

思想政治工作的五维推进策略

王晴晴

思想政治工作始终与党和国家事业的发展同频共振、休戚与共，是贯穿不同历史阶段的生命线。作为一名扎根基层一线的党员医务工作者，我对此有着深刻体会：过硬的思想政治工作，不仅是彰显党员初心本色、赢得群众信任的“金色名片”，更是我们坚守基层岗位、精准服务群众、践行医者使命的根本行为指南。因此，在新时代新征程的背景下，如何进一步做实、做细、做深思想政治工作，以思想自觉引领行动自觉，成为亟待探索与实践的重要课题。

一、强化党建引领，筑牢思想根基

思想上的坚定源于理论上的清醒。要坚持做好思想政治工作，重中之重是抓好理论武装，始终坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为行动指南，严格执行党委(党组)理论学习中心组“第一议题”学习制度。充分发挥党员领导干部的“领头羊”作用，践行“善禁者，先禁其身而后人”的理念，做到真学、真练、真悟、真做；推动理想信念教育常态化、长效化，用好“三会一课”、主题党日、专题党课等学习形式，引导全体党员坚定理想信念，深化社会主义核心价值观教育，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”。同时，加强党史学习教育，引导党员铭记历史、珍惜当下，感悟“为有牺牲多壮志，敢教日月换新天”的豪情壮志，时刻提醒我们今天的幸福生活，光辉岁月来之不易！

二、压实责任体系，凝聚工作合力

思想政治工作是一项系统工程，需构建“党委统一领导、党政齐抓共管、宣传部门组织协调、有关部门分工负责、全党全社会共同参与”的大格局。各级党委(党组)要扛起思想政治建设主体责任，党组书记履行“第一责任人”职责，班子成员落实“一岗双责”，既要第一时间研究部署工作，又要监督反馈任务落实情况。抓好各自分管领域的思想政治工作，形成“领导抓、抓领导”的良性互动；注重发挥基层党组织的凝聚力和战斗力，将思想政治工作融入基层日常活动，并逐步实现规范化。

三、聚焦基层基础，推动落地见效

基层是思想政治工作的“主战场”，只有抓好基层，才能让思想政治工作在新时代表浪潮中扎根立足。

企事业单位层面：结合行业实际，开展“中国梦·奉献美”等主题活动，引导职工树立正确价值观，增强主人翁意识。

农村层面：结合“三农”政策与乡村振兴战略，深入村组宣传党的惠农富农措施，组织开展农村实用人才思想政治专题培训，在带动农民增收致富的同时，实现思想文化的洗礼。

学校层面：持续推进家校协同、社会联动的育人体系建设：一方面通过定期家长会、常态化线上沟通群等渠道搭建家校互动桥梁；另一方面联合社区开展实践育人活动，形成“学校—家庭—社会”三方联动的育人合力。

四、创新方法载体，增强工作活力

在新时代背景下，推动“AI+思想政治工作”是大势所趋。以往“你说我听”的单向灌输式教育已难以吸引当代青年，必须坚持创新方式方法。可利用线上党史答题抽奖、红歌PK、“学习强国”积分兑换礼品等活动，让青年在参与中感受文化魅力，在潜移默化中接受思想熏陶。同时，要传承优秀传统文化，坚持取其精华、去其糟粕，向社会传递正能量。此外，加强网络思想政治工作，净化网络空间，引导网民遵守法律法规、理性表达观点，杜绝不良言论，营造清朗干净的网络环境。

五、健全长效机制，保障持续推进

抓好思想政治工作，制度建设是根本。建立思想政治工作责任制，明确各级党组织、各部门的职责，将思想政治工作纳入领导班子、领导干部综合考核评价体系，纳入全面从严治党主体责任监督检查范围，确保工作有章可循、有据可依。可每月或每季度集中开展一次座谈会，与职工谈心谈话、畅所欲言，及时了解解决他们的实际困难。重视人文关怀，定期发放福利，适时提供“休假”福利，让职工切实感受到组织的温暖与归属感。人才队伍建设关乎思想政治工作的命脉，要开展思想政治专题培训班，引进专业对口的高素质人才，提升待遇福利，激发热情，推动思想政治工作制度

