

如何判断抑郁症是否在好转

宜宾市第四人民医院 肖超

抑郁症的康复是循序渐进、波动反复的过程。很多家属和患者易把偶尔变好当成彻底康复,或因短暂低落否定治疗效果,进而擅自停药、产生焦虑。判断抑郁症是否真正好转,不能只看心情,需从情绪、睡眠、行动力、认知、风险状态多维度综合判断,区分假性好转与真实康复,科学评估恢复进度。

1. 情绪状态:负面情绪逐步减轻、波动减少

情绪改善是抑郁症好转的基础信号。患病期间,患者会长期持续低落、绝望,对事物丧失兴趣,频繁自责、烦躁落泪。病情好转的核心表现为负面情绪时长缩短、程度减轻,整体情绪状态趋于平稳。

患者不再全天沉浸低落,能出现平和、放松的状态,重新对爱好、散步、简单交流产生兴趣。即便偶尔情绪低落,也可自我调节,不会陷入极致绝望,消极想法明显减少。

2. 躯体症状:身体不适逐步消退、作息趋于稳定

抑郁症不只是心理低落,还会伴随明显躯体症状,躯体状态的改善是判断病情好转的客观依据,比主观情绪更真实。重度抑郁患者常出现严重失眠、早醒、昼夜颠倒、浑身乏力、头痛、食欲紊乱等一系列躯体不适。

病情好转后,患者睡眠质量明显提升,作息逐渐规律,彻夜难眠、昏昏不醒的情况显著改善,周身疲惫感大幅缓解,不再整日卧床怠惰。饮食、食欲逐步恢复稳定,体重异常波动问题得到纠正。同时,非器质性的头晕、心慌、躯体疼痛、胸闷等不适会逐步消退,身体基础机能稳步恢复。

3. 行为动力:行动力恢复、生活自理能力提升

行动力缺失是抑郁症的典型特征,患者发病时会出现严重的“惰性”,无力洗漱、穿衣、整理房间,回避家务、社交、工作学习,整日发呆躺卧,对生活完全被动敷衍。当病情开始好转,最直观的变化就是行动力逐步回归。患者能够主动完成基础生活自理,自觉洗漱、整理个人物品、规律三餐。愿意主动走出房间、接触外界,不再完全封闭自我。

4. 认知思维:自我否定减少、心态逐步正向

抑郁会扭曲人的思维认知,让患者陷入极致的

自我否定、过度自责、灾难化思维,习惯性放大自身缺点和生活困境,对未来彻底失去期待,思维僵化、消极、悲观。认知的改善,是抑郁症深度好转的核心标志。好转后,患者不再过度纠结过去遗憾、持续自我指责,能够客观看待自身优缺点,接纳自己的状态。思维不再偏执消极,面对压力和挫折时,不会瞬间崩溃、自我否定,能够产生积极的自我暗示。

5. 风险状态:自杀意念彻底消退

自杀风险是抑郁症最危险的核心问题,风险的逐步清零,是病情好转的关键指标。发病期患者常伴随持续性消极观念,频繁出现轻生想法,甚至构思轻生方式、准备相关物品。

随着病情好转,患者的绝望感逐步褪去,消极念头大幅减少直至完全消失,不再提及死亡、告别、放弃等负面话题。能够珍惜自身生命,面对负面情绪时选择倾诉、休息、转移注意力等积极方式缓解,而非产生极端想法,安全感与求生欲逐步恢复。

6. 重点区分:假性好转 vs 真实好转

居家观察中需警惕假性好转,避免误判病情、擅自停药。假性好转多出现于高危阶段,患者看似突然情绪开朗、行动力变强、主动沟通,实则是情绪耗尽、放弃挣扎、做好轻生准备的信号,特点是好转速度快、状态反常、持续时间短,无躯体、认知的同步改善。

真正的好转是缓慢、平稳、全方位的,情绪、睡眠、行动力、认知同步改善,状态稳定且持续向好,即便偶尔情绪波动,也能自我修复,不会出现骤然极端变化。

7. 好转期核心注意事项

抑郁症好转不代表痊愈,康复期依旧存在波动复发的可能。患者与家属需牢记:状态好转后绝对不可擅自停药、减药,需坚持规律治疗、定期复诊,由医生评估后调整方案。保持稳定作息、低压力环境,避免熬夜、过度劳累、重大情绪刺激。接纳病情波动,偶尔的低落反复属于正常康复现象,无需焦虑恐慌,持续坚持科学养护,才能逐步实现彻底康复。

