

肢体互动改善发育迟缓儿童语言能力

□徐敏

孩子的语言、肢体协调与社交能力同步发展，是其融入生活、社交的核心基础。不少发育迟缓的孩子存在语言输出弱、肢体反应慢、被动社交等问题，他们并非不愿表达，而是缺乏正确的引导方式与表达渠道。相较于枯燥的单纯说话、认字训练，肢体互动是更直观、易落地的干预方式，能打通孩子身体感知、思维认知与语言表达的关联，助力孩子稳步追赶正常成长节奏。

很多家长存在育儿误区，认为孩子语言薄弱只需单纯练习口语和识字。事实上，儿童语言发展与肢体动作、感官体验紧密相连。发育迟缓孩子的大脑、肢体、语言神经联动能力较弱，单一的语言训练枯燥且效果有限；而拥抱、手势配合、互动游戏等肢体训练，贴合孩子具象化的认知特点，遵循“动作感知、思维运转、语言输出”的儿童成长规律，能循序渐进激活孩子的表达能力。

科学的肢体互动训练，可多维度弥补孩子表达短板。一方面，能改善孩子肢体僵硬、注意力涣散的问题，提升肢体协调性与听觉专注力，锻炼孩子听从指令、配合互动的能力，为接收和输出语言筑牢基础。另一方面，轻松的肢体互动无压力基础，可有效消除孩子的社交焦虑心理，拉近亲子距离，唤醒主动沟通、回应的意愿。

家庭场景是最佳训练场所，无须专业设备，日常坚持简单训练即可见效。家长日常沟通可搭配手势辅助，说“再见”挥手、说“抱抱”伸开双臂、说“举手”引导孩子抬手，帮助孩子建立肢体动作、语言声音与事物含义的对应认知，夯实表达基础。

趣味亲子游戏是高效训练方式，拍手接龙、肢体模仿、传球游戏等，孩子接受度高、趣味性强。以模仿游戏为例，家长做跳跃、点头、弯腰等简单动作，让孩子跟随模仿，并同步说出动作名称，鼓励孩子边做边模仿发音。初期孩子可能仅能动作回应，长期坚持练习，会逐步尝试语言表达，突破语言沉默的状态。

家长需要把握核心训练原则，规避无效训练。训练要循序渐进，从单一简单动作逐步过渡到连贯组合动作，从被动配合慢慢引导孩子主动发起互动，切忌急于求成。同时，坚持正向鼓励，孩子进步速度较慢，哪怕是微小回应、模糊发音，都要及时表扬，增强其自信心和参与的积极性。此外，可将训练融入穿衣、吃饭、散步等日常场景，让语言和肢体训练贴合生活、落地见效。

通过肢体互动改善语言能力是一个长期的过程，没有捷径。短期训练或许看不到明显变化，但是持续的感官与肢体刺激，能逐步修复孩子神经联动能力，激活表达潜能。随着专注力、肢体协调性、社交意愿的提升，孩子的词汇量、语言逻辑和主动表达欲都会稳步提升。对发育迟缓的孩子而言，家长耐心的科学陪伴与肢体引导，远比枯燥的说教更有效，能慢慢打开孩子的表达之门，让孩子敢于互动、乐于表达，稳步追赶成长步伐。

(作者供职于山东省泰安市妇幼保健院)

胃肠外科手术的护理技巧

□刘静

胃肠外科手术临床操作复杂、手术创伤较高，围手术期护理贯穿术前、术中、术后全过程。精细化护理是保障手术安全、促进患者康复的关键。

术前准备

全面身体评估：术前综合评估是手术顺利开展的基础。医务人员需要为患者开展血液检测、心电图检查等相关检查，评估患者整体健康状况。针对老年患者及慢性病患者等，需要开展专项深度评估，预判手术风险与并发症，提前制定防控方案。

