# 眼前黑影飘动 警惕视网膜裂孔

□张祥元

眼前突然有黑影飘、闪光感，需要马上就医吗？先说结论：不一定都需要急诊，但是一定要认真对待，多数情况建议患者尽快就医。稳妥的办法是——“少量、稳定、无闪光”，可以先观察；“突然、增多、伴闪光”，要尽快筛查。

这些症状是什么？眼前有黑影飘动，医学上叫“飞蚊症”，大多是玻璃体这个果冻样的结构液化和后脱离后，里面的混浊物投下的影子，在明亮的背景（比如看白墙、天空）下更明显，在中老年人和近视人群中很常见。闪光感则多是玻璃体牵拉视网膜引起的，它像一盏警示灯，提示视网膜可能正在受到牵拉。玻璃体后脱离本身也大多属于良性过程，多见于50岁以后，不少人会“终生带着一两个小飞蚊”；但是，其中一小部分会牵拉出视网膜裂孔，所以“新出现的症状”值得认真检查一次。

那么，到底要不要马上就医？关键看3点。第一，黑影是“老熟人”还是“新面孔”：长期存在、数量稳定的少量黑影，多半是良性“飞蚊症”，不需要急诊，定期观察即可。第二，黑影是否突然大量增多：如果眼前突然像烟雾或蜘蛛网一样涌出很多黑影，或者原来的黑影明显变多变密，这是需要尽快就医的信号。第三，有没有闪光和视野缺损：闪光感持续固定在一侧，或视野里出现像窗帘拉上或黑影遮挡一样的固定缺损（眨眼也甩不掉），或者视力突然下降，这些都要尽快就医，最好当天就去，一般不要拖过48小时。平时可以交替遮住一只眼自查：单眼看到的范围里如果有固定不动的黑影，就要警惕。

为什么要这么急？因为这种表现可能提示视网膜裂孔甚至视网膜脱离。视网膜像相机底片贴在眼球内壁，玻璃体牵拉可能在底片上撕出“裂孔”；如果液体从裂孔钻进去，就会把底片“掀起来”，形成视网膜脱离。裂孔早期可以用激光封闭，像“焊”住一样防止发展成视网膜脱离；而一旦视网膜脱离累及黄斑区（负责精细视力的中心），视力就可能受到永久影响。因此，处理越早，保住视力的可能性就越大——宁可白跑一趟，也别错过最佳处理窗口期。

具体怎么就医？白天可以直接挂正规医院的眼科门诊；如果是夜间、周末，或症状很重、视野明显缺损，就去眼科急诊或急诊科，并主动告诉医生“突然出现黑影和闪光”。不要先自己在网上对照着猜“是不是太累了”，新发的症状交给医生判断更稳妥。在检查上，现在不少医院有欧堡（超广角眼底照相），多数情况下不用散瞳，几十秒就能拍下一张覆盖约200度、约80%视网膜面积的大范围眼底照片，可以快速筛查周边视网膜有没有裂孔。此外，医生通常还会散瞳查眼底——把瞳孔放大，用专用设备细看周边视网膜。欧堡看细微结构仍有局限，如果高度怀疑周边小裂孔，医生仍可能结合散瞳细查。散瞳后几小时看近处会模糊、怕光，建议不要自己开车。患者就医前不要揉眼，不要剧烈晃动头部，也不要自行热敷或点眼药水。

谁要格外警惕？高度近视人群（尤其600度以上）、中老年人、有眼外伤史者，或另一只眼曾发生视网膜脱离，以及体检发现周边视网膜变性的人，出现上述信号要及时就医。如果出现视野缺损等症状，患者要避免独自驾车，由他人陪同尽快前往医院。若检查后没有发现裂孔，医生会交代观察要点，之后若不再突然变化，一般不必反复就医，但要按医嘱随访；一旦再次出现黑影增多、闪光或视野缺损，同样要及时复查，不要因为“上次没事”就掉以轻心。

