

## 如何正确应对常见的耳鼻喉问题

凌红菊 重庆市第十三人民医院

秋冬时节，流感高发，擤鼻涕成了很多人的日常动作。但鲜为人知的是，这个看似简单的动作，若方式不当，很可能让普通感冒“升级”为痛苦的中耳炎，尤其对儿童危害更大。医学研究证实，不当擤鼻涕是急性中耳炎的重要诱因之一。掌握正确的应对方法，才能在流感季更好地守护耳鼻喉健康。

### 一、为何不当擤鼻涕会引发中耳炎

(一) 耳鼻喉间的“隐秘通道”功能异常：我们的耳朵和鼻子之间，藏着一条名为“咽鼓管”的通道，它的核心作用是调节中耳压力、引流中耳分泌物，维持耳部正常生理状态。当感冒发生时，病毒和细菌会侵袭咽鼓管黏膜，导致黏膜肿胀，让这条通道的通气功能受阻，这是引发后续问题的基础。

(二) 不当动作导致压力骤增与病原体入侵：用力擤鼻涕的瞬间，鼻咽部会产生急剧升高的压力。此时，肿胀的咽鼓管无法及时疏导压力，含有病毒、细菌的鼻腔分泌物就可能被“吹入”中耳腔。而中耳腔温暖潮湿的环境，恰好为这些病原体的繁殖提供了绝佳条件，进而引发中耳感染。

(三) 儿童是高危人群的关键原因：相较于成年人，儿童的咽鼓管具有“短、宽、平”的生理特点，这种结构让病原体更容易从鼻咽部侵入中耳。因此，儿童因不当擤鼻涕引发中耳炎的概率远高于成年人，需要格外重视。

### 二、中耳炎的危害与流感季防护要点

(一) 中耳炎绝非“小毛病”：中耳炎若延误治疗，危害不容小觑。反复发作者可能出现传导性听力下降，儿童患者还可能因此影响语言发育；病情加重时，可能发展为慢性化脓性中耳炎、鼓膜穿孔，甚至引发颅内感染等严重并发症。此外，抗生素耐药性的增加，也使中耳炎的治疗难度逐渐加大。相关流行病学调查显示，中耳炎是导致听力残疾的主要原因之一，在儿童和老年人群中尤为突出。

(二) 流感季护耳核心：控制源头感染：预防中耳炎，关键在于控制上呼吸道感染。流感季若出现感冒症状，应及时治疗，避免

病情蔓延至咽鼓管；同时要保持鼻腔通畅，可使用盐水喷鼻剂清洗鼻腔，减少分泌物积聚，降低病原体滋生风险。

(三) 特殊人群的防护重点：儿童由于表达能力有限，无法清晰诉说耳部不适，家长需重点关注其异常表现，如频繁抓耳、无故哭闹、发热不退等，这些可能是中耳炎的早期信号；老年人因身体机能下降，咽鼓管功能有所衰退，也需加强防护，避免感冒后诱发中耳炎。

### 三、正确应对方法与就医预警

(一) 正确擤鼻涕，牢记“三要三不要”：要单侧交替，每次只擤一侧鼻孔，用手指轻压另一侧鼻翼；要轻柔缓慢，轻轻用力即可，避免突然爆发式用力；要张口缓冲，擤鼻涕时微微张口，帮助平衡咽鼓管压力。不要同时擤双侧鼻孔，以免产生最大鼻咽部压力；不要用力过猛，防止高压将分泌物压入中耳；不要捏紧双鼻擤鼻涕，这是最危险的动作。

(二) 中医护耳辅助方法：中医认为“肺开窍于鼻”，肺气不通易影响耳窍健康。日常可通过按揉迎香穴(鼻翼外缘中点旁)，每日3-5分钟，促进鼻腔通气；也可做“鸣天鼓”动作，即双手掌心捂耳，手指叩击后脑勺36次，舒缓耳部不适；饮食上可多吃白萝卜、梨子等清肺化痰的食物，辅助调理身体。

(三) 及时就医的预警信号：若出现感冒后耳部胀痛、搏动性疼痛，听力下降伴闷堵感，耳道有液体流出(可能是脓液)，发热并伴随耳部不适，或儿童出现频繁抓耳、哭闹不止等症状，这可能是耳鼻喉科疾病的警示信号。这些症状可能表明耳部感染、中耳炎或其他严重疾病，因此应尽快到耳鼻喉科就诊，以免病情恶化，影响听力或造成其他健康问题。