科学营养支持：良好的营养状态是术后快速康复的重要前提。术前医务人员需要评估患者的营养水平，针对存在营养不良风险的患者，可以通过口服营养补充剂、肠外营养等方式纠正营养失衡，提升患者的手术耐受能力。

专项心理疏导：患者术前心理状态直接影响手术配合度与康复效果。医务人员需要主动对接患者及家属，讲解手术必要性、流程、风险及预后，利用专业心理疏导缓解患者焦虑、恐惧情绪，帮助患者树立康复信心。

规范术前禁食与肠道准备：为避免术中呕吐、误吸，患者需要严格遵守术前6小时~8小时禁食要求。禁食时长应结合手术类型与个体情况进行调整。同时，医务人员需要指导患者完成肠道清洁，降低术后切口及腹腔感染风险。

术中护理

个性化麻醉管理：胃肠外科手术多采用全身麻醉，麻醉管理至关重要。麻醉医师需要根据患者的年龄、体重、基础疾病制定个性化麻醉方案，术中持续监测患者的生命体征，动态调整麻醉深度与用药剂量，保障麻醉安全平稳。

严格无菌操作：严格的无菌操作是预防术后感染的核心，从源头杜绝感染隐患。全程生命体征监护：术中

医务人员需要实时监测患者心率、血压、血氧饱和度等生命体征，及时发现并处置异常情况，精准记录手术相关数据，为术后诊疗、康复护理提供依据。

术后护理

科学疼痛管理：科学的疼痛管理可以提升患者的舒适度，助力术后康复。医务人员需要根据患者的疼痛程度与耐受度，选用药物、物理等适宜镇痛方式，定期评估镇痛效果，及时优化护理方案。

规范伤口护理：规范的伤口护理可以有效预防感染，促进创面愈合。医务人员需要定期更换伤口敷料，观察伤口有无红肿、渗液等感染迹象。对带引流管的患者，需要妥善固定管路，防止脱落堵塞，精准记录引流液情况。

阶梯式饮食管理：术后，患者饮食调整需要循序渐进，根据胃肠功能恢复情况，由流质、半流质饮食逐步过渡至普食。同时，患者应避免食用高脂肪、刺激性食物。

指导早期活动：患者身体条件允许时，应尽早下床活动。早期下床活动能有效促进血液循环，预防肺部并发症与静脉血栓，加快胃肠功能恢复。

医务人员需要为患者制定个性化活动方案，并全程协助指导。并发症预防与心理支持：感染、出血、吻合口瘘是胃肠外科手术常见的并发症。医务人员需要密切监测患者病情，对高危患者采取抗感染、抗凝等预防措施。同时，关注患者心理状态，及时疏导负面情绪，帮助患者积极配合康复治疗。

总之，围手术期配合护理质量直接决定胃肠外科手术预后。标准化、精细化的术前、术中、术后护理，可有效提升手术成功率，减少并发症，加速患者康复。(作者供职于山东省聊城市人民医院外科)

脑梗死的预警信号与防治措施

□李会勇

在我国，脑梗死已成为致死率、致残率极高的脑血管疾病，其中重症脑梗死发病急、进展快、预后差，数小时内就可能

导致肢体瘫痪、意识障碍，甚至死亡。很多人对重症脑梗死的预警信号认知不足，错过最佳救治时机。重症脑梗死并非毫无征兆，及时识别这些危险信号，就能为救治争取宝贵时间，降低伤残与死亡风险。

重症脑梗死的预警信号可通过简单易记的“FAST原则”快速识别，这也是国际通用的筛查方法，每个人都应熟练掌握。

F即面部，观察是否出现不对称，如一侧嘴角歪斜、眼睑下

垂，微笑时两侧幅度不一，这是脑梗死压迫面部神经、肌肉失控的表现，也是最易发现的信号。

A即手臂，让患者双手平举，观察是否有一侧无力下垂、无法维持平举姿势，即便举起也会快速掉落。部分患者还会出现单侧手脚麻木、刺痛甚至感觉减退，这是脑部血管堵塞、神经受损所致，切勿误以为是“压麻”而忽视。

