“生命中枢”的守护者

——记市人民医院神经内科副主任兼西院区病区主任丛光燕

本报记者 李珊珊

近年来，我市高度重视医疗领域人才培养和人才队伍建设，着力培育专业人才，为群众提供更高水平的医疗服务。在推动医疗卫生事业高质量发展的过程中，涌现出一批先进群体和个人典型。本期，让我们走进六安市人民医院，跟随我市首届医疗领域拔尖人才丛光燕一起，探寻她与复杂大脑疾病“交手”的日常。

“别着急，我们把基础打牢，等病情稳定了，就能做康复治疗了……”见到丛光燕时，她正在神经内科西院区病区查房，身材娇小，皮肤白皙，说话时眉宇间荡漾的温和会不由地感染身边的任何人。从医25年，从普通医生到学科带头人，岗位在变，但初心不改。

神经内科病症种类繁多，从常见的头痛、眩晕，到复杂的癫痫、帕金森病、脑卒中等，每一种病症都可能给患者带来巨大的痛苦。记者在采访中获悉，这类疾病发病急、病情重，比如血管堵塞的时候，每一秒钟可能有200万个脑细胞死亡，时间就是生命，及时精准进行有效的溶栓和取栓治疗，是挽救患者生命的关键措施，也是减少患者致残的重要治疗手段。

此前，一名50岁左右的男性患者被急诊转运至市人民医院西院区。“患者失语、意识模糊、反应下降，右侧肢体力量0级……”等待接诊的神经内科副主任兼西院区病区主任丛光燕迅速判断，患者为急性脑梗死，发病时间11个小时，已经超出最佳取栓时间。

“脑梗的最佳取栓时间是8小时以内，后续才能获得良好恢复，这名患者已经耽误了太久。”丛光燕与病区副主任张勇根据患者的医学影像检查结果，快速做出最佳的取栓方案，一边与家属沟通病情，另一边快速联系导管室、麻醉科进行术前准备。在取得家属充分理解后，接诊不到半小时，患者就被护送至导管室准备取栓。术中发现患者血管病变复杂，手术难度较大。万幸的是，一个多小时的取栓手术过程非常顺利，血管成功实现再通。术后，患者被安排入住重症医学科，继续观察治疗。

没想到术后第三天，患者突发昏迷，复查颅脑磁共振显示大面积脑梗死且梗死区伴有散在出血，CT片中位线偏移，是取栓手术后最危险的并发症——脑疝。

西院区神经内科、神经外科紧急会诊，由神经外科西院区病区主任李邦安带领团队为患者实施颅内血肿清除术与去骨瓣减压术。止血、清除血肿、去骨瓣……看似容易，实操起来却很难，好在难关都闯了过来，历经4个小时，手术终于成功。术后，在多学科医护团队的精心照料下，患者恢复良好。

“神经内科是一个充满挑战、复杂性高的科室，平时我们口中所说的‘罕见病’，很多都是由神经内科诊断出来的。”丛光燕如是说。从医多年，她从未停止学习的脚步，深耕神经内科疑难危重疾病、神经免疫及心身疾病的综合治疗，坚持将临床实践与科研创新相结合，求新求变。

“去了好几家医院，都说我这个情况多注意休息就好了，可还是头痛，您再给我看看吧。”门诊中，一位30多岁的女性患者向丛光燕求助。虽然患者的头颅CT未见异常，但多年临床经验提醒丛光燕，要找出病因，从根源上解决问题。经过门诊查体，她发现患者脑膜刺激征阳性，排除功能性病变后，将患者收住入院进一步进行影像学检测，提示多发异常信号，之后又在脑脊液二代测序、自免脑及中枢脱髓鞘抗体等基因测定中发现MOG抗体呈阳性，这才确定了是MOG相关性疾病。经过针对性治疗，患者的病情逐渐得到控制，对于丛光燕来说，“那一刻，是作为医生最有成就感的时刻。”

