

腰椎间盘突出? 中医护理有妙招!

计丽莎

腰痛、腿麻、坐立难安……这些困扰现代人生活的症状,很可能与“腰椎间盘突出症”有关。作为最常见的脊柱退行性疾病之一,腰椎间盘突出不仅影响日常生活,还可能引发下肢放射痛、间歇性跛行等问题。

一、认识腰椎间盘突出: 弹簧垫的“罢工”

我们的脊柱像一座精密的宝塔,23块椎间盘如同柔软的弹簧垫,分布在椎骨之间。这些“弹簧垫”由坚韧的纤维环和胶冻状的髓核组成,既能缓冲压力,又能保护神经。当长期姿势不当、腰部受力过度或随着年龄增长,纤维环可能出现裂缝,髓核从裂缝中突出,压迫到附近的神经根或脊髓,便会引发腰痛、腿痛甚至下肢麻木无力等症状。

中医将腰椎间盘突出归为“腰痛”“痹症”范畴,认为其根源在于肝肾不足、气血瘀滞、风寒湿邪侵袭。《黄帝内经》有云:“肝主筋,肾主骨”,肝肾亏虚会导致筋骨失养;加之久坐久立、劳损过度,风寒湿邪乘虚而入,阻滞经络,最终形成“不通则痛”的局面。

二、中医治疗与护理四步走: 从内到外的调理

第一步:舒筋活络,缓解疼痛
针灸是中医止痛的“利器”,通过针刺肾俞、大肠俞、环跳、委中等穴位,能激发经络气血运行,

缓解肌肉痉挛。特别是电针疗法,通过微弱电流刺激穴位,既能松弛紧张的竖脊肌,又能促进局部血液循环。研究发现,针灸治疗后患者的疼痛评分平均下降40%,且效果可持续2-3周。此外,艾灸的温煦功效,通过艾灸肾俞、腰椎、阿是穴等部位,能够起到提升阳气、温通濡养、消炎祛寒的作用。治疗腰椎间盘突出外用膏药有奇效止痛贴、天和骨通贴膏、狗皮膏、止痛膏等,外用膏药虽有止痛、活血化痰的作用,但只是辅助疗法,特别对于严重的椎间盘突出髓核压迫严重粘连,还需综合使用其他治疗方法。

第二步:正骨推拿,复位关节
中医正骨通过特定手法调整腰椎小关节错位,例如“斜扳法”能让椎体产生微动,扩大椎间隙,减轻神经压迫;而“滚法”配合“揉法”可松懈粘连的腰肌筋膜。需要注意的是,急性期患者应选择轻柔的“理筋手法”,避免加重炎症。推拿后配合热敷中药包(含伸筋草、透骨草、红花),药效可透过皮肤直达病灶,增强活血止痛效果。

第三步:培补肝肾,强健筋骨
中药内服讲究辨证施治。中医认为腰椎间盘突出症多由外感、劳伤或外伤等因素,导致腰部气血运行不畅,脉络拘急,或腰部失于温煦濡养所引发。常用的治疗方剂有:肾着汤加减,四妙丸加减,身

痛逐瘀汤加减,右归丸,左归丸等。肝肾不足者可用六味地黄丸加减,方中熟地、山茱萸滋补肝肾,茯苓、泽泻健脾利湿;气滞血瘀证则选用镇痛逐瘀汤,秦艽、川芎、桃仁等药能行气活血。日常可用杜仲、桑寄生泡茶饮,这两味药既能强腰壮骨,又能辅助降低椎间盘压力。建议连续服用3-6个月,从根源改善骨质退变。

第四步:导引练功,预防复发
中医导引术如八段锦、易筋经,通过舒展肢体、调和气息,能增强腰背肌力量。推荐“飞燕式”和“拱桥式”锻炼:晨起或睡前俯卧,头、上肢和下肢同时抬起如飞燕;仰卧时以头、肘、足为支点挺腹,每日练习20-30次。这种动态牵引能改善椎间盘营养供应,配合呼吸吐纳还能调节交感神经紧张度。

三、生活细节里的中医智慧

1.卧有定法
急性期应睡硬板床,但并不是越硬越好。在木板上铺3-5厘米棉垫,能保持脊柱生理曲度,又能缓冲压力。仰卧时膝下垫枕,侧卧时双腿间夹枕,都能减轻神经根受压。

