

# 得过这种病,3年内不能献血

## 慢阻肺患者的日常管理指南

据中疾控微信公众号消息,每年4月26日是“全国疟疾日”。2026年“全国疟疾日”的宣传主题为“防疟疾、防输入、早发现、早诊疗”。疟疾曾是我国流行历史最久、影响范围最广、危害最严重的重大传染病之一,虽然我国本土病例已连续多年清零,但输入性疟疾仍是当前防控核心挑战,守住“零本土传播”底线,需要全社会的共同参与。

什么是疟疾?疟疾是由疟原虫感染引起的虫媒传染病,主要通过按蚊叮咬传播,是全球重点防控的

热带传染病之一,民间俗称“打摆子、冷热病”。主要传播途径为雌性按蚊叮咬,少数传播途径为输血感染、母婴垂直传播、共用针具。常见表现为周期性发冷一发热一出汗,反复发作可致贫血、脾大。重症疟疾可出现脑型疟、严重贫血、肾衰竭、休克等。

当前我国疟疾防控呈现出“外防输入,内防反弹”的特点。随着出入境人员增多,非洲、东南亚等高发流行区返乡人员带来的输入性病例显著增加。同时,我国疟疾传播媒介

和流行条件依然存在,且气候变暖导致蚊媒活动期延长、密度上升。对疟疾识别能力不足,输入性病例易被误诊为普通感冒,延误救治,增加传播风险。

如何做好个人防护?出境前提前做好预防,做好准备。前往非洲、东南亚等疟疾流行区,建议提前咨询疾控或相关医疗部门。准备长袖衣裤、蚊帐、驱蚊剂,衣物也可喷洒驱蚊喷雾。了解疟疾典型症状,留存当地医疗机构的联系方式。

在境外期间,严防叮咬,减少暴露。

避免在蚊虫活跃时段(黄昏至清晨)外出,住宿选择有纱窗、蚊帐的房间,使用蚊香/电蚊液,睡前检查蚊帐有无破洞。

回国后主动监测,及时就医。回国后1年内出现周期性发冷、高热、出汗等症状,立即就医并主动告知境外旅居史,避免误诊。就医时配合完成血涂片或快速检测,确诊后全程规范服用药物,不擅自停药。近1年有流行区旅居史或疟疾病愈未满3年者,不献血。

(据人民网)

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续气流受限为特征的常见慢性呼吸系统疾病,其发病率与致死率逐年攀升,严重威胁患者的生命健康与生活质量。临床实践中,药物治疗虽能有效控制病情,但日常管理对于延缓疾病进展、降低急性发作风险同样至关重要。本文从临床医师视角出发,结合循证医学证据,为慢阻肺患者制定科学、系统的饮食、运动与康复训练方案。

### 精准饮食管理,构建呼吸健康基石

首先是营养配比优化策略。慢阻肺患者因呼吸做功增加,能量消耗较正常人高20%~30%,且常伴有蛋白质-能量营养不良,因此营养干预需遵循“三高一适一控”原则。蛋白质摄入应占总热量的15%~20%,优先选择优质蛋白如乳清蛋白、深海鱼类,其富含的支链氨基酸有助于修复呼吸肌;碳水化合物供能比宜控制在50%~60%,推荐采用缓释碳水化合物(如燕麦、糙米),避免血糖波动诱发高碳酸血症;脂肪供能比可提升至25%~30%,以单不饱和脂肪酸(橄榄油、坚果)为主,其抗炎特性有助于减轻气道炎症。

临床数据显示,每日补充1.2~1.5g/kg体重的蛋白质,可使患者6分钟步行距离提升15%~20%。对于合并呼吸衰竭的患者,需警惕高碳水化合物饮食导致的呼吸商升高,必要时采用高脂低碳水的生酮饮食模式,缓解呼吸肌疲劳。

