8种心理调适方法 帮孩子告别“就医恐惧”

□刘冬梅

医院是一个洁白神圣的地方，救死扶伤、生命至上是这里的底色。它既是生命开始的地方，也是家庭重燃希望的地方。但对于孩子来说，这里是一个未知的地方，在充满好奇的同时往往也会害怕。在医院，只要有儿童就医的诊室，就会有一个很常见的现象，那就是哭声一片。“哇……”声音从小到大，甚至哭到抽搐。家长有时候安抚不了，便对孩子发脾气，甚至大打出手。其实，孩子害怕、恐惧、挣扎、逃跑等都很正常，那是孩子对陌生环境、陌生人及疼痛等的本能防御反应。孩子还小，不能及时进行心理调适，只能选择以大哭等方式来表达内心的恐惧、焦虑。家长的呵斥声和强制不让孩子哭等行为，会给孩子造成一过性心理创伤，甚至会让孩子对来医院看病产生恐惧心理。长期如此，孩子就会出现心理阴影。

孩子就医时为什么会有以上表现？有些孩子因就诊前未做好准备，会自己想象出那些令人害怕的场景，如抽血会很痛、打针会出血等，这是对未发生事件产生了想象性恐惧；有些孩子因之前有过不舒服的就诊经历，再次就诊时会下意识地选择逃跑、不听话等。父母的打骂、对嘈杂环境的恐惧等，都会造成孩子就医时不配合。孩子大哭、家长着急、医生不知所措，一场不愉快、不舒服的就医经历就这样开始了。其实，孩子大哭是很好的宣泄方式。学过心理学的人都知道情绪释放有多么重要——否定孩子哭的权利，也就否定了孩子的情绪；情绪释放不出来，对孩子是不好的事情，会加重孩子的不适。

作为家长，我们该如何应对孩子的情绪问题呢？

如果遇到要带孩子去医院就医的情况，不妨试一试以下几种方法：

1.根据孩子的年龄选择合适的语言，告知孩子要去做的事情。比如，对于小一点儿的孩子，我们可以这样说：“宝宝，我们一会儿要去医院看病，医生可能会用一个小板子打开你的小嘴巴看看喉咙有没有发炎、红肿。你不要害怕，妈妈会抱紧你，你是妈妈心里最勇敢的小战士。”这样沟通，可以清楚地让孩子知道接下来会发生什么。孩子最怕的是分离——当我们告知孩子会一直陪着他时，就能缓解孩子的害怕感受。这远比到了医院后，孩子既要面对陌生环境、陌生人，又要接受各种未知操作，被层层恐惧包围要好得多。不需要讲复杂的就医流程，也无须解释深奥的医学原理，如实告知接下来会发生的事情，就是最好的沟通方式，也是降低孩子焦虑与恐惧的有效方式。

2.角色扮演（情景模拟）。如果我们能预知到孩子会面对的场景，可以在家里玩一下小游戏，让孩子熟悉这个场景和过程。比如，到医院看病经常需要采血，孩子看到采血针会因害怕大哭等。我们可以在家提前将采血的场景演示一遍，包括家长到时候怎样抱孩子、孩子觉得怎样抱自己会更舒服、胳膊需要露到什么位置、疼痛感会怎样、持续多久等。在整个过程中，要回答孩子提出的任何问题。回答时要有耐心，不要回避抽血痛不痛的问题，要告知孩子真实的感受。这样一来，孩子心里就会提前建立起对疼痛的认知，也会减轻焦虑与恐惧。

3.可以选择奖励条件。比如，告诉孩子，就医时好好配合，就可以做一件自己特别想做的事——买一本喜欢的图书、去一次游乐园、多看一集动画片等，让孩子有期待、有动力。

4.不要提前“预支”恐惧。比如，不要重复说“不听话给你打针”“不听话就不要你了”“不配合就不许吃饭”等，避免让孩子提前恐惧，加重孩子的身心反应。

5.注意力转移。如果出现孩子大哭的情况，要蹲下来跟孩子视线平齐或者先接纳孩子的情绪，在孩子情绪释放后再转移其注意力。也可以让孩子做各类呼吸训练来缓解情绪，或者将注意力转移到孩子感兴趣的事情上。