神经内科的病人病情往往反复发作，给身心造成巨大压力，丛光燕深知，治病的同时更要疗心。为此，她带领团队加强学科建设，强化核心制度管理，提升服务水平，以病人为中心，开展健康宣教，加强慢病管理，督促患者做好脑血管病二级预防，帮助偏瘫患者进行神经功能恢复。在她的诊疗过程中，时间从不是限制，“神经系统疾病复杂多样，每一种病症都可能给患者带来巨大痛苦。作为医生，我们不仅要缓解患者当下的症状，更要找出病因，从根源上解决问题。”丛光燕如是说。

除了临床工作，丛光燕还十分注重技术的“传帮带”，经常参与学术交流活动，分享最新的研究成果和临床经验。日常工作中也坚持以身作则，传道授业解惑。“丛主任对我们业务上的要求非常严格，在查房或者教学当中，经常提出问题并加以指导，正是这种严格，督促了我们每个人的进步。”提到丛光燕，病区主治医师李苇连连点赞，对于她们这些年轻医生而言，丛光燕不仅是老师，更是榜样。

2024年1月，市人民医院老年医学科正式独立建科运行，丛光燕一并主持该科工作，带领团队通过完善服务标准规范，进一步开展安宁疗护、康复促进等服务，将疾病诊治、康复、健康管理、专病护理、营养保健、生活照料、精神关怀等医养服务进行融合，为每一位入住的老年人打造专属的全人全程照护方案。

有人说，宁静可成事业，平凡却见感动。从青年医师成长为精诚医者，丛光燕用满腔热情和实际行动，为患者修复受损的神经世界，让生命重新焕发光彩。25年行医生涯，最让她触动的是病人和家属信任的眼神，对她来说，“这份信任不能辜负，所以我只有尽自己最大的能力，去帮助每一位病人。看到他们痛苦地来，健康地回家，这就是我最欣慰的时刻。”

图片新闻

为进一步规范卫生用品市场经营秩序，切实维护消费者健康权益，近日，我市组织各级卫生监督机构对全市卫生用品经营单位开展监督抽检，重点检查产品索证情况，产品名称、标签、说明书是否规范，以及是否有违法违规宣传现象。截至目前，已在市场抽取各类卫生巾、纸尿裤等20款卫生用品送检，下一步，将及时公示抽检结果。图为抽检现场。 陆卫健 文/图

日前，金寨县教育局、县疾控中心组织人员对辖区7所学校1160名学生开展营养健康状况调查监测，通过一系列检查，了解学生的身体素质情况和营养健康状况，分析饮食行为对心理健康及生长发育状况的影响，做到监测、预警、干预、评估全链条营养健康管理，为学生成长提供健康保障。 金萱 文/图

卫生短讯

第11届安徽省妇幼健康发展年会在皋举办

本报讯(记者 李珊珊)3月28日—3月30日，第十一届安徽省妇幼健康发展年会在六安举办。此次年会以“守正创新 共启妇幼健康新篇章”为主题，汇聚业内专家学者，共同聚焦妇幼健康领域前沿话题。

本届年会设一个主论坛和多个分论坛，围绕妇幼健康领域热点难点问题，邀请省内外知名专家进行专题讲座、学术报告和经验分享。现场，专家们带来了最新的研究成果和实践经验，内容涵盖孕期保健到产后康复、新生儿护理到儿童成长发育等全生命周期的妇幼健康服务，为参会人员提供了一场知识盛宴。

此次年会不仅为妇幼健康领域搭建了交流平台，更为推动全省妇幼健康事业全方位发展提供有力支撑。

舒城县人民医院首次获批省级科研项目立项

本报讯(舒卫)近日，2024年度安徽省卫健委科研基金立项项目评审结果揭晓，舒城县人民医院泌尿外科主任吴国辉团队主持申报的《国产戈舍瑞林微球新剂型在治疗晚期前列腺癌的疗效、患者耐受性和生活质量的研究》课题项目获准立项(基金会资金支持项目)。