其次是个体化饮食调整方案。老年患者常伴吞咽功能障碍,建议将食物加工成泥状或糊状,并采用“低头吞咽法”降低呛咳风险;合并糖尿病的患者需严格控制升糖指数,优先选择荞麦、魔芋等低GI食物;对于腹胀明显的患者,应减少豆类、碳酸饮料摄入,采用少食多餐(每日5~6餐)的进食方式。

### 科学运动训练,重塑心肺功能

运动处方制定原则如下:运动训练应遵循“评估-处方-监测”的闭环管理模式。临床常用6分钟步行试验(6MWT)、心肺运动试验(CPET)评估患者运动耐力,根据FEV<sub>1</sub>占预计值百分比分层制定运动方案:FEV<sub>1</sub>≥50%的稳定期患者,推荐每周150分钟中等强度有氧运动(如快走、游泳),配合2~3次抗阻训练(哑铃、弹力带);FEV<sub>1</sub><50%的患者,可采用间歇性低强度运动(如分段式步行),逐步延长运动时间。

呼吸肌训练有哪些临床价值?呼吸肌疲劳是导致呼吸困难的核心理机制之一。缩唇呼吸训练通过延长呼气时间(吸呼比1:2~3),可降低气道塌陷风险;腹式呼吸训练能增强膈肌收缩力,使潮气量提升15%~20%。对于重症患者,推荐使用阈值负荷呼吸训练器,临床研究表明,每日训练30分钟,连续8周可显著降低呼吸频率,提升呼吸肌耐力。

### 系统康复训练,打破疾病恶性循环

第一,气道廓清技术的应用。胸部物理治疗仍是临床常用的气道廓清手段。根据痰液黏稠度选择不同干预措施:稀薄痰液采用体位引流(如病变在下叶采用头低脚高位)联合叩击振动;黏稠痰液则需配合雾化吸入N-乙酰半胱氨酸稀释痰液后,再行机械排痰。最新研究表明,高频胸壁振荡(HFCWO)较传统叩背能更有效清除小气道分泌物,尤其适用于体弱患者。

第二,家庭氧疗的规范化管理。长期家庭氧疗(LTOT)是改善慢性呼吸衰竭患者预后的关键措施。临床指南明确,PaO<sub>2</sub>≤55mmHg或SaO<sub>2</sub>≤88%的患者需接受LTOT,氧流量1~2L/min,每日吸氧≥15小时。定期监测动脉血气分析,动态调整氧疗方案,避免因过度吸氧导致二氧化碳潴留。

第三,多学科协作管理模式。建议建立“医师-营养师-康复治疗师-心理医师”的MDT团队。心理干预可显著改善患者焦虑抑郁状态,降低急性发作风险;药物基因组学检测有助于优化吸入药物选择,减少不良反应。临床数据表明,采用MDT管理模式的患者,年急性发作次数减少40%,住院天数缩短35%。

临床管理上注意以下几个要点:建立动态评估机制,每3~6个月进行肺功能、营养状态及运动能力评估,及时调整管理方案。预防急性发作,指导患者识别发作先兆(如咳嗽加重、活动耐力下降),规范使用急救药物;每年接种流感疫苗,每5年接种肺炎球菌疫苗,降低感染风险。

慢阻肺的日常管理是一项系统工程,需要临床医师综合运用多学科知识,为患者制定个体化管理方案。通过科学的饮食调控、精准的运动训练及规范的康复干预,可有效延缓疾病进展,提升患者生活质量,真正实现“带病长寿”的治疗目标。

阜阳市人民医院 王云



## 重症脑出血患者如何科学护理

脑出血,俗称脑溢血,是一场突如其来的大脑风暴。它来势汹汹,病情凶险,尤其是重症脑出血患者,往往面临着生死攸关的考验。在医学抢救手段日益精进的同时,高质量的护理成为决定患者生死存亡及日后康复质量的关键因素。对于重症患者而言,护理不仅仅是打针发药,更是一门涉及生命体征监控、并发症预防、营养支持及心理疏导的系统工程。家属了解护理知识,配合医护人员进行科学照护,有助于为患者筑起一道坚实的生命防线。

