

别把心慌当小事

□邢佳依

在日常生活中，不少人出现心慌、心律不齐时认为这是过度劳累、熬夜引起的，休息后便不再重视。但是，在临床中许多心肌梗死(简称心梗)、脑梗死(简称脑梗)患者追溯病因，都与长期忽视轻微心慌有关。这种常见却极易被低估的心律失常，就是心房颤动(简称房颤)，它隐蔽性强、并发症凶险，是心血管健康的“隐形杀手”。

健康的心脏如同精密的动力泵，由窦房结规律发出电信号，维持每分钟60次~100次心跳，保障全身血液循环稳定。房颤发作时，心房电活动完全失控，有序的收缩舒张被无序快速的颤动取代，心律不齐，心脏泵血功能大幅下降。

我国房颤患者超过千万人，发病率随年龄增长显著升高。房颤受熬夜酗酒、作息紊乱、压力过大、情绪波动等影响，发病人群正逐步年轻化。需要警惕的是，房颤极具迷惑性，并非所有患者都会出现心慌、胸闷、头晕、乏力等典型症状，大量无症

状患者的心脏持续异常跳动却毫无体感。

临床上普遍存在“无症状就无须治疗”的致命误区。事实上，房颤的危害不在于是否有症状，而在于心律不齐引发的血栓、心力衰竭(简称心衰)风险。无症状患者因疏于筛查干预，常突发严重的并发症，致残致死风险更高。

脑梗是房颤非常凶险的并发症。人体左心耳结构曲折，正常心律下血液流通顺畅；房颤时，心房收缩无力，血液淤滞，极易在左心耳形成血栓。血栓脱落后随血液游走，堵塞脑血管便会引发缺血性脑梗。

临床数据显示，房颤患者脑梗风险是普通人群的五六倍。

与普通脑梗相比，房颤相关性脑梗具有高致残率、高致死率、高复发率的特点，梗死面积更大，病情进展更快。多数幸存者会遗留偏瘫、言语障碍、认知功能减退等终身后遗症，生活自理能力严重受损，给家庭和社会带来沉重负担。

长期房颤，还会持续损伤心肌功能。心脏长期无序跳动、超负荷运转，心肌持续受损，会逐步引发心脏扩大、心功能衰退，最终诱发心衰，患者常出现胸闷气短、夜间无法平卧、活动能力下降等症状。同时，房颤会加重高血压病、冠心病、糖尿病等慢性病，形成恶性循环，持续损害心血管健康。

大众对房颤的防治误区普遍且顽固，除“无症状无须治疗”外，还有两类典型认知偏差。一是部分老年人将心跳紊乱视作衰老常态，拒绝进行检查和治疗。实际上，心律失常是心脏的病理预警，绝非正常衰老的表现。二是阵发性房颤患者因发病次数较少，可自行转复便拖延治疗时机。其实，房颤具有渐进性，反复发作会进展为持续性、永久性房颤，治疗难度大、复发率高，并发生风险大幅升高。

随着心血管介入技术发展，房颤已是可防、可控、可治的疾病，早筛查、早干预、规范治疗，能规避风险，保护心功能，改善

患者生活质量。目前，临床已形成成熟的个体化诊疗体系，目标为预防脑梗、恢复窦性心律、保护心脏功能。

高龄、慢性病较多，病情稳定的患者，可以用药物保守治疗。需要注意的是，抗凝是预防脑梗的重点，不可用普通阿司匹林替代专用抗凝药，患者切忌自行减药停药，要遵照医嘱服药，定期复查凝血功能，平衡血栓与出血风险。

反复发作、症状明显、影响生活质量的患者，射频消融术是临床首选的治疗方案，也是电生理领域的成熟技术。手术全程微创，无须开胸，安全性高，医生通过导管定位异常电信号靶点，消融异常传导通路，阻断心律不齐来源，帮助患者恢复窦性心律。术后，患者恢复快，住院周期短，远期复发率低。多数患者术后可摆脱药物依赖，回归正常生活。