S即语言，倾听患者说话是否清晰，是否存在口齿不清、言语含糊，无法表达自身想法甚至听不懂他人说话的情况。部分患者还会答非所问，这是脑梗死影响语言中枢的典型症状，哪怕

短暂出现，也可能是重症前兆。

T即时间，一旦发现上述任一信号，必须立即拨打120急救电话，切勿拖延。需要特别提醒的是，重症脑梗死的黄金救治窗口为发病后4.5小时内：在此期间溶栓或取栓，能够有效疏通血管、减轻脑损伤；超过这个时间，脑组织会发生不可逆性坏死，治疗效果将大打折扣。

除了“FAST原则”涵盖的信号以外，还有一些容易被忽略的预警信号也需要高度警惕：如突发剧烈且持续的头痛，伴随恶心、呕吐；突发视物模糊、眼前发黑或视野缺损；头晕、眩晕，感觉自身或周围物体旋转，甚至

站立不稳、摔倒。

脑梗死高危人群更加需要警惕上述信号，包括高血压病患者、糖尿病患者、高脂血症患者、长期吸烟饮酒者、肥胖者等，以及有脑梗死家族史的中老年人。这类人群血管条件较差，出现症状后进展为重症的概率更高，需要立即就医。

有一些人存在认知误区，认为“症状轻微、过一会儿就好”不需要就医，殊不知这可能是短暂性脑缺血发作，也就是常说的“小中风”。“小中风”症状一般数分钟至数小时后自行缓解，也是重症脑梗死后再明确的预警信号；若不及时干预，短期内发病

的风险会大幅升高。

预防重症脑梗死，日常防护至关重要。高危人群需要严格控制血压、血糖、血脂，遵医嘱规律服药、定期复查，养成健康的生活习惯，戒烟，限酒，低盐低脂饮食，适度运动控制体重，保持情绪稳定，避免劳累与情绪激动，保证充足睡眠时间。

重症脑梗死虽然凶险，但是可防可治，关键在于早识别、早呼救、早治疗。大脑损伤不可逆转，每拖延1分钟，都可能增加终身伤残的风险。牢记这些预警信号，守住生命健康的防线。

(作者供职于山东省邹城市人民医院)

HPV与宫颈细胞学检查

□王秀玉

宫颈癌是女性常见的恶性肿瘤之一，近年来发病率呈逐年上升趋势，严重威胁着广大女性的生命健康。但是，宫颈癌并非不可防治，早期发现、早期治疗是提高临床治愈率、降低疾病死亡率的关键。本文围绕HPV(人乳头瘤病毒)感染与宫颈细胞学检查两大核心内容，解读宫颈癌的早期防治方法。

什么是HPV

HPV是一种广泛存在于自然界的病毒，主要通过性接触途径传播，人体感染后可能导致皮肤或黏膜出现增生性病变。HPV分为高危型和低危型两大类，其中高危型HPV的持续感染与宫颈癌的发生、发展密切相关。据临床统计，约90%的宫颈癌患者，其发病都与高危型HPV的持续感染直接相关。因此，充分认识HPV、了解其

传播途径与潜在危害，对于宫颈癌的预防工作具有重要意义。女性需要在日常生活中保持良好的卫生习惯，避免不洁性行为，同时定期进行HPV筛查，以便及时发现并处理HPV感染，从源头阻断病情进展的可能。

要重视宫颈细胞学检查

宫颈细胞学检查又称为宫颈抹片检查，是利用专业工具采集宫颈表面的细胞样本，观察细胞的形态与结构变化，以此判断宫颈是否存在异常病变的检查方法。宫颈细胞学检查是目前宫颈癌早期筛查的核心手段，能够有效发现宫颈

