

慢性咽喉炎的中西医利咽护嗓法

眉山市彭山区青龙街道社区卫生服务中心 张馨

慢性咽喉炎是常见的上呼吸道慢性炎症,病程迁延且易复发,主要表现为咽部异物感、干燥、灼热、痒痒、微痛,以及咳嗽、恶心等症状。中西医结合防治可充分发挥中医辨证施治与现代医学精准干预的优势,辅以科学养护,实现利咽护嗓、减少复发的目标。

一、中医辨证施治护嗓方案

1. 辨证分型治疗

中医认为,慢性咽喉炎的发生与肺、脾、肾三脏的功能失调密切相关,临床主要分为肺肾阴虚、脾胃虚弱、痰瘀互结三种证型。肺肾阴虚型患者常见咽干灼热,症状午后加重,伴干咳少痰、腰膝酸软,治疗以滋阴降火为原则,可选用知柏地黄汤加减,主要成分包括知母、黄柏、熟地等;若伴有明显的咽部干燥、灼热感,可在知柏地黄汤基础上加入玄参、麦冬、玉竹等滋阴润燥之品,以增强滋养肺肾、利咽生津的功效;若患者出现心烦失眠等虚火扰神之象,可加用酸枣仁、夜交藤等宁心安神药物。

脾胃虚弱型患者多有咽部异物感,伴食欲不振、腹胀便溏,治宜益气健脾,方选参苓白术散,主要成分有人参、白术、茯苓等;若兼见痰湿内阻,出现痰多且黏、胸闷不舒等症状,可在参苓白术散中加入陈皮、半夏、厚朴等燥湿化痰、行气宽中之药;若气虚症状明显,如神疲乏力、语音低微,可加黄芪、山药以补气健脾。

痰瘀互结型患者表现为咽部黏膜暗红、痰液黏稠难咯,治疗以化痰散结为主,予贝母瓜蒌散合桃红四物汤加减,主要成分有贝母、瓜蒌、桃仁等;若瘀血症状突出,咽部刺痛明显、黏膜瘀斑显著,可在贝母瓜蒌散合桃红四物汤基础上增加三棱、莪术、丹参等活血化瘀之品;若痰液较重,痰液黏稠难以咳出,可加用桔梗、竹茹、胆南星等清热化痰、利咽排脓之药。

2. 特色外治法

中医外治法涵盖穴位贴敷、针灸及中药含漱等方式。穴位贴敷多选取天突、膻中、肺俞等穴位,采用青黛散、冰硼散等药物;针灸可选用谷合、列缺、照海、太溪等穴位;中药含漱则以金银花、连翘、桔梗、甘草、薄荷煎水含漱,这些方法能够

有效疏通经络、清洁咽喉黏膜、缓解局部炎症。

二、现代医学利咽干预策略

1. 药物治疗。分为局部用药与全身用药。局部用药方面,可使用含漱液清洁咽喉、杀灭细菌,或用含片缓解咽部不适;若患者存在淋巴滤泡增生,可局部涂抹硝酸银或采用激光治疗。全身用药则针对病因进行:细菌感染时,可选用青霉素类、头孢菌素类抗生素;过敏因素导致的咽炎,可使用抗组胺药减轻黏膜水肿。

2. 物理治疗。物理治疗方法包括用于雾化气道的超声雾化吸入、针对消除淋巴滤泡增生的微波治疗,以及采用微创方式的射频治疗。这些物理手段可改善咽部局部血液循环,促进炎症吸收。

三、中西医结合日常养护要点

1. 饮食调理。保持清淡,可多食用菠菜、芹菜、梨、柚子等蔬果——其中梨能润肺化痰,柚子富含维生素C,有助于黏膜修复;同时应避免辛辣、油炸食物及过冷过热的饮食,通过均衡营养增强机体抵抗力。

2. 嗓音保护。应避免长时间高声用嗓,保持适中的音量与语速,用嗓后及时饮用温水并充分休息;若处于粉尘污染环境需佩戴口罩,职业用嗓人群则应注重科学发声方法的训练。

3. 情志调摄。注重保持心情舒畅,可通过听音乐、散步等方式缓解焦虑情绪。现代医学研究也证实,良好的心态能提高机体免疫力,促进咽部炎症的恢复。

四、预防复发管理

积极治疗鼻炎、鼻窦炎、胃食管反流等可能诱发咽炎的原发病;改善生活环境,保持空气流通,使用加湿器维持适宜湿度,避免粉尘、过敏原等刺激;养成良好生活习惯,保证充足睡眠,适度锻炼以增强免疫力;定期进行咽部检查,严格遵医嘱用药,出现不适症状时及时就医。

