

哮喘的预防护理和注意事项

春天是一个万物复苏的季节,但却有这样一群人最为之头疼,那就是哮喘患者。春季气候多变,昼夜温差大,易引发感冒,而感冒是引起哮喘急性发作的重要诱因之一。

哮喘,全名为“支气管哮喘”,是由多种细胞参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症导致气道高反应性,出现广泛多变的可逆性气流受限,导致反复发作性的喘息、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和清晨发作、加剧,多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

在我国,哮喘发病率呈逐年上升趋势。中国肺健康研究结果显示,我国20岁及以上人群的哮喘患病率为4.2%,推算我国20岁以上哮喘患者达到4570万人。由此可见,提高和改善哮喘病人生活质量刻不容缓。

哮喘有哪些治疗方法?

哮喘是一种没有临床彻底治愈方法的慢性疾病,治疗方法首选激素类。吸入糖皮质激素可明显改善哮喘患者症状,但长期应用易造成依赖,且存在不同程度的副作用,比如肾上腺抑制、青光眼、白内障、骨质疏松等,严重影响身体健康,且会给患者带来严重的经济负担。

随着对哮喘认识的不断深入,治疗的重点已从解痉、抗感染、抗过敏来缓解症状,转为防治气道炎症为主的综合治疗。近年来,肺康复作为一种有效的非药物治疗方法被广泛接受。研究显示,肺功能康复,如呼吸训练、康复运动、穴位按摩等可有效提高患者的活动耐力、改善肺功能、提高哮喘患者的生活质量。

体育活动对哮喘有何影响?

体质较弱的患者可从尝试步行开始锻炼,逐渐从步行过渡到走与跑交替进行。体质较好者可选择骑行单车、水底换气、太

极拳等运动方式,这些运动都可以显著增强肺部组织的弹性,增加肺泡的张开率,从而使肺活量加大。采取循序渐进方式逐步开展呼吸训练、体育活动,能有效降低由于运动而导致的哮喘发作。

饮食对哮喘患者有哪些影响?

有研究指出,饮食结构的改变,如抗氧化剂和n-3多不饱和脂肪酸摄入减少,饱和脂肪酸和反式脂肪酸的增加,均与哮喘患病率密切相关。一项Meta分析显示,地中海饮食模式可减少反复喘息、反复重症喘息及哮喘的患病率。主张哮喘患者的饮食降低碳水化合物比例,碳水化合物50%、脂肪25%—35%、蛋白质15%—25%。

哮喘患者的护理方法有哪些?

一般护理保持病室空气新鲜,室温在18℃—20℃,相对湿度应在50%—60%,将患者安置在抢救室,卧床,取端坐位,高流量面罩吸氧及开通静脉通道。

雾化吸入做好气道管理,清理呼吸道分泌物,遵医嘱给雾化吸入。吸入后给患者拍背、痰液排出,必要时吸痰。

哮喘患者的预防有哪些?

1. 要避免与发病有关的过敏源接触。外出时戴口罩是简单而有效的方法,同时还要避免到花粉浓度高的场所去。要避免进食如火锅、海鲜类等食物。
2. 预防感冒。春天昼夜温差大,注意增减衣服。多喝水,多吃新鲜蔬果,促进排毒增强抵抗力。
3. 适当锻炼身体。哮喘病人不是不能动,要适当锻炼。常做运动推荐散步、游泳、打太极等。
4. 家中除尘螨。哮喘病人家里定期开窗通风,保持空气流通,被褥要勤换勤晒,不喂养宠物,减少螨虫、霉菌等微生物滋生。

(商丘市第一人民医院护理部 邵春梅)

春季应警惕过敏性结膜炎

春季来临,过敏性结膜炎患者越来越多。过敏性结膜炎即眼结膜

受到花粉、灰尘、尘螨、动物皮屑等过敏原刺激,产生超敏反应,出现眼痒、眼红、流泪及分泌物增加等过敏表现的一类结膜炎。通常累及双眼,脱离过敏原后,可逐渐自行缓解。春、秋季是过敏性结膜炎的高发季节,该病可反复发作,彻底根治比较困难,多见于过敏体质患者。