2.坐立之道
每坐45分钟起身活动,双手叉腰后仰5次,能预防腰肌疲劳。搬重物时应先屈膝下蹲,避免直接弯腰,这个动作能减少腰椎负荷约40%。

3.寒温调适
腰部保暖是中医护理的重点。冬季可用艾叶、生姜制成护腰带,既能温经散寒,又能改善局部微循环。夏季空调房温度不宜低于26℃,避免腰部直接受冷风侵袭。建议根据温度变化,适当添加衣物,做好腰部酸胀和疼痛加重的预防工作。

4.饮食宜忌
适量食用核桃、黑芝麻等补肾食物,少吃寒凉生冷之品。肥胖患者控制体重可减轻腰椎负担,建议每周减重0.5-1公斤为宜。可以多食一些高钙类的食物,比如牛奶、豆制品、深绿色蔬菜等,减少钙流失,避免腰椎间盘突出症加重。

5.充分休息
腰椎间盘突出症患者在日常生活中一定要注意避免劳累活动,减少腰椎的用力。不要久坐久站,以免导致病情加重。要适当进行锻炼,增强腰椎部位的肌肉力量,避免用猛力伤到腰椎。

四、何时需要中西医结合

中医护理虽好,但并非万能。若出现以下情况,应及时就医:腰痛持续2周末缓解,或夜间痛醒;下肢麻木范围扩大,出现足下垂;会阴部感觉异常,大小便障碍等。此时需要配合西医的脱水治疗、神经营养药物,甚至微创手术。中医护理可作为术后康复手段,促进神经功能恢复。
(作者单位系望江县中医院)

短暂性脑缺血发作: 不容忽视的人体健康“小警报”

方琴

在生活节奏日渐加快的今天,人们容易忽视身体发出的“小警报”,而这些“警报”有时其实是身体在向我们发出求救信号。其中,短暂性脑缺血发作提示人们自身隐藏健康问题,是中风的高危因素。为此,我们需要了解短暂性脑缺血发作这个“小警报”,以便采取有效的应对行动,及时处理“小警报”,保护生命健康。

一、“短暂小警报”后的危机风险

短暂性脑缺血发作,常被人们称为“小卒中”,因脑部血液供应暂时性中断,而出现短暂性神经功能缺失,此种中断往往只有几分钟,甚至几小时,随后症状消失,无任何后遗症表现。尽管短暂性脑缺血发作自身有脑血管病变的存在,如若不加以警惕,便可引发中风等严重疾病。

二、“短暂小警报”的具体表现

1.突发性的眩晕与平衡失调
在短暂性脑缺血发作时,病患可偶然间感到眩晕,有明显的天旋地转感受,无法站立,甚至出现跌倒现象。另外,此种眩晕伴随心悸、恶心、呕吐,在短短几分钟便可处于顶峰,眩晕与平衡失调的症状可持续几分钟,甚至几小时。

2.突发性的肢体无力与麻木
短暂性脑缺血发作病患可突然出现一侧肢体无力、麻木,限制病患的活动能力,随着病情持续发展,症状可持续几分钟或几小时,使病患无法行走,影响日常生活。

3.突发性视力模糊
短暂性脑缺血发作可出现明显的视力模糊、视野缺损、短暂性黑蒙等眼部症状,这些症状发生的原因是眼部或视觉神经供血不足。

4.突发性言语模糊
短暂性脑缺血发作病患容易出现言语障碍问题,具体表现为言语模糊、完全失语等,主要发生原因是大脑供血不足,使语言中枢功能受损。病患能够明显感觉到自己说话含糊不清,无法准确表达完整的句子,且对他人的语言内容理解也有一定难度。

5.保持健康饮食
在日常饮食中,应遵循低盐低脂饮食原则,多食用蛋白质、维生素含量较高的食物,控制每日钠盐的摄入量,临床建议每日钠盐摄入量不超过6g,养成少食多餐的饮食习惯,戒烟限酒,减少外部因素的影响。

短暂性脑缺血发作尽管非常“短暂”,但也隐藏着健康问题,决不能大意疏忽。通过了解短暂性脑缺血发作的症状表现及防范对策,能够让我们重视脑部健康,懂得珍爱生命。
(作者单位系东至县人民医院)

手术室低体温管理与人文关怀的双重守护

杨婷婷

手术室的温度,对于身着无菌手术服、始终保持忙碌状态的医护人员来说,是便于操作的舒适温度,但对于毫无保暖措施、完全暴露在手术灯下的患者而言,却成了不容忽视的健康隐患。

一、手术室里的“冷”从何而来

手术室低体温状况的出现,与手术时长、输液温度、患者自身情况等复杂因素息息相关。手术室为保证无菌环境,需持续通风换气,因此常维持在22-24℃的恒温状态,湿度保持在50%-60%。这一设定虽有利于手术安全,却也让患者易受低温影响。就像大风天即便气温不低,强风加速散热,人也会感觉寒冷,手术室的低温环境同样会带走患者的热量。

