

睡眠,是人类生命中不可或缺的一部分,占据了人生三分之一的时间。它不仅是身体休息的方式,更是大脑和身体进行自我修复、调节的重要途径。然而,现代社会中,越来越多的正人遭受睡眠障碍的困扰,失眠、多梦、早醒等问题频繁出现,严重影响了生活质量。今天,就让我们一起深入了解睡眠障碍,探索拯救睡眠的有效方法。

睡眠障碍是指睡眠的数量、质量、时间和节律出现紊乱,导致睡眠无法满足身体和大脑的生理需求。它并非单纯的“睡不着觉”,还包括多种表现形式,如入睡困难、早醒、睡眠呼吸暂停、不安腿综合征等。长期睡眠障碍会对身体和心理健康产生严重的负面影响。长期睡眠不足会削弱免疫系统功能,导致交感神经兴奋性增高,从而引发心血管疾病。此外,还可能引发肥胖和胰岛素抵抗,增加罹患2型糖尿病的风险。睡眠不足会影响大脑中神经递质的平衡,易引发焦虑、抑郁等情绪问题。大脑在睡眠中会对白天所学知识 and 经历进行整理和巩固,睡眠障碍会干扰这一过程,导致注意力和记忆力下降,影响学习和工作效率。

睡眠障碍的常见原因包括:不良生

拯救睡眠

活作息(如熬夜、昼夜颠倒)、不良饮食习惯(如过量摄入咖啡因和酒精)、长期缺乏运动(导致身体机能低下影响睡眠质量)等。还有现代社会生活节奏快,人们面临着各种压力,使大脑处于紧张状态难以放松进入睡眠。抑郁等情绪会导致睡眠障碍,特别是早醒是抑郁症的一个重要特征性表现。另外嘈杂的环境、过强的光线、卧室温度过高或过低,都会影响睡眠的舒适度,导致睡眠障碍。卧室应保持安静、黑暗和凉爽的环境,有利于提高睡眠质量。很多躯体疾病也可伴随睡眠障碍。如果怀疑自己有睡眠障碍,应及时就医。医生会询问具体的睡眠情况,了解患者的生活习惯、精神心理状态、既往病史等。患者在日常生活中需详细记录睡眠情况,这有助于医生更全面地了解患者的睡眠模式。

多导睡眠监测是诊断睡眠障碍的重要方法,尤其是对于难眠呼吸暂停等睡眠疾病。在患者睡眠过程中,通过多导睡眠监测仪记录脑电图、眼电图、肌电图、心电图、口鼻气流、胸部腹部呼吸运动等

多种生理信号,分析睡眠结构和睡眠中的事件。

那么,我们该如何拯救睡眠呢?首先建立规律的生物钟,每天尽量在相同的时间上床睡觉和起床。改善睡眠环境,保持卧室安静、黑暗和凉爽。调整饮食,睡前避免摄入咖啡因和大量液体。晚餐选择清淡易消化的食物,不要过饱。适量运动,但应注意运动时间,避免在临近睡觉前进行剧烈运动。

其次可以进行心理干预,认知行为疗法是治疗睡眠障碍的首选心理治疗方法。它主要通过改变患者对睡眠的不合理认知和不良睡眠习惯来改善睡眠。还可以进行一些放松训练包括深呼吸训练、冥想等。这些训练可以放松身心,减轻肌肉紧张、诱导睡眠。

对于上述调整效果不佳的患者,需在医生的指导下,可以使用一些药物来改善睡眠。如苯二氮卓类药物可以缩短入睡时间,增加睡眠时间,但对于老年人可能会有一定的副作用;非苯二氮卓类药物相对副作用较小。

手术前为什么不能吃喝

很多患者纳闷一件事情,术前为什么不能吃饭,不能喝水,对这一要求存在疑惑,甚至部分患者和家属误认为手术前就该吃好吃好,才能更好地耐受手术,从而不严格执行禁食禁水要求,在手术前吃东

西,导致手术延后或择期再做。手术前不吃不喝,这里面的学问可大着呢,术前禁食禁饮,主要是防止麻醉时发生呕吐,避免误吸引起窒息,减轻胃肠道负担,确保手术安全。

手术前一天,手术室护士和麻醉医师都会到病房对手术患者进行术前宣教,告知患者手术前8—12小时禁食所有食物,术前4—6小时禁水。为什么要禁食禁水呢?

