

心衰加重前，身体会报警

□张 慧

心衰患者出院后，会经常盯着脚看，如果脚没出现水肿，就觉得病情稳定。其实，心衰加重往往不是突然发生的，身体常会提前几天出现变化：原来能走到小区门口，现在走一半就喘；夜里平躺不舒服，要多垫一个枕头；鞋袜变紧，饭量变小；有腹胀、乏力症状。把这些变化放在一起看，往往比等到喘得厉害再去医院更有价值。

心衰加重前，身体往往会发出信号

最值得关注的，不是今天和別人比差多少，而是今天和自己平时比差多少。活动后更喘，更容易累；夜里憋醒，坐起来才舒服；脚踝或小腿水肿加重，腹胀、食欲下降、乏力，都可能提示病情变化。有些患者脚还没明显水肿，活动能力已经先下降，因此不能只盯着水肿。在安静状态下，

谈及手术，人们往往最先想起主刀医生精湛的技术，认为主刀医生是手术台上的核心守护者，常常忽视全程默默坚守、认真履职的手术室护士。一台手术的顺利完成，既离不开主刀医生的精准操作，也离不开手术室护士的全程保障。从术前筹备、术中配合到术后处置，手术室护士全程配合主刀医生手术，凭借专业能力、细心与耐心，为患者的生命健康筑牢防线。

术前筹备：筑牢手术安全第一道防线

对患者的守护，在其进入手术室之前就已经开始。手术室护士承担着手术安全第一道关口的把控工作。术前阶段，手术室护士需要核对患者信息、手术部位、手术方式，反复

脑梗死发生后，预防再次发作是患者及其家属最关心的问题，医学上称为二级预防。二级预防的核心是尽快明确脑梗死的病因，并针对病因和患者的具体情况制定一套长期的、个体化的综合管理方案，包括药物治疗、生活方式调整及必要时进行手术干预。

明确病因是制定预防策略的前提

不同病因导致的脑梗死，预防策略不一样。因此，医生会通过脑部影像学检查、血管检查和心脏超声检查等手段，尽可能明确本次脑梗死的病因，是心脏来源的栓子脱落（如房颤）、动脉粥样硬化还是小血管病变等。只有明确病因，才能制定最有效的预防方案。

针对病因的核心药物治疗

药物治疗是二级预防的重要

麻醉复苏期是手术结束后患者从麻醉状态逐步苏醒、生命体征趋于平稳的阶段，也是围手术期风险较高的时期。镇痛不当、术后恶心呕吐、谵妄、用药错误等问题，都可能延缓康复进程，甚至威胁患者的生命安全。因此，在麻醉复苏期，精细化用药管理尤为关键。

精细化用药管理并非从术后开始，而是向前延伸至术前。术前需完整采集患者的全部用药信息，包括处方药、非处方药及各类保健品，评估每类药物是继续使用、减量还是停用。老年体弱患者术前需重点筛查潜在不当用药，尤其是抗胆碱能药物，以及及时停用并降低术后谵妄风险。对于接受抗凝、抗血小板治疗的高危人群，术前需制定规范的停药及桥接治疗方案，避免低分子肝素

生活中，突然发生胸痛、腹痛、头晕、外伤出血等情况时，很多人会第一时间赶往医院就诊。急诊救治讲究“快、准、对症”，避开常见认知误区，能为生命争取最佳救治时机。

误区一：一有不适就到急诊科就诊，盲目扎堆

不少人认为“只要不舒服，就可以看急诊”，哪怕普通感冒、慢性腰痛、轻微擦伤等小问题，也要深夜赶往急诊科。这是典型的认知误区。急诊科的核心职责是救治危及重患者，针对的是突发、可能快速恶化、危及生命的疾病，而非慢性病或轻微擦伤。

心绞痛、剧烈腹痛、昏迷抽搐、大出血、严重外伤、呼吸困难、持续高热伴意识改变等情况，属于急诊优先救治范畴。而轻微咳

如果静息心率比自己平时持续明显增快，伴气喘、乏力，需要注意。感冒、腹泻、吃得过咸、漏服药物，都可能成为心衰加重的诱因。

很多人会忽视身体的细微变化，以为休息一下就能缓解不适，从而一拖再拖，加重心脏负担。一旦出现上述多种症状叠加，不要硬扛，要及时就医。日常做好症状记录，复诊时供医生参考。