化、常态化、长效化。(霍邱县人民医院)



手术室里，无影灯亮起，一场关乎生命健康的保卫战即将打响。我们在面对疾病挑战的同时，还需要注意一个“隐形杀手”——术中低体温。它很容易被忽视，但又很容易发生，手术患者一旦发生术中低体温，不仅会影响手术效果，还会出现严重的并发症。这就让我们来揭开术中低体温的神秘面纱及如何在术中为患者生命保驾护航。

医学上将核心体温低于36.0℃定义为低体温。人体核心体温通常相对稳定，一般不超过37℃±0.5℃。可通过肺动脉、鼓膜、食管远端、鼻咽部等测得。体温调节能力尚不完善的新生儿、婴幼儿以及体温调节功能减退的老年患者；严重创伤、大面积烧伤或整体健康状况不佳者；接受复杂手术的患者，尤其是手术时间过长或涉及大型手术的，均为术中低体温发生的高危人群。

术中低体温的发生是环境、麻醉、手术及其他因素共同作用的结果。麻醉药物抑制血管收缩，抑制机体对温度改变的调节反应，患者只能通过自主防御反应调节体温变化。核心体温下降范围在4℃以内；长时间手术，患者体腔与冷环境长时间接

触，机体辐射散热增加；手术间的低温环境；使用未加温的冲洗液、输注未加温的液体等直接导致热量流失。此外，术前禁食、皮肤消毒等也可以导致术中低体温的发生。

患者发生术中低体温会导致多系统严重并发症。它会诱发心律失常、低血压，甚至室颤、心搏骤停等；显著抑制血小板及凝血酶功能，增加手术出血量，同时使周围血管收缩、静脉瘀滞，组织缺血缺氧，增加深静脉血栓形成的风险；引起高血糖和麻醉复苏延迟；大幅增加手术部位感染的风险。此外，低体温所致的寒战会急剧增加氧耗，对心肺功能不全者尤其危险。因此，预防术中低体温是保障手术安全及促进康复的关键。

根据《T/CANS 44-2024成人术中非计划低体温预防与处理》《手术室护理实践指南》和《围术期患者低体温防治专家共识(2023版)》，术中低体温的预防应遵循全过程、分阶段、分级预防的策略。术前重在风险

评估与预保温；采用术中低体温风险评估工具全面评估患者低体温发生的风险。预测值≤70%为低危，70%~90%为中度，90%~95%为高危；预保温有助于维持术中患者体温正常，推荐使用充气加热方式，至少10分钟。

术中是关键环节，根据患者低体温发生的风险程度给予相应的预防措施，并结合手术进程进行动态评估。低危风险患者术前调整手术间温度21~25℃，相对湿度30%~60%，使用被褥、棉毯等，减少皮肤暴露的时间，每30分钟测一次体温至手术结束。中危风险患者，除以上预防措施，每15~30分钟测一次体温。术中使用充气式加热毯、输液输血加温仪等，冲洗液、二氧化碳气腹气体加温等。对于高危风险的患者，在低、中危风险患者预防措施的基础上，连续监测体温变化，全程采用充气式加温毯、输血输液加温仪等，有条件的可以联合使用循环水加热系统。针对

婴幼儿、老年人群，需采取个体化的术中低体温预防策略。对于不停跳冠状动脉旁路移植患者，在取移植物血管时，使用无菌治疗巾等对双下肢非手术部位进行包裹保暖。对于严重创伤、大面积烧伤患者，体温管理强调预防为主，适当调高室温，尽早输注加温液体，并使用加温设备维持体温稳定。

在预防患者术中发生低体温的同时，还需要关注设备安全、皮肤保护及团队协作。定期检查、维护设备。皮肤保护是关键，严密观察热源接触区域的皮肤情况，避免长时间直接接触。团队协作是保障，加强培训、完善交接流程，确保措施落实和连续性。

术中低体温预防不是简单的保暖工作，需要术前充分评估、术中多措施联合、全过程动态监测体温变化，才能形成完整的体温管理链条，为患者提供更加安全、舒适的手术体验。每一个环节的细致关注，每一次体温的精心维护，都为患者的手术安全和术后康复保驾护航。手术中的“温暖守护”，让手术室不再“冷冰冰”！