禁食禁水原因有哪些?防止麻醉时发生呕吐:手术过程中通常都要进行麻醉,而麻醉药物会刺激消化系统,导致患者发生呕吐,如果进食或饮水的话,食物有可能会因麻醉药物刺激返流至口腔,甚至吸入气管,引发呼吸困难、窒息等严重不良后果。

避免术中误吸:患者在麻醉状态下,胃内有大量食物和液体,如果误吸入肺,可能会导致严重的肺部感染,引发吸入性肺炎,严重时甚至会导致呼吸系统衰竭,危及生命。特别是固体食物摄入,可能堵塞呼吸道,若呼吸道被完全堵塞,3—5分钟就会心脏骤停,进而对大脑造成不可逆的损伤。

减轻胃肠道负担:如果手术前进食的话,手术和麻醉药物都会对胃肠道蠕动产生影响,从而加重胃肠道负担,影响术后机体恢复。

降低胃肠道压力,术前胃部如果有食物,会增加腹部压力,影响术野和操作空间,尤其对于腹部或胃肠道手术,食物的存在会增加手术难度和并发症风险。高胃肠道压力也会导致手术出血增多,视野受限,影响手术效果。禁食禁饮可以排空胃内容物,减少手术过程中的不确定因素,从而确保手术顺利进行。确保麻醉效果:空腹有助于麻醉药物更好地发挥作用,食物会影响药物的吸收和代谢。

禁食时间:手术前禁食时间常规为8—12小时,禁水4—6小时,具体时间根据患者年龄、麻醉方式、手术部位等综合考虑。

年龄:成年人禁水4小时,禁食8—12小时。

小儿胃肠道蠕动快,排空速度也比较快,并且小儿对饥饿耐受性差,可以适当缩短手术禁食禁饮时间,术前4小时开始禁水,6小时开始禁食,对于母乳喂养的婴幼儿,禁母乳4小时,母乳比牛奶和配方奶更容易被胃排空,因此禁食时间相对较短,牛奶等乳制品术前禁食6小时。

食物类型:淀粉类固体食物如:馒头、米饭、面条、面包等术前至少6小时前进食。脂肪类固体食物,术前8小时禁食,如肉类和油炸类食物等脂肪含量高的食物,胃排空时间较长。

麻醉方式:全麻手术适当延长禁食禁饮时间,一般术前6小时禁水,8—12小时禁食。

手术部位:胃肠手术适当延长术前禁食禁水时间,一般术前6小时禁水,12小时禁食,保持胃肠道处于排空状态。

禁食注意事项:术前禁食要求,要严格按照麻醉医师和手术室护士宣教要求进行严格执行。避免刺激性食物:饮食清淡,避免高脂肪、高纤维、辛辣刺激的食物,这些食物可能刺激胃肠道,增加术后不适,同时,避免含咖啡因饮料,因为它们可能导致脱水 and 影响睡眠质量。禁饮酒,酒精可能与麻醉药物产生化学反应,导致麻醉药物失效,酒精还会造成肝功能下降,导致麻醉后苏醒时间延长。禁吸烟,烟草中有有害物质刺激呼吸道,导致分泌物增多,引起咳嗽不利于伤口愈合。

禁食禁水常见困惑有哪些?宣教到位:曾几何时,发生过很多笑话与无奈。医生告知手术患者不要吃饭,不要喝水,结果患者确实没有吃饭也没有喝水,他吃的香蕉,喝的牛奶。可见医务人员所说的每句话、每个字,都要反复斟酌,不能有纰漏。家属和患者配合到位:有时候,患者接到手术室一问,坏了,竟然吃饭了。“都中午了,我昨晚没吃饭早上没吃饭,饿得受不了。”

特殊情况下:急症手术,对于紧急危及生命的,无需禁食禁水,而是争分夺秒尽快手术抢救生命。

由此可见,手术前禁食禁水是至关重要的,这一要求看似简单,却关乎患者的生命安全,是保障手术安全的重要措施,是手术成功和患者安全康复的重要保障。

(六安市中医院手术室 周晓静)



卫生
科
普
天
地
本
栏
编
辑
:宋
金
婷
E-m
a
i
l
:784542876@qq.com

无痛胃肠镜:舒适化医疗的麻醉奥秘

在现代医疗技术飞速发展的今天,“舒适化医疗”已成为医学领域的重要趋势。作为消化系统疾病诊断的“金标准”,胃肠镜检查曾因操作过程中的不适感让许多患者望而生畏,而无痛胃肠镜技术的诞生,不仅打破了传统检查的桎梏,更通过精妙的麻醉技术,让患者在睡梦中完成诊疗。这种看似简单的“睡一觉”背后,实则蕴含着麻醉医学的深刻智慧。