**结语**：流感季，一个小小的擤鼻涕动作，藏着关乎耳鼻喉健康的大讲究。预防胜于治疗，掌握正确的鼻腔护理方法，及时应对感冒症状，就能有效降低中耳炎的发生风险。如果已出现耳部不适，切勿拖延，及时到专科就诊才能避免病情加重。守护好耳鼻喉健康，让这个流感季少一份困扰，多一份安心。

## 为什么HIV感染者更要警惕结核病？

曾思兰 重庆市合川区人民医院

在传染病领域，HIV(人类免疫缺陷病毒)和结核分枝杆菌堪称“致命搭档”——HIV感染者患结核病的风险是普通人的20-30倍，而结核病也是HIV感染者最常见的死亡原因之一。很多人疑惑：“为什么这两种疾病会‘互相勾结’？”其实核心原因在于HIV会摧毁人体免疫系统，让结核分枝杆菌有机可乘。下面用通俗的语言，拆解两者的关联及背后的逻辑，帮你读懂其中的关键。

### HIV和结核病如何“狼狈为奸”呢？

结核分枝杆菌的“潜伏特性”：全球约1/3的人感染了结核分枝杆菌，但大多数人不会发病——因为健康的免疫系统能把病菌“压制”住，让它处于潜伏状态。只有当免疫力下降时，潜伏的病菌才会被激活，引发活动性结核病。

HIV的“核心破坏力”：HIV专门攻击人体免疫系统中负责抵抗感染的CD4+T淋巴细胞，就像拆掉了身体里的“防御部队”。随着CD4+T细胞数量减少，免疫系统逐渐崩溃，对各种病原体的抵抗力急剧下降。

简单说，HIV为结核分枝杆菌“扫清了障碍”：原本被免疫系统压制的潜伏结核病菌，在免疫力崩塌后会快速繁殖，引发活动性结核病；而结核病又会进一步削弱HIV感染者的免疫力，加速HIV病情进展，形成“恶性循环”。

### HIV感染者结核病发病风险翻倍的三个关键原因：

第一个：健康人感染结核分枝杆菌后，免疫系统能迅速启动防御，将病菌局限在肺部局部，形成“结核结节”，不让它扩散。但HIV感染者的CD4+T细胞被大量破坏，“防御部队”兵力不足，无法有效控制病菌。当CD4+T细胞计数低于200个/μL时，潜伏结核的激活风险会大幅上升，原本安静的病菌会突然“作乱”，引发咳嗽、咯血、发热等活动性结核病症状。

第二个：HIV感染者的核心是“杀灭当前所有微生物”，但无法保证器械“永远无菌”。高温高压灭菌、环氧乙烷灭菌等常用方式，能有效杀死细菌、病毒、芽孢等各类致病微生物，让器械达到“无菌状态”。但这种无菌状态是“即时性”的——一旦灭菌后的器械接触到空气、水分或其他污染物，就能被重新污染。就像我们密封保存的食物，即便经过高温烹任，开封后暴露在空气中，也会慢慢滋生细菌，灭菌器械的“保质期”，本质就是无菌状态的“有效保障期”。

器械灭菌后的包装，是维持无菌状态的关键屏障。医院里的灭菌器械会用专用的无菌包装材料密封，这种材料既能阻挡外部的细菌、灰尘进入，又能保证灭菌过程中灭菌介质(如蒸汽、环氧乙烷气体)顺利穿透。但这种包装的防护能力并非永久：随着时间推移，包装可能会出现微小破损、密封性能下降，或者因环境温度变化导致包装受潮，这些都可能让外界微生物“乘虚而入”。一般来说，常规无菌包装的器械，在干燥、清洁的储存环境下，无菌状态能维持6个月到1年，超过这个期限，包装的防护风险会显著升高，因此需要设定“保质期”提醒更换。

储存环境的差异，也会影响灭菌器械的无菌有效期。如果灭菌器械储存在潮湿、杂乱、通风不良的环境中，不仅包装容易受潮

动性结核病，且容易出现播散性结核(病菌扩散到肺外，如脑膜、肝脏、骨骼等部位)，治疗难度更大，死亡率更高。

第三个：结核病的典型症状是持续咳嗽、咳痰、午后低热、盗汗、体重下降；而HIV感染后期，患者也会出现类似的“消耗性症状”，如乏力、消瘦、发热等。这两种症状叠加，很容易让患者或医生误以为是HIV本身的症状，忽略了结核病的存在，导致诊断延误，错过最佳治疗时机。

