

## 消化系统诊治与预防：专业视角看肠胃健康

胡榕榕 邯郸市中心医院

消化系统是人体重要的生理系统，负责食物的消化、吸收和排泄。随着生活方式的变化和饮食结构的改变，消化系统疾病的发病率不断上升。本文将探讨如何从消化系统的专业视角看肠胃健康，帮助大众更好地理解疾病本质。

### 一、常见消化系统疾病及其诊治

胃食管反流病的上消化道内镜检查是金标准，可直观观察食管黏膜情况；24小时食管pH监测和食管测压也有助于确诊。治疗上应避免高脂、辛辣食物，少食多餐，睡前3小时避免进食；配合质子泵抑制剂、H2受体拮抗剂以减少胃酸分泌；严重病例可考虑手术治疗。

消化性溃疡主要指胃和十二指肠溃疡，多由幽门螺杆菌感染和非甾体抗炎药使用引起。表现为上腹痛、饱胀、反酸等。胃镜检查可直接观察溃疡形态；幽门螺杆菌检测（呼气试验、粪便抗原试验或组织学检查）有助于确诊。治疗方案包括

幽门螺杆菌根除治疗（“三联”或“四联”方案，包括质子泵抑制剂和抗生素）；溃疡愈合要遵医嘱使用质子泵抑制剂或H2受体拮抗剂；同时停用可能导致溃疡的药物（如阿司匹林、非甾体抗炎药）。炎症性肠病包括克罗恩病和溃疡性结肠炎，是一组慢性、复发性肠道炎症性疾病。症状包括腹痛、腹泻、血便、体重减轻等。结肠镜检查及活检是确诊的关键；小肠镜、胶囊内镜和影像学检查（CT、MRI）有助于评估病变范围。治疗策略包括药物治疗（氨基水杨酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂和生物制剂）；营养支持（特定饮食调整，重症患者可考虑肠内或肠外营养）；手术治疗（用于内科治疗无效或并发症的情况）。

功能性胃肠病以肠易激综合征最为常见，特点是腹痛、腹胀、排便习惯改变，但无明显器质性病变。诊断主要基于症状和排除器质性疾病；可能需要结肠镜、影

像学检查排除其他疾病。治疗方案包括心理治疗（认知行为治疗，缓解焦虑和抑郁）；药物治疗（抗痉挛药、低剂量抗抑郁药、肠道菌群调节剂）；饮食调整（低FODMAP饮食对部分患者有效）。

### 二、预防策略与健康生活方式

预防消化系统疾病需要注意饮食调整：增加膳食纤维摄入，每日摄入足够的蔬菜水果；适量进食，避免暴饮暴食，细嚼慢咽；规律进餐，定时定量，避免长时间空腹；少吃刺激性食物，减少高脂、辛辣食物及酒精摄入。同时要注意生活方式调整：保证充足睡眠，避免熬夜；每周至少150分钟中等强度有氧运动；戒烟限酒，因为烟酒是多种消化系统疾病的危险因素；学会减压，避免长期处于高压状态。

定期筛查也很重要：建议40岁以上人群每年进行一次常规体检；存在消化系统症状者应提前预约胃镜检查。同时，要注意合理用药：避免长期、大量使用非

甾体抗炎药；服用抗生素时应遵医嘱，完成疗程；对消化系统有影响的药物应在医生指导下使用；不滥用泻药、止泻药等影响肠道功能的药物。

### 三、警示症状与就医时机

以下情况应及时就医：持续性腹痛，尤其是夜间痛醒；消化道出血表现（黑便、血便或呕血）；不明原因的体重下降；吞咽困难或进行性加重的吞咽不适；持续性消化不良或腹胀超过两周；排便习惯明显改变。

消化系统健康与日常生活和饮食习惯密切相关。通过合理饮食、健康生活方式和定期筛查，大部分消化系统疾病是可预防的。通过了解这些消化系统疾病的知识，帮助大家提高对消化系统健康的认识，养成良好的生活习惯，远离消化系统疾病的困扰。健康的消化系统是身体健康的重要基础，也是高质量生活的保障。让我们共同努力，为自己的肠胃健康保驾护航。

## 心脏瓣膜病变：超声波下的真实面貌

王月伟 邯郸市中心医院

心脏瓣膜病变是临床常见的心血管疾病，可导致心力衰竭、心律失常甚至猝死。超声心动图作为无创、便捷、实时的检查手段，为瓣膜病变的诊断、分级及治疗决策提供了“可视化”的重要依据。本文将探讨超声技术如何揭示心脏瓣膜病变的真实面貌，帮助大众更好地理解疾病本质。