舒城县人民医院泌尿外科团队的项目聚焦晚期前列腺癌的治疗，旨在研究国产戈舍瑞林微球新剂型在疗效、患者耐受性和生活质量提升方面的表现。这一研究具有重要的临床价值，有望为晚期前列腺癌患者带来新的治疗选择。该项目先后经过各级层层竞争评审，最终成功立项，这是该院首次获批的省级科研项目，标志着医院科研能力迈上新台阶。

据悉，舒城县人民医院自2023年成功创建三级综合医院以来，将深化重点学科建设、提升科研能力作为工作重点，搭建良好的学术交流平台，持续完善科研管理制度，鼓励临床与科研深度融合，为人才建设和学科发展提供全方位支持。下一步，医院将以此为契机，进一步营造浓厚的学术氛围，强化“医教研”协同发展，推动更多原创性、实用性研究成果产出，全面提升医疗服务能力。

卫生健康
六安市卫健委协办
编辑：李珊珊 电话：18605641152
邮箱：152679518@qq.com

经口间歇性管饲(IOE)：科学便捷的营养摄入方式

数据显示，脑卒中后出现吞咽功能障碍的患者中，8.2%-49.0%的患者存在发生营养不良的风险。营养不良可能导致患者的机体免疫功能下降，增加感染的风险，进而对患者的预后产生严重影响。因此，对于患者而言，“如何安全获取营养”始终是医患共同关注的焦点。传统的鼻饲管和胃造瘘术虽能解燃眉之急，但长期使用可能引发并发症并影响生活质量。近年来，一种名为经口间歇性管饲(Intermittent Oroesophageal Tube Feeding，IOE)的技术逐渐走入临床视野，因其独特的优势被誉为“吞咽困难患者的曙光”。

什么是“经口间歇性管饲(IOE)”技术？

IOE是一种通过口腔插入胃管进行间歇性管饲的技术。不同于长期留置的鼻饲管，IOE仅在进食时临时置管，每次喂养后即可拔除。这种“即插即用”的特性使其兼具治疗性和功能性。其主要是利用吞咽反射的生理特点，将直径约4-5mm的硅胶软管经口插入食管至胃部。置管过程模拟正常吞咽动作，通过咽喉部肌肉的协调运动引导导管就位。喂养时，营养液通过重力滴注或注射器推注进入胃内，单次喂养量通常控制在200-400ml，耗时约15-30分钟。这种先进的进食方式，不仅能够高效确保患者的营养摄入，还具有操作简便、舒适度高的优点。

与传统鼻胃管相比，间歇性管饲训练在进食时插入胃管，进食完毕后拔除，更加符合生理需求，有助于吞咽功能的逐步恢复。这种方法显著减少了鼻腔和食道黏膜的持续刺激，降低了感染和呼吸道并发症的风险。此外，该治疗方法能使患者在安全的环境下反复练习吞咽动作，逐步恢复其正常的吞咽功能。因而在临床实践中得到了越来越广泛的应用。

IOE技术有哪些技术要点？

IOE的操作流程相对简单，经过专业培训的医护人员可以迅速掌握这一技术。同时，患者及其家属在经过适当的培训后，也能够自行操作，无需长期留置管道。每次喂食过程简单快捷，只需按照规定的步骤进行操作即可。这大大减轻了医护人员的工作负担，使他们能够将更多的时间和精力投入到其他医疗工作中去。同时，这种自主性和灵活性也使得患者的日常生活更加方便，减少了对其日常生活的干扰。

关于IOE导管的选择，国外的常用选项包括Nelaton橡胶导管和传统的鼻胃管(8F-12F)，而在国内临床更倾向于使用口腔营养管(内径5.4 mm，长度40 cm)，其是由郑州大学的吞咽功能障碍研究所主导研发一种口腔营养管，管道材料由硅胶制成，前面部分配有喂食设备接口，尾部设置了一条可以使食物穿过内部和外部管壁的通道。