### HIV感染者如何做好结核病防护？

第一步：定期筛查，尽早发现潜伏结核：优先选择进行胸部X光或CT检查，检查肺部是否有结核病灶。若没有结核病灶，再进行结核潜伏感染筛查，两种方式可以选择：①结核菌素试验(PPD或EC试验)：通过皮肤注射试剂，观察反应判断是否感染；②结核感染T细胞检测(IGRA)：抽血检测，准确性更高，适合免疫力低下的人群。若筛查结果判定为结核潜伏感染，可进一步到当地定点医院咨询预防性抗结核治疗。

第二步：日常防护，避免感染新的结核病菌：①避免接触活动性结核病患者：不要与有持续咳嗽、咳痰超过2周的人密切接触，尤其是在密闭空间；②保持环境通风：结核分枝杆菌通过飞沫传播，开窗通风能稀释病菌浓度，降低感染风险；③佩戴口罩：在人群密集的公共场所或接触结核患者时，佩戴医用口罩或N95口罩，做好防护；④增强自身抵抗力：按时服用HIV抗病毒药物。

第三步：警惕信号，出现症状及时就医：①持续咳嗽、咳痰超过2周，或痰中带血、咯血；②午后低热、夜间盗汗；③短期内体重下降明显；④乏力、食欲减退、胸痛、呼吸困难等。

总之，HIV感染者之所以要高度警惕结核病，核心是免疫系统被破坏后，对结核分枝杆菌的抵抗力大幅下降，容易引发活动性结核病，且病情更重、预后更差。但只要重视定期筛查、做好日常防护、及时发现症状并规范治疗，就能打破两者的“恶性循环”。

## 灭菌后器械为何有“保质期”？

李灵玲 重庆市綦江区中医院

在医院里，经过高温、高压灭菌的手术器械，明明已经“杀过菌”，却还要标注明确的“保质期”，超过期限就必须重新灭菌才能使用。这让不少人疑惑：灭菌后的器械难道不是“一劳永逸”吗？为什么还会有使用期限？其实，灭菌器械的“保质期”背后，藏着保障医疗安全的关键逻辑，并非多余的规定。

首先要明确：灭菌的核心是“杀灭当前所有微生物”，但无法保证器械“永远无菌”。高温高压灭菌、环氧乙烷灭菌等常用方式，能有效杀死细菌、病毒、芽孢等各类致病微生物，让器械达到“无菌状态”。但这种无菌状态是“即时性”的——一旦灭菌后的器械接触到空气、水分或其他污染物，就能被重新污染。就像我们密封保存的食物，即便经过高温烹任，开封后暴露在空气中，也会慢慢滋生细菌，灭菌器械的“保质期”，本质就是无菌状态的“有效保障期”。

器械灭菌后的包装，是维持无菌状态的关键屏障。医院里的灭菌器械会用专用的无菌包装材料密封，这种材料既能阻挡外部的细菌、灰尘进入，又能保证灭菌过程中灭菌介质(如蒸汽、环氧乙烷气体)顺利穿透。但这种包装的防护能力并非永久：随着时间推移，包装可能会出现微小破损、密封性能下降，或者因环境温度变化导致包装受潮，这些都可能让外界微生物“乘虚而入”。一般来说，常规无菌包装的器械，在干燥、清洁的储存环境下，无菌状态能维持6个月到1年，超过这个期限，包装的防护风险会显著升高，因此需要设定“保质期”提醒更换。

储存环境的差异，也会影响灭菌器械的无菌有效期。如果灭菌器械储存在潮湿、杂乱、通风不良的环境中，不仅包装容易受潮

破损，环境中的霉菌、细菌也会更容易附着在包装表面，增加污染风险。比如南方梅雨季，空气湿度大，包装材料容易吸潮，灭菌器械的“保质期”可能会缩短；而在干燥、恒温、洁净的专用储存柜中，保质期则能按标准维持。这也是为什么医院会对灭菌器械的储存环境有严格要求，同时通过“保质期”来双重把控安全。

医疗场景的高风险，决定了必须对无菌状态“零容忍”。手术、穿刺、伤口缝合等医疗操作中，器械直接接触患者的组织、血液，如果器械携带微生物，就可能引发术后感染，严重时甚至危及生命。由于无法通过肉眼判断灭菌器械是否仍保持无菌状态，“保质期”就成了最直观、最可靠的安全标准——在保质期内，器械的无菌状态有明确的科学依据和质量保障；一旦过期，无论包装看起来是否完好，都必须重新灭菌，避免因侥幸心理导致医疗风险。

