

什么是胃肠充盈超声造影

□邓志娟

在临床工作中，胃部不适是患者常见的症状之一。传统胃镜检查虽然直观准确，因有创性、需要麻醉或存在禁忌证等因素影响，一部分患者难以接受。对于儿童、老年人，服用抗凝药物者，以及对胃镜耐受性差的人群，要如何安全有效完成胃部检查，已经成为临床亟待解决的问题。胃肠充盈超声造影技术的成熟与应用，为这类患者提供了新的选择。胃肠充盈超声造影是通过口服造影剂充盈胃腔，消除胃肠内气体干扰，使胃壁结构能够清晰显示的无创影像学检查方法。该技术避免了插管、麻醉等传统方法，患者仅需要饮用一杯由薏苡仁、山药、黄豆等药食同源成分制成的米糊状造影剂，即可在超声技术下实时显示、动态观察，能够清晰显示出胃壁层次与毗邻脏器的关系。

与胃镜相比，胃肠超声造影具有独特的优势：其一，能清晰显

示胃壁各层次及黏膜下病变，对间质瘤、异位胰腺等黏膜下肿瘤的检出率优势明显；其二，可以实时动态观察胃部蠕动、排空及反流等功能状态，可以帮助诊断胃下垂、胃动力障碍等功能性疾病；其三，在胃癌手术前的评估中，能判断肿瘤侵犯深度、周围淋巴结转移及邻近脏器浸润等情况，为手术方案提供重要依据。

需要明确的是，胃肠充盈超声造影并非完全替代胃镜，而是

与之形成有效互补。胃镜在黏膜细节观察及活检方面具有不可替代性，超声造影则在整体评估、功能观察及无创筛查方面表现突出。两者相互结合，可以显著提高胃部疾病诊断的准确性与全面性。

该检查适用于各类人群，包括健康体检者、初筛评估者、功能评估者，以及胃镜检查禁忌人群。其禁忌证包括：急性消化道出血、梗阻及临床要求禁食等情况。

检查前，受检者要严格空腹8小时以上，避免对钡餐检查或胃镜检查造成干扰。

综上所述，胃肠充盈超声造影凭借无创、安全、可重复、无辐射等优势，正逐步成为胃部疾病筛查与评估的重要工具。在推进舒适化医疗的当下，该技术为更多患者提供了人性化检查选择，值得在临床进一步推广应用。

(作者供职于湖南省郴州市第一人民医院超声医学中心)

癫痫发作时的家庭应急护理

□任美丽

癫痫发作具有突发性和不可预测性，家庭是患者最常所处的环境，科学规范的应急护理可以有效避免患者受伤、减少并发症，甚至挽救患者生命。下面，本文结合医学常识，系统梳理癫痫患者发作时的家庭应急护理完整流程，帮助患者家属快速掌握科学、实用的应对方法。

癫痫发作前需要做好基础准备：多数癫痫患者发作前会出现固定前兆，如头晕、肢体麻木、闻到异常气味、情绪突变等，患者家属需要牢记这些表现，以便提前预判、抢占先机。同时，在家庭常

用区域放置软垫子、毛巾、计时器，留存患者病历及主治医生联系方式，方便出现紧急情况使用；日常生活还需要清理家中尖锐物品、易碎品，整理电线、地毯等物品，确保患者活动区域无安全隐患。

癫痫发作中需要遵循的应急原则：首先，迅速管控现场安全，立即移开患者周围的桌椅、花盆等危险物品，禁止无关人员围观，为患者留出足够的活动空间；若患者处于楼梯、阳台、马路等危险位置，需要在确保安全的前提下将患者转移至平坦

