

中西医结合治疗冠心病

□罗陆莹

从现代医学角度来看，冠心病的核心病因在于冠状动脉粥样硬化。血管内壁因脂质沉积形成斑块，导致血管狭窄、血流受阻，进而引起心肌缺血、缺氧，诱发心绞痛，严重时甚至可导致心肌梗死，危及生命。西医在治疗冠心病方面已形成成熟高效的临床体系。急性期可通过硝酸酯类药物迅速扩张冠状动脉、缓解胸痛；他汀类药物有助于稳定斑块、调节血脂；抗血小板药物可预防血栓形成。对于重症患者，支架或搭桥手术能够快速疏通堵塞的血管，有效挽救心肌，降低急性事件风险。

但西医治疗存在明显的局限性。多数患者需要长期甚至终身服药，部分人群会出现肠胃不适、肝肾功能损伤或药物不耐受等问题。同时，很多患者经过规范西医

治疗后，冠状动脉狭窄问题虽然得到改善，却仍然存在心慌、失眠、胸闷乏力、情绪烦躁、活动后气短等症状。这类躯体和情志残留症状，单纯依靠西药难以根除，也是冠心病反复发作、患者生活质量低下的主要原因。

中医将冠心病归属于“胸痹”“心痛”范畴，其核心病机为气滞血瘀、气虚血瘀、痰浊阻滞。简而言之，人体气血运行不畅、脏腑功能失调，导致瘀血与痰湿阻塞心脉，不通则痛，进而引发各类心脏不适。中医治疗不局限于单一病灶，强调整体辨证、因人施治，根据患者的体质、症状及病程分型调治。

对于冠心病最常见的气滞血瘀型患者，其多因压力大、情志不畅导致血脉瘀堵，主要表现为胸闷胸痛、频繁叹气，可采用活血化瘀、

行气止痛的中药方剂或中成药，疏通心脉、调和气血。而气虚血瘀型患者多为中老年人群，主要表现为乏力气短、动则心慌、胸痛隐隐，治疗以益气活血、固本养心为主。同时，针灸、艾灸等中医外治方法，也能辅助疏通经络、改善心肌供血，缓解不适。

中西医结合的核心优势在于扬长避短、标本兼顾，实现1+1>2的治疗效果。急性期以西医为主，快速控制病情、疏通血管、预防血栓，挽救受损心肌，避免心肌梗死、猝死等重大风险；缓解期以中医调理为辅，改善脏腑功能、疏通微循环、调节气血代谢，缓解西药无法改善的残留症状，同时减少西药副作用，降低病情复发概率。

相关临床数据显示，坚持中西医结合治疗的冠心病患者，心绞痛

发作频率显著降低，心慌、失眠、乏力等症状大幅改善，动脉粥样硬化斑块稳定性提升，远期心血管事件风险明显下降。对于支架术后及恢复期患者而言，中西医结合治疗能够有效改善术后体虚、微循环障碍，加快身体康复，避免血管再次狭窄。同时，中医整体调理可改善患者失眠、焦虑、自主神经紊乱等症状，全面提升患者的生活质量。

除了药物与临床治疗，中西医结合的养护理念也是冠心病防治的关键。西医强调低盐低脂饮食，规律运动，戒烟限酒，控制血压、血脂、血糖；中医倡导顺应四时、调畅情志、规律作息，避免情志郁结、劳逸失调。二者结合，既能控制器质性病变诱因，又能调理体质、稳固气血，从源头上减少冠心病复发。

常用药物包括抗血小板聚集

药物、他汀类药物、β受体阻滞剂、ACEI（血管紧张素转化酶抑制剂）/ARB（血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂）类药物、硝酸酯类药物等。中医治疗根据患者个体辨证情况，酌情采用益气活血、活血通络、理气活血、芳香温通等治法，开具相应汤剂。如果患者不能耐受汤剂，也可以使用中成药治疗。同时，还可以配合针灸、按摩、中药穴位贴敷等中医疗法调理气血、改善症状。