每天称体重，能早点发现“藏起来的水”

心衰患者称体重，不是为了减肥，而是为了尽早发现体内有没有“藏起来的水”。方法要固定：每天早晨起床排尿后、早餐前，用同一台体重秤，穿相近重量的衣服称一次，并把数字记录下来。相关指南指出，如果3天内体重突然增加2千克以上，要警惕液体滞留和心衰加重。有时脚

无影灯下，谁在护佑生命

□唐 艳

确认手术器械、耗材与药品，规避各类差错风险。相较于普通病房护理，手术室护理有着极高的精细化与零失误要求，从手术器械灭菌监测结果、耗材有效期到设备运行情况，均需护士逐一检查确认。

除核对物资与信息外，心理护理亦是术前护理的重要内容。多数患者面对手术易产生紧张、恐惧、焦虑等负面情绪，进而引发生命体征波动，增加手术风险。手术室护士会主动安抚患者，讲解手术流程与注意事项，解答疑问，缓解负性情绪，助力患者以平

脑梗死的二级预防

□赵晓丹

环节。非心脏原因引起的脑梗死：对于大多数动脉粥样硬化等原因引起的脑梗死，长期服用抗血小板药物是标准方案，临床常用药物包括阿司匹林、氯吡格雷。特定情况下，如发病早期症状较轻的患者，医生可能会建议短期联合使用两种抗血小板药物治疗，之后再转为长期单药治疗，以达到更强的早期预防效果。

心脏原因引起的脑梗死：若脑梗死由房颤等心脏疾病引起，则预防复发的核心是抗凝治疗。常用药物包括华法林和新型口服抗凝药。与华法林相比，新型口

麻醉复苏期的精细化用药管理

□林 琳

使用不当。与此同时，保障β受体阻滞剂等需持续使用的药物不因术前准备而发生漏服。术后及时进行首次用药重整，出院时完成出院用药重整，并在出院后72小时内做好随访衔接，改善患者用药依从性，把好评从术前到术后、从院内到院外的用药过渡关。

信息化与智能化系统，为精细化用药管理筑牢防线。手术室配置自动化配药柜，通过指纹权限管控麻醉药品，做到药物专人专用，减少浪费与夜间紧急取药的不便和风险。统一规范麻醉伸展、困难气道抢救车内的药品配

看急诊避开这些误区

□谢平畅

有影响诊断的行为：一是刻意或无意隐瞒既往病史；二是忘记告知近期用药情况；三是自行停药、增减剂量，误以为“这次症状突发和老毛病没关系”。这些做法会使医生无法获取完整的信息，可能导致误诊、漏诊。

急诊患者病情复杂、发病突然，医生需要依靠完整的信息快速判断病因。以突发头晕为例，可能是血压波动、低血糖、脑血管问题或药物副作用所致。若隐瞒高血压病史和服药情况，极易导致误诊。因此，急诊时应主动、清晰告知医生：自身基础病、过敏

误区二：隐瞒病史或自行停药，干扰医生诊断

突发不适急诊时，不少人会

还没明显水肿，体重已经先发生变化。体重管理重在看趋势。前一晚高盐饮食、未排便，均可导致体重短暂增加。不要因一次波动而过度焦虑，更不可自行服用利尿剂。

居家监测做好“四件事”，别只关注脚是否水肿

居家监测要做好“四件事”。一是称体重：关注短期是否快速增长，而非单次数值。二是看呼吸和活动：夜间有无憋醒。三是测血压和心率：测量前静坐5分钟，对比自己平时的稳定值。四是记症状：水肿、腹胀、吃不下饭、尿量变多或变少都要记。

复诊时，要带上这些记录，说清楚自己的用药情况(有没有漏服)，便于医生判断。比起某一天全都正常，这一周整体变好还是变差，才是真正需要关注的。

这些“自我处理”，最容易帮倒忙

脚一水肿、体重一增加，就自行增加利尿剂剂量，是最常见的认知误区之一。调整利尿剂剂量，还要结合血压、肾功能和电解质水平综合判断。过量服用利尿剂可能导致低血压、脱水或电解质紊乱。或医生没有给过明确的个体化调整方案，应先联系医生，不要照搬病友的服用方法。要按医嘱复查肾功能和电解质水平。