### 一、心脏瓣膜的生理解剖学基础

心脏内的四个瓣膜（二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣和肺动脉瓣）维持单向血流循环。房室瓣（二尖瓣与三尖瓣）在舒张期开放，收缩期关闭；半月瓣（主动脉瓣与肺动脉瓣）则在收缩期开放，舒张期关闭。瓣膜病变主要表现为狭窄（瓣口开放受限）或关闭不全（瓣膜闭合不严），导致血流动力学紊乱，引发心脏结构与功能的代偿性或病理性改变。

### 二、超声心动图技术在瓣膜病变中的应用

超声心动图通过多种成像模式提供瓣膜结构与功能的综合评估。二维超声显示瓣叶增厚、瓣环扩张、钙化沉积等形态学

改变；M型超声对瓣膜活动度进行精确测量；多普勒技术则实现瓣膜功能的定量分析。彩色多普勒使瓣膜反流或狭窄的血流动力学改变可视化；频谱多普勒通过伯努利方程计算跨瓣压差，量化瓣膜狭窄程度；连续多普勒适用于高速血流，脉冲多普勒则提供特定位置的血流信息。

### 三、主要瓣膜病变的超声诊断标准

#### 1.二尖瓣病变的超声学特征

二尖瓣狭窄表现为瓣叶增厚、钙化，开放呈“穹顶状”；定量评估包括瓣口面积测定（重度狭窄<1.0cm<sup>2</sup>）、压力半衰期（重度狭窄>220ms）及平均跨瓣压差（重度>10mmHg）。二尖瓣关闭不全的严重程度评估依据反流面积占比（重度>40%）、反流容积（重度>60ml/搏）及有效反流口面积（重度>0.4cm<sup>2</sup>）。病因学表现包括风湿性（瓣叶增厚、腱索融合）、退行性（瓣叶脱垂）、感染性心内膜炎（赘生物）及功能性（乳头肌位移）等。

#### 2.主动脉瓣病变的超声学评估

主动脉瓣狭窄表现为瓣叶增厚、钙

化，开放受限。严重程度评估依据瓣口面积（重度<1.0cm<sup>2</sup>）、最大血流速度（重度>4.0m/s）及平均压差（重度>40mmHg）。低流量低压差狭窄需通过负荷试验明确。主动脉瓣关闭不全的评估指标包括反流束宽度比值（重度>65%）、反流容积（重度>60ml）及压力半衰期（重度<200ms）。主动脉瓣病变常伴发主动脉根部病变，需同步评估。

#### 3.右心瓣膜病变的超声学特点

三尖瓣关闭不全常继发于右心室扩大或肺动脉高压，通过反流信号特征评估严重程度。三尖瓣反流速度可估算右心室收缩压，为肺动脉高压提供间接证据。肺动脉瓣病变多见于先天性心脏病、感染性心内膜炎等，需评估瓣膜结构、血流动力学改变及右心室功能状态。

### 四、超声心动图在瓣膜病变临床决策中的应用

超声心动图在瓣膜病变的临床决策中发挥核心作用。根据指南，无症状重度瓣膜病变患者出现左心室射血分数降低（<60%或<50%）或心室扩大（舒张末

期内径>65mm）构成手术干预适应证。超声心动图在手术方式选择中提供关键依据，如二尖瓣修复适应证评估、经导管主动脉瓣置换术前评估等。术中经食管超声监测手术效果，术后随访超声评估长期预后并发现潜在并发症。

### 五、先进超声技术在瓣膜病变中的应用前景

三维超声心动图提供瓣膜立体结构，对复杂瓣膜病变提供更准确评估。应变率成像早期发现瓣膜病变导致的心肌功能异常。超声造影剂提高心内膜显示清晰度，改善左心室功能评估准确性。经食管超声凭借高分辨率在复杂病变评估、手术指导及介入治疗中发挥关键作用，尤其在经导管瓣膜治疗中，实时三维经食管超声已成为标准配置。

超声心动图作为瓣膜病变诊断与评估的核心技术，不仅揭示了瓣膜病变的“真实面貌”，更为精准治疗提供了科学依据。随着超声技术持续创新，瓣膜病变的诊治水平将不断提升，为患者带来更精准、个性化的诊疗方案。