需要注意的是，中西医结合治疗并非简单的中西药叠加，必须在专业医师的指导下根据患者的病情、体质、病程精准配伍，杜绝盲目用药。患者不可自行停用西药或更改药量，也不可随意服用滋补、活血中药，避免引发出血、病情波动等风险。

（作者供职于商丘市中医院）

使用呼吸机患者的肠内营养

□肖丽卉

对于慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)需使用呼吸机辅助通气的患者而言，呼吸支持是最直观、最核心的救治手段，而肠内营养是维系生命、助力康复的隐形生命线。在中医理论中，肺与大肠相表里，呼吸衰竭的慢阻肺患者，其肠道功能与呼吸状态息息相关。合理的肠内营养联合中医调护，能起到通腑安肺、修复机体的作用，为脱机和康复筑牢根基。

慢阻肺患者长期存在通气功能障碍，缺氧、二氧化碳潴留会直接抑制胃肠道蠕动，加之呼吸机正压通气影响腹腔压力，极易出现腹胀、便秘等问题。在现代医学中，肠内营养通过鼻饲等方式，直接为肠道提供易消化的营养制剂，维持肠道菌群平衡，保护黏膜屏障，避免肠道菌群移位引发肺部继发感染。这与中医“肺—肠腑”双向调节的核心理论不谋而合。

中医认为，肺与大肠互为表里，肺气肃降则大肠传导如常，大肠通畅则肺气宣降无碍，这也是慢阻肺呼吸肌患者最核心的病理关联。患者久卧喘促，肺气壅滞无法下行，大肠传导失司，糟粕内停，反过来加重肺气郁闭，形成“喘促—腹胀—便秘—更喘”的恶性循环。这也正是此类患者痰多、喘憋难消、感染反复的重要诱因。肠内营养直接濡养肠道，充养脾胃正气，正是从根源上打通肺肠循环，契合中医“培土生金”的治疗大法。

在中医特色干预与肠内营养协同调理方面，针对慢阻肺呼吸肌患者，形成了一套系统化的养护方案，兼顾营养供给与脏腑调摄。

首先是穴位贴敷。选取中脘穴、足三里等核心穴位，通过温经散寒的膏药贴敷，调节免疫—神经—内分泌网络，改善胃肠激素分泌，促进胆囊与胃肠蠕动，以顺气通腑，缓解肠内营养输注过程中的腹胀、反流。

其次是“肺肠同治”的内调原则。肠内营养制剂的输注节奏和温度，均遵循中医“温养脾胃”的理念，避免寒凉损伤中焦阳气。同时，配合益气健脾、宣肺通腑的中医调理思路，以扶正健肺、宣降气机、通腑导滞为方向，使肠内营养的精微物质布散全身，既能补充机体消耗的能量，又能疏解肺气壅滞，从而改善慢阻肺患者的通气状态，减少对呼吸机的依赖。

对于慢阻肺呼吸肌患者而言，肠道黏膜是抵御感染的第一道防线。肠内营养可维持肠道菌群稳态，联合中医益生菌调护，可进一步调节“肺—肠腑”双向通路。肠道菌群平衡能减少炎症因子释放，减轻肺部慢性炎症；而肺部缺氧状态的改善，又能反向恢复肠道供血与蠕动，形成良性循环。这完美地诠释了中医“脏腑相关、表里互通”的整体观念，也让肠内营养不再是单纯的营养支持，而成为治疗慢阻肺呼吸衰竭的重要环节。

临床中，很多慢阻肺呼吸肌患者，在规范进行肠内营养联合中医“肺肠同治”后，腹胀、便秘症状消失，痰液量减少，喘憋症状减轻，炎症指标下降，脱机成功率显著提升。这足以证明，看不见的肠道养护，与看得见的呼吸支持同等重要。