### 急性期护理:严密监控与死神赛跑

重症脑出血的急性期,通常是发病后的最初几天到两周,这是病情最不稳定、变数最大的时期。此时的护理核心在于稳定生命体征,防止病情进一步恶化。

体位的摆放至关重要。患者应绝对卧床休息,头部抬高15度到30度。这个角度不是随意的,它能促进静脉回流、减轻脑水肿、降低颅内压。同时,头部应保持正中位,避免扭曲或压迫颈部血管,以保证大脑的血液供应。在翻身或移动患者时,动作必须轻柔稳健,切忌头部剧烈震动,以免诱发再次出血。

密切观察病情是护理的重中之重。我们要时刻关注患者的意识状态、瞳孔大小及对光反射、体温、脉搏、呼吸和血压。其中,意识和瞳孔的变化是判断脑疝是否形成的早期信号。如果患者出现昏迷程度加深、一侧瞳孔散大、呼吸变得不规则等表现,往往意味着脑受压加重,必须立即通知医生进行抢救。

### 并发症防御:扫除康复路上的地雷

肺部感染是最常见的并发症之一。为了预防坠积性肺炎,翻身拍背是每日进行的必修课。一般建议每2小时给患者翻身一次,同时在翻身时用手掌呈杯状,由下向上、由外向内轻轻叩击背部,利用震动使痰液松动,便于咳出或吸出。同时,要注意口腔护理,每日清洁口腔,减少细菌下行的机会。

消化道出血也是一大隐患,医学上称为应激性溃疡。重症患者由于下丘脑功能受损,胃酸分泌增加,容易引起胃黏膜糜烂出血。护理人员要密切观察患者是否呕血或排黑便的情况。一旦发现,应立即禁食,并遵医嘱使用止血药和胃黏膜保护剂。

压疮,即褥疮,是长期卧床患者最痛苦的折磨。由于局部组织长期受压,血液循环障碍,皮肤容易溃烂坏死。预防压疮的核心在于解除压迫。除了定时翻身,还要保持床单位的清洁、干燥、平整,无渣屑。



## 中医药文化“圈粉”外国友人

4月21日,安庆市岳西县中医院中医诊室内,一位埃塞俄比亚友人正沉浸式体验中医特色疗法——耳穴压豆,近距离感受中医药文化的独特魅力。

陈静 熊凤霞 摄



## 进了ICU就出不来?走出这些误区

“进ICU是不是很危险?”这个疑问在临床沟通中反复出现。重症医学科就是ICU,是专门集中医治危重症患者的专业科室,收治生命体征不稳定、单个或多个重要脏器功能衰竭、需持续严密监测和高级生命支持等类型的患者,是医院中救治能力最厉害、监护最严密的区域之一。把“进入ICU”简单看作“病情极度危急甚至不可挽回”,属于一般性的认知偏差,既没有正视疾病本身的严重性,也忽略了现代医学技术在重症救治里的作用。

ICU凭借高配置设备以及多学科团队完成对生命体征的动态评估。床旁监护系统可持续记录心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度等关键指标,呼吸机可起到纠正呼吸衰竭的作用,血液净化技术用来替代肾功能,清除炎症介质,升压药物和容量管理维持循环稳定,镇静镇痛方式保障患者舒适度,减少应激反应。各项措施配合应用,使原本可能很快恶化的病情有了控制的可能。

进入ICU一般意味着病情已达相当严重程度,像严重感染、休克、多发外伤、急性呼吸窘迫综合征、急性心肌梗死合并循环不稳定等状况,具有比较高的风险,ICU患者整体的病死率高于普通病房,但这一现象所反映的是入科时的基础病情。要是缺失及时的重症支持,部分患者在普通病房很难