总结一下：黑影少量稳定，不必惊慌，安排一次散瞳眼底检查即可；黑影突然增多，伴闪光或视野缺损，请尽快到正规医院眼科就诊，查明眼底情况再决定下一步。

（作者供职于广东省清远爱尔眼科医院综合眼病科）

# 警惕高危致命性胸痛

□施宏建

胸痛是日常生活中常见的不适症状，很多人出现胸口闷痛时，常误以为是劳累、岔气或胃病，认为忍一忍就好。但是，在急诊临床中，胸痛是较凶险的急症信号之一。看似普通的胸痛，背后可能隐藏着心肌梗死、主动脉夹层、肺栓塞等致命性疾病，发病急、进展快，短短几分钟即可危及生命。

**哪些胸痛属于高危致命性胸痛**

临床中90%以上的致命性胸痛，集中在三类急症，也是急诊重点排查的“胸痛三大杀手”，千万不能忽视。

首先是急性心肌梗死，这是大众熟知的高危胸痛，也是发病率较高的致命性胸痛。多因冠状动脉堵塞、心肌缺血性坏死导致，多发于中老年人、高血压病、高脂血症、糖尿病患者，如今熬夜、久坐、压力大的年轻人发病比例也在逐年升高。

其次是主动脉夹层，被称为“胸痛之王”，死亡率很高。人体最大的血管主动脉内膜撕裂，血液冲入血管夹层，一旦血管破裂，几分钟内即可猝死，发病凶险程度远超心肌梗死。

最后是急性肺栓塞，多由下肢静脉血栓脱落，堵塞肺部血管引发。症状隐匿性较强，容易被误诊为普通胸闷、哮喘，误诊漏诊率高，突发大面积肺栓塞会直接引发呼吸、心搏骤停。

**高危胸痛的典型特征**

普通生理性胸痛多为短暂刺痛，休息后可缓解。高危胸痛则有鲜明特征。

从疼痛性质来看，心肌梗死胸痛多为压榨样、紧缩样剧痛，患者常描述为“胸口像压了一块大石头”，无法正常呼吸；主动脉夹层为撕裂样、刀割样剧痛，疼痛感剧烈且突发；肺栓塞多为突发胸闷、刺痛，深呼吸、咳嗽时疼痛明显加重。

从疼痛位置来看，高危胸痛不局限于胸口正中。心肌梗死疼痛可放射至左肩、后背、下颌、牙齿，部分患者仅表现为牙疼、后背疼、上腹痛，容易误诊；主动脉夹层疼痛多从胸背部开始，可延伸至腹部、腰背部；肺栓塞疼痛多集中在单侧胸口，伴随明显气短。

**别让错误认知耽误救命时机**

“胸痛不剧烈就没事”。很多高危胸痛并不一定是撕心裂肺的剧痛。部分老年患者、糖尿病患者及女性患者，发生心肌梗死时痛感不典型，仅表现为轻微胸闷、憋气、肩背不适或莫名乏力，也就是常说的“无痛性心梗”。这类患者很容易误以为只是劳累，忽视预警信号，但症状轻微者同样有猝死风险。

“忍一忍，躺一会儿就好”。高危胸痛常见原因包括冠脉血管堵塞、主动脉夹层撕裂、肺栓塞等。这类急症进展速度很快，拖延一分钟，心肌、肺部、大血管的损伤就加重一分。单纯静卧不能解决血管病变问题，拖延等待是高危胸痛救治中的致命行为。

“自行吃药、喝水缓解”。在没有明确病因之前，盲目服用止痛药、活血化瘀类药物，或者大量饮水、起身活动，都可能加重心脏负荷。如主动脉夹层患者乱用药可能诱发血管破裂，心肌梗死患者不当活动会诱发恶性心律失常，反而会急剧加重病情。一旦怀疑高危胸痛，应立刻拨打急救电话，安静等待救护车。