6.让孩子有选择权。检查时，可以问问孩子：你想自己站着还是妈妈抱着你？抽血时你是露左边还是右边胳膊？虽然是小小的选择权，却可以大大缓解孩子的无助感，让孩子感觉自己是检查治疗的小主人。

7.家长情绪管理。很多时候，孩子情绪爆发后，如果家长也管不住自己的情绪，会让孩子情绪更差。这时不妨先缓5秒~10秒，平复心情后再跟孩子说话。如果实在控制不住情绪，可以尝试“4-7-8”呼吸法来缓解自身焦虑，尽量保持情绪平稳，再去面对孩子。

8.注意保护孩子的隐私和自尊心。不管多大的孩子，就医时都有自己的隐私。如果有特殊情况，可以提前跟医护人员沟通，不要觉得孩子没有隐私而伤害到他们。针对不同年龄段的孩子，要选择合适的方式。如果孩子有严重的焦虑、抑郁等，可及时寻求儿童心理科专家介入。

其实，在正常的就医过程中，医护人员希望家长和患儿配合度高，家长也希望孩子乖巧听话、不哭不闹、坚强勇敢。但现实情况是，孩子表现得勇敢，并不代表内心不害怕、不退缩。我们帮助孩子进行心理调适，目的不是消除恐惧，而是要让孩子知道：害怕了可以说出来，想哭了可以哭出来；难过时可以退缩，可以多躲一会儿。因为遇到困难时，爸爸妈妈会站在孩子的左右，为他保驾护航。

近些年，情绪心理问题越来越受到关注，儿童的身心问题也越来越受到重视。作为家长，我们需要学习一些应对儿童情绪的小常识，特别是孩子就医过程中会出现哪些情绪变化。提前干预、及时应对，对家长和孩子来说都是一个很好的情绪舒缓过程，同时能拉近亲子之间的距离，有利于儿童心理健康。如果家长能熟练掌握儿童心理调适的方法，不仅可以在自己孩子出现不适时及时处理，还可以帮助他人，共同守护孩子心理健康，做孩子心理健康的护航者。

（作者供职于兰州大学第一医院泌尿男科）

术后需警惕老年患者发生谵妄

□司程娟

不少老年患者在外科手术后会出现躁动不安，言语混乱，试图拔管、下床等情况。这可能是谵妄的早期表现，属于围手术期急性脑功能异常，若识别不及时，易引发伤口开裂、管路脱落、坠床等意外，延缓术后康复。

术后需注意谵妄的典型症状

老年患者多在外科术后1天~3天出现谵妄，症状不定，夜间更容易加重。躁动型是谵妄中最危险的类型：患者情绪激惹、肢体乱动、大喊大叫，可能产生幻觉和妄想，如把输液架看成怪物，进而试图拔掉输液管、引流管、导尿管等。安静型患者没有明显躁动，仅表现为神情淡漠、嗜睡、反应迟缓、应答困难，常被误认为“术后身体虚弱”而漏诊，漏诊率较高。术后谵妄与麻醉苏醒期躁动不同，后者是麻醉药物残留引起的短暂兴奋，通常在几小时内消退；而术后谵妄的核心表现之一是定向力障碍，患者分不清时间、地点，认不出陪护人员，注意力无法集中，常常答非所问，昼夜睡眠节律颠倒。外科护士查房时，常通过询问“今天几号”“这是哪里”来快速评估定向力，这是临床筛查术后谵妄最简便有效的手段。

在外科围手术期，这些因素易诱发谵妄

老年人脑部代偿能力下降，再受到手术创伤刺激，是术后谵妄多发的基础原因。从外科护理角度分析，相关诱因覆盖术前、术中、术后各个阶段。术前睡眠质量不佳，视听功能减退，营养不足，合并高血压或脑血管疾病，均会提升发病风险。较大的手术创伤、较长的手术时间、术中失血、低血压、低体温及麻醉药物，都会干扰脑部正常代谢。术后疼痛是首要诱因，强烈的疼痛会持续刺激交感神经，诱发躁动型谵妄。导尿管、引流管、伤口敷料等带来的异物刺激感，水电解质紊乱，缺氧，感染，护士夜间频繁操作，肢体约束不当等，同样会诱发或加重谵妄，这些都是外科病房综合防控的重点。