## 呼吸守护者：揭秘鼻腔的奇妙世界

武川军 邯郸市中心医院

鼻子，这个看似平凡的器官，承担着远超想象重要功能。不仅是呼吸的通道，还是感知世界气味的门户，更是全身健康的一面镜子。本文将带您探索这个神奇器官的奥秘，了解如何守护好这位“呼吸之城的守护者”。

### 一、鼻腔的精妙构造：不只是一个“洞”

鼻腔远比我们想象的复杂。从外鼻到鼻咽，这条看似简单的通道中包含了许多精密结构。鼻甲是鼻腔侧壁突向腔内的三对骨质突起，覆盖着富含血管的黏膜，负责加温、加湿吸入的空气。鼻中隔将鼻腔分为左右两侧，理想状态下应居中，但约70%的人存在不同程度的偏曲。

鼻窦是围绕鼻腔的含气腔隙，包括上颌窦、筛窦、额窦和蝶窦，它们不仅减轻头部重量，还具有共鸣作用，影响我们的嗓音。鼻腔是鼻腔的入口处，有鼻毛过滤空气中的大颗粒物。鼻腔黏膜覆盖着纤毛和黏液，能捕获并清除吸入的微小颗粒，形成我们的第一道免疫防线。

### 二、鼻的多重使命：不只是呼吸

鼻子首要功能是呼吸，经鼻腔的空气

被加温、加湿和过滤，变得适合肺部接收。这就是为什么长期口呼吸会导致咽喉不适、口干和呼吸道感染增加的原因。

嗅觉是鼻子第二大功能。嗅觉受体位于鼻顶部的嗅区，能识别数千种不同的气味。嗅觉不仅带来愉悦感，还可作为预警系统，如识别食物腐败、气体泄漏等。当然，嗅觉与记忆和情绪密切相关，某些气味可瞬间唤起儿时的记忆或特定情绪。此外，还参与发音共鸣、调节呼吸气流、平衡中耳压力等功能。

### 三、常见鼻部疾病：当守护者亮起红灯

#### 1.鼻炎：不只是“感冒”

过敏性鼻炎在我国发病率高达10-30%，主要症状包括鼻塞、流涕、打喷嚏和鼻痒。与普通感冒不同，过敏性鼻炎症状可持续数周甚至常年存在。过敏原特异性IgE检测和皮肤点刺试验可帮助确定过敏原。治疗方面，除避免过敏原接触，鼻用糖皮质激素喷雾是首选药物，抗组胺药可缓解打喷嚏和流涕，严重者可考虑舌下或皮下脱敏治疗。

鼻窦炎是鼻窦黏膜的炎症，分为急性和慢性。急性鼻窦炎多继发于病毒性上呼

吸道感染，表现为脓性鼻涕、鼻塞、面部压痛。慢性鼻窦炎症状持续12周以上，常伴有嗅觉下降。内镜检查和CT扫描是诊断的金标准。治疗包括抗生素（细菌感染时）、鼻用糖皮质激素、生理盐水鼻腔冲洗，严重者可能需要手术治疗。

#### 2.鼻中隔偏曲：隐形的通气障碍

鼻中隔偏曲可由先天因素或外伤导致，轻度偏曲可无症状，中重度则会造成鼻塞（常为单侧或交替性）、打鼾、头痛等。诊断主要依靠鼻内镜检查。对于症状明显者，鼻中隔矫正术是有效的治疗方法，该手术通常与下鼻甲减容术联合进行，可显著改善通气功能。

#### 3.鼻息肉：悄然生长的“水球”

鼻息肉是鼻腔和鼻窦黏膜的慢性炎症性病变，呈葡萄状或水滴状突出物。常见症状包括持续性鼻塞、嗅觉下降、前额头痛等。治疗方面，除避免过敏原接触，鼻用糖皮质激素喷雾是首选药物，对于广泛性息肉，功能性内镜鼻窦手术（FESS）是标准治疗。

四、专业护理经验：守护鼻健康的实用建议

#### 1.正确清洁：不只是擤鼻涕

生理盐水是鼻腔冲洗的安全有效清洁试剂，可清除鼻腔内分泌物、过敏原和污染物。正确的冲洗姿势是头部前倾45度，偏向一侧，让生理盐水从一侧鼻孔进入，从另一侧流出。商用鼻腔冲洗器或自制的0.9%生理盐水（500ml温水加入4.5g食盐）均可使用。