过敏性结膜炎的症状:

1. 眼痒、眼红是最常见症状。
2. 眼睛灼热感、异物感,患者可出现频繁揉眼、眨眼。
3. 怕光、流泪、分泌物增加,即眼屎增多,分泌物多为黏液性,呈黏稠的丝状。
4. 眼皮肿胀、皮肤粗糙。

严重的过敏性结膜炎有时可以出现视力下降。

过敏性结膜炎注意事项:

1. 避免接触过敏原:应避免接触导致过敏性结膜炎发生的物质,如花粉、灰尘、尘螨、动物皮屑等过敏原,避免接触一些眼部清洗液等。
2. 空气污染严重时患者应适当减少户外活动。
3. 平时注意保护眼睛,不要用手揉眼睛;使用滴眼液之前需要清洗双手。
4. 适当锻炼身体,增强身体抗病能力;使身体对抗过敏反应的潜能提高,并减少、减缓过敏反应。
5. 注意休息,避免劳累过度;保持良好情绪。
6. 戴角膜接触镜的患者应加强接触镜护理,缩短佩戴时间,尽量

戴框架眼镜代替隐形眼镜,减少对眼睛的刺激。

7. 患者应尽量避免食用海鲜类、辛辣刺激性类、鱼蛋虾食物等加重过敏的食物。
8. 少吃甜腻食品,应多吃一些新鲜的蔬菜、水果,增加维生素A、B1、C、E的摄入。
9. 改善生活环境,经常清扫房间角落的灰尘,清洁毛毯、地毯,特别是注意改善空气质量或居室内温度和湿度,使过敏原的影响减轻。
10. 有过敏体质的人家里最好不要养宠物,因为动物的皮毛最容易深藏尘螨。

过敏性结膜炎患者应及时去医院就诊,在医生的指导下进行规范治疗,避免病情进一步加重。

(商丘市第一人民医院眼科 曹嵘)

急性乳腺炎知多少

急性乳腺炎的护理方法有哪些呢?

非手术治疗的护理:

1. 一般护理:注意休息,避免过度紧张和劳累。摄入充足的食物、液体和维生素C。对于发热病人给予物理或药物降温。
2. 排空乳汁:鼓励产妇继续双侧哺乳,若婴儿不能顺利吸吮乳汁,医嘱建议暂停哺乳,用吸奶器吸出或用手挤出乳汁;哺乳前热敷乳房;若疼痛刺激了乳房反射,可先喂健侧乳房后再喂患侧乳房;变换不同哺乳姿势哺乳,以促进乳汁排出。
3. 配合治疗:遵医嘱局部用药,口服抗生素或中药治疗,必要时停止哺乳,因某些药物通过乳汁分泌而影响婴儿。
4. 缓解疼痛:缓解疼痛的方法很多,如用宽松乳房罩托起乳房,以

减轻局部疼痛和肿胀;药物热敷或理疗,以促进局部血液循环或炎症消散;遵医嘱服用对乙酰氨基酚或布洛芬镇痛。若经过以上措施不能好转,考虑手术治疗。

术后护理:脓肿切开引流后保持引流通畅,密切观察引流液颜色、形状、量及气味的变化,定时更换切口敷料。

总之,初为人母,育儿经验少,特别是关于母乳喂养经验欠缺,如口腔不清洁、没有良好的哺乳习惯、乳头内陷、卧位挤压乳房等均可引起急性乳腺炎的发生,急性乳腺炎疼痛剧烈,致使对患儿哺乳造成影响等,致使造成产妇焦虑紧张,及时准确地护理急性乳腺炎的发生,保证产妇生理和心理健康尤为重要。

(商丘市第一人民医院 柴西英)