人工气道护理的核心要点是什么

博白县人民医院 庞中兰

重症患者常因呼吸衰竭、意识障碍等问题需建立人工气道(包括经口/鼻气管插管、气管切开套管等)维持呼吸支持,这是挽救危重患者生命的重要手段,但也直接打破呼吸道天然防御屏障,护理不当极易引发呼吸机相关性肺炎、气道黏膜损伤、痰堵窒息、非计划性拔管等严重并发症。直接影响患者的脱机成功率和远期预后。不少家属存在认知误区,认为插管后有痰就要立刻吸、湿化越多越好,这类误区会影响配合度甚至增加意外风险。护理需医护规范操作,无禁忌时保持患者床头抬高30°~45°降低误吸风险,家属探视时勿牵拉触碰管路,发现异常及时呼叫医护,不要自行调整管路或床头角度,因此规范的人工气道护理是重症医学科护理工作的核心内容之一,也是患者顺利康复的关键保障。

一、温湿度管理:维持气道生理屏障

正常呼吸道会对吸入气体进行加温、加湿、过滤,人工气道建立后这一生理功能完全丧失,低温干燥的气体直接进入下呼吸道会损伤黏膜纤毛摆动能力,导致痰液干结、气道堵塞,感染风险大幅上升。因此气道湿化是人工气道护理的首要基础,要求吸入气体温度维持在32~37℃,相对湿度达100%,可根据患者痰液性状灵活调整湿化方式:痰液稀薄无结痂可选用加温湿化器持续湿化,不推荐常规间断滴入湿化液,仅痰液极稠有痰痂风险时,可遵医嘱少量滴入0.45%温盐水,既要避免湿化不足引发痰堵,也要防止过度湿化引发呛咳、肺水肿等问题。

二、痰液引流:保持气道通畅核心

人工气道患者常因咳嗽反射减弱、咳痰无力、痰液黏稠无法自主排出分泌物,及时有效清理气道痰液是避免气道堵塞、降低感染风险的核心举措。需遵循“按需吸痰”而非“定时吸痰”原则,当患者出现气道高压报警、听诊闻及痰鸣音、血氧饱和度突然下降等明确指征时再操作,吸痰前需给患者充分预吸氧,吸痰动作轻柔迅速,每次吸痰时间不超过15秒,成人负压控制在-150~-200mmHg,儿童、老年患者适当下调负压,同时可配合翻身拍背、振动排痰等物理治疗促进痰液松动,减少不必

要的吸痰操作,降低气道损伤概率。

三、气囊管理:降低误吸感染关键

人工气道的气囊主要作用是封闭气道间隙,既避免通气漏气,也能阻挡口腔咽部分泌物、胃内容物反流误吸入下呼吸道,是预防呼吸机相关性肺炎的核心环节。需常规维持气囊压力在25~30cmH₂O,无持续监测条件时每4~6小时校准压力,翻身、吸痰后需额外复测,有条件可使用自动充气泵稳压,避免压力过高长期压迫气道黏膜导致缺血坏死,压力过低则引发通气漏气、分泌物误吸。对于长时间留置人工气道的患者,可定期开展气囊上滞留物引流,进一步减少误吸风险,降低感染发生率。

四、感染防控:减少并发症核心举措

人工气道相关感染防控需贯穿护理操作的全流程,严格执行手卫生是最基础也最有效的措施,接触患者气道操作前后必须规范洗手、佩戴无菌手套;呼吸机管路无需频繁更换,仅污染、破损、故障时更换,管路配套的集水杯要始终置于管路最低位,及时倾倒收集的冷凝水,避免冷凝水回流进入气道;每日评估患者的自主呼吸能力和意识状态,符合条件时尽早开展脱机训练,缩短人工气道置管时间,从根源上降低感染发生概率。

五、动态评估:个性化调整护理方案

人工气道护理方案绝非固定不变,需要根据患者病情变化动态调整:每日评估患者的意识状态、呼吸频率、痰液量和性状、气道压力等指标,结合血常规、胸片等辅助检查结果,及时调整湿化方案、吸痰频次、气囊压力等护理措施;同时做好清醒患者的心理护理,耐心讲解各项操作的目的,指导患者配合呼吸、主动咳嗽,缓解患者焦虑情绪,提升护理依从性。