在插管之前，应确保患者采取坐位或半坐位的姿势。如果患者佩戴有假牙，应将其取下。同时，要彻底清除患者口腔内的分泌物，以确保插管过程的顺利进行。此外，用温水润滑导管前端也是必不可少的步骤，这有助于减少插管过程中的不适感。插管时指导患者张开嘴巴，并稍微低下头部，使头部前倾。沿咽反射较弱或已消失的一侧将导管缓慢并谨慎地插入患者的口腔中，当导管到达咽喉部时，指导患者进行吞咽动作，并顺着这一自然吞咽动作，将导管轻柔地送至食管的中下段，具体位于距口腔28-30 cm的位置，同时确保导管与患者的口角边缘保持适当距离。观察导管未盘旋在口腔内；提插、转动导管时，患者无呛咳；将口饲管末端置于盛水的治疗碗内，无规律气泡溢出，基本可认定口饲管已经安全插入食管。

在完成管饲操作后，需用温水彻底冲洗管腔，随后将导管末端妥善折起。接下来，指导患者应进行深呼吸，在患者呼气末的时机，迅速而稳妥地拔出导管。拔管后，患者应保持床头抬高状态，30分钟内避免移动，以确保食物不会发生反流现象。经过操作后取出的导管，应使用温水或等渗盐水进行彻底的冲洗，确保无残留物。随后，将导管自然阴干，每位患者都应使用独立的导管，并定期进行更换。

经口间歇性管饲以其科学、便捷、舒适的特点，为吞咽困难患者提供了一种全新的营养支持途径。在促进患者康复、提高生活质量方面发挥了重要作用。随着技术的不断进步和推广，相信经口间歇性管饲将在未来的临床应用中发挥更加广泛的作用。它不仅能够为患者带来更好的治疗效果，还能够为医护人员提供更多的治疗选择，为医疗事业的发展做出贡献。

(六安市中医院康复二科 金杰)

热敏灸治疗功能性消化不良

消化不良(dyspepsia)是临床常见的综合征，表现为慢性复发性或持续性上腹部疼痛、饱胀、早饱、嗳气、恶心、呕吐等症状。分为器质性消化不良(or- ganic dyspepsia)及功能性消化不良(functional dyapepsia，FD)。FD又称非溃疡性消化不良，系指具有上述慢性、复发性消化不良症状，持续至少4周以上，而各种检查未能发现器质性病变的一种功能性疾病。本病十分常见，估计在社会人群中的患病率为10%-30%。不少患者伴有失眠、焦虑、抑郁、头痛、注意力不集中等精神症状。本病归属于中医的“痞满”、“胃脘痛”、“嘈杂”等范畴。多由表邪入里、气留滞所引起的胸腹痞闷、胀满不舒等症状。饮食中阻、痰气壅塞、情志失常、脾胃虚弱等，导致中焦气机阻滞、升降失常、邪气滞留所引起的胸腹痞闷、胀满不适。

[诊断依据]

1.上腹部胀痛、早饱、嗳气、反酸、恶心等症状持续4周以上，或在近1年。

有上述症状至少3个月(但不一定持续)。2.内镜和(或)钡餐检查未发现胃十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变。3.实验室检查、B超及X线检查排除肝、胆、胰及肠道器质性病变。4.无糖尿病，风湿病及精神、神经性等全身性疾病。5.无腹部手术史。6.症状与排便无关。

[操作方法]

1.高发热敏穴位区域：天枢、中脘、关元、肝俞、膈俞、上巨虚等穴区进行穴位热敏探查，标记热敏穴位。

2.热敏灸操作步骤：

(1)天枢穴双点温和灸，自觉热感深透至腹腔或沿两侧扩散至腰部，灸至热敏灸感消失。天枢穴位于腹中部，脐中旁2寸，腹直肌中。通调胃肠，理气消滞。

(2)中脘、关元穴双点温和灸，可觉热感透至腹腔内，灸至热敏灸感消失。中脘穴在上腹部，前正中线上，当脐中上4寸。健脾和胃，消食导滞。关元穴在下腹部，前正中线上，当脐中下3寸。温补元阳，健脾益胃。

(3)肝俞穴双点温和灸，自觉热感深透至腹腔或扩散至背腰部，灸至热敏灸感消失。

(4)膈俞穴双点温和灸，自觉热感深透至腹腔或扩散至背腰部或沿两侧扩散至胸部，灸至热敏灸感消失。膈俞穴于第7胸椎棘突下，旁开1.5寸。理气血，利膈。肝俞穴在第9胸椎棘突下，旁开1.5寸。疏肝，理气，和胃。

