

慢阻肺急性加重一次，肺功能就少一分

重庆市长寿区人民医院 晏丽

秋冬换季、气温骤降之际，昼夜温差拉大，冷空气刺激呼吸道，呼吸科门诊慢阻肺复诊患者大幅增多。不少老年病友深陷诊疗误区：咳嗽平稳便擅自停药、疏于防护，随意增减药量，认为偶尔气喘、胸闷只是受凉引发的小毛病，休养几日便可痊愈。呼吸科医生再三警示：慢阻肺属于不可逆慢性呼吸道疾病，每出现一次急性加重，肺功能便会永久性受损，这类损伤无法修复逆转。病情反复加重，不仅会加速肺功能衰竭，诱发肺心病、呼吸衰竭，还会加重心肌缺血、叠加心血管损伤，大幅提升远期病死率，广大慢病患者必须摒弃错误就医观念，做好常态化肺部养护。

何为慢阻肺急性加重？慢阻肺全称慢性阻塞性肺疾病，高发于长期吸烟者、肺尘从业者、中老年群体。疾病平稳期症状轻微，仅偶尔咳嗽、少量痰液，快走、爬楼后轻微气短，基本不影响日常生活。如果短期内咳嗽频次暴增、痰液发黄黏稠、气喘加剧，

夜间平躺憋醒、活动能力明显下降，便是典型急性加重。轻症居家休养即可好转，重症需入院吸氧治疗，而绝大多数患者误以为症状消退，肺部就能恢复健康，这也是病情持续恶化的核心原因。

肺部损伤不可逆，是慢阻肺最凶险的特性。健康肺部肺泡弹性饱满，气管通畅，吸气呼气顺畅无阻；慢阻肺患者本身气道长期发炎、气管纤维化、肺泡弹性破损，气道如同生锈狭窄的水管。发生急性加重时，气道突发水肿、痰液堵塞，炎症暴发，持续冲刷受损气道，破坏残存肺泡弹性。炎症消退后，水肿能够恢复，但纤维化、肺泡破损无法修复，每一次加重，都会永久损耗通气能力，肺功能呈阶梯式下跌，反复发作后，患者会从走路气短，逐步发展到静坐憋喘、离不开吸氧。

诱发急性加重的诱因，大多都是日常可控小事，很多加重情况本可以提前规避。排在首位的是呼吸道感染，

受凉感冒、流感、细菌性支气管炎，是中老年患者病情发作首要诱因。秋冬干冷空气、晨间冷风刺激，极易诱发气道应激发炎；其次是擅自停药，慢阻肺核心治疗依靠长效吸入剂，很多患者症状好转立刻停用药物，看似体感康复，实则气道底层慢性炎症并未消除，气道黏膜依旧脆弱，短时间内极易反弹加重。除此之外，长期抽烟、厨房明火油烟、雾霾粉尘、过度劳累、情绪暴怒、失眠熬夜，都会持续刺激敏感气道，诱发病情急性化。

很多人忽视轻症加重，埋下致命隐患，这也是慢阻肺致死率居高不下的关键原因。临床数据显示，一年急性加重≥2次的慢阻肺患者，五年死亡率提升三倍以上；哪怕是无需住院、居家休养即可恢复的轻微发作，也会造成隐匿性肺损伤，日积月累掏空肺功能。还有部分患者盲目惧怕吸入药物副作用，刻意断药、漏药，殊不知吸入剂直达气道，全身吸收率极低，副作用微乎其微，反复加重带来的肺

部、心脏损伤，危害远超用药风险。另外机体长期缺氧，还会诱发肺动脉高压、慢性肺心病，连带损伤心脏、大脑、肾脏等多个脏器，诱发全身并发症。

做好5件事，减少急性加重、保住肺功能，是慢病养护重中之重。第一，规范长效用药，平稳期坚持使用气道舒张吸入剂，用药后及时漱口，规避口腔副作用，严禁自行停药、减药，定期复诊遵医嘱调整药量；第二，严控外界刺激，秋冬早晚减少外出，出门佩戴口罩，避开冷空气、油烟、粉尘，彻底戒烟且远离二手烟、三手烟；第三，预防感染，按时接种流感、肺炎球菌疫苗，换季及时添衣，轻微咳嗽、咳嗽及时干预，杜绝小病拖成肺病；第四，居家科学养肺，每日慢走、练习腹式呼吸、缩唇呼吸，改善通气能力，切忌爬坡、快跑等剧烈运动；第五，识别危险预警，痰变黄、气短加重、下肢水肿、夜间憋醒，立刻就医干预，切勿硬扛拖延。