术后做好早期干预

疼痛管理是术后预防谵妄的首要方式。护士会规范完成疼痛评估，合理运用镇痛泵，及时上报疼痛评分，避免老年患者强忍疼痛，同时考虑镇痛药物对认知能力的影响，实施个体化镇痛。病房里应维持柔和的光线，白天开启窗帘，夜间调暗灯光，集中安排换药、测血压、输液等操作，减少夜间干扰，帮助老年患者恢复正常睡眠节律。在管路护理方面，妥善固定引流管、输液管，减少牵拉带来的不适，在病情许可时尽早拔除非必要导管。约束带不优先使用，仅在存在拔管、坠床高风险时临时使用。在约束过程中定时松解，观察老年患者的皮肤状况，在其病情平稳后及时解开，防止因约束加剧躁动。护理人员要鼓励老年患者早期床上活动，条件允许时尽早坐起，床边站立。术后早期活动可以减少谵妄的发生。

患者家属协同照护，筑牢安全防线

患者家属配合，是外科术后谵妄防控的重要部分。患者家属陪护时，可为老年患者佩戴老花镜、助听器，帮助改善感知；轻声告知当前时间、病房的位置，持续强化定向力干预；放置老年患者熟悉的物品，用老年患者熟悉的声音安抚其情绪。老年患者出现幻觉、言语混乱时，不要争辩、反驳，要温和陪伴、安抚，并及时通知当班护士。

术后谵妄大多可逆，重在早识别、早干预。

（作者供职于北京市中关村医院）

如何正确服用降脂药

□陈德利

很多人拿着体检报告，看到上面写着“血脂异常”，常常一脸茫然：到底要不要吃药？吃什么药？吃多久？作为心内科医生，我用通俗易懂的语言，把这几件事讲清楚。

先分清“好胆固醇”和“坏胆固醇”

在血脂化验单上，最需要关注的是低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C），俗称“坏胆固醇”。LDL-C负责将胆固醇从肝脏运送到全身。当LDL-C长期偏高，加上血管内皮受损，胆固醇就容易渗入血管壁内，被氧化后引发炎症，逐步形成动脉粥样硬化斑块。斑块破裂后血栓形成，堵塞心脏或脑部血管，就是心肌梗死或脑梗死的直接原因。高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）则是“好胆固醇”，负责把血管里多余的胆固醇运走，对血管有保护作用。另外，还有甘油三酯（TG）。TG水平主要和饮食、饮酒、肥胖有关，高到一定程度（超过5.6毫摩尔/升）会显著增加急性胰腺炎风险。

降脂的核心：看风险，定目标

降脂治疗不是简单地把数值降下来，而是根据每个人的心血管风险确定“坏胆固醇”的目标值。已经得过心肌梗死、脑梗死，或放过支架、做过搭桥手术的患者，属于极高危甚至超高危人群。这类患者的LDL-C目标控制更为严格：极高危者需降至1.4毫摩尔/升以下，超高危者需低于1.0毫摩尔/升。糖尿病或高血压合并多种危险因素者，属于高危人群，其LDL-C目标应低于1.8毫摩尔/升。而单纯血脂偏高、无基础疾病者，先通过生活方式干预，目标控制在3.4毫摩尔/升以下即可。同样是这张化验单，不同人的干预策略可能完全不同，这是“精准降脂”的核心逻辑。

需要提醒的是，对于没有基础疾病的低危人群和中危人群，一般建议先坚持生活方式干预3个月，若血脂仍不达标，再考虑启动药物治疗，避免过度用药。

三大类降脂药物各司其职

第一类是他汀类药物，如阿托伐他汀、瑞舒伐他汀、辛伐他汀等，是降脂治疗的基石。这类药物通过抑制肝脏合成胆固醇，把LDL-C降低30%~60%。需要注意的是，短效他汀类药物建议晚饭后或睡前服用，长效他汀类药物固定任意时间服用即可；他汀类药物剂量翻倍，降幅仅增加6%，副作用却明显增加，因此不要自行加量；服药后1个月~3个月要复查肝功能、肌酸激酶，之后每6个月~12个月复查一次；漏服了第二天按原剂量补上即可，切忌加倍。