#### 2.预防保健：阻断疾病于萌芽

规律运动可改善鼻腔血液循环，加强呼吸道免疫功能。保持室内湿度在40-60%，避免过于干燥的环境。净化室内空气，减少粉尘、花粉等过敏原。戒烟限酒，因为烟雾会刺激鼻黏膜，导致黏膜水肿和纤毛功能下降。在空气污染严重或花粉季节，外出佩戴口罩可减少刺激物吸入。

#### 3.警示信号：何时必须就医

持续性单侧鼻塞超过两周；反复鼻出血，尤其是大量或难以止住的；单侧恶臭性鼻涕；嗅觉明显减退或丧失；伴有剧烈头痛、复视或视力改变的鼻塞；鼻腔内发现肿物。这些情况可能提示更严重的问题，如鼻腔肿瘤、脑脊液漏等，需及时专科就诊。

## 脊柱微创手术患者的护理要点

朱文燕 华北医疗健康集团峰峰总医院

脊柱微创手术（Minimally Invasive Spine Surgery, MISS）是近年来脊柱外科领域的重要进展之一。与传统开放手术相比，微创手术具有创伤小、恢复快、住院时间短等优势，因此在临床上得到了广泛应用。然而，微创手术的成功不仅依赖于手术技术，术后护理同样至关重要。本文将详细探讨脊柱微创手术的护理要点，涵盖术前、术中和术后三个阶段。

### 一、术前护理

#### 1. 心理护理

脊柱疾病患者往往长期受疼痛困扰，心理压力较大。术前护理人员应与患者充分沟通，解释手术的必要性、微创手术的优势及可能的风险，帮助患者建立信心，减轻焦虑情绪。

#### 2. 术前评估

术前需对患者进行全面评估，包括病史、体格检查、影像学检查等，确保患者符合手术指征。同时，评估患者的营养状况、心肺功能及凝血功能，必要时进行干预。

#### 3. 术前准备

体位训练：脊柱微创手术通常需要特殊的体位（如俯卧位），术前应指导患者进行体位训练，以适应手术需求。

肠道准备：术前一天给予清洁灌肠，进行肠道清洁，以减少术中感染风险。

皮肤准备：术前一天清洁手术区域皮肤，根据皮肤表面情况清洁皮肤，必要时剃除毛发。

### 二、术中护理

#### 1. 体位管理

术中护理人员需确保患者体位正确，避免因体位不当导致的神经损伤或压疮。俯卧位时，应注意保护患者的眼睛、面部及胸部，避免受压。

#### 2. 生命体征监测

术中需密切监测患者的生命体征，包括心率、血压、血氧饱和度等，及时发现并处理异常情况。

#### 3. 器械管理

脊柱微创手术依赖特殊的手术器械，护理人员需熟悉各种器械的使用方法，确保手

术顺利进行。

### 三、术后护理

#### 1. 生命体征监测

术后24小时内需密切监测患者的生命体征，特别是血压、心率和呼吸情况，警惕术后出血、感染等并发症。

#### 2. 疼痛管理

术后疼痛是患者最常见的主诉之一。护理人员应根据疼痛程度，合理使用镇痛药物，并结合非药物镇痛方法（如冷敷、放松训练等）缓解疼痛。

#### 3. 伤口护理

脊柱微创手术切口较小，但仍需注意伤口护理，保持伤口清洁干燥，定期更换敷料，观察有无红肿、渗液等感染迹象。

#### 4. 体位与活动指导

体位：术后早期应保持平卧位，翻身时采取轴线翻身的方法，避免过早坐起或站立，以减少脊柱压力。

活动：术后24小时内可在床上进行简单的肢体活动，如踝泵运动，预防深静脉血

栓。术后第2-3天可逐步下床活动，但需在护理人员指导下进行，避免剧烈运动。

#### 5. 饮食护理

术后早期以流质或半流质饮食为主，逐步过渡到普通饮食。鼓励患者多摄入高蛋白、高纤维食物，促进伤口愈合和肠道功能恢复。

#### 6. 并发症预防

感染：术后需密切观察体温变化，及时发现感染迹象。

深静脉血栓：鼓励患者早期活动，必要时使用抗凝药物。

神经损伤：术后需观察患者四肢感觉和运动功能，发现异常及时报告医生。

#### 7. 康复指导

功能锻炼：术后1-2周可开始进行腰背部肌肉锻炼，如桥式运动、猫式伸展等，增强脊柱稳定性。

日常生活指导：指导患者避免久坐、久站，保持正确的坐姿和站姿，避免提重物。

### 四、出院指导

#### 1. 伤口护理

## 运动降压处方：

## 适合高血压患者的

## 运动方式与强度

梅娟 赵县中医院

高血压作为一种常见的慢性疾病，在全球范围内严重威胁着人们的健康。长期处于高血压状态，会显著增加心脑血管疾病、肾脏疾病等多种严重并发症的发生风险。在高血压的综合管理体系中，运动疗法是一种安全、有效且经济的非药物干预手段，不仅有助于降低血压，还能改善心血管功能，提高生活质量。然而，由于高血压患者个体情况存在差异，选择适宜的运动方式与强度，对确保运动的安全性和有效性至关重要。本文将系统阐述适合高血压患者的运动方式与强度，为高血压患者制定科学的运动降压处方。