癌前病变与早期宫颈癌，为后续干预治疗争取宝贵时间。

这项检查的主要目的是早期识别宫颈的各类异常状况，比如普通宫颈炎症、鳞状上皮内病变以及宫颈腺癌前病变等。这些异常如果得不到及时诊断和规范治疗，可能逐步恶化，最终发展为浸润性宫颈癌。因此，宫颈细胞学检查被公认为预防宫颈癌的第一道防线。

在检查过程中，医生会使用特制的采样器轻轻刮取宫颈表面的脱落细胞，整个操作一般不会造成明显不适，女性不必过于紧张焦虑。采样完成后，细胞样本会被送

至病理实验室，由技术人员进行显微镜下的观察与病理判断。

检查结果一般分为正常、炎症、鳞状上皮内病变等类型。若结果正常，说明宫颈当前健康状况良好，但是仍需要定期复查；若结果存在炎症或鳞状上皮内病变，医生会根据病变程度制定对应的诊疗方案，及时控制病情发展。

需要注意的是，宫颈细胞学检查并非一次性检查，需要定期规律开展。一般建议女性从21岁开始进行首次宫颈细胞学检查，后续根据年龄与检查结果，遵循医生的建议定期复查。对于已经接种过

青光眼致盲危险因素及早期筛查手段

□孙璇

青光眼被称为“沉默的视力小偷”，是因为它在发病早期几乎没有明显症状，等到患者自觉视力出现异常时，视野往往已经出现不可逆性损伤。很多患者确诊后的第一反应是：“我没有任何不舒服，怎么会是青光眼？”这正是该病最具迷惑性也最危险的特点。

那么，怎样才能判断是否患有青光眼呢？判断的关键在于两个问题：是否属于高危人群，是否已经完成了规范的早期筛查。

年龄是首要的独立危险因素。40岁以后，即使没有任何眼部不适，也需要定期进行眼科检查。到了50岁，笔者建议所有人群都应接受青光眼专项筛查。这

并非过度谨慎，而是因为年龄增长本身就是青光眼发病的重要危险因素之一。

除了年龄因素，以下情况会显著增加青光眼的患病风险。

高眼压：如果多次测量眼压均超过21毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)，且角膜厚度偏薄，需要高度警惕。需要注意的是，眼压正常不代表没有青光眼，部分患者眼压始终处于正常范围，视神经却仍在发生隐匿性损伤。

家族史：直系亲属中有青光眼患者，自身患病风险会明显升高。

高度近视或高度远视：这两类人群的眼部解剖结构存在特殊性，使其更容易发生青光眼。

长期使用糖皮质激素：无论

是眼药水或口服药物，还是吸入剂型，长期使用糖皮质激素都可能引起眼压异常升高。

其他相关因素：包括浅前房、窄房角、糖尿病、高血压病、低灌注压、偏头痛、睡眠呼吸暂停综合征等。

那么，青光眼早期筛查应该做哪些项目？

基础筛查项目包括眼压测量、眼底检查(尤其是视盘形态观察)和裂隙灯检查。其中，眼底照相是一种简便、快速且适合大规模人群筛查的方法，可以留存客观影像资料供前后对比。有条件的人群，建议将眼压检查和眼底照相纳入每年的常规体检项目。

在社区卫生服务中心或体

检中心，还可以采用视力、眼底、眼压、周边前房深度这4项指标联合筛查的方式。这种方式不仅可以筛查青光眼，还能同时发现糖尿病视网膜病变、老年性黄斑变性、白内障等其他常见致盲性眼病，有助于提高筛查效率，降低整体致盲率。机会性筛查同样重要，眼视光中心为高度近视人群验光配镜时，也需要同步开展青光眼风险评估。

确诊青光眼后如何管理？青光眼是一种慢性、进行性视神经疾病，目前尚无法治愈，但是可以采取长期规范管理有效控制病情进展。确诊后，患者需要终身随访，目标眼压是个体的——医生会根据患者的基线眼压、病情严重程度、进展速度、年龄等因