血栓风险极高、无法长期耐受抗凝药物的患者，可通过左心耳封堵术从源头隔绝血栓发源

地，有效降低脑梗风险。

相比于治疗，预防和早期筛查是對抗房颤最有效的手段。高龄及高血压病、糖尿病、冠心病、心衰、肥胖人群，均为房颤的高危群体，需要做好长期健康管理。

在日常养护方面，患者需要养成良好的生活习惯：严格戒烟限酒，减少烟酒对心脏电生理的刺激；规律作息，避免熬夜、过度劳累；保持情绪平稳，避免剧烈波动；坚持适度运动，可以选择快走、慢跑、太极拳等温和的有氧运动，避免剧烈运动，控制体重，减轻心脏负担。

高危人群应定期筛查，每年到医院做常规心电图检查。阵发性房颤难以通过单次心电图检查精准捕捉，可通过24小时动态心电图精准筛查，及时发现隐匿性房颤。一旦出现莫名心慌、心律不齐、头晕乏力、活动后胸闷等不适，患者应及时到医院就诊，切勿拖延时间。

(作者供职于河北省唐山市中心医院心内科)

人流术后护理很重要

□牟 霜

在人工流产(简称人流)相关医疗场景中，很多人会将关注的焦点完全放在手术本身，认为只要手术顺利就万事大吉。今天，我想明确告诉大家：人流术后护理的重要性丝毫不亚于手术操作。手术是终止妊娠的关键一步，而术后护理则是帮助身体和心理恢复、预防并发症的重要环节，直接决定患者后续的健康状况。

首先要明确，人流手术会对女性子宫内膜造成损伤，宫颈口也会短暂开放，这就给细菌感染提供了可乘之机。同时，在手术过程中，患者会消耗大量体力。术后若护理不当，患者很容易发生盆腔炎、子宫内膜炎、宫腔粘连等并发症，不仅会带来痛苦，还可能影响未来的生育能力。因此，人流术后护理的目标，是

为身体创造安全、稳定的恢复环境，助力组织修复，降低风险。

术后即时护理是患者恢复健康的第一道防线。手术结束后，患者需要在观察室停留一段时间。此时的护理重点是监测生命体征，观察阴道出血和腹痛情况。这段时间的休息并非多余，而是为了及时发现术后出血过多、子宫穿孔等突发状况。在此期间，患者应保持平卧姿势，减少活动，避免因体位变动导致出血加剧；同时，注意保暖，避免受凉(因为术后身体免疫力下降，受凉不仅容易引发感冒，还可能导致子宫收缩异常，加重腹痛)。

回家后的居家护理是患者恢复健康的关键阶段。术后，患者应保证充足的休息时间，避免过度劳累和剧烈运动，但

是无须绝对卧床；适当轻度活动，如缓慢散步等，有助于促进子宫收缩，帮助宫腔内残留积血排出，有利于患者恢复健康；

多摄入富含蛋白质、维生素的食物，为子宫内膜修复提供营养支持，避免摄入生冷、辛辣等刺激性食物(因为这类食物会刺激胃肠道，也可能影响子宫收缩，不利于身体康复)。

个人卫生护理更是重中之重。术后，患者的宫颈口未完全闭合，子宫内膜创面也未修复，此时要格外注意外阴清洁。患者应每天用温水清洗外阴，保持局部干燥清洁，勤换卫生巾和内裤。需要特别提醒的是，术后一个月内，患者禁止盆浴和性生活。盆浴时，污水容易进入宫腔，引发感染；性生活，则可能将细菌带入体内，还可能刺激子宫收