第二类是胆固醇吸收抑制剂，包括依折麦布、海博麦布。他汀类药物单用不达标时联合使用胆固醇吸收抑制剂，可使LDL-C再降15%~20%，安全性好，尤其适合老年人和肝肾功能轻度异常者。

第三类是PCSK9抑制剂（一类强效降LDL-C的新型药物，常被称为“降脂针”），这是近年来的降脂“新武器”。其原理是让肝脏表面的低密度脂蛋白受体不被降解、数量增多，从而更高效地清除血液中的LDL-C。单用可使LDL-C降低50%~70%，联合使用他汀类药物效果更好。主要用于三类人：极高危且经他汀类药物联合依折麦布治疗仍不达标者、他汀类药物不耐受（明显肌痛、转氨酶升高）者、家族性高胆固醇血症患者。常见不良反应为注射部位红肿疼痛，多可自行缓解。

用药顺序：先生活方式干预，后阶梯用药

无论吃哪种药，生活方式干预都是第一步——管住嘴、迈开腿、控制体重。在此基础上阶梯用药：起始选用中等强度他汀类药物；不达标，联合依折麦布；仍不达标，或属于极高危人群、他汀类药物不耐受，可用“降脂针”。TG水平显著升高者，还需考虑贝特类药物。总的原则是：能口服先口服，逐级加码，不一步到位。

需要提醒的是，降脂药大多需要长期服用，擅自停药是血脂反弹、心脑血管事件复发常见的原因之一。请遵医嘱规律服药、定期复查，把LDL-C管好，就是给血管上了最实在的一道保险。

（作者供职于济宁市第一人民医院心内科）

新生儿护理做好这几步

□谭利娜

宝宝出生后，很多新手父母会感到手足无措。其实，新生儿护理并不复杂，只要抓住几个关键步骤，就能让宝宝健康成长，也能让家长少一些焦虑。下面这几件事，从宝宝出生第一天起就要重视。

第一步，要注意保暖，但不要过度。新生儿体温调节能力差，容易受环境温度影响。室内温度保持在24摄氏度~26摄氏度比较合适，湿度维持在50%~60%。判断宝宝冷热，摸后颈部更准确，手脚偏凉是正常现象。不要给宝宝穿太多、盖太多，以免引起捂热，严重时可能危及生命。睡觉时使用睡袋比盖被子更安全，能减少宝宝被蒙住口鼻的风险。

第二步，正确喂养。出生后尽早让宝宝吸吮乳头，有助于建立母乳喂养。按需喂养是新生儿期的基本原则，宝宝饿了就喂，不必严格定时。喂奶后要把宝宝竖抱起来，轻轻拍背，帮助排出吞入的空气，减少吐奶。如果吐奶频繁，喂奶后可以让宝宝侧卧一会儿，但睡觉时仍建议仰卧。配方奶喂养要注意奶具清洁和冲调比例，不要随意加浓或稀释。

第三步，做好脐部护理。脐带残端通常在出生后一两周脱落。护理的关键是保持干燥和清洁。每天用清水或医生建议的消毒液轻轻擦拭脐带根部，不要用力拉扯残端。穿纸尿裤时把边缘翻折下来，避免摩擦脐部。如果发现脐周红肿、有脓性分泌物或异味，要及时就医。

第四步，观察大小便。新生儿出生后24小时内应排出胎便，颜色墨绿、质地黏稠，之后逐渐过渡到黄色糊状便。小便每天应有6次以上，说明喂养量基本足够。如果宝宝超过24小时没有排胎便，或者尿量偏少，需要请医生评估。每天大便的次数个体差异大，只要宝宝精神好、吃奶正常、体重增长达标，就不必过于纠结。

第五步，保持皮肤清洁。新生儿皮肤娇嫩，容易受刺激。洗澡水的温度控制在38摄氏度~40摄氏度，洗澡时间不超过10分钟。不必每次都用沐浴露，清水冲洗即可。洗澡后用柔软的毛巾或纱布轻轻按压吸走水分，尤其是皮肤褶皱处。至于臀部护理，要勤换纸尿裤，排便后用清水冲洗臀部并擦干，可以涂抹护臀膏预防红臀。不要使用爽身粉，以免吸入呼吸道或堵塞毛孔。