### 一、高血压防控：运动是“隐形降压药”

我国高血压患者已超3亿，长期血压升高可导致心梗、脑卒中等致命风险。在药物治疗基础上，《中国高血压防治指南》明确指出：规律运动可使收缩压降低5-8mmHg，相当于一种降压药的疗效。科学运动不仅能改善血管弹性，还能调节交感神经活性，堪称“零副作用的降压处方”。

### 二、四大黄金运动模式推荐

#### 1.有氧运动——血管的“按摩师”

推荐项目：快走、慢跑、游泳、骑自行车，每周5次，每次30分钟，强度以“能说话但不能唱歌”为基准。研究显示，坚持3个月可使舒张压降低3-4mmHg。游泳因兼具水压按摩作用，特别适合合并关节问题的患者。

#### 2. 抗阻训练——肌肉泵助力循环

推荐项目：弹力带训练、自重深蹲、靠墙俯卧撑，每周2次，每次8-12次/组×2-3组，负荷选择最大肌力的30-40%。注意避免憋气发力，训练时保持自然呼吸。

#### 3. 柔韧练习——改善血流阻力

推荐项目：八段锦、太极拳、瑜伽，每天10分钟牵拉训练，重点放松肩颈、腰部肌群。美国心脏协会研究证实，太极练习6个月可使收缩压下降10-15mmHg。

#### 4.平衡训练——预防跌倒风险

推荐项目：单脚站立、直线行走，尤其适合老年患者，每次训练5分钟，可结合日常活动进行。

### 三、个性化强度调节方案

#### 1.心率法

靶心率=（220-年龄）×60%-75%，例：60岁患者运动时心率应控制在96-120次/分。

#### 2.主观疲劳量表

采用Borg量表（6-20分），维持在12-14分（稍感吃力）。

#### 3.谈话测试

运动时应能完整说出6-8字短句，提示强度适宜。

### 四、运动安全“三要三不要”

要：运动前测量血压（>160/100mmHg暂停）、热身10分钟（降低心血管应激反应）、优先选择下午4-6点（避开晨峰血压）。

不要：避免高强度间歇训练（HIIT）、禁止头低于心脏的倒立动作、运动后不立即沐浴（休息30分钟）。

### 五、特殊人群运动处方

1. 合并冠心病：缩短单次运动时间至15分钟，增加频次。

2. 糖尿病高血压：餐后1小时进行低冲击有氧运动。

3. 肥胖高血压：采用“运动-休息-运动”间歇模式。

### 六、效果监测与进阶方案

建议记录“运动日志”，包括血压值、运动时长及主观感受。每3个月评估效果，达标者可逐步增加5%运动量。经医生评估后，可尝试低强度球类运动（如门球、乒乓球）增加趣味性。

运动降压贵在规律和坚持。建议患者佩戴智能手环监测运动反应，并定期复诊调整方案。记住：最好的运动是你能长期坚持的那种！通过科学运动配合规范治疗，高血压患者完全可以重获健康生活。

出院后需继续观察伤口情况，保持清洁干燥，避免感染。如发现伤口红肿、渗液，应及时就医。

#### 2. 活动与休息

出院后1个月内避免剧烈运动，活动时佩戴支具，减轻腰部负重，逐步恢复正常活动。注意劳逸结合，避免过度劳累。

#### 3. 随访

出院后需定期随访，术后1个月、3个月、6个月复查，评估恢复情况。

#### 4. 心理支持

术后恢复期较长，患者可能出现焦虑、抑郁情绪，家属应给予充分的心理支持，必要时寻求专业帮助。

### 结论

脊柱微创手术的护理是一个系统化的过程，涉及术前、术中和术后多个环节。通过科学的护理措施，可以有效降低手术风险，促进患者康复，提高生活质量。护理人员应具备扎实的专业知识和细致的观察能力，为患者提供全方位的护理服务。