的地面。其次，协助患者保持侧卧姿势，这是较为关键的一步，用手轻柔托住患者肩部使其侧卧，头部自然偏向一侧，该姿势能防止呕吐物、口水顺着嘴角流出，避免堵塞气道导致窒息。最后，松开患者衣物以保持呼吸通畅(快速解开衣领、腰带、领带等紧身衣物)，确保胸部和颈部不受束缚；若患者佩戴眼镜，需要轻轻取下，避免镜片破碎划伤患者。同时，用计时器记录癫痫发作开始时间，仔细观察并记忆发作表现，这些信息对医生调整治疗方案至关重要，若发作持续超过5分钟，需要立即拨打120急救电话。全程需要守护患者且不强行干预，切勿强行按压抽搐的肢体，以免导致骨折、脱臼；切勿往患者嘴里塞毛巾、手指等物品，试图阻止其咬舌，此举可能造成患者牙齿损伤、家属被咬伤，还可能引发窒息；切勿掐人中、泼冷水、摇晃患者，这类行为无法终止发作，还可能加重患者不适。

癫痫发作后护理要点：发作停止后，让患者保持侧卧姿势直至其完全清醒，切勿立即扶起；患者清醒后，若无恶心、呕吐症状，

可以递上温水让其小口饮用；此外，患者清醒后可能因发作产生恐惧、自卑心理，家属需要轻声安抚，告知其发作已经结束，给予充分的心理支持。

在癫痫患者的家庭应急护理中，家属需要提前熟悉发作前兆和应急流程，遇事保持冷静，重点是防窒息、防受伤。同时，家属应鼓励患者坚持规律服药、定期复查，减少发作诱因，结合科学的应急护理，共同为患者的健康保驾护航。

(作者供职于河南省濮阳市人民医院神经内科三病区)

“被动式”心脏康复体外反搏技术的应用

□谢东君

心脏健康是人体健康的核心，对于冠心病、心绞痛、心力不全等心血管疾病患者，传统治疗方法以药物治疗、经皮冠状动脉介入治疗或冠状动脉旁路移植术为主。而增强型体外反搏技术作为一种非侵入性、无创的物理治疗技术，正逐步成为心脏康复领域的新兴力量，为患者提供了全新的治疗选择。

体外反搏是采用计算机精准调控的体外循环辅助装置，其治疗过程舒适便捷：患者只需要平卧于治疗床，小腿、大腿及臀部被特制气囊包裹，这些气囊如同精准控制的“辅助泵”，跟随心跳节律有序按压与放松。体外反搏的核心原理是在心脏舒张期(心肌充盈阶段)，气囊由下至上序贯充气加压，将下肢血液驱返主动脉，显著提升主动脉舒张压，增加心脏及重要脏器的血液灌注与供氧；在心脏收缩期(心肌射血阶段)，所有气囊同步快

速排气，瞬间降低外周血管阻力，有效减轻心脏射血负荷。简单来说，该技术通过“外力辅助”模拟“第二心脏”功能，实现“舒张期增压、收缩期减负”的治疗目的，为心脏提供温和的“被动式”运动，且治疗过程无辐射、无药物副作用，安全性高。

虽然支架技术、搭桥技术能快速开通堵塞的冠状动脉主干，缓解心绞痛症状，但是存在诸多治疗空白：一部分患者术后微循环(毛细血管网)堵塞与功能障碍未得到改善，心肌缺血问题持续存在；20%~30%的患者术后仍残留胸痛、胸痛等症；对于血管病变弥漫者，无法反复进行介入或外科手术；且多数患者因身体条件限制，难以开展有效的主动康复运动。体外反搏技术有针对性地解决了这些痛点。体外反搏技术通过提高舒张压冲击疏通微循环，全面改善心肌供血，对微循环

障碍的改善有效率达70%以上，为常规治疗效果不佳或无法耐受手术的患者提供了宝贵的替代方案或补充方案。

大量临床研究证实，坚持一个疗程(一般35次，每次1小时)的体外反搏治疗，可以带来多方面显著获益：其一，显著缓解心绞痛，多数患者发作频率与程度大幅降低，甚至完全消失，减少对药物的依赖；其二，改善心脏功能，增加心输出量，缓解心力衰竭相关症状；其三，促进侧支循环建立，长期稳定的血流冲击可刺激心脏生成新的微小血管，形成天然“搭桥”，奠定长期疗效基础；其四，修复血管内皮功能，通过调节血流剪切力改善血管内膜状态，增强血管弹性，从根源上延缓动脉粥样硬化进展；其五，实现全身性获益，同步改善脑、肾、眼等重要器官供血，对缺血性脑血管病、糖尿病、失眠等具有辅助治疗作用。