及时识别、处置病情变化,反而可能失去最佳干预时机,故而从医学相关角度,ICU算得上提高存活概率的关键环节。

现代重症医学着重“早识别、早干预、精细化管理”,运用规范化流程减少并发症发生。对于感染性疾病实施以目标为导向的抗感染治疗及液体复苏策略,让呼吸衰竭患者应用肺保护性通气,以减少机械通气相关损伤,循环衰竭患者利用血流动力学监测对用药剂量进行指导,营养支持起着维持机体代谢需求、促进恢复的作用,各项措施都是以循证医学证据为准则来制定的。ICU渐渐引入多学科合作方式,重症医学、呼吸、心血管、感染、营养、康复等团队一起参与到决策里,使治疗更具整体全面性和目标针对性。

一部分公众对ICU有另一类误解,即觉得“进去以后就不容易出来了”,这个观点忽视了患者个体差异及疾病可逆性。大部分患者在ICU接受短期支持后病情有显著改善,转入普通病房继续诊治,特别是急性可好转的疾病,比如严重肺炎经抗感染与呼吸支持后康复、术后并发症得到控制处理、药物中毒经血液净化清除体内毒素等,都可达成良好的治疗转归。临床数据提示,随着重症医学技术的进步,危重患者总体生存的比例逐年升高,ICU从只是“维持生命”变为“改善预后与生活质量”的综合治疗阶段。

ICU管理同样看重风险控制与人文关怀,长期卧床病人存在压疮、深静脉血栓、肌肉萎缩等风险,故而要进行早期康复、体位管理且实施抗凝措施,镇静过度过说不定会延长机械通气的时间,故而要强

调每日的唤醒评估策略,谘询筛查有益于早期识别神经精神相关并发症,家属沟通在减轻患者家属焦虑、促进决策方面很重要。探视制度跟远程沟通方式不断革新,在保证院感防控落实的基础上,尽量保持患者的社会支持系统。

基于社会认知的层面而言,把ICU与“危险”直接联系上,极易触发放大患者与家属内心的恐惧,对治疗决策造成影响。一些患者和其家属因担心预后情形而延后转入,客观上增添了疾病进一步发展的风险。这种因认知偏差导致的犹豫,往往可能错过最佳的治疗时间。科学认识要以两个核心事实为基础,即进入ICU代表疾病严重程度较高,ICU有着最强大有效的救治能力,这二者并不矛盾。

在实践中,是否进入ICU要由专业医生参照病情评估来决断,包括生命体征稳定状态、器官功能的运行状态、潜在恶化的危险、治疗需求的强烈程度指标等,有一部分患者病情暂时稳定,但有快速走向恶化的可能,也得预先转入监护的环境,从而开展预防性的干预。ICU不仅是救治中心,也是高风险患者的“预警监护区”。

总体而言,ICU不是“危险的终点所在”,其价值体现在对危重症患者做连续监测、精准干预、全面支援,以系统化管理提高患者的生存率和恢复质量。关注疾病自身及治疗的时机、理智认识重症医学的作用、在医患的交流里建立依据科学证据的认知框架,有助于对风险“脱敏”,减少恐惧,从而做出及时、合理的治疗决策。

池州市人民医院重症医学科 刘飞

## 强直性脊柱炎,你了解多少?

强直性脊柱炎大多时候被当成普通的腰背痛,可实际上它属于慢性炎症性疾病,会悄然侵害脊柱和关节。这种病早期症状不明显,在青壮年人群中多发,如果不能及时进行干预,很可能致使脊柱变得僵硬,甚至出现畸形。不少人确诊的时候都已经错过了最佳干预时期,所以了解它的真实情况特别关键。

### 强直性脊柱炎的病因

首先,遗传基因埋下隐患。强直性脊柱炎跟遗传关系紧密,携带HLA-B27基因的群体,其发病风险更高。虽说并非所有携带者都会发病,不过这个基因好似一个“易感开关”,一旦碰到其他诱因,就有可能被触发。要是家族中有亲属患了这种病,其他成员的患病风险也会提升。