总而言之，慢阻肺呼吸肌患者的救治应以肠内营养为基础，中医“肺肠同治、培土生金”为核心，结合穴位贴敷等特色手段、通腑气、安肺气、养脾胃，这样才能打破呼吸与肠道的恶性循环，帮助患者平稳度过危险期，逐步脱离呼吸机。

（作者供职于广东省佛山市中医院）

癌痛需控制 便秘勿忽视

□杨倩倩

癌痛是肿瘤患者常见的症状，会严重折磨患者的身心。阿片类镇痛药物是临床控制癌痛的首选高效药物。该类药物易引发恶心、呕吐、便秘等副作用，其中便秘的发生率可达90%~100%，且贯穿整个用药周期。用药剂量越大，便秘症状越严重。

阿片类药物引发便秘的核心原因

阿片受体广泛分布于中枢与外周神经系统。

在中枢，阿片类药物与阿片受体结合后，会抑制正常的排便反射，导致直肠膨隆、肛门括约肌张力升高，并阻碍肛门舒张反射。

在外周组织，药物与μ型阿片受体结合后，会开放钾通道、阻碍氯离子转运，一方面抑制胃、胆道、胰腺及肠道的液体分泌，增强肠道对粪便水分的吸收；另一方面减少乙酰胆碱的释放，抑制胃肠平滑肌的规律收缩，减缓肠道纵行肌的推进

性蠕动，同时还会减少舒血管肠肽和一氧化氮的分泌，导致胃肠平滑肌无法正常舒张，使肠形肌产生无效的痉挛性收缩。

整体胃肠蠕动速度减慢，粪便在肠腔内的停留时间延长，水分被进一步吸收。在上述多重生理机制的共同作用下，最终导致排便费力、排便次数减少、大便秘结等便秘症状。

阿片类药物相关性便秘的预防与科学应对

膳食调整

保证充足饮水，在无特殊禁忌的情况下，每日饮水量控制在2000毫升~3000毫升；日常多摄入高膳食纤维食材，适量摄入坚果等富含油脂的食物，有助于润肠滑壁、促进排便；减少油炸、烧烤类食物的摄入。

建立规律的排便习惯

早晨是排便的黄金时段。可在起床后或进食结束后半小时后尝试如厕，专注排便10分钟~15分钟，逐步建立稳定的排

便生物钟。切勿刻意憋便，否则代谢性毒素可能会被肠道二次吸收。排便时切忌过度用力屏气，以免诱发心脑血管急症。如厕时应避免看手机等分心行为，以免干扰排便中枢的正常调节。排便结束后，用温水清洗肛周及臀部皮肤，保持局部清洁干爽。

采用适宜的排便体位
身体前倾幅度越大，排便越顺畅。使用坐便器时，可在脚下垫一张矮脚凳，以调整体位。

可配合咳嗽辅助排便：保持蹲坐姿势，排便时适当用力咳嗽，利用增加的腹压推动粪便排出。另外，也可采用双腿加压的方式辅助排便：坐便时将左腿叠压在右腿上，保持一分钟后左右交替进行。