(皖西卫生职业学院附属医院 邓莉莉)

ICU，就是大众所熟知的重症监护病房(Intensive Care Unit)。目前，国内三甲医院都设有ICU，大部分的县级医院也设有ICU病房。ICU与普通病房到底有什么不同？

监护强度：从“小时记录”到“秒级干预”

在普通病房，护理常规要求每4小时测量一次血压、脉搏、呼吸和体温，必要时追加进行血糖或血氧抽查；患者病情变化主要依赖家属呼叫或护士巡房时发现，医生每日两次查房后调整医嘱，期间若出现突发情况，需呼叫值班医师处理，响应时间通常为几分钟至十几分钟。

ICU则执行24小时连续监测：心电图、有创动脉压、中心静脉压等数据通过传感器实时传输至中央监护站，系统预设报警阈值，任何参数偏移都会及时发出报警提示。护士在床旁交接班，确保患者始终在视野范围内；医师每班次评估患者血流动力学和呼吸功能，必要时立即调整药物剂量或机械通气参数。

对于血压骤降、心律失常、气道堵塞等危急情况，ICU要求在数十秒内完成初步处理，维持生命体征稳定，这种“秒级干预”可显著降低患者猝死和器官低灌注的发生概率。连续监测还体现在实验室检查频次上：普通病房血气分析通常1天甚至多天进行一次，而ICU可根据患者病情随时开展床旁血气检测，结果即时出具，为精准治疗提供实时反馈。

通过高密度数据采集和即时处理，

泌尿外科许多出院患者，因治疗需求体内常留置双J管或尿管。回家后，患者难免心生担忧与疑虑：“居家期间该如何护理留置的导管？”“出现不适症状该怎么办？”“会不会轻易发生感染？”为解答这些疑问，本文将为患者提供详尽的居家护理指南，助力保障康复之路顺畅无忧。

一、认识双J管与尿管

尿管：是一根经尿道插入膀胱、用于直接引流尿液的柔软管道，末端连接尿袋。适用于术后短期引流、排尿困难或尿失禁患者，是保障膀胱排空、预防肾积水的重要工具。

双J管：又名“猪尾巴管”，是一根置于体内输尿管内的细长管道，两端在肾盂和膀胱内卷曲成“J”型，像猪尾巴一样起到固定作用。它如同输尿管内的“支架”，能支撑输尿管、防止术后狭窄或堵塞、引流尿液，是泌尿科临床常用的体内置管。