一、麻醉技术的革新突破

无痛胃肠镜的核心在于静脉麻醉技术的精准应用。通过静脉注射丙泊酚等短效麻醉药物,患者在10—20秒内即可进入浅睡眠状态。这种乳白色药物戏称为“医疗牛奶”,其独特之处在于快速起效、代谢迅速的特性——单次给药维持5—10分钟,恰好覆盖常规检查所需时长。麻醉团队通过实时监测心率、血压、血氧饱和度等生命体征,动态调整给药剂量,确保麻醉深度足够抑制咽喉反射,又避免药物过量导致呼吸抑制。

值得注意的是,麻醉方案绝非“一刀切”。对于90岁以上高龄患者,麻醉科需重新计算药物代谢动力学参数,将常规按体重给药模式调整为基于器官功能的个性化方案。这种精准化麻醉管理,使得连百岁老人都能安全接受检查,极大拓展了诊疗适应人群。

二、安全性与风险控制

尽管丙泊酚的代谢产物对神经系统影响微乎其微,但麻醉安全始终是医疗团队的首要考量。检查前严格的麻醉评估门诊发挥着关键作用,通过分析患者心肺功能、药物过敏史、睡眠呼吸暂停风险等因素,将ASA分级Ⅳ级以上的危险人群排除在门诊麻醉之外。对于特殊群体如肥胖患者,团队会采用声门通气装置预防气道梗阻;冠心病患者则通过优化血流动力学管理,将检查过程对心脏的刺激降至最低。

术中应急体系的建立彰显医学智慧。每个内镜中心都配备气管插管设备、急救药品和除颤仪,麻醉医生在监测屏前的凝视从不松懈。统计显示,规范操作下严重并发症发生率低于0.01%,这种安全性的实现源于对每个细节的极致把控。

三、舒适化医疗的突破与深层价值

传统胃肠镜的局限性不仅在于生理痛苦,更在于心理恐惧。数据显示,约50%的患者因难以忍受普通检查而拒绝复诊。而无痛技术的出现,将医学从“治病”延伸到“治心”。

生理舒适性:麻醉状态下,咽喉反射和胃肠蠕动被抑制,内镜医生能清晰观察黏膜细节,微大病变检出率提升30%。例如,早期胃癌的识别依赖黏膜颜色和组织变化,患者躁动可能使医生错过关键病灶。

心理无痛化:检查前焦虑、检查中失控感被彻底消除。研究显示,无痛技术使消化道肿瘤高危人群的筛查依从性提高至85%以上。

治疗便捷性:在无痛状态下,医生可同步完成息肉切除、止血等操作。以结肠息肉为例,无痛技术使单次治疗成功率从70%提升至95%。

无痛技术带来的不仅是生理痛苦的消除,更是医疗体验的革命性提升。当患者摆脱恐惧心理,早期胃癌的检出率显著提升,微小病变的发现率增加30%以上。对于儿童患者,镇静中心的建立让CT、MRI等检查不再需要强制束缚,通过靶控输注技术实现的“睡眠检查”,既保证影像质量又守护幼小心灵。

这种人文关怀延伸至术后管理。智能镇痛泵的广泛应用,使患者在苏醒后即可获得多模式镇痛,将传统检查后的咽喉不适、腹胀感控制在可接受范围。麻醉团队甚至为幽闭恐惧症患者设计虚拟现实干预方案,在胃肠镜检查中同步进行心理疏导。

四、技术边界与未来展望

当前技术仍面临诸多挑战:肝硬化患者的药物代谢调控、妊娠期妇女的麻醉选择、超高龄患者的循环管理等问题,催生着麻醉药理学的创新。纳米载体控释技术、人工智能给药系统等前沿研究,正在改写传统麻醉模式。值得期待的是,随着5G远程医疗的发展,基层医院也可获得三甲医院的麻醉指导,让舒适化医疗真正普惠大众。

从最初单纯的“无痛”需求,到如今涵盖心理舒适、尊严维护的全周期关怀,无痛胃肠镜技术的发展轨迹印证着医学模式向“生物-心理-社会”模式的深刻转型。当麻醉医生将听诊器贴在患者胸口时,测量的不仅是心跳频率,更是医疗温度的入骨入髓。