缺铁性贫血饮食禁忌

忌油炸食物和不易消化之物。油炸食品一方面其中所含的大量营养成分被破坏;另一方面油炸食品变得坚硬,不易被消化吸收,停留在肠道,引起肠道渗透压改变,造成肠道功能紊乱,反过来又加重了肠道营养成分的吸收障碍。不易消化的食物同样也极易引起消化功能的紊乱,导致营养不良。

忌饮茶和咖啡。缺铁性贫血患者在使用铁剂治疗或服用其他补血药时,不可饮茶;因为茶叶中有一种叫做鞣酸物质,可以与铁剂结合形成不溶性的鞣酸铁,妨碍人体对铁的吸收。同样,咖啡也因含有鞣酸而成为缺铁性贫血的禁忌。

忌大蒜。大蒜含有较多的挥发性物质,据研究表明,大蒜本身具有刺激性,多食会抑制胃液分泌,影响食物的消化和吸收;它还会降低血红蛋白和红细胞数目,可加重贫血。所以,缺铁性贫血患者不宜食用大蒜。

少喝牛奶。牛奶虽然含有丰

富的营养如蛋白质,但铁的含量很低,钙和磷的含量较高。牛奶中的钙和磷会和人体内的铁结合成不溶性的含铁化合物,使人体内的铁更不足。所以,缺铁性贫血者不宜多饮牛奶。

(商丘市第一人民医院全科医学科 张香芝)

病理检查中免疫组化的意义

在我国,免疫组化在病理检查中的应用始于上世纪七八十年代。随着外科病理学的发展及精准治疗的需要,免疫组化的应用越来越广泛,地位越来越重要。免疫组化主要用于病变良恶性判断、组织来源分析、免疫治疗相关的伴随诊断,靶向检测、病原学检测、内分泌激素受体检测等。

譬如,乳腺癌中的免疫组化:ER(雌激素受体)、PR(孕激素受体)、HER2(人表皮生长因子受体,靶向治疗相关)、Ki67(增殖指数),组成乳腺癌分子分型的重要依据。根据不同的免疫组化表达情况把乳腺癌分成LuminalA型、LuminalB型、HER2阳性型及三阴性;而不同的分子病理类型预后和治疗也不相同。如果不做免疫组化就没法进行正确治疗。当然,乳腺癌病理诊断常用的免疫组化还包括是否浸润的标记P63、CALP,以及组织学分型常用的CK5/6、EGFR、E-cad、P120、Syn、S100等标记。而对于来源不明的转移癌,我们常用一堆标记寻找组织来源,如肺的标记TTF1、前列腺的标记PSA等,以及包括CK7/CK20/Villin/SATB2等多个指标用于区分转移性腺癌来自消化道还是女性生殖系统等。免疫组化还可以用来病原学检测,CMV巨细胞病毒、疱疹病毒HSV、幽门螺旋杆菌HP、乙肝表面抗原HBSAg等。

近年来,肿瘤的免疫治疗方兴未艾,这离不开根据免疫组化做出的伴随诊断PDL1、MMR等。淋巴结肿大是不是淋巴瘤?我们常用B细胞、T细胞标记及生发中心等先区分不同区域细胞构成类型,然后根据形态学特点结合免疫组化作出病理诊断,大多数淋巴瘤增生性病变需要免疫组化帮助作出病理诊断。现在,我们几乎每批病理检查都需要加做一些免疫组化,疑难病理诊断更是离不开免疫组化,而不是加做免疫组化意味着病情多严重。免疫组化不仅用于常规病理、细胞病理,术中冰冻病理也开始用免疫组化技术了,这使得病理诊断更准确更安全。

虽然临床病理学发展到了分子病理时代,但免疫组化的作用没有被取代,相反又得到了发展和扩大。免疫组化的应用使病理诊断更精准,更科学,已经成为各家医院病理科的标志性技术。

(商丘市第一人民医院病理科 张玉文)