睡前温水足浴
每晚入睡前用温水泡脚15分钟~20分钟，可刺激足底对应小肠、结肠、肛门的反射区域，加快局部血液循环，促进肠道

蠕动，改善排便情况。

按揉腹部

清晨睡醒或夜间睡觉前，平躺仰卧，双手交替放于右下腹，沿顺时针走向按揉腹部。力度由轻渐重，速度由缓渐快。

运动

适度锻炼可促进肠道蠕动，可选择散步、慢跑、打太极拳等运动；卧床者可在床上进行仰卧屈膝活动。

遵医嘱正确用药

聚乙二醇4000散：兑200毫升温水冲服，不可干吃。

果糖果、莫沙必利：均建议于餐前半小时服用，服果糖果后需多饮水。

双歧杆菌活菌片：饭后用温水送服，与抗生素服用间隔至少2小时。

开塞露：先取左侧卧位，垫高臀部，放松肛周，然后挤出少许药液润滑管口及肛周，再缓慢插入肛门并注入药液。

（作者供职于山东省济宁市第一人民医院）

小儿用药严禁照搬成人

□王 雷

在家庭日常护理中，许多家长在孩子生病时，出于急切或图方便的心理，往往会把成人药片掰开减量给孩子服用。这种看似合理的做法，实则隐藏着极大的安全隐患。医学界反复强调一个核心原则：儿童绝不是成人的缩小版，小儿用药严禁照搬成人。

儿童的生理结构与成人存在本质差异，这决定了他们在药物吸收、分布、代谢和排泄等方面具有特殊性。首先，儿童的肝脏和肾脏功能尚未发育成熟。肝脏是人体的“代谢工厂”，肾脏是“排污系统”，儿童这两个器官的处理能力远低于成人。如果按照成人标准给药，即使将剂量“减半”，药物也容易在儿童体内蓄积，进而引

发药物中毒或脏器损伤。其次，婴幼儿的血脑屏障功能尚不完善，这道保护大脑的“防线”还不够坚固。某些成人药物中的成分更容易穿透屏障进入中枢神经系统，对正处于快速发育的神经系统造成不可逆的伤害。

将成人药减量给孩子服用，还面临着剂量极度不精准和剂型不适宜的的双重风险。儿童用药的科学依据应是体重或体表面积，而非年龄或主观感觉。此外，许多成人药物是缓释片或控释片，一旦掰开或碾碎，其特殊的释药结构就会被破坏，导致药物在短时间内大量释放，瞬间引发危险。同时，对于吞咽功能尚未完善的儿童来说，服用成人片剂或胶囊极

易造成呛咳，甚至导致窒息。

在儿童用药的“黑名单”中，有几种成人常用药是绝对禁忌。例如，阿司匹林可能诱发儿童罕见但致命的瑞氏综合征；诺氟沙星等喹诺酮类抗生素可能干扰软骨发育，影响身高增长；氨基糖苷类抗生素(如庆大霉素)具有显著的耳毒性和肾毒性，可能导致永久性耳聋；8岁以下儿童使用四环素类药物，则会导致牙齿釉质发育不良，形成“四环素牙”。

面对孩子生病，家长应如何科学应对？首先，必须优先选择儿童专用药。这类药物在剂型、口感和剂量上都经过专门设计，且配有专用量具，能确保精准给药。其次，用药前务必仔细阅读药品说明书，重点

关注有效成分、适应证、用法用量及禁忌证。特别要警惕重复用药的风险，例如多种复方感冒药中可能含有对乙酰氨基酚，叠加使用极易导致急性肝损伤。最后，要摒弃“抗生素治百病”的误区。90%的感冒由病毒引起，滥用抗生素不仅无效，还会破坏肠道菌群并催生耐药菌。

儿童用药无小事，任何“经验主义”都可能成为伤害孩子的毒药。当孩子出现不适时，家长切勿盲目试药。最安全、最负责任的做法是及时就医，在专业医生或药师的指导下，做到精准、安全、合理用药，为孩子的健康成长筑起一道坚实防线。

（作者供职于山东省淄博市临淄区人民医院）

基层护士如何守护您的健康

□王永英

得了高血压、糖尿病或慢性阻塞性肺疾病(以下简称慢阻肺)，是不是只能去大医院就医？其实，越来越多的健康管理服务正在走进社区，来到你身边。在这个过程中，有一支离您最近、最贴心的力量——基层护士。她们不仅仅是一名测血压、发传单的医护人员，还是您身边的“健康管家”，她们会用专业和细致帮您把慢性病管理起来。