在这场静默的麻醉革命中,科学与人文始终交织前行。每一次精准的给药,都是对生命敬畏的注脚;每份安全的检查,都在书写舒适化医疗的新篇章。或许在不远的未来,当人们回顾医疗史时,无痛胃肠镜技术将被铭记为21世纪改善人类医疗体验的重要里程碑。

(芜湖市中西医结合医院(湾沚区总医院) 韩芃)

剖宫产术中的护理配合

持手术野的清晰。当胎儿娩出后,护理人员需协助医生清理呼吸道,递送缩宫素、艾利斯钳等工具进行断脐处理。胎盘娩出后,护理人员需继续协助医生进行子宫缝合等后续操作。

三、术后护理与监测。剖宫产手术结束后,护理工作并未结束。术后护理对于产妇的康复至关重要。

生命体征监测:护理人员需密切观察产妇的血压、心率、呼吸等生命体征变化,及时发现异常情况并处理。特别注意子宫收缩及阴道流血量,预防产后出血的发生。体位与活动:术后6小时内,产妇需卧床平卧于硬板床上,避免呕吐物误吸。6小时后,产妇可在床上翻身,并逐渐过渡到床下活动,促进肠蠕动和恶露排出。

饮食护理:术后6小时内禁食禁水,避免呕吐和误吸。6小时后,产妇可进食少量流质食物,如藕粉、蛋花汤等。随着肠道功能的恢复,逐渐过渡到半流质食物和普通饮食,注意营养均衡。

伤口护理:保持伤口清洁干燥,定期换药,避免感染。观察伤口有无红肿、渗液等异常情况,及时就医。

心理护理:家人和医护人员应给予产妇关爱和支持,帮助其调整心态,保持乐观情绪。鼓励产妇表达自己的情绪,及时给予心理疏导和安慰。

四、高压氧治疗在剖宫产术后的应用

虽然高压氧治疗在剖宫产术后的直接应用并不普遍,但对于某些特殊情况,如术后脑缺氧、神经损伤等,高压氧治疗可能发挥一定作用。高压氧治疗能够增加血液中的氧含量,改善组织缺氧状态,促进神经修复和再生。然而,具体应用需根据患者病情和医生建议来决定。

总之,剖宫产术中的护理配合工作复杂细致,要求护理人员具备高度责任心和专业技能。通过术前、术中、术后的全面护理及可能的特殊治疗,确保手术顺利进行和产妇康复,产妇了解护理配合要点,有助于更好地配合医护人员,促进康复。总之,剖宫产护理配合需医护人员紧密协作和产妇积极配合,才能确保手术成功和产妇康复。

(六安市中医院 潘阿莉)

胰腺炎的中西医预防与治疗

胰腺是人体重要的消化和内分泌器官,被称为“人体化工厂”。一旦发生胰腺炎,轻则腹痛难忍,重则危及生命。据统计,我国急性胰腺炎发病率逐年上升,已成为消化系统常见急症。本文从西医防治和中医调理两方面,解析这一疾病的科学防治之道。

一、认识胰腺炎:沉默的器官发出警报

1. 疾病分型与危害。急性胰腺炎:突发性炎症,约20%发展为重症,死亡率可达30%;慢性胰腺炎:长期反复炎症导致胰腺纤维化,可诱发糖尿病、胰腺癌。

2. 典型症状识别。急性发作:突发性上腹部持续剧痛,可向腰背部放射,弯腰抱膝可缓解、恶心呕吐、发热、腹胀伴肠鸣音减弱;慢性病程:反复腹痛、脂肪泻、消瘦、血糖异常。

3. 常见诱因警示。胆道疾病:胆结石导致的胰管梗阻,占急性胰腺炎病因50%;饮食因素:暴饮暴食、长期酗酒;代谢异常:高甘油三酯血症,>11.3mmol/L风险显著增加。

二、预防策略:构筑三道健康防线

第一道:饮食管理。黄金法则:每日脂肪摄入<50g,急性期需<20g;烹调优选蒸煮炖,避免煎炸烧烤。中医养食建议:湿热体质,用意苡仁30g+赤小豆15g煮粥;气滞血瘀:取山楂10g+玫瑰糖15g代茶饮;推荐药膳:四神汤(茯苓、芡实、莲子、山药)健脾利湿。