缩，导致出血量增多，甚至引发慢性炎症。

术后出血和腹痛的观察与护理也不能忽视。术后，患者的阴道会有少量出血，颜色从鲜红色逐渐转为暗红色或褐色，出血量逐渐减少，持续时间一般不超过两周。如果出血量过多、持续时间过长，或出血干净后又突然大量出血，患者应及时就医。术后，轻微腹痛是子宫收缩的正常表现，患者通常会自行缓解；但是，如果腹痛剧烈、持续不缓解，或伴有发热、阴道分泌物异味等症状，可能是感染信号，患者应立即到医院就诊。

除了生理护理，心理护理同样不可忽视。不少患者术后会出现焦虑、自责、情绪低落等状态，这种负面情绪会影响内分泌平衡，从而影响身体康复。此

时，家人的陪伴与理解尤为重要，患者自身也应学会调节情绪，正视术后身体变化，避免过度焦虑。如果情绪低落持续不能缓解，患者可以寻求心理医生帮助。

术后复查是护理流程的重要收尾环节，无论身体是否不适，都必须按时到医院复查。复查的目的是确认子宫收缩情况、子宫内膜修复状态，排查宫腔积血残留、感染等问题。通过复查，医生可以及时发现健康隐患，给出针对性处理建议。

总之，人流手术的顺利完成只是身体康复的起点，术后护理才是决定康复质量的关键。每一个护理细节，都是在为后续健康保驾护航。

(作者供职于重庆合川花滩医院)

骨折了怎么办

——来自骨科护士的全方位康复指南

□李彦蓉 徐婉毅 王广伟

“护士，我能不能把夹板拆下来洗澡?”

“医生，我骨折的地方怎么感觉更疼了，是不是骨头没长好?”

“护士，我戴上夹板后手越来越肿，是不是病情加重了?”

“多喝点儿骨头汤，骨头长得快!”

这是骨科急诊、病房里常听见的提问。我在骨科专科医院从事护理工作多年，接诊过无数骨折患者，从活泼的儿童到高龄老人。骨折带来的不仅有剧烈疼痛，还有漫长康复期的迷茫与焦虑，困扰着很多人。不少人存在误区：骨折只是骨头断裂，打上夹板就万事大吉。其实，骨折治疗是一个系统工程，“三分治疗、七分养护”，科学护理是康复重点。

骨折的信号

跌倒、撞击、车祸等都易引发骨折，很多人误以为肢体能动就没有骨折，这种判断方法并不准确。出现以下5种表现，大概率存在骨折：

畸形 受伤肢体变形、异常弯曲、缩短。

异常活动 非关节部位出现反常骨折。

骨擦感/骨擦音 患者活动时，患处有骨头摩擦感，也可以听到骨头摩擦音，禁止刻意试探，避免加重损伤。

剧烈压痛 轻微触碰、活动便刺痛难忍。

肿胀瘀斑 受伤处快速肿胀，皮下出现瘀血。

现场临时固定原则

优先保障患者安全，禁止徒手复位，强行掰动患肢，揉搓肿胀部位。固定器材要覆盖骨折上下两个关节，松紧度以能伸进一根手指为宜，防止压迫血管神经。

上肢骨折 用书本、硬纸板、木棍做固定板，内侧垫毛巾包裹患肢；手指骨折用硬卡片固定两侧，布条轻柔缠绕，手部保持自然姿势悬吊，不要强行掰直手指。

下肢骨折 选用长木板，长度覆盖大腿至脚跟，木板与皮肤间垫软布进行缓冲。

重要提醒：车祸等损伤，或者怀疑脊柱、骨盆骨折，绝对不能随意搬动患者。错误移位有可能刺破血管神经，严重时可导致瘫痪。

保守治疗护理要点

无须手术的骨折，多采用夹板、石膏外固定，夹板轻便易调，松紧度，但是日常护理不能松懈。

上肢骨折(前臂、手腕、手部) 用三角巾(吊带)悬吊胸前，利用重力促进消肿。时刻观察手指末梢状态：一旦手指发紫、冰凉、麻木，无法屈伸，代表夹板过紧，应立即就医；固定范围内多活动手指，未固定的肩、肘关节适度活动，预防关节僵硬；洗澡必须戴防水保护套，避免内衬受潮。