手术过程中,患者需要褪去全部或部分衣物,大面积的皮肤直接暴露在空气中。术前长时间禁食水,加上心理上的紧张焦虑,人体的产热机制会受到抑制。尤其是老年患者或接受长时间手术的患者,热量迅速散失,体温急剧下降。再加上手术时使用的消毒药水,大多是冰凉的,当这些药水涂抹在皮肤上,让人忍不住打个冷战。而且,手术过程中输入体内的液体和血液也都是低温的,这些低温液体进入身体,会持续拉低整体体温。可别小瞧体温下降这件事,正常情况下,我们的体温维持在36~

37℃,这个温度范围是身体各个器官和细胞正常工作的“黄金区间”。一旦体温低于36℃,就进入了低体温状态,低体温会让身体的代谢速度大幅减慢,就像老旧的汽车发动机在低温下运转吃力,不仅动力不足,还容易出现故障。对于患者来说,代谢变慢意味着伤口愈合的速度也会随之减慢,原本能快速修复伤口的细胞活力降低,这就大大增加了感染的风险。而且,低体温还会干扰心脏的正常跳动,让血压变得不稳定,严重时甚至可能引发心律失常等危及生命的问题。另外,低体温还会延长患者术后苏醒的时间,让患者在恢复过程中承受更多不必要的痛苦。

二、全方位的低体温管理

为了让患者在手术中不再受“冷”,医护团队可谓是想尽了办法,构建起了一套全方位的低体温管理体系。从患者踏入手术室的那一刻起,温暖就如影随形。现在很多手术室都会配备先进的暖风设备,这些设备就像一个超级大号的“暖风机”,持续不断地吹出温暖柔和的气流,在患者身体周围形成一层无形的“温暖屏障”,就像给患者盖上了一层看不见的“电热毯”,将寒冷隔绝在外。

手术中使用的液体,也会享受到“特殊待遇”。专门的加热设备就像神

奇的“温泉池”,能精准地将液体加热到合适的温度,再缓缓输入患者体内的。这样既及时补充了身体所需的营养和能量,又不会因为低温影响患者的体温。

除了这些硬件措施,医护人员还会像警惕的“哨兵”,时刻关注着患者的体温变化。手术全程都会使用专业的体温监测仪器,这些仪器就像精准的“体温小卫士”,能实时显示患者的体温数据。一旦发现体温有下降的趋势,医护人员会立刻采取行动,或是升高手术室的环境温度,或是加强保暖措施,确保患者的体温始终保持在安全范围。

三、藏在细节里的人文关怀

手术室里的温暖,不仅来自各种先进的设备,更来自医护人员无微不至的人文关怀。手术前一天,巡回护士会前往病房进行术前访视,护士会查看病历,了解患者病情、过敏史与特殊需求,并向患者介绍手术室环境、手术流程及时长、耐心答疑。同时,护士会告知患者手术中可能出现低体温及相应预防措施,让患者做好心理准备。

在患者进入手术室前,护士们会提前来到病床边,像知心朋友一样和患者耐心沟通。她们会详细解释手术的流程,告知患者可能会出现的情况,包括低体温的问题。通过这样的

交流,让患者对手术有更清晰的了解,心里有了底,紧张和恐惧自然也就减少了许多。

手术过程中,即便患者处于麻醉状态,感受不到外界的声音,医护人员依然会轻声细语地交流,整个手术室就像安静的图书馆一样,只有轻柔的仪器声和医护人员的低语。他们在操作时也会格外小心,动作轻柔而细致,尽量减少对患者的刺激。这种温柔的对待,虽然患者在术中意识不到,但却能在潜意识里给予他们安心和温暖。

当手术结束,患者慢慢从麻醉中苏醒过来,医护人员第一时间为他们盖上温暖厚实的被子,轻声询问他们的感受。如果患者说感觉冷,医护人员会立刻行动起来,增加保暖设备,或是准备温暖的毛巾,轻轻擦拭患者的脸部和手部。

术后阶段,医护团队定期回访患者,询问体温、伤口及身体状况,针对低体温不适给予保暖、饮食等专业建议;若患者有心理压力,也会耐心疏导,帮助树立康复信心。回访延续医疗服务,传递人文关怀,助力患者康复。在手术室这个有很多精密仪器和充满紧张氛围的地方,低体温管理与人文关怀就像一双温暖而有力的手,紧紧握住患者的健康与希望。
(作者单位系霍山县中医院)