**高危人群重点预防**

高血压病、高脂血症、糖尿病、冠心病患者，长期熬夜久坐、酗酒肥胖者，以及有心脑血管病家族史的人群，均为高危人群。日常要规律服药、定期体检，避免情绪激动和过度劳累，出现轻微胸闷不适及时检查，杜绝小病拖成大病。胸痛无小事。早识别、早呼救、早治疗，是降低致命性胸痛死亡率的关键。掌握辨别技巧和自救方法，就是掌握了生命的主动权。

（作者供职于广东省四会市中医院）

# 小伤口背后的『大危机』

□林姗姗

很多糖尿病患者都有这样的困惑：脚上只是出现了一个小伤口，普通人几天就能结痂，可自己的伤口却“赖着不走”，红肿、渗液、迟迟不长肉，一拖就是几周甚至几个月。有人以为是自己“恢复慢”，随便涂点药膏等着它自己好，结果伤口越烂越深，甚至露出发黑的骨头。其实，问题的根源不在于伤口本身，而在血管问题。这在医学上有个专门的名字：糖尿病足，是糖尿病凶险的并发症之一。

伤口愈合，本质是一场“工程抢修”。皮肤破损后，身体要立刻调动血小板止血、白细胞杀菌、成纤维细胞长出新组织，依次经历止血、炎症、增殖、重塑4个阶段。这些“施工队”全靠血液运输氧气、养分、免疫细胞。可糖尿病患者的血管，恰恰在需要它的地方“掉了链子”。足部位于身体最远端，供血线路最长，也最先、最重地承受血管病变的冲击，这解释了为什么同样的伤口，长在手上能好，长在脚上却迟迟不愈。

高血糖首先腐蚀的是血管内壁。打个比方，血管就像给脚供水的管道，血糖高如同管道里流着腐蚀性液体，内壁先被损伤，脂质、斑块随之沉积，管腔越变越窄。下肢动脉，尤其是给足部供血的细小动脉，逐渐狭窄甚至闭塞，足部血流量大幅减少。临床检测发现，糖尿病足患者的足部血流速度可能比健康人慢40%。血流慢了，伤口就陷入慢性缺血、缺氧，“施工队”到不了现场，活儿自然干不下去。

然而，糖尿病还会让“运输线”本身变硬变堵。除了大血管狭窄，微血管也在悄悄发生病变：毛细血管基底膜增厚、管腔变窄、微循环障碍，血液更难把营养送到创面深处。伤口长期泡在“缺料缺氧”的环境里，成纤维细胞罢工、胶原合成减少、新生血管形成受阻，愈合过程被按下暂停键。

更严峻的是，在血管“断供”的同时，神经也在“失联”。糖尿病神经病变从3条路径下手：感觉神经受损，痛觉、温度觉一点点消失，脚被磨破、烫伤也毫无察觉；运动神经受损，足部肌肉萎缩、畸形，受力不均更容易磨伤；自主神经受损，皮肤干燥开裂，给细菌打开入侵大门。很多患者还会发现自己的脚比别人的凉、颜色发暗，这正是缺血的外在信号。而高血糖本身是细菌的“培养基”，加上缺血区免疫细胞到不了，感染一旦发生便迅速蔓延、难以控制。

因此，糖尿病患者脚上一个小伤口总不好，是缺血、神经病变、感染三者“联手”的结果，而血管病变正是其中关键的一环。这三者还互为因果：缺血加重感染，感染又破坏组织、消耗血供，形成恶性循环，让小伤口一步步演变成大溃疡。

因此，对待糖尿病患者的脚伤，绝不能按普通伤口处理。一旦发现足部破溃、变色、发凉、麻木，应尽快到内分泌科或糖尿病足专科就诊。患者切勿自行用热水泡脚、乱涂药膏或撕扯痂皮，清创换药应由专科医生处理。患者日常要控制好血糖、血压、血脂，每天检查双脚，穿合脚的鞋袜，剪趾甲时要小心预防外伤。伤口虽小，背后可能牵着一整条“生命线”，保住血管，才保得住脚。