二者核心区别在于：尿管一端在体外连接尿袋，而双J管全置于体内。

二、尿管常见不适与应对方法

带管期间患者常常会出现一些不适感，但无需过度恐慌，可适当掌握一些正确判断方法和处理方式。

(一)留置尿管的常见不适与应对

1. 血尿：最常见症状，因管道摩擦擦尿管或膀胱黏膜引发。轻微血尿无需紧

张，通过大量饮水通常可使尿色变清；若出现鲜红色血尿且伴有血块，或休息后症状仍不缓解，需及时就医。

2. 膀胱刺激征：管道刺激膀胱可引发尿频、尿急、尿痛等症状。可尝试多次少量饮水、调整体位等方式缓解；若症状严重影响休息，或伴有发热，需及时联系医生咨询。

3. 腰部不适：排尿时尿液可能通过双J管回流至肾脏，引起腰部酸胀或疼痛。若伴随其他异常(如发热)，需结合整体体征判断是否就医。

4. 其他危急情况：出现无尿、少尿等排尿极度困难症状，或怀疑管道脱出时，应立即就医；若体温超过38.5℃且伴有寒战、腰痛加剧，也必须立即就医。

(二)留置尿管的常见不适与应对

1. 尿意感：患者常出现想排尿的感觉，属正常现象——因气囊在膀胱内产生异物感，男性患者因尿道较长，这种感觉会更明显。

2. 尿道口溢尿：膀胱痉挛、尿管堵塞、便秘或感染时，可能出现尿道口溢尿，需时刻保持尿管是否打折、受压，同时保持大便通畅；若排除以上原因后仍

持续溢尿，应及时告知医护人员。

3. 排尿异常与堵塞：若患者无尿流出且感到膀胱胀痛，可能提示尿管堵塞，需立即就医。

4. 尿液异常：观察尿液是尿管患者日常护理的重要环节——若尿液出现浑浊、絮状物、沉淀物，或尿色加重，可能提示感染或堵塞，应及时就医。

5. 尿管脱出：若不慎拔出尿管，需保持镇定，先观察尿道口有无活动性出血，再尝试自行排尿；若无法排尿或排尿时极度疼痛，需立即携带脱出的尿管前往医院就诊。

带管期间，建议患者有尿意时及时排空膀胱，避免憋尿；保持大便通畅，防止便秘和剧烈咳嗽(避免腹压升高引发不适)。

三、科学日常护理要点

科学的日常护理是保障带管舒适、预防感染的基础，具体需注意以下方面：

1. 充足饮水：肾功能正常者需保证充足饮水，可有效预防感染、减少血尿、防止尿管堵塞，建议每日饮水量为2~3L。

2. 合理活动：避免剧烈运动、突然弯腰、提重物等行为，防止管道移位或出血；

若活动后出现不适，可抬高腰部休息。

3. 保持排便通畅：多摄入高纤维食物，避免因便秘导致腹压升高，进而引发尿液返流或溢尿。

4. 注重个人卫生：每日清洗尿道口及会阴部2次，宜选择淋浴，同时做好尿管接口的防水措施；严禁盆浴，排便后需及时清洁。女性患者需特别注意清洗方向，建议从尿道口向外擦拭，避免将细菌带入尿道。

5. 尿管专项护理：妥善固定尿管于大腿或下腹部，保持尿袋始终低于膀胱水平，防止尿液返流；尿袋及尿管需定期更换，严禁超期使用；当尿袋超过尿袋3/4时，应及时倾倒，且倾倒过程中需避免污染接口。

四、管道拔除与后续注意事项

双J管：留置时间由医生根据手术术决定，拔管需在膀胱镜下进行。拔管后1~3天内，可能仍有轻微尿频或不适，继续多饮水即可；若出现发热、腹痛，需及时复诊。

尿管：拔除前经医护人员评估膀胱功能后进行，严禁患者自行拔除。

带管生活只是康复路上的短暂阶段。只要掌握科学的护理方法，细心观察身体变化，积极做好预防措施，绝大多数不适症状都可控、可缓解。请务必保持乐观心态，积极应对疾病，迎接康复的到来！

(来安县人民医院 刘莹)

ICU和普通病房有何不同？

ICU将病情恶化的识别窗口从“小时级”缩短至“分钟级”，为后续器官支持治疗争取了宝贵时间。

设备配置：由“基础生命监测”升级为“多器官功能替代”

普通病房的标配设备包括无创血压计、指尖血氧仪、壁式吸氧装置和常规输液架，电源采用民用220伏回路，设备投入相对较低。ICU则必须配备完整的器官支持系统：呼吸支持方面，拥有多功能有创呼吸机，具备容量控制、压力控制、高频振荡通气、高流量氧疗等模式，部分机型还可集成呼吸末二氧化碳监测和食道压监测模块；循环支持方面，常备连续心排量监测仪(如PICCO监测仪或Swan-Ganz导管)、多通道微量注射泵和升压药集中配制站；肾脏支持方面，配备床旁连续性血液净化装置；此外，还配置体外膜肺氧合(ECMO)设备、床旁超声仪、纤维支气管镜等。

ICU单张床位的设备折旧和耗材成本可达数百万元，其设备配置目的不仅是监测生命体征，更在于替代衰竭器官的功能：ECMO可承担气体交换功能，短暂为患者提供心肺功能支持；连续性肾脏替代治疗(CRRT)可替代肾功能；呼吸机配合气管插管能维持气道通畅，实现有效通气；机械辅助循环装置可减轻心脏负荷等。