(5)上巨虚穴双点温和灸，自觉热感深透，或向上或向下沿足阳明胃经传导，灸至热敏灸感消失。上巨虚穴在犊鼻穴下6寸，足三里穴下3寸。调理脾胃，宽肠下气。

每次选取上述1-2组穴位，每天1次，10次为1个疗程。

[典型案例]

病例1：李某，女，50岁，5年前因饱餐后感上腹部胀满不适，嗳气，自服健胃消食片，症状消除，但经常反复发作，并伴有食欲不佳、精神不振、乏力等。到当地医院就诊，确诊为功能性消化不良，经探查，于双胃俞、下脘、双天枢穴探及热敏化，即于双侧胃俞实施双点温和灸，数分钟后感热流扩散并非汇合在一起，10分钟后热流由腰背部逐渐渗透至上腹部，感热流涌动，整个上腹部温热、舒适，灸感持续约15后逐渐减弱消失，并感双侧胃俞灼热，停灸胃俞。改灸下脘及双侧天枢穴，数分钟后感热流如水柱向腹腔深部灌注，并向下腹涌动，整个下腹部感到滚烫，自觉下腹温度明显高于施灸点，灸感持续约30分钟下腹热流回缩至天枢穴并感皮肤灼热，停灸。按上述方法治疗15次，上述症状基本消失。

病例2：高某，女，55岁，1年前饱餐后感上腹部胀满不适，嗳气，迁延1个月余。后每于饥饱失常或不规律饮食而出现上述症状。胃镜及各种实验室检查未见明显异常，诊断为功能性消化不良。于双膈俞、双天枢穴探及穴位热敏，即行双天枢穴双点温和灸，数分钟后感热流如水柱向腹腔深部灌注，并向下腹涌动，整个下腹部感到滚烫，自觉下腹温度明显高于施灸点皮温，灸感持续约30分钟后下腹热流渐回缩至双天枢穴并感皮肤灼热后停灸，改于双膈俞穴施热敏灸，数分钟后感热流扩散并汇合一处，10分钟后热流由胸背部渐深透至上腹部，感热流涌动，整个上腹部温热舒适，该灸感持续约35分钟后热流渐回缩至胸背部，且感施灸点皮肤灼热，乃停灸，完成1次热敏灸治疗。次日复诊，上腹部胀满减轻。按上述方法探敏治疗15次，症状消失。

(六安市中医院 金敏)

手术突然出血，医护如何紧急处理？

在手术过程中，突发情况并不少见。其中，术中突然出血是一种常见的紧急状况，它可能由血管损伤、止血不完全或其他原因引起。面对这种情况，医护人员需要迅速反应、密切配合，以确保患者的安全。那么，当手术台上突然出血时，护士是如何配合医生紧急处理的呢？

一、突发性出血的原因

1.患者因素。凝血功能障碍：患者可能存在先天性的凝血因子缺乏，如血友病等。患者可能因肝功能异常导致凝血因子合成减少，如肝硬化、急性肝衰竭等。

患者可能因长期服用抗凝药物，如华法林、肝素等，导致凝血时间延长。血管因素：患者血管脆性增加，如老年人、糖尿病患者等，手术时容易发生血管破裂。患者可能存在血管畸形或动脉瘤，手术时容易破裂出血。疾病因素：患者可能患有某些疾病，如胃肠道出血、动脉瘤破裂、恶性肿瘤破裂等，这些疾病本身可能导致术中出血。

2.手术因素。手术操作失误：在手术过程中，医生可能因操作不当导致血管损伤，如误伤大血管、缝合不牢固等。手术部位特殊：某些手术部位，如肝脏、脾脏、颅脑等，由于血管丰富、组织脆弱，容易发生术中出血。手术难度大：对于一些复杂、高难度的手术，由于手术时间长、操作复杂，术中出血的风险可能增加。