肺这个人体器官,每天都在不辞辛苦地干着苦力活,吸气、呼气来回循环,就好像一个不知疲惫的小马达。但日常生活中我们要警惕慢性阻塞性肺疾病的侵袭——此疾病以持续气流阻塞为主要特点,早期悄无声息地潜入,之后一点点折腾人体肺部,最终让生活直线下滑。

因此,学会早期识别这种病症,掌握科学防治方法,才能一起守护肺部健康,让呼吸更畅快。

一、慢性阻塞性肺疾病早期识别信号

持续咳嗽不停:咳嗽作为最早出现的症状之一,可能为干咳或伴有少量黏液痰。若咳嗽持续时间过长,尤其是清晨及夜间加重,咳得床都要抖起来,就要警惕——这可能是慢阻肺的早期信号。这种咳嗽并非普通感冒咳嗽,而是顽固不化的状态,通常持续时间长,会不分昼夜地提醒你肺部可能出现了健康问题。

呼吸不给力:呼吸犹如风平浪静的湖面,轻松自然。但如果有一天,发现呼吸变得艰难,好比背着一座小山,肺里仿佛被塞了棉花,无法吸进足够空气,很可能是慢阻肺在报警——它让气道狭窄,空气进出不畅,呼吸自然费劲。

咳痰障碍:咳痰在生活中并非稀罕事,但若痰液变得又黏又稠,像鼻涕一样黏糊糊,且每天都有,就要小心——这可能不是简单的“痰多”,而是慢阻肺在作怪,它会悄无声息堵住气道,让你呼吸不畅,感觉喉咙里塞了棉花团。

体力大不如前:若以前能轻松完成的活动,现在突然力不从心,感觉体力逐渐透支,这是因为慢阻肺导致氧气供应不足,身体的发动机得不到足够燃料,自然“跑不动”,就像汽车缺油会熄火一样,人体也会因缺氧失去活力。

喘息现象:部分患者在疾病早期可能出现胸闷、喘息等情况,尤其在夜间或活动后加重。若症状持续存在并伴随呼吸困难,应及时就医。这并非简单因年龄大引起,而是慢阻肺的警示:正常人群爬楼梯和散步感觉差不多,但慢阻肺患者上楼梯时好比背着一座大山,每一步都气喘吁吁。

二、科学防治慢性阻塞性肺疾病的方法

绝对戒烟:吸烟是慢阻肺主要的危险因素,若你还在吸烟,就是给肺部添堵。虽然国家可通过管控烟草销售、禁止公共场所职业暴露、强化职业防护,改善工作环境以减少有害物质;日常生活中也应尽量避免去污染严重的地方,让肺部在干净环境中“工作”。

增强体质:肺部也需要锻炼,如同身体其他部位。通过增强体质,可提高肺部抵抗力,让其更有“战斗力”。例如坚持散步、呼吸操、慢跑等运动,不仅能增强心肺功能,改善呼吸顺畅度,还能促进全身血液循环,让氧气更好地输送到身体各部位。所以,别再宅在家里,动起来,让肺部更有活力。

定期检查:定期进行肺功能检查,可及时发现病情变化,如同定期检查汽车发动机,只有及时发现问题,才能及时处理,避免病情恶化。建议每年至少进行1次肺功能检查,若长期接触污染环境,需适当增加检查次数,让肺部始终保持最佳状态。

药物治疗:对于已确诊慢阻肺的患者,药物治疗必不可少,可通过修复受损气道缓解呼吸困难症状。例如支气管扩张剂、糖皮质激素等药物,能帮助放松气道、缓解炎症,让呼吸更顺畅。但需注意,不能自行乱用药,需规律、持续使用,才能促进肺部修复。若病情变化,应及时与医生沟通,针对性调整治疗方案,别让肺部“带病工作”。

本版投稿咨询电话:
0554-6657551
189 9404 5261

结直肠癌切除手术的相关医学知识科普

郝磊

据相关统计显示,全球结直肠癌的发病率在全世界恶性肿瘤中处于第三位,死亡率则处于第二位。一旦患者被确诊为结直肠癌,对于非晚期患者来说,手术治疗是根本治疗方法,同时可能需借助化疗、放疗等辅助治疗手段,以提高患者生存率,降低并发症的发生。

一、结直肠癌切除手术包含哪些方式?