（作者供职于湖北省宜城市中医医院肾病内分泌科）

# 冠心病的中医分型辨治

□王海成

冠心病在中医里属于“胸痹”“心痛”范畴，其发生与人体正气不足、脏腑功能失调密切相关。中医根据患者的症状、体征及体质特点，将冠心病分为多种类型，其中气虚、血瘀、痰浊是临床常见的3种分型。了解自己属于哪种类型，对冠心病患者有着重要意义。

**气虚型冠心病**

气虚型冠心病多因长期劳累、久病体虚等导致心气不足，推动血液运行的力量减弱，心脏得不到充分濡养而发病。

常见症状：胸闷、气短，活动后症状加重，休息后可稍有缓解。患者还可能伴有乏力、精神疲倦，容易出汗，面色苍白，舌淡胖、苔薄白，脉细弱等表现。

诱因：过度劳累、熬夜、情绪波动较大等因素容易诱发或加重气虚症状。

调理建议：在日常生活中，要注意休息，避免过度劳累，保证充足的睡眠；可以适度进行一些温和的运动，如散步、打太极拳等，以增强体质，改善气虚状况；在饮食上，可多食用一些具有补气作用的食物，如山药、大枣、牛肉等；在医生指导下服用一些补气的中药，如黄芪、党参、人参等。

**血瘀型冠心病**

血瘀型冠心病多由气机不畅、寒邪侵袭、久病入络等原因引起，导致血液运行不畅，瘀血阻滞心脉，不通则痛。

常见症状：胸部刺痛或绞痛，疼痛位置固定不移，夜间疼痛可能加重。还可能伴有心悸、胸闷，口唇紫暗，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，脉涩或结代等症状。

诱因：情绪抑郁、寒冷刺激、长期久坐等，可能导致血瘀症状加重。

调理建议：要保持心情舒畅，避免情绪抑郁或过度激动；注意保暖，避免寒冷刺激，尤其是在冬季，要及时增添衣物；适度运动可以促进血液循环，但要避免剧烈运动；在饮食上，可多食用一些具有活血化瘀作用的食物，如黑木耳、洋葱、生姜等；在医生指导下，可服用丹参、川芎、赤芍等活血化瘀的中药进行调理。

**痰浊型冠心病**

痰浊型冠心病多因饮食不节、嗜食肥甘厚味、脾胃功能失调等导致痰湿内生，痰浊阻滞心脉，影响气血运行。

常见症状：胸闷、气短，胸部有压迫感，疼痛多为闷痛。患者还可能伴有形体肥胖，头晕目眩，恶心呕吐，口中黏腻，舌苔白腻或黄腻，脉滑等表现。

诱因：暴饮暴食（如摄入过多油腻食物），缺乏运动等，容易导致痰浊积聚，加重病情。

调理建议：要注意饮食清淡，避免食用过多油腻、辛辣刺激性食物，如肥肉、油炸食品、辣椒等，控制摄入量，避免暴饮暴食，可多食用一些具有化痰祛湿作用的食物，如薏米、冬瓜、白萝卜等；适度运动，以消耗体内多余的脂肪，减轻痰浊症状；在医生指导下，可服用半夏、茯苓、陈皮等化痰祛湿的中药进行调理。

需要注意的是，冠心病患者的中医分型并非绝对单一存在，可能存在两种或多种类型兼杂的情况。因此，在进行调理和治疗时，最好由专业中医师进行辨证论治，制定个性化的方案。同时，生活调理只能作为辅助治疗手段，不能替代规范治疗。冠心病患者需要遵医嘱按时用药，定期复查，以确保病情稳定。

（作者供职于山东省安丘市中医院）

# 科学护颈 告别错误解压方式

□赵 骞

久坐办公，低头刷手机，已是现代人的生活常态，颈椎酸胀僵硬频发。不少人为了缓解颈部不适，习惯用力扭动脖子，刻意掰响颈椎，听见咔咔声响，便认为筋骨舒展，疲惫消散。但这个看似解压的小动作，潜藏脊柱健康风险。频繁掰颈，会反复牵拉颈部软组织，持续损耗颈椎结构，不断透支颈椎的健康寿命，久而久之，还会加重颈椎劳损，诱发一系列颈部健康问题。