第六步，保证安全睡眠。宝宝应仰卧睡在硬的床垫上，婴儿床上不放枕头、毛绒玩具等。同房不同床，让宝宝睡在靠近父母大床的独立婴儿床上，既方便照顾，又降低窒息风险。不要抱着宝宝在沙发或软床上睡觉，避免发生意外。

第七步，按时接种疫苗和做健康检查。出生后要接种乙肝疫苗和卡介苗，之后按照免疫规划时间表定期接种。新生儿期还有听力筛查、遗传代谢病筛查等重要检查，家长要留意通知，不要错过。

最后，家长要学会观察宝宝的精神状态。吃奶有力、哭声洪亮、反应灵敏、体重稳步增长，通常说明宝宝状态良好。如果出现不吃、不哭、不动、体温异常或呼吸急促，要尽快就医。

新生儿护理没有捷径。把这些关键步骤做到位，就是给宝宝最好的保护。家长不必追求完美，遇到不确定的情况，及时咨询医生是最稳妥的做法。

（作者供职于河南省儿童医院）

剖宫产术后第一晚 产妇护理要点与危险信号识别

□亓 娟

剖宫产术后第一晚，往往是产妇及其家属最紧张、最疲惫的一个夜晚。麻醉逐渐消退，伤口痛、宫缩痛开始显现，身上还有导尿管、镇痛泵导管、输液管，加上宝宝需要照顾，产妇和家属往往会感到手足无措。其实，在剖宫产术后第一晚，护理产妇并不需要家属“什么都懂”，关键是抓住几个核心：体位正确、观察出血、管好疼痛、尽早活动、按需哺乳、识别危险信号。具体操作以医嘱为准，以下为一般护理要点：

回病房后前6小时：去枕平卧，防误吸、防头痛。多数医院会要求产妇回病房后去枕平卧6小时，头偏向一侧。这样做有两个目的：一是预防椎管内麻醉后可能出现的头痛；二是万一发生呕吐，头偏向一侧可避免呕吐物误吸入气管。这个阶段不要因为觉得不舒服就擅自垫枕头。如果实在难以坚持，可以询问护士是否可以稍作调整。平卧期间，产妇的双下肢可能还没有完全恢复知觉。家属可以帮忙按摩双腿——从脚踝向大腿方向轻柔按压，促进血液循环。产妇自己也可以做踝泵运动：用力勾脚尖，再用力下踩，在最大位置保持几秒，反复进行。产妇血液处于高凝状态，手术创伤和卧床会进一步增加下肢静脉血栓风险，而踝泵运动是最简单有效的预防方法之一。腹部通常会压一个沙袋，并绑着腹带。沙袋用于压迫止血，也能缓解腹腔压力骤降带来的不适，护士会按时取下。腹带在活动时可提供支撑，平卧时可适当松开。此时一般禁食禁水，如果口干，可以用棉签蘸温水湿润嘴唇，或少量漱口，不要吞下。这一阶段需要观察的是阴道出血量和伤口敷料。如果出血持续较多、颜色鲜红，或敷料很快被血浸透，要立即呼叫护士。产妇容易昏昏沉沉、嗜睡。家属不要只照看宝宝，要定时留意产妇的面色、精神反应，轻声呼唤确认意识清楚。

6小时以后：翻身、少量饮水、关注排气。满6小时后可以枕枕头，在床上左右交替侧卧。翻身时，家属一手托肩、一手托腰臀，帮助产妇缓慢侧身，双腿微屈，以减少伤口牵拉。每1小时~2小时翻身一次，可预防压力性损伤、促进肠蠕动和排气。饮食方面，可少量多次喝温水或米汤，避免食用牛奶、豆浆、甜食，以免产气引起腹胀。至于是否可以咀嚼无糖口香糖来帮助胃肠功能恢复，建议咨询护士。继续观察阴道出血、宫底高度和腹部伤口。宫底升高或子宫收缩变差，可能提示宫腔积血，需由护士按压宫底排出。按压会比较痛，但这一步很重要。家属可以握住产妇的手给予支持。留置导尿管者，尿袋应始终低于膀胱水平，避免逆流和牵拉，同时观察尿色与尿量。若尿液呈深红色或尿量明显减少，要及时报告护士。翻身时留意管路，防止镇痛泵导管、输液管、导尿管被拉扯、打折或脱出。