体外反搏技术适应证：包括慢性稳定性心绞痛或不稳定性心绞痛患者(药物治疗效果不佳或无法耐受介入治疗者和外科手术治疗者)，急性心肌梗死恢复期患者，缺血性心脏病导致心功能不全患者，动脉硬化患者，缺血性脑血管病患者，经皮冠状动脉介入治疗患者，冠状动脉旁路移植术后恢复期患者，以及伴有胸闷、气短、乏力等症状的心脑血管疾病高危人群。禁忌人群包括：中度至重度主动脉瓣关闭不全患者，各类出血性疾病或抗凝治疗急性期(如脑出血、消化道出血)患者，下肢静脉血栓患者，血栓性静脉炎活动期患者，未控制的高血压病患者，心力衰竭失代偿期患者，妊娠期患者等。具体是否适合治疗，需要由心血管专科医生进行全面评估后确定。

体外反搏的治疗体验轻松舒适，患者治疗时无明显痛苦，仅感觉气囊按压带来的轻微紧束感与推动感，可以选择小憩、听音乐或观看视频等方式度过治疗时间。治疗流程简便，每天1次，每周5次，7周为一个疗程，多数患者治疗10次~20次后即可明显感受到精力改善、胸闷症状减轻等变化，整个疗程完成后的运动耐量平均提升30%以上，远期心血管不良事件发生率显著降低。

体外反搏技术凭借无创、安全、有效、舒适的独特优势，为心血管病患者开辟了新的健康路径。它既是无法耐受手术患者的“生命线”，也是各类心脏病患者康复期的“绿色引擎”，生动诠释了“预防重于治疗，康复衔接临床”的现代医学理念，值得在临床广泛推广应用。

(作者供职于山东省淄博市中心医院心内科)

骨关节炎早期肌骨超声检查的优势

□李鸢

在生活中，人们常会遇到各类突发性疼痛，比如膝盖突然疼痛、久坐起身时关节僵硬，或活动时关节发出“咔咔”声响等。这些症状可能预示着骨关节炎，而临床上采用肌骨超声检查，可以快速明确诊断，为骨关节炎的早期干预提供关键依据。

骨关节炎是一种常见的慢性关节疾病。人体的关节软骨会随着年龄增长及长期劳损逐渐退化。正常软骨光滑且富有弹性，能减少关节活动时的摩擦，保护骨骼免受损伤。当软骨受损或退化至一定程度，骨间隙直接接触，导致关节摩擦加剧，进而引发炎症反应。患者早期可能表现为偶尔疼痛，不少人误以为一忍一忍即可缓解，未予以重视。随着病情进一步发展，疼痛会愈发频繁且程度加重，严重影响日常生活。患者晚期可能出现关节畸形、功能丧失，最终丧失生活自理能力。

怀疑自身患有骨关节炎时，一般会选择就医检查，传统常用检查方式包括X线检查、CT(计算机断层成像)检查，以及磁共振成像检查等。X线检查虽然能发现明显骨刺及关节间隙狭窄，但对软骨、滑膜等软组织的显示效果较差，而骨关节炎早期病变多属于此类软组织。因此，X线检查对早期骨关节炎的漏诊率较高。CT检查虽然能提供清晰的骨骼影像，但对软组织分辨能力欠佳，且在检查

过程中患者需要接受一定剂量辐射，短期内多次检查可能对机体产生不良影响。磁共振成像检查对软组织的显示效果相对更好，能清晰显示软骨、滑膜等结构的病变，但是该检查费用较高，耗时较长，也不适合幽闭恐惧症患者。