幽门螺杆菌筛查及四联疗法临床解析

□杨柳笛

体检后拿到体检报告发现幽门螺杆菌(Hp)阳性，很多人都会陷入认知误区：有人认为自己没有胃病症状，无须处理；有人过度恐慌，盲目买药杀菌；还有的家庭中多人查出Hp阳性后，不知是否需要全员治疗。作为唯一能在人体强胃酸环境中长期存活的微氧细菌，Hp在我国感染率超过50%，具有极强的家庭聚集性感染特征。本文将清晰讲解Hp阳性的根除标准、家庭筛查要点、四联疗法规范用药及后续养护知识，帮助大家科学应对这一难题。

并非所有阳性都需要杀菌，分人群精准判断

Hp阳性不代表患有胃病，多数感染者终身无明显不适，但是细菌会持续侵袭胃黏膜，长期感染可能诱发胃炎、胃糜烂、胃溃疡，甚至提升胃癌发病风险。临床有明确的根除指征，可对照自身情况精准判断。

优先必须根除的高危人群。消化性溃疡患者：对于胃溃疡、十二指肠溃疡，患者有无痛痛症状，只要Hp阳性就需要彻底杀菌。Hp是溃疡反复发作的核心诱因，若不根除，溃疡愈合速度慢、复发率极高，还可能引发胃出血、胃穿孔等。

胃癌相关淋巴组织淋巴瘤患者：这是由Hp直接诱发的罕见胃部肿瘤，根除细菌是临床一线治疗方案，多数早期患者杀菌后，病灶可明显消退、好转。

胃癌癌前病变人群：确诊萎缩性胃炎、肠化生、胃异型增生

者，需要及时杀菌。这类病变存在癌变潜力，Hp会持续加重胃黏膜损伤，加速病变进展，尽早干预可延缓甚至逆转轻度黏膜病变。

有胃癌家族史者：父母等直系亲属患有胃癌，即便自身无任何胃部不适，只要Hp阳性，也建议根除治疗。遗传易感因素叠加细菌感染，会让癌变风险大幅升高。

胃损伤风险人群：有胃部手术史者，长期服用阿司匹林、布洛芬等非甾体抗炎药的人群，药物本身会刺激损伤胃黏膜，合并Hp感染后，胃溃疡、胃黏膜糜烂风险会显著提升，需要杀菌保护胃部健康。

顽固性消化不良人群：长期饱受顽固性口臭、反复腹胀嗝气、泛酸、烧心困扰，常规调理无效者，多与Hp感染相关。该细菌可分解尿素产生氨气，这是顽固性口臭的主要诱因，规范杀菌后，这类消化不良症状大多能明显缓解。

可权衡后暂缓治疗的人群：单纯Hp阳性，无任何胃部不适，胃镜检查结果正常，且无胃癌家族史、无慢性病的年轻健康人群，短期胃部病变风险极低，可结合自身意愿选择是否杀菌。这类人群无须急于治疗，日常做好分餐防护、定期复查胃镜即可；若因阳性结果长期焦虑、心理负担过重，也可主动选择根除治疗。

特殊人群须谨慎：高龄体弱、存在严重肝肾功能衰竭、多种药物严重过敏、恶性肿瘤晚期、免疫

力极差的人群，不建议强行杀菌。四联治疗药物需要经肝肾代谢，会产生一定身体负担，此类人群身体耐受度低，强行治疗弊大于利，临床以对症养胃、定期监测病情为主。

传染性极强，家庭全员筛查至关重要

Hp主要通过口-口、粪-口途径传播，共餐夹菜、混用餐具水杯、大人嘴对嘴喂食孩子、饭前便后洗手不彻底等行为，都会造成家庭交叉感染，这也是家庭多人集中感染的主要原因。仅单人杀菌、家人不治疗，极易再次被传染，导致治疗失败、病情反复。