病理标本的送检知识

病理标本的定义为由临床医生手术切除、内镜活检、穿刺抽取的标本以及病人身上脱落的标本,分为大手术标本、小活检标本及细胞学标本等。

病理标本的送检一般由医务人员、护工或病人家属来完成。因为病理诊断对于疾病的诊断和后续治疗至关重要,送检虽然看似简单,却不能敷衍了事。需要注意以下几点:1.病理标本与病理申请单同时送到病理科;2.病理标本需要及时有效固定,一般由充分的10%中性福尔马林覆盖标本;3.病理标本需要清晰标识患者信息,包括姓名、年龄、门诊/住院号、科别、床号等;4.病理申请单填写需要清晰、完整,包括患者一般信息,以及影像、检验学资料,临床病史,手术所见,临床诊断,既往病理检查,标本类型,部位,诊断医生,联系电话等;5.不同部位的标本不能混装,不然病理医生无法区分不同部位,导致难以明确病变部位性质;6.送检之前不能人为破坏标本的完整性,不然病理医生不能看到病变的全貌及与周围组织的关系,了解病变的生物学行为;7.不要一份标本分成两份,分送不同医院病理科,这样会造成病理诊断不符合,诊断混乱。

以下几种情况病理科常常定义为不合格标本而拒收:1.病理申请单与相关病理标本未同时送达病理科;2.病理申请单内容与送检标本情况不符;3.标本缺乏患者基本信息(姓名、住院号、科别等);4.病理申请单字迹潦草、模糊难认;5.病理申请单填写简单,缺少重要项目;6.标本严重自溶、腐败、干涸;7.标本太小、太少难以制片,以及其他影响病理检查可行性和病理诊断准确性的因素等。

送检不合格标本的现象虽然危害不小,却屡见不鲜,有的甚至引起了纠纷,需要引以为戒。病理科拒收的标本和申请单则一律当即退回,不予存放。

(商丘市第一人民医院病理科 张玉文)

病理医师眼中的胃肠镜活检

随着科技的进步以及人民生活水平的提高,消化系统疾病的发生率也在逐年增加,人们来医院进行胃肠镜检查也相应增加。如果胃肠镜下出现病变,就会取活检做病理,病理结果该怎么解释呢?今天,就和大家谈一下病理医生眼中的胃肠镜检查。

首先,需要知道的是不管是食管、胃还是肠道,在内镜下取得病理活检送到病理科之后的流程:1.核对本标本的基本信息,如姓名、性别、年龄及取材部位等;2.取材,取材时再次核对取材部位,标本粒数及大小;3.蜡块脱水、切片、染色等;4.诊断医生镜下诊断、报告等。一份病理报告短短几句话,是在很多医护人员的同心协力下完成的。

接下来,我们按食管、胃、肠的顺序简单了解一下常见疾病的病理结果有哪些,以及怎么理解。

一、食管。1.食管黏膜慢性/活动性炎、Barrett食管等是一些炎症性病变,需要对症治疗;2.鳞状上皮乳头状增生/瘤、平滑肌瘤、间质瘤等是一些良性肿瘤/瘤样病变,需要根据病变大小选择ESD或手术治疗;3.鳞状上皮不典型增生,可能是炎症溃疡造成的或者是癌前病变引起的病理表现,是病理医生不能确定诊断,需要临床医生根据内镜所见及临床表现来判断是保守治疗后复查还是手术治疗;4.鳞状上皮/腺上皮异型增生或高级别上皮内瘤变,以及报告为鳞状细胞癌,就需要选择手术。另外,任何活检都存在不能确定情形,病理报告就会出现“可疑癌”“不除外癌”等。这时候同样需要临床医生根据疾病的表现,本着“不过度”“不漏诊”的原则慎重选择定期复查还是再重新取材。

二、胃。1.炎症性病变的病理诊断结果有“轻/中/重度、慢性/活动性、胃炎”,有时伴有“萎缩”“肠化”“溃疡形成”等。如果“萎缩”“肠化”严重时,可能是癌前病变,需要定期随访;2.良性肿瘤/瘤样病变的诊断结果有“胃底腺息肉、增生性息肉、腺瘤、胃肠道间质肿瘤等”。3.腺上皮不典型增生、轻度/中度/重度异型增生及腺癌等,处理和食管相同。