3.麻醉因素。麻醉药物影响：某些麻醉药物可能导致血管扩张，增加术中出血的风险。麻醉深度不当：麻醉过深或过浅都可能影响患者的生命体征，增加术中出血的风险。

4.其他因素。术前准备不足：如术前未对患者进行全面的凝血功能检查，未充分了解患者的病史和病情，可能导致术中出血的风险增加。术中突发状况：如患者术中出现低血压、低氧血症等突发状况，可能影响患者的凝血功能，增加术中出血的风险。设备故障：如手术器械故障、吸引器故障等，可能影响手术的顺利进行，增加术中出血的风险。

二、护士在术中出血中的角色

1.迅速评估出血情况。护士要第一时间观察出血部位、颜色和量，并向医生报告。如果是喷射性出血，可能是动脉损伤；如果是渗血，则可能是毛细血管或静脉破裂。通过快速判断出血性质，为医生提供准确信息。

2.准备急救设备和药品。吸引器：护士迅速准备好吸引器，帮助医生清理手术野的积血，确保视野清晰。止血器械：根据医生的指示，护士迅速传递止血钳、电凝设备或超声刀等器械。止血材料：准备止血纱布、明胶海绵或止血粉等材料，协助医生进行局部止血。血液制品：如果出血量较大，护士需要立即准备输血设备，并联系血库调配血液制品。

3.协助医生进行止血操作。压迫止血：护士可能需要协助医生用纱布或止血钳进行局部压迫止血。电凝或缝合：护士迅速传递电凝设备或缝合器械，帮助医生完成止血操作。药物止血：根据医生指示，护士可能需要准备并注射止血药物，如凝血酶或氨甲环酸。

4.监测患者生命体征。在出血处理过程中，护士需要密切监测患者的生命体征，包括血压、心率、血氧饱和度等。如果出现血压下降、心率加快等休克前兆，护士需立即报告医生并协助处理。

5.记录出血量和处理过程。护士需要详细记录出血量、止血措施以及患者的生命体征变化，为后续治疗提供重要依据。

三、预防突发性出血的措施

虽然突发性出血难以完全避免，但通过以下措施可以降低风险：

1.术前评估：详细了解患者的病史、凝血功能及用药情况，制定个性化手术方案。

2.术中精细操作：医生在手术中尽量避开重要血管，减少损伤。

3.备用止血设备：手术室应常备止血器械和药品，以备不时之需。

手术台上突然出血是一种高风险的紧急事件，但只要医护人员团结协作，就能有效应对。护士作为医生的得力助手，在术中出血的处理中起到至关重要的作用——从快速评估到准备工具，再到维护患者生命体征稳定，每一步都必须精准高效。因此，无论是医生还是护士，都需要不断学习和训练，提高应急能力，共同守护患者的生命安全。毕竟，在手术台上，时间就是生命。 (六安市中医院 郭蓓蓓)

剖宫产术后妈妈需要知道的几件事

或骨开十指、或剖腹八层，准妈妈都要经历艰辛的十月怀胎，经历一朝分娩。分娩是人类繁衍中正常、自然的生理过程。本文将重点对剖宫产进行介绍，帮助大家更好地了解这一分娩方式。

剖宫产又称剖腹产，是一种通过切开腹部和子宫，将胎儿从子宫内取出的方式，是目前最常见的分娩方式。剖宫产在现代医学中有着非常重要的地位，特别是在处理难产、胎位异常、母体健康等复杂问题时发挥着重要的作用，能够最大程度地保证母婴安全，在紧急情况下可减少并发症，减少因特殊原因引起的胎儿损伤。

与顺产相比，剖宫产具有独特的优势，但也存在着一定风险，有许多需要注意的事项。

1.剖宫产术后怎样预防血栓？

产妇术后回到病房后起初往往不能活动，为了避免产妇腿部形成血栓，护理人员或家人要帮助产妇多揉腿，让腿部多活动，能下床时要尽早离床活动，尽量避免长时间卧床，住院期间医院也会有相关机械治疗作辅助，以促进血液循环。同时，产妇能进食时，要增加水果和蔬菜的摄入，保证体内有充足的水分，最大程度预防血栓的发生。