筛查适用人群：长期共同居住的配偶、父母、子女，均建议同步筛查。14岁以下儿童无须常规检测，若出现反复胃痛、不明原因缺铁性贫血、生长发育迟缓，或有胃癌家族史，需要及时就医。

碳13呼气试验：无放射性，适合孕产妇、儿童，检测准确度高，是临床首选筛查方式。

碳14呼气试验：存在微量辐射，价格更低，备孕、孕期女性及儿童不推荐检测。

血清抗体抽血检查：该检查仅能证明既往感染，无法判断当前是否存在活菌感染，不能作为杀菌治疗的依据。

家庭防护措施：筛查及治疗期间需要严格分餐，个人专属碗筷、水杯，餐具每日沸水煮沸10分钟以上消毒；杜绝嘴对嘴喂食，不要共用牙刷、口红等私人物品；坚持饭前便后彻底洗手；减少生冷

食物摄入量，最大程度降低细菌传播、交叉感染的概率。

四联疗法的规范治疗，用药细节决定疗效

目前全球公认的Hp标准根除方案为14天的四联疗法，10天疗程方案根除率较低，已经逐步淘汰。四联疗法由两种抗生素、一种质子泵抑制剂(抑酸药)、一种铋剂组成，用药不规范、漏服、擅自停药，会诱导细菌产生耐药性，大幅提升后续治疗难度。

质子泵抑制剂(抑酸药)：如奥美拉唑、雷贝拉唑、艾司奥美拉唑等，可降低胃部酸度，为抗生素发挥杀菌效果创造弱酸环境，需要餐前半小时空腹服用。

铋剂：以枸橼酸铋钾为主，既能保护胃黏膜，又可辅助抑制Hp，餐前半小时服用。

两种抗生素：为杀菌核心药物，医生会根据本地细菌耐药率、个人药物过敏史个性化搭配，常见组合为阿莫西林+克拉霉素，阿莫西林+呋喃唑酮等。青霉素过敏者需更换替代药物。抗生素多为餐后服用，可减少胃部刺激。

用药注意事项

务必完成14天疗程，不可中断。即便服药中后期口臭、腹胀等症状消失，细菌也未完全清除，中途停药会直接导致治疗失败、细菌耐药。

严格禁酒：服药全程及停药后7天内禁止饮酒，部分抗生素与酒精结合会引发双硫仑反应，出现心慌、呕吐、休克等严重症状，危及患者生命。

正确应对药物副作用：服药期间出现口苦、大便发黑，是铋剂的正常药理反应。如果是轻微腹泻、恶心等症状，患者要坚持完成整个疗程；若出现严重皮疹、剧烈呕吐、肝区疼痛等不适，患者需要立即停药并就医。

禁止自行购药治疗：抗生素为处方药，克拉霉素、左氧氟沙星等药物耐药率逐年升高，自行擅自停药，会诱导细菌产生耐药性，大幅提升后续治疗难度。

杀菌后复查与长期养胃要点

规范疗程结束后，需要停药满4周再进行碳13呼气试验或碳14呼气试验。停药时间不足，残留药物会抑制细菌活性，造成假阴性结果，误判为杀菌成功。复查阴性即为根除成功；若仍为阳性，需要间隔3个月~6个月，更换全新抗生素组合方案开展二次治疗。

根除成功并非获得终身免疫，外出聚餐、接触感染源仍有复发可能，长期坚持分餐、做好个人卫生，可大幅降低复发概率。日常养护需要清淡饮食，少吃辛辣、重油、腌制熏烤食物，腌制食品中的亚硝酸盐会与残留细菌协同提升病变风险；规律作息，避免长期熬夜，调节情绪，减少焦虑，提高自身免疫力，可抑制细菌滋生。同时，患者无须长期服用各类养胃保健品，遵医嘱规范治疗、养成良好习惯才是养胃的重点。

(作者供职于北京市房山区佛子庄乡社区卫生服务中心)