另一个认知误区是“心衰就得拼命多喝水”。相关指南并不主张所有轻中度、病情稳定的心衰患者常规严格限水；严重心衰、明显低钠血症或医生判断存在容量负荷时，才需要按病情限水。如果医生要求控液，汤、粥、牛奶等也要算进去。症状减轻后也不要自行减药或停药。咸菜、加工肉、方便面和重口味外卖含钠较

稳的状态迎接手术。术中坚守：全程陪伴，守护生命

手术正式开始后，手术室护士的守护工作进入关键阶段。手术室护士分为器械护士与巡回护士，他们各司其职，协同高效。器械护士值守于手术台旁，熟悉手术步骤、预判操作需求，精准传递手术器械与耗材，高效配合手术推进。他们严格守无菌操作规范，维持术野无菌状态，预防术中感染，以精细、稳妥的配合，保障手术有序高效开展。

巡回护士需持续监测患者的

生命体征，重点关注心率、血压、血氧饱和度等指标的动态变化，发现异常及时预警并协同处置。他们同时承担着术中物资补给、体位护理、体温防护等工作，针对长时间平卧带来的压疮、低体温等风险，提前落实防护措施，动态调整患者体位，做好保温干预，减少术中并发症。通过全方位监测与照护，确保术中患者得到持续、安全的护理。

术后护航：规范处置，保障患者快速康复

手术结束并不意味着护理工作的完结，术后护理是保障患者快速康复的重要环节。手术室护

健康促进

多,应少吃。

身体报警，应尽快联系医生或到医院复诊

如果3天内体重明显增加、气喘比平时严重、脚部水肿加重、夜里开始憋醒，或者原来能完成的活动突然做不了了，应尽快联系医生或到医院复诊，别等到下一个预约日。若静息时喘不上气、完全不能平卧，呼吸困难突然明显加重，伴胸痛、口唇发紫，或咳出粉红色泡沫样痰，应及时就诊。若血压、心率明显不同于平时，伴头晕、乏力、胸闷，也应尽快咨询医生。

心衰患者病情的稳定，不是“今天没消肿”这么简单。每天花几分钟称体重、观察呼吸和活动、测血压和心率，把活动能力和症状变化记下来，往往能更早捕捉到恶化信号。如果出现恶化信号，要及时到医院就诊。

心衰管理做得好，靠的不是自己在家“当医生”，而是把该观察的观察到位、该记录的记录清楚、该求助时及时求助。（作者供职于深圳市中西医结合医院心血管内科）

士会清除术野周围血迹及残留的消毒液，妥善包扎固定创面，整理患者衣物；同时，逐一核对手术器械、敷料及各类耗材，预防手术器械、敷料遗留于体腔，并完成手术间清洁消毒，切实守住医疗安全底线。

麻醉复苏期，手术室护士会守在患者身旁，持续观察其意识、瞳孔及生命体征的变化，及时处置躁动、恶心、头晕等苏醒期并发症。待各项生命体征趋于平稳，手术室护士会护送患者转回病房，与病房护士完成详细交接，告知手术情况、护理要点及注意事项，保障护理的连续性。

总之，一台手术的成功，离不开团队协作。

（作者供职于山东省淄博市沂源县中医院）

预防效果。需彻底戒烟，限制饮酒。

均衡膳食：增加蔬菜、水果和全谷物摄入，减少盐、糖及饱和脂肪酸的摄入。

规律运动：在身体条件允许的情况下，每周至少进行150分钟中等强度有氧运动，如快走、慢跑等。

管理情绪与体重：保持情绪稳定，将体重指数(BMI)控制在理想范围。

长期随访与规律监测

二级预防是一项长期任务。患者需要定期到门诊复查，监测血压、血脂、血糖等指标的控制情况，并留意是否有药物不良反应。医生会根据复查结果，动态调整治疗方案，确保预防措施安全有效。

（作者供职于山东省济宁市金乡县人民医院）

制风险较低的阿片类药物，既防止镇痛不足引发躁动，又避免用药过度造成呼吸抑制。对于已接受区域神经阻滞的患者，在麻醉结束前预先静脉给予负荷剂量镇痛药。

精细化用药管理同样离不开团队能力建设。通过线上理论结合线下实操的模式，加强麻醉专科培训，提升应急用药处置能力。构建由麻醉科医师、外科医师、护士、药师及患者家属共同参与的用药管理模式，推广多模式镇痛，减少阿片类药物不合理使用带来的不良反应。