您的专属健康档案员

当您第一次在社区建立慢性病管理档案时，最先接触的很可能是基层护士。她们会耐心询问您的健康状况和生活习惯，为您建立一份动态更新的健康档案。这份健康档案记录了您的体检结果、随访服务和健康评估，让您的健康状况有迹可循。对于老年人，她们还会协助进行跌倒风险、营养状

况等快速评估，帮助早期发现其潜在的健康问题。

您的随访与病情监测员

慢性病管理的关键在于日常坚持。基层护士会根据计划，定期为您安排随访。如果您是糖尿病患者，她们会重点关注您的血糖控制、饮食运动及用药情况。如果您是慢阻肺患者，她们会建议您每3个月~6个月随访一次，动态监测相关健康指标和运动能力。对于血压、血糖、血脂等指标，她们会定期评估其控制状况，并及时将信息反馈给全科医生，为调整治疗方案提供依据。

您的健康科普与生活教练

“如何吃？”“怎么动？”“药该怎么用？”面对这些困扰，基层护士会为您——解答。她们通过组织小组活动或借助手机应用程序，帮助您提升自我管理能

力，比如学习自我监测血糖、合理膳食、科学管理体重。针对老年高血压患者，她们尤其关注其心理健康，提供必要的人文关怀和心理疏导。对于使用吸入装置的慢阻肺患者，她们会重点核查并指导具体使用方法，确保药物发挥最佳作用。

您的用药安全把关人

针对您担心的多种药物一起服用是否存在风险这一问题，基层护士在随访过程中会仔细核查您的用药史，评估您是否按时、按量服药。尤其对于老年患者，她们会特别关注多重用药的风险，遵循“少而精”的原则，尽量避免因药物相互作用带来的不良影响。一旦发现任何问题，她们会及时与医生沟通，确保您的用药安全。

您与医生之间的联络员

当您的病情出现波动或管理效果不佳时，基层护士会协

助记录病情、传递信息，帮助您启动转诊流程，确保从社区到医院的治疗无缝衔接。她们还会通过多种方式提醒您定期复查，解答非诊疗类疑问，是您就医路上的得力助手。

让科技赋能，服务更贴心

如今，社区健康管理也拥有了“智慧大脑”。基层护士会指导您和家人使用可穿戴设备或手机应用程序，实时监测血压、血糖等健康数据。同时，通过电话、发信息等渠道，为您提供在线咨询等服务，让健康管理变得更加便捷、高效。

慢性病管理是一场“持久战”，而基层护士就是您身边最可靠的战友。她们通过专业的评估、温暖的随访和细致的指导，将规范的健康管理带入千家万户。

（作者供职于山东省东营市广饶县大码头中心卫生院）

青光眼是一种不可逆的致盲性眼病，其治疗的核心在于控制眼压，以保存现有的视功能。虽然青光眼目前无法根治，但是通过科学规范的管理，大多数患者的病情是可以得到有效控制的。面对药物、激光、手术这三大治疗手段，许多患者不知道该如何选择。其实，这三者之间并无简单的“优劣”之分，而是需要依据病情进展和患者个体情况制定的治疗方案。

药物治疗——全程的基础与首选

对于大多数早期青光眼患者来说，药物治疗通常是首选方案。其原则是“以最少的药物达到安全的目标眼压”。

用药方式：以局部滴眼液为主，口服药物通常仅作为短期应急使用。

常用药物：一线药物包括前列腺素衍生物、β受体阻滞剂等。其中，前列腺素衍生物因降眼压效果显著且每日仅需使用一次，临床应用较为广泛。

注意事项：药物治疗需要终身坚持，不得擅自停药。长期用药者需关注眼表健康，若出现眼红、干涩或全身性不良反应，应及时与医生沟通调整方案。

激光治疗——承上启下的“桥梁”