第二道:生活方式干预。饮酒限制:男性<25g酒精/日,女性<15g(相当于啤酒750ml/红酒250ml);运动处方:采用“三三制”运动法,每周3次,每次30分钟;BMI控制在18.5—24.9;情志调节:中医“肝气犯胃”加重,保持情绪平稳至关重要,焦虑会加重Oddi括约肌痉挛。

第三道:高危人群筛查。建议以下人群每年进行超声/CT检查:胆结石患者、长期酗酒者、家族性高脂血症、糖尿病患者。

三、西医治疗:精准医学的三大支柱

1. 急性期救治。黄金24小时:禁食水、胃肠减压、静脉营养支持、生长抑素持续泵入;最新进展:早期肠内营养支持可降低感染率。

2. 慢性期调养。胰酶替代治疗(餐中服用);血糖监测(预防继发糖尿病)。

3. 手术指征。胆源性胰腺炎伴梗阻、胰腺坏死合并感染、胰腺假性囊肿>6cm

手术的术前宣教与手术进程

手术是一个复杂的过程,涉及多个环节,每个步骤都至关重要,做好术前宣教,了解手术过程,有助于患者及其家属正确认识面对手术,以确保手术成功和患者安全。

一、做好术前准备

1. 做好术前诊断与评估:手术医生会通过询问患者的发病过程、症状、体格检查、影像学资料、血生化检查等手段确定手术有没有做的必要性,并评估患者的身体健康状况是否适合接受手术。

2. 做好术前讨论:医生与患者及家属在手术前及时沟通手术方案、讲述手术风险及判断预期效果,告知患者及家属可能会遇到的手术风险及对策。

3. 做好术前检查:包括血液检查、心电图检查、影像学等检查,确保患者安全手术。

二、做好术前宣教

在手术前一天由主管医生、麻醉医生、手术室护士分别向患者做好术前宣教,告诉患者及家属手术基本信息,包括内容有手术名称;告诉患者及家属手术的具体名称和目的;手术团队:介绍主刀医生、麻醉医师和护理团队组成;手术时间:告知患者及家属手术的预计时长。

个人卫生:要求患者在病情允许的情况下洗澡,保持皮肤清洁,避免使用化妆品和指甲油,有指甲油要及时卸去;化妆品:全麻及椎管内麻醉前需禁食6到8小时,禁饮2小时,局麻手术则不需要禁食水。

做好药物管理:告知患者是否需要停用某些药物(如抗凝药),并遵医嘱服用术前药物,有高血压、高血糖的患者,术前要按时服用降血糖及降血压类药物。

三、向患者及家属介绍手术流程

麻醉方式:说明麻醉类型(全麻、局麻等)及有可能的感受。

手术步骤:简单介绍手术的过程,需要注意的事项,以减轻患者的紧张情绪,给予心理支持。情绪疏导:鼓励患者表达

焦虑,提供心理支持;家属沟通:与家属沟通,确保他们了解手术情况及术后护理。

了解患者的特殊情况,并在宣教单上注明过敏史;确认患者是否有过药物过敏史或材料过敏史;慢性病史:了解患者有无糖尿病、高血压,如有这些慢性病的患者则需要特别关注。

签署同意书:与患者或家属签署手术和麻醉知情同意书。

术前用药:根据手术与麻醉的需要给予镇静剂止吐剂以及抗生素等。

水电解质紊乱,纳曲酮和托吡酯等药物可用于预防酒精依赖的复发。

认知行为疗法是治疗酒精依赖和精神障碍的常用心理治疗方法。通过帮助患者识别和改变其对饮酒的错误认知和行为模式,增强其对压力和负面情绪的能力,减少对酒精的依赖。

动机增强疗法旨在减少患者戒酒的内在动机,通过与患者的积极沟通和引导,帮助他们明确戒酒的目标和意义,增强其戒酒的信心和决心。团体治疗可以为患者提供一个支持性的社交环境,让他们在交流和互动中互相鼓励,增强戒酒的动力和信心。

酒精所致精神障碍,俗称“酒疯子”,是一种严重的医学和社会问题。它不仅对患者的身心健康造成严重损害,还对家庭和社会带来诸多负面影响。因此,我们需要加强对酒精滥用和戒酒的预防和干预,通过提高公众对酒精危害的认识,提供有效的治疗和康复服务,以及加强家庭和社会的支持,可以有效减少酒精所致精神障碍的发生率,帮助患者重获健康,回归正常生活。

(皖西卫生职业学院附属医院 赵哲婷)