精细化用药管理，不是简单给药，而是评估、开具医嘱、给药、并发生效监控、出院随访环环相扣，形成闭环。

（作者供职于山东省青岛市市立医院）

临床诊疗遵循“能口服不肌注，能肌注不输液”的原则。盲目输液可能引发过敏反应、静脉炎、肠道菌群失调等。

很多急性腹痛，比如阑尾炎、消化道穿孔等，早期最重要的判断依据就是疼痛的位置、性质。自行服用止痛药，会暂时掩盖病情，看似症状缓解，实则病灶可能仍在持续进展。医生因此无法获取真实的病情信息，容易错过最佳救治窗口。同样，普通感冒、轻度胃肠炎这类自限性疾病，优先口服药物即可。输液属于有创治疗，存在过敏反应、静脉炎等风险，并非“特效药”。

〔作者供职于广东省中医院（广州中医药大学第二临床医学院）〕

腰椎间盘突出症是常见病，久坐、反复弯腰、体态异常等均易诱发腰痛与下肢麻木。多数轻症患者无须手术，通过卧床休养、物理因子治疗、牵引等保守治疗即可缓解，但症状易反复发作。保守治疗的目标不仅在于短期镇痛，更在于重建腰椎的稳定性，其中强化核心肌群是康复重点。

腰椎间盘突出症的根源在于腰椎稳定性失衡

腰椎间盘连接相邻椎体，缓冲脊柱承受的机械应力，支撑腰部活动。腰椎的稳定性除依赖骨骼与韧带外，还依赖核心肌群的包裹与承托。功能良好的核心肌群如同“天然护腰带”，可均匀分散上半身压力，减少椎间盘的挤压与磨损。多数腰椎间盘突出症的发病与核心肌力不足密切相关：久坐会导致腰腹肌肉僵硬、松弛，无法有效分担椎间盘负荷；异常应力持续作用于椎间盘，逐步引发退变、膨出，甚至髓核突出压迫神经根，诱发腰腿疼痛、麻木。常规保守治疗虽可消除炎症、缓解肌肉痉挛及局部症状，但若核心肌群持续薄弱，腰椎缺乏稳定支撑，症状极易反复发作。

核心肌群：腰椎的“动态保护屏障”

多数人常将核心肌群简单等同于腰背部肌肉。实际上，核心肌群是一套完整的功能系统，涵盖腹横肌、多裂肌、竖脊肌、盆底肌等深层肌肉。这类肌肉以慢肌纤维为主，体积小、耐力强，紧贴腰椎骨骼，是维持腰椎静态与动态稳定性的关键。不同于表层大块肌肉，深层核心肌群不负责大幅度的躯干屈伸与旋转，主要起维持节段稳定的作用。站立、行走、久坐、俯身时，健康的核心肌群持续保持张力，维持腰椎生理曲度，防止椎体微小移位与椎间盘受力不均。腰椎间盘突出症患者的椎间盘已有损伤，腰椎耐受能力下降，只有强化核心肌群，重建动态稳定，才能有效减轻椎间盘负荷，为组织修复创造条件。

保守治疗与康复训练：先养肌肉，再谈恢复

腰椎间盘突出症的保守治疗包括急性期干预与恢复期核心肌群训练两个阶段，二者缺一不可。急性期疼痛明显时，以卧床休息、物理因子治疗、热敷为主，缓解肌肉痉挛、减轻神经水肿，避免因不当运动导致二次损伤。待疼痛症状缓解后，进入恢复期，重点转向核心肌群训练。康复训练需温和适度，推荐平板支撑、臀桥、猫牛式等低负荷动作，配合腹式呼吸，以激活深层核心肌群，提升肌力与耐力。规律训练有助于增强腰腹肌肉力量，改善腰椎生物力学分布。需避免急于求成，以防加重椎间盘负荷。

核心肌群：防复发的根本

腰椎间盘突出症具有慢性复发倾向，多数患者仅关注急性期对症止痛，忽视长期养护。物理因子治疗、针灸、外用膏药等仅能缓解急性期疼痛，无法解决腰椎稳定性不足的根本问题。强壮的核心肌群是维持腰椎远期稳定性的关键。持续开展核心肌群训练，既能增强腰椎结构稳定性，也能纠正久坐引发的骨盆前倾、腰椎生理曲度异常等体态问题，从源头降低腰部劳损与复发风险。随着核心肌力的提升，弯腰、久坐、行走时椎间盘负荷会明显下降，有助于促进受损椎间盘修复，神经压迫症状亦可持续减轻。