三、肠。肠道分小肠、回盲部和结肠,不同的部位发生的疾病不同。胃肠镜能取到的小肠部位只有十二指肠,该部位常见的良性病变是炎症、憩室、腺瘤,可以选择对症治疗、ESD或手术。恶性病变常见的是腺癌,还有淋巴瘤,但后者不常见。由于癌和淋巴瘤治疗方法不一致,前者手术治疗,后者不需要手术而需要化疗,所以当二者镜下形态难以区分时,需要免疫组化等鉴别出来;回盲部、结肠有相似的疾病,除了肠炎外,最常见的是炎性息肉、增生性息肉、绒毛状/管状腺瘤、高级别上皮内瘤变、癌等。除了炎症和炎性息肉保守治疗,其他的就需要选择ESD或手术治疗。

希望通过上面的简述,能帮助大家了解胃肠镜病理活检有所解。

(商丘市第一人民医院病理科 秦珍珠)

痔的护理方法有哪些

俗话说,十人九痔,您了解痔吗?痔的定义:痔是最常见的肛肠疾病,可发生于任何年龄,且发病率随年龄增长而增高。

痔的分类:内痔、外痔、混合痔。痔的治疗方法有两种:非手术治疗、手术治疗。

非手术治疗的护理方法有以下四种方法:

1. 饮食与活动:多饮水、多食新鲜蔬菜和水果及粗粮,少饮酒,少辛辣及刺激性食物。保持心情愉快及规律的生活起居;增加适当运动量,切忌久站、久坐、久蹲。
2. 温水坐浴:注意控制水温,温度43℃—46℃,每日2次—3次,每次20分钟—30分钟,目的改变局部血液循环、预防病情复发及并发症。

3. 痔块回纳:痔块回纳时要及早回纳并轻柔。对于嵌顿性的痔尽早手术回纳并避免损伤。

4. 疼痛护理:注入抗生素膏或栓剂,促进炎症吸收,减轻疼痛。对于血栓性外痔,也可采取局部热敷的方法。

5. 术前准备:缓解病人紧张情绪,术前排空粪便,必要时全肠道灌洗,完善皮肤准备及药敏准备等。

术后护理有以下四种方法:

1. 饮食与活动:术后1日—2日应以无渣或少渣流质或半流质为主。24小时内可在床上活动翻身等,24小时后可适当下床活动并逐步延长活动时间。伤口愈合后可恢复正常生活。但避免久坐、久站、久蹲。

2. 控制排便:术后早期病人会存在肛门下坠感或便秘,是敷料刺激所致,告诉病人不要紧张;术后3日尽量避免排便,促进伤口愈合,术后48小时内口服阿片酞减少肠蠕动,控制排便。

3. 疼痛护理:大多数肛肠手术病人疼痛剧烈,应及时评估疼痛原因,给予相应处理,如使用镇痛药、去除多余敷料等。

4. 并发症的处理:痔的并发症有尿潴留、出血、切口感染、肛门狭窄。术后24小时内,嘱病人4小时—6小时排尿1次,避免因手术、麻醉、疼痛等原因造成尿潴留。若术后8小时仍未排尿,可行诱导排尿,必要时进行导尿处理。若出现病人恶心、呕吐、心慌、出冷汗、面色苍白等伴有肛门坠胀感和急迫排便感进行性加重,敷料渗血较多时,应及时报告医师进行处理。同时保持肛门皮肤清洁,便后用1:5000高锰酸钾溶液温水坐浴,切口定时换药,充分引流。术后及时观察病人有无排便困难及粪便变细,以排除肛门狭窄,如发生狭窄,应在手术切口愈合后及早扩肛治疗。

总之,三分治疗,七分护理,做好痔的非手术及术后护理对痔的康复尤为重要。

(商丘市第一人民医院 柴西英)