**颈椎响声 并非筋骨放松**

不少人将颈椎异响，当成错位复位、疏通经络的信号；事实上，这只是身体的预警信号。颈椎关节间隙内，有用于润滑和缓冲的关节液，长期低头会持续压迫颈椎关节，缩小关节间隙。当突然扭动颈部时，关节间隙会快速撑开，压力急剧下降，关节液内析出气泡，气泡破裂，就会产生清脆的咔咔声。这类声响仅属于物理变化，无法修复颈部劳损。单次掰颈一般不会带来损伤，但反复刻意掰响颈椎，会持续牵拉关节与韧带，既不能减轻肌肉劳损，还会破坏颈椎的稳定性，埋下脊柱病变的隐患。

**频繁掰颈 多重脊柱损伤来袭**

频繁掰颈，直接的危害便是颈部韧带松弛。颈椎周边韧带，是维系脊柱稳定的关键组织，质地紧致，富有弹性，能够约束颈椎，维持关节位置。长期外力反复牵拉，会让韧带弹性减退、松弛变长，大幅削弱颈椎的支撑与稳定能力，引发颈椎不稳等问题。此后，即便只是轻微扭头、低头，颈椎也易出现微小错位，持续加重颈部酸胀、僵硬等不适。不适感反复出现，会让人下意识继续掰动颈部放松，最终形成越掰越僵硬、越僵硬越想掰颈的恶性循环。

频繁掰颈，还会加速颈椎蜕变。人体颈椎有自然生理弧度，长期低头易造成弧度变直，而反复掰动颈部，会持续磨损颈椎间盘，加速椎间盘水分流失、弹性减弱，进而诱发椎间盘突出问题。同时，不规范的掰颈动作，会刺激颈部神经与供血血管，引发肩背酸痛、手指发麻、头晕等不适，长期可造成脑部供血不足，出现记忆力减退、精神萎靡等症状。

除此之外，暴力掰颈还存在安全隐患。颈部血管与神经分布密集，剧烈扭动颈部，容易引发血管痉挛、微小血栓脱落，严重时可导致突发头晕、身体猝倒，对脊柱及颅脑造成难以恢复的永久性损伤。

**科学护颈 告别错误解压方式**

想要改善颈椎僵硬，首要原则是停止频繁掰颈的行为。人们可选择温和的放松手段，久坐之后，缓慢完成抬头、低头、颈部左右侧屈等动作，全程动作保持轻柔、匀速，以此拉伸紧张的颈部肌肉；也可以对颈部进行热敷，轻柔按揉肩颈肌肉群，促进局部血液循环，减轻劳损带来的酸胀等不适感。

同时，应当养成健康的生活习惯，避免长时间低头，选择高度适宜的枕头，维持颈椎正常的生理曲度。倘若颈部反复出现酸痛，并伴有手麻、头晕等症状，应当及时前往医疗机构检查。

小小的掰颈动作，藏着大大的健康风险。守护脊柱健康，无须刻意追求颈部咔咔作响。坚持温和养护，保持科学作息，纠正不良习惯，减少颈椎劳损，才是保护颈椎的长久之道。

（作者供职于北京市中关村医院）

# 放疗：不用开刀的“体内手术刀”

□孜那提·努尔太

提到肿瘤治疗，大多数人第一反应就是做手术、动刀子。但在肿瘤科，有一种常用的治疗方式，不需要切开皮肤，也没有手术创口，却能精准对准身体内部的病灶，一点点控制、消灭病变组织，它就是放疗。普通人对放疗普遍陌生，很多人还会把放疗和化疗弄混。事实上，两者的治疗方式、适用情况完全不一样，而且现代放疗的精准度和安全性，远比大家固有印象里更好。