其次,免疫系统“误伤”自身。正常情形之下,免疫系统承担着抵御病毒和细菌的工作,可对于强直性脊柱炎患者而言,其免疫系统却错误地对自身的关节和脊柱组织展开了攻击,致使慢性炎症持续累积,特别在骶髂关节和脊柱部位表现得更为突出。

最后,环境因素推波助澜。除基因和免疫问题以外的一些外部因素也会“点燃”疾病导火线。例如肠道或泌尿系统反复感染,有可能诱发异常免疫反应,长期坐着、姿势不好、缺乏运动等这样的生活方式,也会增加脊柱负担,更快让潜在问题出现。

### 如何管理强直性脊柱炎

第一,动起来,给脊柱“松绑”。规律运动是管理强直性脊柱炎极为有效的方式之一。日常坚持

开展拉伸、游泳、瑜伽或快走等活动,可使脊柱保持灵活的状态,减少僵硬之感。针对背部、颈部和骨盆进行的锻炼,可维持关节的活动度,防止早期炎症暗暗地将关节“冻结”。避免长时间低头去看手机,也不要长时间坐着一动不动,每隔一小时就起身活动几分钟。

第二,管住嘴,护好肠道健康。肠道菌群失衡或许和强直性脊柱炎相关。饮食上需多食用富含纤维的蔬菜水果、全谷物和益生菌食物,少进食高糖、高油和过度加工的食品。防止暴饮暴食,维持三餐的规律性,利于维持肠道屏障功能,减少“漏肠”导致的免疫紊乱。戒烟限酒同样重要,烟草会刺激炎症,还会削弱治疗效果,要从根源上切断这些不良习惯。

第三,早识别,别把腰背痛当小事。不少年轻人会把早上起来出现的腰背僵硬、经过休息也没有缓解的疼痛当作普通劳损,结果导致早期干预的时机被耽误。倘若腰痛持续的时间超过3个月,在夜间加剧,早上起床时腰背格外僵硬,而活动之后反倒有所好转,那就得警惕可能是强直性脊柱炎。及时去风湿免疫科看病,做一些相关的检查,如血液检测和影像学检查之类,做到早发现早管理,可极大地延缓病情发展。

### 得了强直性脊柱炎怎么办

第一,规范治疗,别信偏方。一经确诊,要在风湿免疫科医生的指导下运用规范治疗手段。当下常见药物覆盖非甾体抗炎药和生物制剂等,能有效管控炎症、舒缓疼痛,防止关节的功能损伤。千万不能轻信“根治秘方”或者擅自把药停了,如此做

法只会让病情反复和恶化。以科学用药为依据,医患相互配合,绝大部分患者完全可保持正常的生活与工作状态。

第二,坚持锻炼,不让脊柱“变硬”。除了治疗,还要进行日常锻炼。即便感觉不适,仍然要在医生或者康复师的指导之下,开展适度的活动,像猫牛式、桥式、深呼吸训练等,以此维持胸廓扩张和脊柱曲度。不要睡软床,也不要久坐沙发,要选用硬板床和挺直的坐姿,防止驼背的出现。锻炼的目的并非“治好”,而是要让身体的功能得以保持,让炎症不能悄悄地把脊柱“焊”合到一起。

第三,调整心态,和疾病和平共处。强直性脊柱炎属于慢性病,无法一下子治愈,但可长期保持稳定。不要焦虑和恐惧,学会和它共处。保持积极健康心态,作息有规律,保证睡眠,避免过度疲累和情绪起伏较大的情况,参与病友交流活动、学习疾病相关知识、设置合适的生活目标,都可以提高掌控感。记住,疾病仅仅是生活当中的一部分,并非全部。

强直性脊柱炎无法彻底根治,不过运用早发现、规范治疗和科学管理的方式,可以控制病情,维持正常生活。别让误解与忽视成为健康的绊脚石,关注身体给出的信号,及时就医,你就可以在和“隐匿杀手”的较量当中掌握主动权。

上海中医药大学附属曙光医院安徽医院 王圆圆