可能有人会说：如果灭菌后一直密封完好，超过保质期就一定污染了吗？其实不一定，但医疗安全容不得“可能”。超过保质期的灭菌器械，无菌状态的“可信度”会大幅下降，风险无法量化评估。为了确保每一次医疗操作都万无一失，医院会严格执行“过期重灭菌”的规定，这不是浪费，而是对患者生命健康的负责。

简单来说，灭菌器械的“保质期”，是无菌包装的防护期限，是储存环境的影响周期，更是医疗安全的保障线。它提醒我们：无菌状态需要持续维护，医疗安全没有“一劳永逸”。正是这看似严格的规定，层层筑牢了医疗操作的安全防线，让患者在治疗过程中远离感染风险。下次在医院看到标注着保质期的灭菌器械，就会明白这背后是对生命的敬畏和对安全的极致追求。

## 老年肿瘤患者多学科诊疗模式的优势与实施流程

张豪 重庆市第十三人民医院

### 一、什么是多学科诊疗模式？

多学科诊疗模式(Multidisciplinary Team,MDT):指由肿瘤内科、外科、放疗科、影像科、病理科、麻醉科、药剂科、护理、康复、营养、心理、老年医学科等≥3个学科的专家，在同一时间、同一地点，围绕同一位患者进行“圆桌讨论”，当场给出统一、个体化的诊疗方案，并由一位首席专家负责后续执行与跟踪。它不同于传统的“多科会诊”，不是让患者在不同科室间“跑”，而是让专家团队围着患者“转”，形成“以患者为中心”的集成决策流程。

### 二、为什么老年肿瘤患者尤其需要MDT？

老年患者常常是多病共存的状态。平均每位老年肿瘤患者合并3-4种慢性疾病，单一学科很难统筹兼顾抗肿瘤治疗与基础疾病的管理。研究发现75岁以上患者平均用药7-10种，药物相互作用、肝肾毒性风险高。老年患者身体机能下降，包括肌少症、认知障碍、营养不良等“老年综合征”直接影响化疗耐受与术后恢复。然而多数国际指南以<70岁人群为研究主体，对“≥75岁且伴多种合并症”几乎空白，需要MDT现场制定个性化治疗策略。

### 三、MDT给老年患者带来哪些实在获益？

首先，患者的治疗率提高、生存期延长：一项覆盖5.6万例美国退伍军人肝癌队列中，经MDT管理的75岁以上患者接受根治性治疗的比例由61%升至75%，总生存期显著延长。其次，个体化方案更精准，使患者的就医成本下降。例如，在老年肺癌患者中，经MDT讨论后，有28%的患者临床分期得到修正，8%原本计划手术的患者改为靶向联合免疫治疗，从而避免了过度治疗。同时多学科专家会诊，避免重复检查、来回转诊，平均减少住院天数2.3天，直接医疗费用降低10%-15%。最后，多学科介入，生活质量提升：营养、疼痛、心理、康复同步介入，老年患者6个月内体重下降≥5%的比例由30%降至12%，抑郁评分下降40%。

### 四、老年肿瘤患者MDT的“标准七步流程”

第一步：门诊或病房医生使用“老年筛查量表”(G8≤14分或Fried衰弱≥3项)识别高危患者，24小时内提交MDT申请。

第二步：专职协调员(Case Manager)统一收集影像DICOM、病理切片、基因检测、老年综合评估(CGA)、用药清单、社会支持度。

第三步：首席专家提前48小时将资料上传云端，各科室线上标注疑点，系统生成“问题清单”，确保现场讨论高效。

第四步：会议控制在30分钟内，按“影像→病理→肿瘤内科→外科→放疗→老年医学/康复→护理→营养→心理”顺序发言，最后患者或家属表达意愿。

第五步：使用电子投票形成A、B、C三套方案，并标注“首选”“备选”“不建议”，当场确定执行科室与时间表。

第六步：10分钟内生成统一报告(含诊断、分期、治疗目标、具体方案、预期毒性、功能维护计划、随访节点)，患者扫码即可查看。

第七步：协调员2周后电话回访，记录毒性、功能变化；若出现≥3级不良反应，随时启动“二次MDT”，动态调整方案。

### 五、MDT的申请流程：

1. 提出申请：老年肿瘤患者初诊时即可向主管医生提出“是否需要MDT”。由接诊医师评估后申请。

2. 材料准备：患者或家属需要带齐外院影像光盘、病理报告、用药清单、既往出院小结。会诊前，建议患者或家属将希望咨询的问题(例如“能否耐受手术/化疗”“是否必须进行活检”“费用大概多少”)提前列出清单，便于在会上请专家逐一解答。