留置导管患者居家护理攻略

张，通过大量饮水通常可使尿色变清；若出现鲜红色血尿且伴有血块，或休息后症状仍不缓解，需及时就医。

2. 膀胱刺激征：管道刺激膀胱可引发尿频、尿急、尿痛等症状。可尝试多次少量饮水、调整体位等方式缓解；若症状严重影响休息，或伴有发热，需及时联系医生咨询。

3. 腰部不适：排尿时尿液可能通过双J管回流至肾脏，引起腰部酸胀或疼痛。若伴随其他异常(如发热)，需结合整体体征判断是否就医。

4. 其他危急情况：出现无尿、少尿等排尿极度困难症状，或怀疑管道脱出时，应立即就医；若体温超过38.5℃且伴有寒战、腰痛加剧，也必须立即就医。

(二)留置尿管的常见不适与应对

1. 尿意感：患者常出现想排尿的感觉，属正常现象——因气囊在膀胱内产生异物感，男性患者因尿道较长，这种感觉会更明显。

2. 尿道口溢尿：膀胱痉挛、尿管堵塞、便秘或感染时，可能出现尿道口溢尿，需时刻保持尿管是否打折、受压，同时保持大便通畅；若排除以上原因后仍

持续溢尿，应及时告知医护人员。

3. 排尿异常与堵塞：若患者无尿流出且感到膀胱胀痛，可能提示尿管堵塞，需立即就医。

4. 尿液异常：观察尿液是尿管患者日常护理的重要环节——若尿液出现浑浊、絮状物、沉淀物，或尿色加重，可能提示感染或堵塞，应及时就医。

5. 尿管脱出：若不慎拔出尿管，需保持镇定，先观察尿道口有无活动性出血，再尝试自行排尿；若无法排尿或排尿时极度疼痛，需立即携带脱出的尿管前往医院就诊。

带管期间，建议患者有尿意时及时排空膀胱，避免憋尿；保持大便通畅，防止便秘和剧烈咳嗽(避免腹压升高引发不适)。

三、科学日常护理要点

科学的日常护理是保障带管舒适、预防感染的基础，具体需注意以下方面：

1. 充足饮水：肾功能正常者需保证充足饮水，可有效预防感染、减少血尿、防止尿管堵塞，建议每日饮水量为2~3L。

2. 合理活动：避免剧烈运动、突然弯腰、提重物等行为，防止管道移位或出血；

若活动后出现不适，可抬高腰部休息。

3. 保持排便通畅：多摄入高纤维食物，避免因便秘导致腹压升高，进而引发尿液返流或溢尿。

4. 注重个人卫生：每日清洗尿道口及会阴部2次，宜选择淋浴，同时做好尿管接口的防水措施；严禁盆浴，排便后需及时清洁。女性患者需特别注意清洗方向，建议从尿道口向外擦拭，避免将细菌带入尿道。

5. 尿管专项护理：妥善固定尿管于大腿或下腹部，保持尿袋始终低于膀胱水平，防止尿液返流；尿袋及尿管需定期更换，严禁超期使用；当尿袋超过尿袋3/4时，应及时倾倒，且倾倒过程中需避免污染接口。

四、管道拔除与后续注意事项

双J管：留置时间由医生根据手术术决定，拔管需在膀胱镜下进行。拔管后1~3天内，可能仍有轻微尿频或不适，继续多饮水即可；若出现发热、腹痛，需及时复诊。

尿管：拔除前经医护人员评估膀胱功能后进行，严禁患者自行拔除。

带管生活只是康复路上的短暂阶段。只要掌握科学的护理方法，细心观察身体变化，积极做好预防措施，绝大多数不适症状都可控、可缓解。请务必保持乐观心态，积极应对疾病，迎接康复的到来！

(来安县人民医院 刘莹)

设备的高度集成与数据互通，让医生能在同一界面读取心肺等多个系统的实时参数，快速制定或调整治疗方案，这是普通病房无法实现的“器官替代治疗平台”。

医护团队专业性：从“通科管理”到“专业协作”

普通病区通常由1名住院医师负责15~25张病床，护理人员床护比约为1:0.4，夜班实行听班制度；诊疗计划遵循各专科常规流程，对危重症的识别与处理多依赖医护人员个人经验。

ICU则严格执行床护比1:(2.5-3.0)以上的标准，护士均接受过系统的危重症专科培训；医师团队主要由具备重症医学专业资质的主治医师及以上职称医师领衔，且24小时在岗。