肌骨超声检查宛如一双“透视眼”，能清晰呈现关节内部结构。它借助超声波反射原理，可以将关节影像实时投射至显示屏。正常软骨光滑且富有弹性，能减少关节活动时的摩擦，保护骨骼免受损伤。当软骨受损或退化至一定程度，骨间隙直接接触，导致关节摩擦加剧，进而引发炎症反应。患者早期可能表现为偶尔疼痛，不少人误以为一忍一忍即可缓解，未予以重视。随着病情进一步发展，疼痛会愈发频繁且程度加重，严重影响日常生活。患者晚期可能出现关节畸形、功能丧失，最终丧失生活自理能力。

怀疑自身患有骨关节炎时，一般会选择就医检查，传统常用检查方式包括X线检查、CT(计算机断层成像)检查，以及磁共振成像检查等。X线检查虽然能发现明显骨刺及关节间隙狭窄，但对软骨、滑膜等软组织的显示效果较差，而骨关节炎早期病变多属于此类软组织。因此，X线检查对早期骨关节炎的漏诊率较高。CT检查虽然能提供清晰的骨骼影像，但对软组织分辨能力欠佳，且在检查

(作者供职于广州医科大学附属中医医院超声科)

室壁瘤多维度管理与并发症预防

□郑艳芳

提到心肌梗死，不少人知道这是危及生命的“心脏地震”。鲜为人知的是这场“地震”过后，一部分患者心脏可能出现严重并发症——室壁瘤。它如同潜伏在心脏上的“隐形炸弹”，若忽视管理可能引发多重风险。下面，本文结合临床病例，详细解析室壁瘤的成因、诊断方法与科学管理策略，帮助患者及家属守护心脏健康。

患者为男性，67岁，因“发作性胸痛1小时”住院治疗。心电图检查结果显示：V1-V6导联ST段抬高，被确诊为“冠心病急性前壁心肌梗死”，冠状动脉造影检查结果显示：前降支分支病变(给予患者支架植入1枚)。患者住院期间，心脏彩超检查结果提示：左心室射血分数63%，节段性室壁运动异常，双心室舒张功能减退。患者出院2个月后复查，射血分数降至57%，提示左心室室壁瘤形成。这一病例让我们不禁疑问：室壁瘤究竟是什么原因，为何会在心肌梗死后出现，又该如何科学应对呢？

正确认识室壁瘤
心肌梗死后的“隐形炸弹”
室壁瘤是急性心肌梗死后常见的严重并发症，发生率10%~30%。室壁瘤并非真正的肿瘤，而是心肌梗死发生后，梗死区域心肌细胞因缺血缺氧坏死，逐渐被无收缩功能的纤维瘢痕组织替

代。由于瘢痕组织缺乏弹性，在心脏收缩压力作用下，坏死区域心室壁逐渐变薄、向外膨出，形成囊袋样凸起，似心脏上鼓起的“小气球”。室壁瘤形成后可导致心脏收缩功能下降、负荷增加，临床常见胸闷、胸痛、呼吸困难、气促等症；一部分患者容易出现室性心律失常，严重时可能引发血栓栓塞、心力衰竭，甚至猝死，对患者生命安全构成威胁。

早期发现
精准检查是防控关键
室壁瘤的早期发现与精准评估，是后续科学管理的基础，临床常用检查方法各有优势。

心电图检查：基础筛查手段，梗死相关导联会出现持续性ST段抬高(尤其弓背向上型)及病理性Q波，可初步提示室壁瘤可能，但缺乏特异性。
超声心动图检查：临床首选的无创检查方法，凭借实时动态多切面成像优势，能直观显示室壁瘤的位置、形态、大小等，同时评估心功能、检测附壁血栓及瓣膜功能，为诊疗提供重要依据。
左心室造影检查：诊断“金标准”，可以精准测量瘤体大小、瘤体宽度及左心室功能，属于有创操作，无法显示心肌细节，费用较高，仅用于复杂病例的最终评估。
核素心室造影检查：利用核素标记间接显示心室形态与室壁