（作者供职于北京市中关村医院）

关节遇冷就痛 中医有妙招

如何预防腰椎间盘突出复发

□韩小雪

不少人有这样的困扰：秋风一吹，空调一开、凉水一碰，就会酸痛僵硬，阴雨天不适感更是翻倍。很多人只知道关节一受凉就疼痛，却不清楚诱发疼痛的各类原因。

引起关节痛的各类原因

从中医角度看，关节遇冷就痛主要有三方面原因：一是外感寒湿，长期处在潮湿阴冷环境、常吹空调、接触凉水，风湿邪气侵入经络，气血运行受阻引发疼痛；二是正气亏虚，年老体弱、劳累过度致肝肾不足、筋骨失养，关节耐寒能力下降，受凉便易疼痛；三是劳损外伤、旧伤或长期负重造成局部瘀血，遇冷凝滞加重，诱发酸痛僵硬。

现代医学认为，关节退变、滑膜炎、软组织损伤等可造成局部循环变差。寒冷刺激会使血管收缩，血流减慢，代谢废物堆积，加重痛感。

这类遇冷即痛的关节不适，中医多归为寒湿入络、气血瘀滞。寒邪凝滞经络，气血运行受阻，便产生关节疼痛、僵硬。相较于内服药物，中医外治直接作用于患处，温和便捷，更适合居家养护。下面介绍几种实用外治方法：

温灸通络：艾炷散寒，消除

关节寒湿

艾炷借艾草温热之力渗透经络，可温通气血、散寒祛湿止痛。

居家推荐悬灸：选取痛点及周边穴位。点燃艾炷，距皮肤2厘米～3厘米，以局部温热微红、不灼烫为宜。每处10分钟～15分钟，每周3次～4次。坚持养护，可疏通经络、减少受凉后疼痛发作的次数。

中药熏洗：药力渗透，祛湿活血消肿

中药熏洗是用药物产生的蒸汽加药液浸洗患处，借热力与药力双重作用，让草本有效成分经毛孔渗入经络，适合关节僵硬、冷痛、屈伸不利的情況。

居家通用简易配方：艾叶、桂枝、红花、生姜、透骨草各15克，加水煮沸后转小火煎煮10

分钟，关火。先熏蒸关节，待水温降至40摄氏度左右，浸泡、冲洗患处15分钟。方中桂枝、生姜温阳散寒，艾叶、透骨草祛湿通络，红花活血化瘀，搭配温热作用，可快速缓解关节寒凉凝滞、酸痛僵硬。建议每晚睡前操作一次，坚持一周即可明显改善

穴位敷贴：长效养护，固本

止痛

穴位敷贴属于“透皮给药”疗法，将草本贴膏贴于患处或穴位，药力持续渗透、温和持久，无须频繁操作，适合上班族、中老年人日常养护，尤其适用于反复发作的寒性关节痛。

日常可选用温经散寒、活血止痛的关节专用贴膏，清洁擦干关节处皮肤后，贴于疼痛中心点或对应穴位，单次4小时～6小时。皮肤敏感者需先做局部测试，皮肤破损处禁止贴敷。

热敷温通：日常应急，快速

缓解疼痛

热敷是最简单便捷的应急护理方法，可即时缓解突发关节冷痛、僵硬。寒则温之，温热刺激可快速扩张局部血管，加速气血循环，松解紧张的肌肉经络，改善“不通则痛”的状态。

居家可使用热水袋、暖宝宝、热毛巾，每次15分钟～20分钟，温度控制在40摄氏度～45摄氏度，避免烫伤。可自制盐袋热敷，粗盐炒热装袋后放于关节处，温热穿透力更强，散寒效果更佳。该方法无门槛、无副作用，关节受凉酸痛初期及时热敷，可快速缓解不适，防止寒湿进一步侵入。

日常养护小贴士

关节怕冷疼痛，要注意避寒、保暖、通经络。空调风扇不直吹，阴雨天少露关节，洗漱用温水——日常做到这些，就是在给关节“筑墙”。搭配中医外治规律养护，轻度寒性关节不适多能逐步减轻。如果疼痛反复发作或出现关节肿胀变形，别硬扛，及时就医。

（作者供职于广东药科大学附属第一医院）