ICU强调多学科协作，可在同一时间窗内完成患者病情评估与治疗方案的调整，避免了“单学科线性决策”可能导致的延误或治疗冲突。

高水平的专业协作不仅提高了危重症患者的抢救成功率，还降低了中心静脉导管等相关血流感染、呼吸机相关肺炎等院内感染的发生率。

收治患者类型：明确“可逆性重症”与“稳定期”分界线

普通病房适合病情相对稳定、仅需基础治疗或观察的患者，例如轻中度肺

炎、慢性高血压、需口服药物调节的糖尿病患者，以及术后恢复顺利且无需特殊监护的患者。

ICU主要收治急性、可逆性器官功能障碍且危及生命的患者，具体包括：呼吸衰竭需接受有创或无创机械通气且吸入氧浓度(FiO₂)超过60%的患者；休克需持续使用升压药维持平均动脉压≥65mmHg的患者；严重创伤或大型手术后需密切监测出血情况及循环状态的患者；急性冠脉综合征合并血流动力学不稳定的患者等。

同时，ICU收治患者遵循“可逆性原则”：对晚期恶性肿瘤终末期、不可逆性脑死亡、慢性多器官功能衰竭进入姑息治疗阶段的患者，除非出现可逆性急性并发症，否则不建议长期占用ICU资源。

患者转入与转出ICU的标准，由重症医学科与相关专科医师共同评估；当患者急性生理指标稳定、可停用升压药或减至低剂量、呼吸功能满足脱机条件、无需进行连续性器官替代治疗时，应尽早转回普通病房。

尽早转出ICU，既能降低患者院内感染和ICU获得性衰弱的发生风险，也能缓解ICU床位紧张的问题。

重症监护病房，看似只是多放置了几台设备、多配备了几名护士，但真正让ICU与普通病房拉开差距的，是“时间颗粒度”更精细、“干预维度”更宽泛、“资源密度”更高，从而最大程度地将“死亡”挡在门外，坚守住生命的最后一道防线。

(安庆市立医院重症医学科 程高翔)

若活动后出现不适，可抬高腰部休息。

3. 保持排便通畅：多摄入高纤维食物，避免因便秘导致腹压升高，进而引发尿液返流或溢尿。

4. 注重个人卫生：每日清洗尿道口及会阴部2次，宜选择淋浴，同时做好尿管接口的防水措施；严禁盆浴，排便后需及时清洁。女性患者需特别注意清洗方向，建议从尿道口向外擦拭，避免将细菌带入尿道。

5. 尿管专项护理：妥善固定尿管于大腿或下腹部，保持尿袋始终低于膀胱水平，防止尿液返流；尿袋及尿管需定期更换，严禁超期使用；当尿袋超过尿袋3/4时，应及时倾倒，且倾倒过程中需避免污染接口。

四、管道拔除与后续注意事项

双J管：留置时间由医生根据手术术决定，拔管需在膀胱镜下进行。拔管后1~3天内，可能仍有轻微尿频或不适，继续多饮水即可；若出现发热、腹痛，需及时复诊。

尿管：拔除前经医护人员评估膀胱功能后进行，严禁患者自行拔除。

带管生活只是康复路上的短暂阶段。只要掌握科学的护理方法，细心观察身体变化，积极做好预防措施，绝大多数不适症状都可控、可缓解。请务必保持乐观心态，积极应对疾病，迎接康复的到来！

(来安县人民医院 刘莹)

在诊室里，常常听到这样的叹息：“医生，我这膝盖真是不中用了，上下楼像扎气，天气一变它就提前‘预报’，多走几步就疼得受不了，是不是只能换关节了？”这很可能是膝骨关节炎。今天，将带您系统了解膝骨关节炎，并为您提供相关的防治策略。

认识膝骨关节炎

从现代医学看，膝骨关节炎是一种以关节软骨的磨损、破坏为核心，伴有周围骨质增生(骨刺)、滑膜炎的慢性关节病。其主要症状可概括为“痛、僵、肿、响、变”：痛：活动时加重、休息后缓解的“活动痛”；僵：晨起或久坐后关节僵硬，活动片刻可缓解(通常<30分钟)；肿：关节肿胀，因滑膜炎积液。响：活动时关节内有摩擦感或咔嚓声(骨摩擦音)；变：后期可出现关节畸形，如O型腿、X型腿。