慢阻肺属于终身慢性慢病，治疗核心不在于急性抢救，而在于平稳期长效养护，谨遵医嘱规范养护、规避致病诱因，稳住基础肺功能，减少并发症发生，才能减轻病痛、延长生存期，安稳度过秋冬换季高发期。

手术中体温偏低危害大，手术室护士这样帮你保暖

重庆大学附属肿瘤医院手术麻醉科 王佩 杨畅

提到手术，多数人只会关注手术安全、麻醉效果与术后恢复，却容易忽略术中体温这一关键细节。不少患者及家属误以为术中体温偏低无关紧要，事实上即便轻度体温下降，也可能诱发多种并发症，直接影响手术安全与术后康复效果。

为了全程维持患者正常核心体温，手术室护士会从术前、术中、术后全流程落实分层保温护理，通过一系列专业、精细化的干预手段守住患者体温防线。

一、术前预热干预，筑牢体温防护基础防线

术前预热保温是预防术中低体温的首要环节，可从源头减少患者热量散失，为术中维持体温稳定筑牢基础。手术室护士会结合患者年龄、体质、病情与手术类型，个体化调节手术室环境温度。针对体温调节能力较弱的老年患者、免疫力低下的儿童、体质衰弱的危重患者，护士会将手术室环境温度常规调至21℃~25℃，适配特殊人群体温需求；针对普通成年患者，

也会提前优化手术环境，规避手术室基础温度偏低带来的散热问题。

同时，护士会提前完成各类保温设备预热工作，在患者进入手术室前预热手术床、铺设恒温保温垫，避免冰冷床具、器械直接接触患者皮肤造成机体热量散失。患者转运及入室等候阶段，全程做好躯体遮挡保温，最大限度缩短皮肤裸露时长。

二、术中主动加温，精准阻断核心热量散失

术中是患者热量流失最快、低体温最高发的阶段，也是体温护理的核心环节。护士通过主动加温干预，弥补机体热量损耗，维持核心体温稳定。暖体保温方面，优先使用医用保温毯、暖风保温仪等主动加温设备，重点覆盖躯干、胸腹部等人体核心区域，持续提供恒温热源，弥补机体流失热量。相较于传统被动盖被，主动加温能有效应对长时间手术皮肤暴露带来的持续散热，稳定患者核心体温。

针对临床操作产生的隐性热量散失，护士落实全方位液体加温护理。

术中需大量输液、输血制品，常温药液、血制品温度与人体核心温度存在差值，直接输注会快速降低患者核心体温。对此，术中所有输注液体、血制品，均经输液加温仪精准预热至37℃人体适宜温度后再输注；术中体腔冲洗用生理盐水也会提前恒温预热，避免低温液体接触体内组织、带走体腔热量，从各项临床操作细节消除低温诱发因素，保障患者体温平稳。

三、精细化遮挡防护，最大限度减少皮肤散热

手术中大面积皮肤暴露是热量散失的主要途径，护士严格执行精细化、标准化遮挡保温原则，在符合无菌要求、不干扰手术操作的前提下，尽可能缩小患者皮肤暴露散热面积。铺置手术铺单时，精准规划暴露范围，仅露出手术必需的部位皮肤：头部、颈部、四肢、胸腹部、腰背部等所有非术区，均使用保温被严密遮盖，防止皮肤直接接触低温空气，减少体表对流、辐射散热。

针对末梢循环较差的特殊患者，

开展针对性强化保温，为患者佩戴无菌保温手套、保温脚套，重点保护四肢末梢，改善肢端循环，避免肢端温度过低、肢体发凉。手术全程留意患者体位变动，及时调整保温铺单，防止体位挪动、手术牵拉造成铺单脱落、皮肤外露。对于皮肤消毒、换药、器械传递等需要短暂暴露体表的操作，严格压缩操作时长，缩短热量散失时间，依靠精细化细节护理全方位降低术中散热速率。

四、全程动态监测，落实术后持续保温护理

手术结束后，患者麻醉药效尚未完全消退，体温调节中枢功能未完全恢复，机体产热、御寒能力不足，依旧容易出现低体温、术后寒战。患者转运至复苏室后，护士第一时间加盖保温被褥，维持复苏室恒温环境，持续监测体温、心率、血压等生命体征，动态观察体温恢复状态。待患者意识完全清醒、体温恢复正常、各项生命体征平稳后，再安全转运回病房。同时，护士还会与病房医护人员详细交接患者术中体温变化、全程加温干预措施及术后保温重点，延续连续性体温护理，规避术后低温引发的各类并发症，助力患者快速康复。