不少患者都会问一个问题：能做手术的话，为什么还要做放疗？主要原因是，手术和放疗的治疗思路完全不同。外科手术靠医生肉眼观察、器械操作，直接把肿瘤完整切除，更适合长在浅表、边界清晰、方便剥离的病灶；放疗则是依靠高能射线，从细胞层面破坏肿瘤的DNA（脱氧核糖核酸），让癌细胞没法继续生长、复制和扩散，慢慢让肿瘤萎缩、消退。

这也是放疗被叫作“体内手术刀”的真正原因。射线可以顺利穿透表层的正常组织，直达身体深处的病灶位置。像颅内、胸腔纵隔、盆腔这些关键区域，布满重要血管和神经，手术操作空间小、风险高，稍有不慎就会损伤正常器官。而放疗可以完美避开这些敏感组织，只针对性攻击病变部位，解决很多手术难以处理的难题。

很多人抵触放疗，都是听了老一辈的说法，觉得放疗“伤身，副作用大，做完人就垮了”。其实，这种印象，停留在很多年前的传统放疗水平。过去的放疗设备精度不高，照射范围比较粗放，杀癌细胞的同时，周围大片正常组织也会被波及，因此患者容易出现皮肤溃烂、严重恶心、大面积脱发、免疫力骤降等明显反应。

现在的放疗技术已经迭代升级了很多次，三维适形放疗、调强放疗、立体定向放疗这些主流技术，早已实现精准靶向治疗。医生会通过CT（计算机层析成像）、核磁精准勾勒出肿瘤的大小、形态和具体位置，再由计算机计算出合适的照射角度和剂量，让射线完全贴合肿瘤的轮廓进行照射。肿瘤病灶能得到足够的治疗剂量，周围正常组织的受辐射剂量被压到极低，副作用因此大幅减少。

放疗的适用场景非常广，并不只是晚期患者才能用。很多早期肿瘤，单纯依靠放疗就能达到和手术一样的治疗效果。比如早期鼻咽癌、喉癌、宫颈癌，临床上首选的治疗方案就是放疗。既能彻底清除病灶，又能完整保留器官功能，不用像手术那样切除组织，避免患者失去发声、吞咽、生育等重要功能。

对于中期肿瘤患者，放疗大多作为辅助治疗手段。术前放疗可以缩小肿瘤体积，让原本难以切除的病灶变得可控，提升手术成功率；术后放疗能清除手术残留的微小癌细胞，降低复发和转移的风险。而针对晚期患者，放疗主要用来做姑息治疗，快速缓解肿瘤带来的剧烈疼痛、器官压迫、异常出血等问题，实实在在改善患者的生活质量。

生活里常见的误区，就是把放疗和化疗混为一谈。两者区别非常大：放疗是局部治疗，只对照射范围内的病灶起效，副作用也集中在照射部位；化疗是全身药物治疗，药物通过血液流遍全身，产生的是全身性反应。临床医生会根据患者的肿瘤类型、分期和身体状况，单独使用其中一种或者搭配使用两种治疗方式。

准备接受放疗的患者，不用过度担心副作用。现阶段的精准放疗，不良反应大多轻微，而且都在可控范围内。患者放疗期间，只要遵从医嘱，做好照射部位的皮肤护理，保持清淡饮食和规律作息，绝大多数患者就能顺利完成全部疗程。

（作者供职于新疆医科大学附属肿瘤医院）

# 慢性胃炎规范用药很关键

□张育洁

慢性胃炎是各年龄段人群常见的消化系统慢性病，其病程长，易反复，迁延难愈。患者常表现出上腹隐痛、腹胀泛酸、嗳气、食欲减退等临床症状，这会干扰患者日常饮食与生活作息；若病情长期迁延不愈，可能导致胃黏膜出现糜烂、萎缩，甚至会持续加重胃黏膜损伤。相关数据表明，多数患者病情迁延复发，主要原因是用药不规范。