结语:慢性咽喉炎是常见的上呼吸道慢性疾病,其防治需要耐心与坚持。患者应对慢性咽喉炎时,应树立科学的防治观念,积极配合专业医师指导,将健康生活方式融入日常,以实现咽喉的长久健康,让清亮嗓音伴随生活的每一天。

从避敏到用药,支气管哮喘的科学预防全攻略

北京朝阳中西医结合急诊抢救医院 张永明

支气管哮喘是一种以慢性气道炎症和气道高反应性为特征的异质性疾病,就像气道里藏着个“不定炸弹”,一旦接触到诱发因素,就会引发气道平滑肌痉挛、黏膜水肿、黏液分泌增加,最终导致气道狭窄,出现喘息、气急、胸闷或咳嗽等典型症状。

一、支气管哮喘的诱因

尘螨是我国支气管哮喘最主要的过敏原,80%以上的呼吸道过敏都与它相关,这些微小的生物藏匿在床垫、被褥、地毯中,以人体脱落的皮屑为食,其排泄物和尸体碎片都是强烈的致敏原。包括花粉、宠物皮屑、霉菌孢子、烟草烟雾、冷空气、呼吸道感染等,都可能成为触发哮喘发作的“推手”。

二、避敏

躲开过敏原是避敏的前提,患者可通过皮肤点刺试验或血清特异性IgE检测,找到自己的“致敏元凶”。对于花粉过敏者,春秋花粉季要密切关注花粉浓度预报,在晴朗、大风的天气,以及早晨5点到10点的花粉释放高峰期,尽量减少外出。雨后花粉被冲刷,浓度降低,此时更适合开窗通风或进行户外活动。尘螨过敏者则要彻底改变家居环境,避免使用地毯、布艺沙发和厚重窗帘。

挡:外出时,花粉过敏者应佩戴N95或KN95级口罩,普通口罩对花粉的过滤效果有限,无法有效阻挡微小的花粉颗粒。眼部敏感者还需佩戴护目镜,减少花粉与眼结膜的接触。居家时,花粉季要尽量关闭门窗,防止花粉飘入室内。尘螨过敏者可以给床垫、枕头套上防螨床品。

洗:从户外回家后,花粉过敏者要尽快用生理盐水冲洗鼻腔,清除鼻腔内附着的花粉颗粒,同时更换外衣,用温水清洗面部及双手,避免将过敏原带入卧室。尘螨过敏者要每周用60℃以上的热水清洗床单被罩,高温能杀死尘螨,清洗后在阳光充足的地方晾晒,进一步减少尘螨数量。此外,要定期清洗空调滤网,防止滤网中的灰尘和霉菌孢子随空调风飘散到空气中。

清:保持室内清洁干燥,将湿度控制在50%以下,因为尘螨和霉菌在潮湿的环境中容易滋生。可以使用除湿机或空调的除湿功能来调节室内湿度。定期打扫房间,用吸尘器清理地面时,要选择带有HEPA滤网的吸尘器,能有效吸附微小的灰尘颗粒和过敏原。室内还可放置空气净化器,持续过滤空气中的花粉、尘螨、霉菌孢子等。

三、科学规范用药

控制药物需长期规律使用,无症状也不能擅自停药,核心作用是持续抑制气道炎症、降低气道高反应性,从根源减少发作频率与严重程度。吸入性糖皮质激素(ICS)是首选,如布地奈德、丙酸氟替卡松吸入气雾剂,直接作用于气道局部,全身吸收极少,规范使用安全性高,无口服激素的明显全身性不良反应。病情较重者,医生可能联合长效β₂受体激动剂(LABA)如沙美特罗、福莫特罗,与ICS协同抗炎、舒张支气管。

在急性发作时,SABA(如硫酸沙丁胺醇)能快速舒张支气管,5分钟内起效,是缓解症状的核心药物。推荐发作时吸入1-2喷,必要时每20分钟重复一次,1小时内不超过8喷。仅使用SABA而不联合抗炎治疗会增加急性加重和死亡风险。因此,即使症状轻微,也应尽早启动吸入性糖皮质激素(ICS)的治疗方案。若哮喘急性发作时,自行吸入药物后症状未缓解,或出现呼吸困难持续时间长、口唇发绀,需立即就医。

四、日常管理

运动上,优先选择游泳、快走、瑜伽等温和和有氧运动,其中游泳的湿润空气能保护呼吸道,是理想选择。运动前需充分热身,可遵医嘱服用缓解药物,避开寒冷、干燥、空气污染重的环境,防止诱发哮喘。饮食要均衡,多吃富含维生素C、E和Omega-3脂肪酸的新鲜蔬果、深海鱼类,维持免疫稳定。明确过敏的牛奶、鸡蛋等食物需严格规避,同时避免生冷、辛辣食物,烹饪时保持厨房通风,减少油烟刺激。日常用峰流速仪定时监测呼气峰流速并记录,坚持写哮喘日记,详细记录症状、用药及诱发因素,复诊时供医生评估,以便调整方案,每3-6个月复查肺功能。