传统医学认为，膝为筋之府，肝主筋；肾主骨生髓。因此，膝骨关节炎的根本在于“肝肾亏虚”。随着年龄增长，肝肾精气逐渐衰退，导致筋骨失于濡养，变得脆弱，此时，再受到风、寒、湿等外邪侵袭，气血运行不畅，“不通则痛”“不荣则痛”，从而引发关节疼痛、肿胀和活动不利。因此，中医认为本病是本虚标实之证，肝肾不足是病根(本虚)，风寒湿邪、气滞血瘀是表现(标实)。

治未病，养肝肾，避外邪

《黄帝内经》云：“上工治未病，不治已病。”预防膝骨关节炎，应从青壮年时期开始。

1. 控制体重，减肥为先：体重每增加1公斤，膝关节在行走时承受的压力会增加3~4倍。减肥是减轻膝关节负荷最有效的方法。

2. 科学运动，循序渐进：避免长期爬山、爬楼、蹲跪等对膝关节磨损大的活动。选方式：推荐游泳、骑自行车、太极拳等低冲击性运动。强肌肉：股四头肌是膝关节的“天然护膝”。坚持进行直腿抬高、靠墙静蹲等训练，能极大增强关节稳定性。

3. 注重保暖，避邪御寒：中医强调“风为百病之长”，寒湿之邪易侵袭膝关节，导致气血凝滞。因此，切勿贪凉，夏天避免空调风直吹，秋冬季节注意膝盖保暖，可佩戴护膝。

4. 均衡饮食，滋养肝肾：适当增加钙质(牛奶、豆制品)和维生素D的摄入，强健骨骼。多食用黑色食物以补肾，如黑豆、黑芝麻、桑葚等。可适量食用强筋健骨的药膳，如杜仲牛膝炖猪腰、山药枸杞粥等。

5. 调和情志，舒畅气机：肝主疏泄，情志不畅会影响肝气运行，进而伤筋。保持心情愉悦，对于维持筋骨健康同样重要。

中西合璧 内外兼修

一、中医内治法(辨证论治)

1. 肝肾亏型：症见腰膝酸软无力，酸痛绵绵，遇劳加重。治宜补益肝肾、强筋健骨，可予独活寄生汤、左归丸等加减。

2. 寒湿痹阻型：症见关节冷痛重着，遇寒加重，得温则减。治宜散寒除湿、温经通络，可予乌头汤加减。

3. 湿热蕴结型：症见关节红肿热痛，扪之发热。治宜清热利湿、通络止痛，可予四妙散加减。

二、中医外治法

1. 针灸疗法：取足三里、阳陵泉、血海、梁丘、犊鼻等膝周穴位，能有效疏通经络、调和气血、消肿止痛。

2. 推拿手法：通过揉、拿、滚、点按等手法，松懈紧张肌肉，改善关节活动度。

3. 中药外用：敷贴：将中药制成膏药贴敷患处。熏洗：用中药煎汤熏洗患处，借助热力使药力直达病所。

4. 小针刀、银质针等：对于软组织粘连严重的患者，这些疗法能有效松解粘连，缓解疼痛。

三、现代医学治疗

1. 基础治疗：健康教育、运动疗法、物理治疗等。

2. 药物治疗：非甾体抗炎药(口服或外用)、关节腔注射玻璃酸钠、富血小板血浆(PRP)等。

3. 手术治疗：对于膝骨关节炎终末期患者，关节置换术是成熟且效果显著的手段。膝骨关节炎的防治精髓在于“防治结合，中西并重”。从此刻起，控制体重，科学运动，注重保暖，调养肝肾。若已出现问题，及时就医，医生会结合中医的智慧与现代医学的精准技术，为您制定最合适的治疗方案，助您迈开双腿，走向健康无忧的明天！

(安庆市中医院骨科 王文亮)

膝骨关节炎「养治结合」有良方