及时发现异常可以调整用药方案。不仅要关注数值高低，更要观察变化趋势。20岁以上、经常熬夜、饮酒的人群，应每年检查一次尿酸；25岁以上人群建议加做泌尿系统B超，排查肾结石；合并糖尿病、高血压、慢性肾病的患者，需要严格控制基础疾病，避免相互作用加重尿酸异常。

打破“尿酸刺客”没有捷径，需要从饮食、运动、用药等方面长期坚持。不要等到痛风反复发作、出现并发症才开始重视。从现在起纠正不良习惯，科学管理尿酸，才能远离疼痛，拥抱健康生活。

（作者供职于安徽省阜阳市临泉县人民医院内分泌科）