下肢骨折(小腿、脚踝、足部) 严格遵照医嘱负重，固定期

大多要求患者不负重，即便无疼痛感，也不能擅自下床活动，以免造成骨折移位；休息时，用枕头垫高患肢，位置高于心脏，加速积液回流消肿；坚持进行踝泵运动，预防下肢深静脉血栓，这是下肢骨折必备的康复动作；观察脚趾颜色、温度、肿胀、足背搏动，若脚趾发紫、持续剧痛，警惕骨筋膜室综合征，需要马上到医院就诊。

预防并发症

上肢：预防关节僵硬、肌肉萎缩

早期(伤后一两周)：夹板内反复握拳、张开五指，活动指尖。

中期：在无痛前提下主动耸肩、摆肩，活动未固定肘关节。

拆夹板后：循序渐进练习抓握、对指，逐步恢复手部精细动作。

下肢：预防血栓、压疮、肌肉萎缩

踝泵运动：每小时20次~30次，缓慢用力勾脚、绷脚。

股四头肌等长收缩训练：大腿肌肉绷紧5秒再放松，不动关节也能防止肌肉退化。

卧床患者应做好压疮防护，软枕垫起脚跟，翻身时保持脊柱稳定，避免扭曲骨盆。

骨折肿胀、疼痛，不用硬扛

骨折不只是骨头断裂，周边肌肉、毛细血管、淋巴管都会受损，血液和组织液堆积，加上炎症反应，就会出现肿胀瘀青。受伤24小时~48小时是肿胀最高峰，轻度骨折一两周肿胀消退，下肢、重度骨折消肿周期更长。

很多老年人觉得骨折疼痛必须忍耐，在现代康复理念中，有效镇痛是康复的基础。持续剧痛会使血压升高、影响睡眠质量、降低免疫力。临床使用NRS疼痛评分(数字评分法)：0分为无痛，1分~3分为轻度疼痛，4分~6分为中度疼痛，7分~10分为剧痛。

患者若疼痛评分超过4分，一定要告知医生，通过抗炎药物、物理疗法缓解疼痛，舒适状态下才能正常开展康复锻炼。

分阶段进补

骨折患者应分阶段调理，简单顺口方便记忆：“穿宽松选浅衫，透气吸汗更舒适；早期清淡消肿，中期补充优质蛋白质；5周骨痂生长期，少量骨汤辅助营养；居家通风避潮湿，温度适宜护皮肤；日常多进行握力训练，减轻手部肿胀；外出做好防护，规范佩戴护具。”

另外，骨头汤不适合骨折患者早期饮用。骨折后两周内，患者应以清淡的饮食为主，浓汤的脂肪含量较高，会加重骨折部位肿胀；骨折5周后，骨痂大量生长，可以适量饮用骨头汤。

康复训练计划

上肢康复

固定期：握拳伸指、耸肩绕肩，在活动允许范围内腕关节。

拆除夹板后：屈伸肘关节，捏豆子、对指锻炼精细能力。

禁忌：未获医生许可，不提重物、不用手臂支撑发力。

下肢康复

不负重阶段：踝泵运动+大

腿肌肉收缩，轻柔活动髋关节。

部分负重阶段：进行X线检查后，借助双拐脚尖点地，逐步增加负重。

完全负重阶段：双拐→单拐→手杖→正常行走，每个阶段维持三五天，严禁跑跳。

提示：下肢骨折通常6周~8周内不可弃拐，弃拐时间必须遵从拍片复查结果。

常见误区

夹板潮湿只用吹风机吹干即可

纠正：内衬受潮应回医院更换，临时吹干仅应急，洗澡使用防水套隔绝水汽。

手脚发紫只是天气寒冷导致

纠正：肢端发紫、麻木、胀痛是夹板压迫、缺血信号，严重时会引起组织坏死。

拐杖依赖是示弱，尽早丢掉更好

纠正：提前负重极易导致骨折移位，患者应严格遵守负重要求，切勿逞强。

上肢骨折白天不用吊带更舒服

纠正：不悬吊会因重力牵拉骨折断端，延缓愈合，夜间休息时可取下吊带并做好防护。

骨折是突如其来 的损伤，但是人体骨骼拥有强大的再生能力。在康复过程中，患者要摒弃所谓的民间偏方，遵从医生指导，做好固定护理、饮食调理与康复锻炼。

(作者供职于广州市正骨医院)