2.剖宫产术后多久可以吃东西？

剖宫产麻醉可能导致产妇喉部保护作用减弱，术后可能会引起恶心呕吐，此时喉部保护性反射降低，易引起误吸或窒息，因此，产妇回到病房麻醉未完全解除情况下，6小时内不宜进食水，6小时后就可以吃少量的米汤等流质食物。随着胃肠功能的逐渐恢复，产妇可以进食碎面条、面片汤等半流质食物，待胃肠功能完全恢复并排便后就可以正常饮食了。产妇饮食宜多样化，要注意蛋白质、维生素的摄入，相比平时要吃更多的蛋白质，尤其是鸡、鱼、瘦肉、动物肝脏等。整个过程需循序渐进，以更好地促进胃肠功能恢复。

3.剖宫产术后伤口疼痛怎么办？该怎样翻身？

产妇剖宫产术后上肢可以正常活动，下肢可能会比较沉重乏力，待下肢体感逐渐恢复后，产妇应尽早翻身和活动腿部、足部，因手术伤口影响，翻身时可能会疼痛。现在医院对产妇术后疼痛都能给予相应的处理，一般会使用镇痛泵，根据各人情况一般设置3天的药量，当产妇感觉疼痛时，可以按压镇痛泵按钮，按压的剂量是有要求的，术后24小时以后，基本就不再需要按压镇痛泵了。

此外，也可用低温冰袋给产妇进行腹带加压包扎来缓解疼痛。采用这一措施后，个别产妇可能仍然会感觉疼痛不能翻身，此时产妇应在护士的指导下学习如何翻身：首先要挪动肩膀，向床的一侧靠近，再抬起两条腿，支撑在床面上，把屁股轻轻抬起，向肩膀挪动的方向靠近，随后把脚向床旁挪动。挪好后，如想往右侧翻，移动左侧的肩膀向右侧倾斜，再用左腿搭向右腿借助于肩膀和腿部的活动来带动腰腹部移动，这样就可以减少腹部牵拉，减少伤口的疼痛。

4.剖宫产术后多久可以下床？

产妇剖宫产术后回到病房，一般6小时就可以半卧位了，6小时后应在床上活动，24小时左右即可下床活动，以便排出恶露、恢复子宫，预防肠粘连等发生。产妇下床时要有一个适应的过程，先把床摇起来，在床上保持半坐位2-3分钟，再慢慢地移向地面，站立5分钟左右，整个过程应缓慢进行，需要循序渐进，在临床上这种下床活动效果非常好。随着伤口的逐渐愈合，在床上平躺的时候，不建议使用腹带，因为腹带有一定的压力，压力过大或时间过长，腹部的血液循环受到影响，对脏器的恢复和身体都会产生一些不利影响。

5.剖宫产后多久适合再怀孕？

在没有手术并发症情况下，间隔2-5年是最好的，原因是此时子宫下段切口愈合较好，疤痕修复也是最佳的状态。

那么，5年以后再怀孕好不好？5年以后疤痕的弹性减弱，不是怀孕的最好状态，所以剖宫产术后再怀孕的时间间隔2-5年是最好的。剖宫产后的女性再怀孕时，需要注意的是怀孕早期超声检查，要注意疤痕愈合、孕卵是不是着床在疤痕上、子宫下段肌层连续性等问题，这关系到怀孕全过程会不会有子宫破裂的风险，孕卵着床的位置也关系到将来胎盘的位置，关系到孩子将来的发育问题。

总之，剖宫产作为一种特殊的分娩方式，对一些特殊情况下的孕妇和胎儿来说，是一种相对安全的选择。剖宫产的风险和注意事项，需要患者和医生共同权衡利弊，选择合适的分娩方式。希望通过本文的介绍，能让更多人对剖宫产有更全面的了解，为以后的分娩做出明智的选择。

(金寨县人民医院 刘素芳)

卫生科普天地
本栏责任编辑：宋金婷
E-mail:784542876@qq.com