警惕中风夺命信号！牢记前兆，守护家人健康

广西科技大学第二附属医院 廖素芳

脑卒中俗称中风，是我国成年人致残、致死首位急性脑血管病。该病发病急、进展快、危害大，如今年轻化趋势明显，超九成患者发病前身体会发出预警信号，但很多人误以为中风只是老年病、发病毫无征兆。中风救治有严格黄金时间，快速识别、立刻送医是减少瘫痪、失语甚至死亡的关键，拖延极易留下终身后遗症。中风分型、预警信号、高危人群、急救步骤与预防手段，完整科普中风防控知识。

1. 中风两大分型：读懂发病核心风险

脑细胞对血氧极度敏感，脑部持续缺血会造成脑细胞不可逆死亡。临床数据显示，超半数中风存活患者会遗留肢体瘫痪、吞咽困难、智力衰退等终身后遗症，给个人和家庭带来沉重负担，而多数悲剧均源于前兆识别失误与就医拖延。

2. 核心识别指南：中风经典 & 隐蔽预警信号

(1) 通用快速识别：中风“120”口诀。这是国家卫健委推广的全民简

易识别方法，精准适配绝大多数中风急性症状：1看脸：观察面部状态，出现单侧嘴角歪斜、流口水、面部僵硬、双眼闭合不全、左右脸不对称，即为典型预警。2查臂：双臂水平抬举静置10秒，单侧手臂无力、下垂、麻木酸痛。另一侧肢体正常，大概率为中风的先兆。3听语：尝试正常交流，出现口齿模糊、说话费力、逻辑混乱、无法听懂他人话语，甚至完全失语，代表语言神经受损。

(2) 高危隐形预警：小中风（短暂性脑缺血发作）。小中风症状可在数分钟内自行消退，极易被误认为疲劳、低血糖。但临床证实，发生过小中风的人群，3个月内突发重度中风的危险大幅飙升，是脑血管严重病变的核心信号，绝对不可忽视。

(3) 极易误诊的非典型前兆。除经典症状外，以下突发异常均为中风高危信号，需精准甄别：一是突发单侧视物模糊、眼前发黑、视物重影；二是无诱因剧烈眩晕、走路跑偏、踩棉感，伴随恶心呕吐；三是频繁喝水呛咳、吞咽费力；四是突发炸裂式剧

烈头痛；五是莫名嗜睡、反应迟钝、意识模糊。

3. 中风高危人群清单，重点防控

中风无年龄限制，以下两类人群为高发群体，需定期筛查、重点防护：①基础慢病人群：高血压、糖尿病、高血脂患者是中风最高危人群。长期指标异常会损伤血管、诱发斑块硬化，其中血压剧烈波动是中风突发的首要诱因。房颤、既往脑梗患者、有中风家族史人群，发病风险显著高于普通人。②不良生活习惯人群：长期熬夜、过度劳累、烟酒成瘾、高盐高脂饮食、久坐肥胖、情绪易怒焦虑人群，血管老化加速，是中青年中风的主要发病群体。

4. 标准化急救指南：做错即致命

发现中风症状，严格遵循“一禁、二做、三保障”急救原则，杜绝致命误区：

①严格三禁止：禁止摇晃患者、搀扶行走；禁止随意喂水、喂药；禁止随意挪动患者体位，避免加重脑出血或引发呕吐窒息。②核心两操作：第一时间拨打120，精准告知发病地

址、症状、发病时间，优先选择具备脑卒中救治资质的医院；将患者侧卧平躺，解开衣领腰带，清理口腔异物。

③全程保障：密切观察患者呼吸、意识状态，等待救援，切勿抱有自愈侥幸心理，中风无偏方，拖延即致残、致命。

5. 科学长效预防方案，远离中风风险

中风可防可控，日常做好精准养护，可大幅降低发病概率：①严控基础疾病：慢病患者规律服药，定期监测指标，避免血压、血糖、血脂大幅波动，从根源保护血管。②优化生活方式：坚持低盐、低脂、低糖饮食，戒烟限酒；杜绝长期熬夜、情绪剧烈波动；坚持适度运动，避免久坐，控制体重。③定期专项筛查：高危人群每年做颈动脉彩超、脑部CT等专项检查，提前排查血管斑块、血管狭窄等问题，早干预、早防控。

中风的凶险，不在于突发一刻，而在于大众的认知盲区与拖延忽视。短暂的眩晕、麻木、口角歪斜、视物模糊，都是血管发出的求救信号，绝非身体小问题。坚持科学防控、精准识别、及时就医，才能有效规避中风风险，守护自己和家人的身心健康，远离终身致残的遗憾。