在大众印象中，糖尿病的危害多为血糖升高、身体乏力、饮食受限，多数人并不知晓高血糖带来的隐性伤害。事实上，糖尿病真正可怕的是各类并发症。其中，糖尿病性视网膜病变是糖尿病常见、严重的微血管并发症，同时也是全球工作年龄人群首要的致盲性眼病。该病早期隐匿，进展缓慢，后果不可逆转，被称作“甜蜜的视力杀手”，严重影响糖尿病患者的生活质量。

眼睛能够视物，依靠眼底的视网膜组织。视网膜布满细密的微血管网络，负责为眼部组织输送氧气和营养，维持正常视觉功能。长期处于高血糖状态，会持续侵蚀、损伤视网膜的微小血管内皮细胞，破坏血管屏障的完整性。受损的血管通透性异常增高，如同破损的水管出现渗漏、淤堵，逐渐引发眼底微循环紊乱，日积月累造成眼底损伤、视力下降，最终可能导致永久性失明。

根据临床发病进程和病理特点，糖尿病性视网膜病变主要分为非增殖期和增殖期两个阶段，不同阶段病情特点和危害差异显著。

非增殖期为疾病早期，也是防控的“黄金窗口期”。这个阶段是控制病情进展的最佳时期，但是最大的问题在于无明显的自觉症状。患者视力基本正常，无视物模糊、黑影、变形等不适，极易产生侥幸心理，忽视检查与干预。若此时严格管控各项身体指标，患者可有效阻断病情进展；但是，若放任血糖波动，眼底缺血缺氧持续加重，病变会快速进入危重的增殖期。

增殖期是疾病晚期，也是致盲的高危阶段。随着视网膜毛细血管大面积闭塞，眼底缺血缺氧问题急剧加重，身体会代偿性分泌大量血管生长因子，刺激视网膜、视盘表面生长出异常的新生血管。这类新生血管结构发育不完善，管壁脆弱、韧性极差，极易破裂出血。一旦出血，血液流入玻璃体腔，会引发玻璃体积血，患者会突发眼前黑影遮挡，视力骤降。更为凶险的是，新生血管会伴随纤维组织增生，形成牵拉条索，持续牵拉视网膜，极易诱发牵拉性视网膜脱离，最终造成不可逆转的视力丧失，这也是糖尿病患者失明的主要原因。

临床研究结果表明，视网膜病变并非单一血糖问题引发，血压、血脂的异常会协同加重眼底损伤。高血压，会升高眼底血管压力，加速血管渗漏和出血；高血脂，会造成血管脂质沉积，加重血管闭塞与微循环障碍。“三高”(高血压、高血脂、高血糖)叠加，会大幅加速病变发展速度，增加失明风险。因此，防控眼底病变，必须进行全身性综合管理，而非单纯控糖。

科学规范的慢性病管理，是预防、延缓糖尿病性视网膜病变的核心手段。首先，严格控制血糖是根本。糖尿病患者需要将糖化血红蛋白稳定控制在7%以下，减少血糖大幅波动，从根源保护微血管，降低眼底损伤概率。其次，严控血压、血脂是关键。患者需要将血压维持在130/80毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)以下，避免血管硬化、淤堵，减轻眼底微循环负担。