“翻个身”也是门大学问?揭秘ICU的俯卧位通气

蒲江县人民医院 蒋云

在重症监护室(ICU)的病房里,患者“翻身”这一看似简单的动作,实则蕴含着复杂的医学逻辑。当患者被翻转至俯卧位(面部朝下)进行机械通气时,这项被称为“俯卧位通气”的技术,正成为拯救急性呼吸窘迫综合征(ARDS)等危重患者的关键手段。

一、从“仰卧”到“俯卧”

传统仰卧位通气下,ARDS患者的肺部面临双重困境:背侧肺泡因重力作用塌陷,形成“沉默区”;腹侧肺泡则因过度膨胀而受损。这种“通气-血流比例失调”导致氧气无法有效进入血液,二氧化碳排出受阻,形成顽固性低氧血症。据统计,约30%的ARDS患者对仰卧位机械通气反应不佳,死亡率高达40%-60%。

俯卧位通气的出现,彻底改变了这一局面。通过将患者翻转180度,背部朝上、面部朝下,这项技术利用重力作用重新分配肺内通气与血流:背侧萎陷的肺泡在压力释放后复张,腹侧过度膨胀的肺泡压力减轻;同时,心脏和纵隔对肺组织的压迫减少,胸腔容积扩大,膈肌运动空间增加。

二、俯卧位通气的四大核心机制

1. 肺泡复张:让“沉默区”重新呼吸。ARDS患者的背侧肺泡因炎症渗出和表面活性物质减少而塌陷,形成大片无通气区域。俯卧位时,背侧胸腔压力降低,肺泡重新开放,功能残气量增加。研究显示,俯卧位可使ARDS患者背侧肺泡通气量提升40%-60%,氧合指数(PaO₂/FiO₂)平均提高30%-50%。

2. 通气-血流比例优化:打破“无效循环”。仰卧位时,背侧肺泡通气差但血流多(“低通气-高血流”),腹侧则相反(“高通气-低血流”),导致大量血液未经充分氧合即回流至左心。俯卧位通过改善背侧通气,使通气与血流分布更匹配,减少肺内分流,从而提升动脉氧含量。

3. 分泌物引流:清除“呼吸道的垃圾”。俯卧位时,背部处于高位,气管和支气管内的分泌物在重力作用下向主支气管流动,便于吸痰或咳

嗽排出。青海大学附属医院的研究表明,俯卧位通气可使患者痰液量增加30%,肺部感染发生率降低20%。

4. 心脏负荷减轻:保护“生命的发动机”。仰卧位时,心脏位于肺组织下方,对背侧肺区产生压迫。俯卧位通过减少心脏对肺的压迫,降低右心室后负荷,同时腹腔压力上升促进静脉回流,增加心输出量。

三、操作细节:从“翻身”到“维持”的精密控制

1. 术前评估:排除禁忌,定制方案。需评估患者血流动力学稳定性、脊柱稳定性、腹部手术史等。例如,严重血流动力学不稳定、脊柱骨折或近期腹部大手术患者禁用俯卧位通气。

2. 体位翻转:团队协作,分步进行。通常由5-6名医护人员共同完成,一人负责固定气管插管和静脉导管,两人分别托住患者肩部和臀部,另两人协助翻转。翻转过程中需保持患者头、颈、脊柱呈一条直线,避免扭伤。

3. 体位维持:细节决定成败。患者俯卧位时,需在额头、双肩、胸部、髋部、膝盖等骨突部位放置软枕或减压垫,防止压疮;每2小时调整头部方向,避免角膜受压;定期检查导管位置,防止牵拉或扭曲。

4. 监测与调整:动态评估效果。实施期间需持续监测血氧饱和度、血压、心率等指标,每4-6小时进行血气分析。若氧合改善不明显或出现并发症(如面部水肿、导管脱落),需立即调整方案。

四、临床应用:从ICU到普通病房的拓展

清醒患者自主体位:对于未插管但低氧血症严重的清醒患者,可通过指导其自主俯卧位(如趴在床上或使用枕头支撑)改善氧合。研究显示,清醒俯卧位可使患者血氧饱和度提升5%-10%,且依从性高。

术后呼吸支持:心脏手术、肺切除术术后患者因疼痛不敢深呼吸,易发生肺不张。俯卧位通气可促进肺泡复张,减少肺部并发症。