其中，擅自停药、间断服药、服药不规律，是病情复发的主要原因。慢性胃炎的治疗，关键在于规范用药与长期健康管理，修复受损的胃黏膜，从根源上杜绝炎症反复发作。

**慢性胃炎的常用药物**

1. 抑酸剂。它是一种核心治疗药物，可有效抑制胃酸异常分泌，减轻胃酸对破损胃黏膜的持续侵蚀，为胃黏膜自我修复创造有利条件，主要适用于泛酸、胃灼热、上腹灼痛等典型症状，是目前临床应用广泛的药物类型。

2. 胃黏膜保护剂。它可以在胃黏膜表层形成防护薄膜，隔绝胃酸与食物带来的黏膜侵蚀刺激，促进胃黏膜上皮修复再生，有效改善黏膜充血、浮肿、糜烂等各类炎性损伤；与抑酸药物联合应用，可以提升临床治疗效果。

3. 促胃动力药物。针对胃炎引发的胃动力不足、餐后腹胀、积食嗳气、消化不良等症状，患者选用促胃动力药物进行治疗，可加快胃肠蠕动，改善胃排空延迟，缓解功能性胃肠不适，辅助改善胃炎引发的各类不适症状。

**按时用药的重要意义**

因此，慢性胃炎治疗要坚持规范用药，因胃黏膜修复周期漫长，无法依靠短期用药根治。按时、按量、规律服药，可以维持体内稳定的血药浓度，持续发挥抑酸、护胃、促动力的作用，促使受损胃黏膜逐步修复、清除局部炎性病灶，实现临床治疗效果。相反，若用药不规律，会造成体内血药浓度大幅波动，导致药效间歇性失效，尚未完全修复的胃黏膜组织会持续受到胃酸刺激，进而诱发炎症反复发作，最终形成病情迁延不愈的恶性循环。如果长期间断服药、擅自停药，会造成炎性症状持续加重，同时还会导致胃溃疡、萎缩性胃炎等并发症的出现，显著加重患者病情，也会阻碍胃肠功能的修复进程。

**大家对药物使用存在的误解**

在临床中，多数慢性胃炎患者存在药物认知误区，严重干扰临床治疗效果。普遍的误区为症状缓解后擅自停药。不少患者在腹痛、腹胀等症状缓解后，就会自行停药。事实上，症状缓解仅为暂时性临床表现，此时受损的胃黏膜尚未完全修复，贸然停药容易造成病情反弹。

其次为随意增减服药剂量。部分患者症状加重时自行加量，症状轻微时擅自减量。此类不规范操作，会干扰药物的作用机制，加重胃肠道代谢负担，严重时可诱发机体产生耐药性，从而降低后续临床治疗效果。另外，服药时机不当也是普遍存在的用药问题，针对慢性胃炎的临床用药，抑酸药、促胃动力药、胃黏膜保护剂均要餐前服用，如果随意调整服药时间，会阻碍药物吸收利用，降低临床疗效。

**科学用药及日常养护**

严格遵循“三分治、七分养”的核心原则，依托规范化治疗、对症施治的原则开展科学养护，巩固疗效。患者要严格遵从临床医嘱，坚持规范服药，杜绝漏服、擅自停药、随意调整剂量、私自换药等不规范行为，足量足疗程完成全程治疗；日常要养成良好的饮食习惯，保证三餐规律、饮食清淡，规避辛辣刺激、生冷油腻食物，严格戒烟戒酒，降低胃肠道黏膜受刺激风险；避免熬夜与过度劳累，保持心态平和，疏导负面情绪，预防内分泌失调、胃肠功能失调等问题。患者服药期间要定期复查，由医师根据恢复情况调整诊疗方案。

长期坚持规范化药物干预与科学化日常养护，可有效促进胃黏膜修复再生、维持胃肠功能稳定、管控病情进展，维护胃肠道健康。

（作者供职于广东省乐昌市北乡镇卫生院）