六、结语

人工气道护理是重症患者救治过程中的关键环节,需要重症医学科护理团队规范操作、密切配合,科学精准的护理措施可降低并发症发生率,缩短患者机械通气时间和住院时长,帮助患者顺利脱机,为后续康复筑牢根基。

高钾血症很凶险!肾友出现这些症状立刻就医

陆军特色医学中心 毛香

对于肾病患者而言,除了要关注肌酐、尿素氮、蛋白尿指标,还有一项极易被忽视却足以致命的监测指标——血钾。肾功能受损后,肾脏滤过、排泄功能大幅下降,排钾能力明显减弱,多余钾元素无法正常代谢排出,不断蓄积于血液,进而诱发高钾血症。临床数据显示,终末期肾病患者高钾血症发生率高达40%~50%,而高钾血症也是透析患者突发猝死的主要原因之一。很多肾病患者因不了解症状、忽视预警,错失最佳救治时机。

一、阶梯式发病症状,每一个信号都不能忽视

高钾血症最凶险的核心特点就是隐匿性强、进展极快。血钾轻度升高时,患者通常无特异性不适,外表与常人无差别,仅能通过抽血检验查出指标异常。一旦出现明显不适,代表血钾已严重超标,心肌、神经肌肉已受损,随时可能出现致命风险。肾病患者需牢记阶梯式症状,精准区分普通疲劳和高危预警。

早期轻症症状迷惑性极强,常被误以为是体虚、过度劳累。典型表现为全身酸软无力,双腿乏力感最突出,行走、抬腿费力,同时伴有手脚、口唇发麻、刺痛;部分人还会出现轻度腹胀、恶心、食欲下降。这些轻微不适很容易患者忽略、选择隐忍休息,但这是身体发出的预警信号,若此时及时干预,血钾可快速下降,避免危险加重。

病情进入中重度阶段后,症状会快速加重,高危信号全面显现。神经肌肉系统损伤加剧,乏力感从双腿蔓延至全身,抬臂费力、行走不稳、肌肉松弛,严重时出现肢体软瘫、生理反射消失;一旦累及呼吸肌,会胸闷、气短、呼吸困难。消化不良也会持续加重,频繁剧烈恶心、呕吐、腹痛,难以正常进食。

二、出现这些症状,立刻就医绝不拖延

高钾血症救治核心是“早发现、早干预”,延误片刻都会大幅提升猝死风险。在此郑重提醒所有肾病患者,身体出现以下任一情况,无需等待,立刻就医:突发全身乏力、手脚口唇麻木,休息后无法缓解;持续性心慌、胸闷、气短、心律不齐;不明原因的剧烈恶心、呕吐、腹痛;透析间期反复全身不适、四肢酸软无力。

尤其对于透析患者,透析间期是高钾血症高发高危阶段,患者体内钾持续蓄积,血钾波动剧烈,突发心脏急症的风险远高于普通肾病患者。切勿心存侥幸,不要自行观察、硬撑忍耐;任何异常都可能是致命预警,需尽快就医检测血钾、对症治疗,规避猝死风险。

三、日常科学防控,从源头远离高钾血症

高钾血症虽凶险,但完全可控可防,肾病患者只要做好日常管控,就能大幅降低发病风险,守住生命安全底线。

饮食控制是基础,需严格规避高钾食物,严格禁食香蕉、橙子、榴莲、牛油果、红枣等高钾水果;蔬菜应避开菠菜、土豆、山药、菌菇、海带、紫菜等高钾食材;同时严禁饮用肉汤、鸡汤、火锅汤等各类浓汤。日常烹饪蔬菜可提前焯水,滤去食材中大部分钾;整体保持清淡饮食,严格控制食材摄入量。

规范用药、拒绝乱服是关键。沙坦类、普利类降压药、保钾利尿剂,以及部分偏方、保健类中药,均会抑制肾脏排钾,引发钾蓄积。肾病患者不可自行增减药量、更换药品,更不能乱吃各类保健品、养生偏方,所有用药必须遵医嘱。同时坚持定期监测血钾,病情稳定的患者每月复查一次;肾功能波动较大、透析人群需缩短复查间隔,实时监测血钾水平。

四、小结

总而言之,高钾血症的凶险之处,在于发病隐匿,且容易被肾病患者忽视。对于肾病患者来说,控钾是终身必修课。牢记发病预警,坚持科学饮食与规范用药、定期复查监测、远离高危诱因,即可有效预防这一致命并发症。身体出现任何不适,切勿拖延硬扛,及时就医检查,才能长期保护肾脏与心脏健康。