运动，提示室壁瘤存在并评估心肌灌注，成像细节精度不及超声心动图检查和心肌磁共振检查。

心肌磁共振检查：目前较为全面的评估技术，能精准提供解剖结构、心脏容积、心功能及心肌组织信息，可以准确测量室壁厚度、瘤体大小，界定瘢痕范围，识别附壁血栓，为治疗和预后评估提供可靠依据。

科学管理
多维度守护心功能
室壁瘤管理需要遵循“个体化、综合性”的原则，结合瘤体大小、心功能状态及并发症情况，制定全方位的防控方案。

药物治疗
筑牢基础防线
药物治疗是室壁瘤管理核心基础，目标是抑制心肌重塑、改善心功能、预防血栓及心律失常。急性心肌梗死患者病情稳定后，应尽早启动抗重塑治疗，常用药物包括：血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂，抑制心室重构，降低心脏负荷；β受体阻滞剂，降低心率，减少心肌耗氧量；醛固酮受体拮抗剂，抑制心肌纤维化；血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂，适用于不耐受血管紧张素转化酶抑制剂和血管紧张素受体拮抗剂的患者。若瘤内形成附壁血栓，或合并心房颤动等高危因素，需要长期抗凝治疗，预防

栓塞并发症。此外，可酌情使用利尿剂、硝酸酯类药物，缓解胸闷、气促症状。

手术及介入治疗
关键干预手段
对于瘤体较大(直径超过5厘米)、心功能明显受损(射血分数低于40%)、合并严重心律失常、附壁血栓或反复胸痛的患者，需要考虑手术或介入治疗。

外科手术：室壁瘤切除术+左心室重建术属于经典的外科手术方式，开胸后切净室壁瘤，清除附壁血栓及无功能瘢痕组织，缝合正常心肌边缘，重建左心室形态，恢复收缩功能。心脏移植术则适用于合并严重心力衰竭的终末期患者，可以显著改善生活质量、延长生存期，但是受供体短缺、手术风险及免疫排斥等因素限制。

介入治疗：经皮室壁瘤封堵术是微创治疗技术，采用股动脉穿刺将特制“封堵器”送入心脏，封堵瘤颈，阻止血液进入瘤腔，减少血栓风险，改善心功能。该介入术具有创伤小、恢复快的优势，为高龄、基础疾病较多、不适合开胸手术的高危患者提供了新的选择。

生活方式干预
夯实健康管理基石
患者保持科学的生活方式，是室壁瘤长期管理的重要支撑。合理饮食，遵循低盐、低脂、低糖

的原则，控制总热量的摄入，避免暴饮暴食，减轻心脏代谢负担。适度运动：患者病情稳定后，在医生指导下进行慢走、打太极拳等有氧运动，避免剧烈运动，循序渐进增强心肌功能。戒烟限酒：彻底戒烟，严格限制饮酒或不饮酒，避免损伤血管，增加心脏负荷。规律作息：保证充足的睡眠时间，避免熬夜和过度劳累，保持心态平和，让心脏充分休息。

长期随访
与疾病“和平共处”
室壁瘤管理是长期持续的过程，医生要坚持随访，患者要定期到心内科复查。初始每3个月~6个月一次，病情稳定后可调整为每年一两次。随访项目包括超声心动图检查、心电图检查、肝肾功能检查、凝血功能检测等，医生动态监测患者瘤体变化、心功能及药物效果，及时调整治疗方案。

室壁瘤虽然是心肌梗死后的严重并发症，但是并非“不治之症”。只要患者及家属正确认识疾病，遵循“早发现、早干预、长期管理”的原则，规范药物治疗、必要的手术治疗或介入治疗，以及健康的生活方式，就能有效控制病情进展，保护心脏功能，显著提高生活质量，实现与疾病的“和平共处”。

(作者供职于焦作市人民医院心内科)