疼痛管理：不必硬扛，镇痛泵该用就用。剖宫产术后第一个夜晚，疼痛往往是多重的：切口痛、宫缩痛、导尿管刺激痛、腹部胀痛等。麻醉消退后，疼痛会逐渐明显，镇痛泵是这一晚最重要的止痛工具。如果使用硬膜外或静脉自控镇痛泵，在疼痛加重时，可以按医嘱按压给药按钮追加剂量。不必因为担心“上瘾”或“影响哺乳”而拒绝使用。合理镇痛能让产妇更好地休息、翻身和哺乳，反而有利于恢复。除药物镇痛外，物理方法也有一定效果：侧卧时用枕头支撑腹部；咳嗽或活动前，用手掌或枕头轻压伤口两侧，减少牵拉；下床活动时绑好腹带，平卧休息时适当松开。如果疼痛持续加重或止痛无效，抑或伴有发热、异常出血等症状，要及时呼叫护士，不要硬扛。此外，紧张和恐惧也会放大疼痛感。家属可以陪着产妇一起缓慢深呼吸，帮助产妇放松下来。

早期活动与预防血栓：通常以床上活动为主，可进行踝泵运动、屈伸双腿、交替翻身。如果医生允许，术后24小时内应尽早下床，但第一晚第一次下床必须在护士或家属协助下进行。下床后需先在床边坐几分钟，没有头晕再慢慢站起，站稳后再走。突然起身容易发生体位性低血压，导致晕倒。如果出现单侧下肢肿胀、疼痛、发红，或胸闷、胸痛、呼吸困难，要高度警惕血栓，立即呼叫医护人员。下床前，先把输液架、尿袋安排妥当，避免走动时绊住管路。

母乳喂养：早接触、早吸吮。如果母婴情况允许，产后半小时内就可以让宝宝与妈妈皮肤接触并尝试吸吮。产妇可侧卧位哺乳，由家属协助将宝宝放在身侧，减少对伤口的压迫。第一晚乳汁可能很少，不必焦虑。宝宝反复吸吮能刺激泌乳，也能促进子宫收缩、减少出血。哺乳时宫缩痛加重是正常现象。产妇喂完奶后注意观察宝宝面色，防止宝宝口鼻被遮挡；同时，不要让宝宝长时间趴压在自己的腹部伤口上。

家属做什么：做好“眼睛和手”。家属最重要的不是替医护人员做判断，而是当一个好“辅助员”——帮忙翻身、递水、记录出血情况、协助哺乳，在产妇痛得不想动时鼓励她活动。同时，保持病房安静，减少不必要的探视，让产妇尽量休息。如果产妇出现焦虑、烦躁、哭泣等情况，家属要给予理解和安慰，而不是责备她。此外，可以简单记录几个关键时间点，比如饮水时间、翻身时间等，方便医护人员在查房时快速了解情况。

出现危险信号，必须立即呼叫护士：阴道出血突然增多或排出大血块；伤口敷料被血浸透或红肿加剧；剧烈腹痛且持续加重；头晕、心慌、面色苍白；发热超过38摄氏度；尿液深红或尿量明显减少；胸闷、胸痛、呼吸困难；单侧下肢肿痛。以上分别可能提示：产后出血，伤口感染或裂开，宫腔积血，体位性低血压或失血性休克，感染，泌尿系统出血或肾灌注不足，肺栓塞或心衰，下肢深静脉血栓。家属要立即按呼叫铃。若无人应答，留一人在床边陪护，另一人去护士站求助。在等待护士期间，不要自行喂水、喂药、揉肚子或搬动；怀疑有血栓勿按摩有肿痛症状的腿。头晕欲倒时平卧、头偏向一侧，防摔伤和误吸；若胸闷、呼吸困难，可取半坐位，保持安静，等待医护人员处理。血块、血湿敷料、尿袋留好，便于医护人员判断，记录症状出现时间。第一晚宁可多叫护士，不要怕麻烦。

（作者供职于山东省济南市中西医结合医院）