结直肠癌切除手术最常见的形式为传统开腹手术、腹腔镜手术、机器人辅助手术三种,这三种手术方式的主要目的都是将患者肿瘤病灶部位清除,主要差别在于操作方法不同,需根据患者肿瘤的位置及身体素质等因素选择合适的手术方法。

1.传统开腹手术

传统开腹手术是结直肠癌切除手术中最经典的方法,需要在患者腹部切开10-20cm的切口,使医生可直接观察患者的病灶部位,将肿瘤切除。患者在传统开腹手术后会感觉到较强的疼痛感,且需要10-14天的住院恢复,但依旧是许多复杂病例患者的首选手术方式。随着腹腔镜手术技术的不断发展,多数患者可采用腹腔镜手术切除肿瘤,但在以下三种复杂情况下依旧需要医生采用传统开腹手术治疗:

- 若患者肿瘤已对膀胱、小肠等周边器官造成侵犯,需要整体切除粘连部分,此时应选用传统开腹手术,为医生提供更开阔的手术视野,便于将患者的病灶完全清除,避免残留。
- 若患者肿瘤已完全堵塞肠腔,导致患者出现严重呕吐、腹胀等症状,传统开腹手术能够更快地解除肠腔堵塞,处理紧急情况。
- 若患者肿瘤浸润导致肠壁破裂或引起腹腔感染,此时应选用传统开腹手术,医生可对患者腹腔部位进行冲洗,并控制感染,以免

引起并发症。

2.腹腔镜手术

腹腔镜手术在1991年被应用于结直肠癌手术,在30余年的发展已成为I期至III期结肠癌患者的优选手术方式。腹腔镜手术的优点在于只需在患者腹部开3~5个钥匙孔切口,利用高清影像系统将患者腹腔内的视野放大,精准切除肿瘤。虽然比传统开腹手术的时间更长,但患者在手术过程中出血量更少、术后疼痛感更轻,切口感染的风险也有所降低,有助于患者恢复。

3.机器人辅助手术

机器人辅助手术是指利用计算机辅助技术进行手术的方式,医生需借助操控台对机械臂进行远程指挥,使机械臂完成精细化的手术操作。现阶段,最常用的手术系统是达芬奇手术系统,包含三维高清成像和仿生机械臂两种核心技术。三维高清成像是指利用4K立体视觉系统将手术视野放大并以立体形式呈现,可使医生清晰观察到患者病灶部位;而仿生机械臂则能够模拟人手的动作,并避免操作过程中出现震颤。与其他手术方式相比,机器人辅助手术技术的操作更精准,患者出血量更少,术后恢复所需时间缩短。但是,由于机器人辅助手术技术所需设备的成本较高,导致该手术方式的费用比腹腔镜手术和传统开腹手术更高,且需要医生具备熟练操作系统的能力才能顺利开展手术。

4.化疗药物辅助

化疗在结直肠癌治疗中占据重要地位,常用于术后辅助治疗或晚期患者的姑息治疗。常用化疗药物包括氟尿嘧啶、奥沙利铂和伊立替康,化疗方案需根据患者耐受性和病情调整,同时注意监测副作用。

放疗主要用于直肠癌的局部控制,特别是中低位直肠癌患者。术前放疗可缩小肿瘤体积,提高手术切除率;术后放疗则用于降低局部复发风险。放疗期间需密切监测患者反应,及时处理放射性肠炎等并发症。

5.靶向治疗和免疫治疗

靶向治疗和免疫治疗是近年来结直肠癌治疗的新方向。靶向药物如贝伐珠单抗和西妥昔单抗,通过抑制肿瘤血管生成或阻断信号通路抑制癌细胞生长;免疫治疗药物如PD-1抑制剂,可激活患者自身免疫系统攻击癌细胞。

二、如何提高患者生存率,减少并发症发生?

若想提高结直肠癌患者的生存率,减少患者的并发症,应当做到以下几个方面:

- 医生需根据患者的病情为其选择合适的手术方式,优先选择腹腔镜手术,不仅可彻底切除患者病灶,还能降低并发症的风险,使患者更快恢复。
- 在手术治疗的同时,为保证治疗效果,医生可采取化疗、放疗等辅助治疗手段强化手术效果,预防患者术后复发和转移。
- 患者在术后需保持乐观的心态,多与家人、朋友沟通交流,缓解心理压力,以免不良心理状态影响康复进程。完成主治医师安排的康复治疗,包括药物治疗、物理治疗和心理辅导等,有助于提高患者的生活质量和生存率。
- 患者还需在手术治疗后增加营养摄入,多食用新鲜蔬菜水果、蛋类、鱼类等食物,补充营养成分。保持健康的生活方式,包括均衡饮食、戒烟限酒、充足睡眠和适量运动等,可降低结直肠癌复发的风险。
(作者单位系无为市人民医院)