当药物治疗欠佳、患者无法耐受药物不良反应或需预防急性发作时，激光治疗是一个理想的中间选项。

适用场景：

开角型青光眼：选择性激光小梁成形术不仅能有效降低眼压，还能减少对滴眼液的依赖。

闭角型青光眼：激光周边虹膜切开头可在瞳孔阻滞发生前于虹膜上“开一个小窗”，有效预防房角关闭，避免急性发作。

优势：激光治疗属于微创操作，恢复快，即使效果不理想，也不影响后续的手术治疗。

手术治疗——最后的“防洪堤”

如果药物治疗和激光治疗均无法将眼压控制在目标范围，或视神经损伤仍在持续进展，则需通过手术建立新的房水引流通道。

传统手术：小梁切除术是经典且有效的术式，适用于需要大幅降低眼压的中晚期患者。

微创手术：随着技术进步，针对病情相对较轻或合并白内障的患者，微创青光眼手术因创伤小、恢复快的优点，正成为越来越多患者的选择。

科学决策：没有最好，只有最合适

在临床实践中，医生制定治疗方案时需遵循一个核心原则：个体化目标眼压。即根据每位患者视神经的受损程度，设定一个安全的眼压范围，再逆向选择最适宜的治疗方式。

早期、轻度开角型青光眼：可优先尝试药物治疗或选择性激光小梁成形术。

闭角型青光眼或存在解剖风险者：激光周边虹膜切开头是重要的预防手段。

中晚期或药物控制无效者：应及时选择手术治疗，以避免视神经发生不可逆损伤。

请记住，青光眼管理的成功，一半依赖于医生制定的精准方案，另一半则取决于患者长期的坚持与随访。

（作者供职于山东中医药大学附属眼科医院）

重度踇外翻 不止影响美观

□韩 宁

在炎炎夏日，当许多人换上凉鞋时，有些人却因为大脚趾根部突出的骨性突起而感到自卑，不敢露出双脚。这种在医学上被称为踇外翻的足部畸形，常常被大众误认为是影响美观的“面子问题”。然而，当病情发展到重度阶段，它不仅是外观上的瑕疵，更是一个涉及骨骼、韧带及全身生物力学平衡的复杂病理过程。

突破临界点：从轻微歪斜到严重畸形

踇外翻是指大脚趾向外侧偏斜超过正常生理范围(通常大于15度)，同时第一跖骨向内偏移的畸形状态。随着病情的不断恶化，当大脚趾的外翻角度超过40度时，便进入了重度踇外翻阶段。此时，大脚趾可能会严重偏离正常力线，甚至像藤蔓一样重叠、挤压在第二脚趾之上或之下，形成难以逆转的锤状趾或交叉趾畸形。整个前脚掌因骨骼结构的改变而显著变宽，原本正常的足弓也可能随之塌陷。

步态惊心：重度踇外翻的多重危害

重度踇外翻对人体的影响是渐进且全方位的，其带来的痛苦远超想象。首先是难以忍受的疼痛与皮肤损伤。由于脚趾根部形成了明显的骨性突起，该部位长期与鞋面发生剧烈摩擦，极易引发拇囊炎，表现为局部红肿、热痛。严重时，表皮破损甚至会引起感染。此外，足底受力点的异常改变会使脚部角质层异常增厚，形成坚硬的鸡眼或胼胝(老茧)，让患者每走一步都如同踩在针尖上。

步态惊心：重度踇外翻的多重危害

重度踇外翻对人体的影响是渐进且全方位的，其带来的痛苦远超想象。首先是难以忍受的疼痛与皮肤损伤。由于脚趾根部形成了明显的骨性突起，该部位长期与鞋面发生剧烈摩擦，极易引发拇囊炎，表现为局部红肿、热痛。严重时，表皮破损甚至会引起感染。此外，足底受力点的异常改变会使脚部角质层异常增厚，形成坚硬的鸡眼或胼胝(老茧)，让患者每走一步都如同踩在针尖上。

（作者供职于山东省潍坊市人民医院）

青光眼的治疗选择

□沙 芳

（作者供职于山东省潍坊市人民医院）