除了指标管控，定期进行眼底筛查是早发现、早干预的重中之重。糖尿病患者确诊后，需要立即完成首次眼底检查。无眼底病变者，每年复查一次；出现轻微病变者，每3个月~6个月复查一次，动态监测眼底变化，及时干预治疗。同时，患者应坚持合理饮食、适度运动，规律作息，戒烟限酒，避免熬夜、过度用眼，养成良好的生活习惯。

总之，糖尿病性视网膜病变虽然凶险，但是可防、可控、可治。糖尿病患者需要摒弃“眼睛不痛就不须检查”的错误认知，树立科学护眼意识，早监测、早干预、早管理，才能有效规避失明风险，长久守护清晰的视界。

(作者供职于虞城县人民医院)

小儿手足口病 护理要点

□颜慧丽

手足口病是儿童群体十分常见的肠道病毒感染病，全年均可发病，婴幼儿易感，家长日常也需要做好防范与护理知识储备。手足口病多发于5岁以下婴幼儿，典型表现为手心、足底、口腔、臀部出现疱疹或溃疡，同时伴随低热、食欲下降、烦躁哭闹等症状。多数患儿属于普通轻症，无须使用特殊抗病毒药，依靠规范的居家护理即可在一周左右自愈，但是护理不当极易出现溃疡加重、继发感染、脱水甚至重症及并发症。做好全方位精细化护理，是帮助患儿快速康复的关键。

第一：严格居家隔离，防止交叉感染

手足口病的传染性极强，发病前数天至皮疹完全结痂期间都具备传染性。患儿确诊后需要立即居家隔离，禁止前往幼儿园、游乐场等人员密集的公共场所，避免接触其他健康儿童。家长也要做好家庭消杀：每日开窗通风两三次，每次不少于30分钟；患儿的玩具、餐具、衣物，可以采用沸水煮沸、阳光暴晒或含氯消毒液擦拭消毒；家长照顾患儿前后，给患儿更换尿布后，必须用“七步洗手法”彻底洗手，杜绝病毒经手传播。

第二：口腔专项护理，缓解进食疼痛

口腔溃疡破溃后会形成口腔溃疡，剧烈疼痛感会让患儿拒食、流口水、哭闹不止。家长应禁止给患儿吃烫、硬、酸、咸、辛辣等刺激性食物，减少创面刺激，可以选择温和、软糯、易消化的流食和半流食，比如凉牛奶、米糊、软面条、酸奶等；饭后用温水轻轻漱口，低龄幼儿不会漱口，可少量多次喝温水清洁口腔。

第三：皮疹护理，杜绝抓破感染

手脚、臀部的疱疹通常不痒，少数患儿会有轻微瘙痒感。家长需要及时给患儿修剪、磨平指甲，避免患儿抓破疱疹引发皮肤脓疱感染。家长应给患儿穿宽松、透气、纯棉的衣物，减少衣物摩擦刺激皮疹部位。皮疹区域保持干燥清洁，不要涂抹成人药膏，不要挤压疱疹。疱疹会自行干燥结痂，痂皮自然脱落即可；若抓掉痂皮，容易留下色素沉着。

第四：科学退热护理，拒绝盲目用药

轻症患儿多为低热或中度发热，体温低于38.5摄氏度时，优先物理降温，适当补充温水，不要捂汗退热。患儿体温超过38.5摄氏度且精神萎靡、烦躁不安时，家长应遵照医嘱给患儿服用儿童专用退热药物，严格按照患儿的体重把控剂量。

第五：警惕重症信号，把握就医时机

大部分患儿预后良好，但是少数患儿会快速发展为重症，家长务必牢记危险预警信号：持续高热超过3天、精神萎靡不振(嗜睡)、频繁呕吐、肢体抖动无力、呼吸急促、面色发白、尿量明显减少。一旦出现任何一种情况，家长应立刻带患儿前往医院就诊。总之，手足口病可防、可控、可自愈，家长无须过度恐慌，也能粗心大意。

(作者供职于山东省东营市河口区人民医院)

解读糖尿病性视网膜病变

□庞倩