3. 按照预约时间参加会诊，按会诊制定的“时间表”完成检查、预康复及用药，2周后主动向协调员反馈副作用，勿自行停药。总的来说，老年肿瘤患者的治疗是“肿瘤生物学”与“机体衰老”之间的拉锯战。MDT模式用“团队智商”替代“单兵作战”，把生存时间、生活质量和经济负担放在同一张天平上综合称量。对老年患者而言，MDT不仅是一次会议，更是一份“安全保险单”——让治疗不再顾此失彼，让余生依旧拥有尊严与品质。下一次面对诊断书，请记得问医生：我们可以请多学科团队来看看吗？这一步，或许就是延长父母生命、提升晚年质量的关键按钮。

## 心源性休克患者，精细化出入量管理是关键

徐海燕 重庆市沙坪坝区陈家桥医院

心源性休克是严重的心血管急症，简单说就是心脏这个“泵体”出了故障，无法有效将血液输送到全身，导致重要器官缺血缺氧，死亡率极高。在救治这类患者时，除了针对性的病因治疗，“精细化出入量管理”堪称救命关键——它就像给心脏装了个“流量监控器”，通过精准把控水分的流入和流出，让心脏在危重状态下“轻装上阵”，为救治赢得时间。

### 为啥出入量管理对心源性休克患者这么重要？

心源性休克的核心问题是心脏泵血能力衰竭。此时心脏就像一台动力不足的水泵，面对过多的血液(血容量超负荷)，会不堪重负，进一步加重心衰；可如果血容量太少，又会导致血压过低，器官供血不足，陷入“缺血-缺氧-功能衰竭”的恶性循环。

精细化出入量管理的核心目标，就是找到“血容量平衡支点”：既保证足够的血容量维持血压，又不让心脏承受额外负担，同时通过监测出入量变化，及时判断病情变化，调整治疗方案。可以说，出入量的数据变化，就是反映心脏功能状态的“晴雨表”。

### 什么是精细化出入量管理？不是简单记“喝多少、排多少”

第一步：精准记录“入量”：每一滴都要算清楚：①口服液体：喝水、喝汤、喝牛奶等，哪怕是少量的果汁、茶水也要记录；②静脉输液：所有通过输液管输入的药物、营养液、生理盐水等，护士会精确到毫升；③其他隐性入量：比如雾化吸入的液体、肠道内营养制剂等，容易被忽略但必须计入。

第二步：细致监测“出量”：不放过任何一种排泄途径：①尿液：这是最主要的出量，用尿袋或尿量计精确测量，每小时记录一次，正常情况下成人每小时尿量应≥30毫升，若持续减少，可能提示血容量不足或肾供血不足；②汗液、痰液：大量出汗或咳大量泡沫痰时，要估算量(比如湿透衣物的程度)，这些液体流失会影响血容量；③其他：呕吐物、腹泻物、引流管液体等，也要及时记录。

第三步：动态分析“平衡差”：根据数据调整方案：①若入量远大于出量(正平衡过多)，可能导致肺水肿、加重心衰，需及时调整利尿剂剂量，促进液体排出；②若出量远大于入量(负平衡过多)，可能导致血压下降、肾损伤，需适当补充液体。

但平衡不是绝对的，要结合患者的血压、心率、肺部啰音、皮肤温度等症状综合判断，比如患者血压低但肺部无啰音，可能需要适当增加入量；若肺部出现湿啰音，即使是轻微正平衡，也要警惕肺水肿。

### 精细化管理具体怎么做？这些细节决定成败。

第一步：专人负责，全程监测：心源性休克患者通常在重症监护室(ICU)治疗，由专属护士负责出入量记录，每小时汇总一次数据，医生根据数据动态调整治疗方案，避免“一刀切”。

第二步：工具辅助，精准测量：比如中心静脉压(CVP)监测血容量状态，超声心动图评估心脏功能，为出入量调整提供客观依据。

第三步：个体化调控：①若患者血压低、尿量少，可能需要少量多次补充液体，同时密切观察是否出现心衰加重迹象；②若患者心衰症状明显，需在医生指导下使用利尿剂，逐步减少多余液体，使出入量达到轻度负平衡(每天负500-1000毫升)，减轻心脏负担。

心源性休克的救治是一场“与时间赛跑”的战役，精细化出入量管理看似是“记数字”的小事，实则是贯穿救治全程的关键环节。它通过精准调控血容量，让受损的心脏不再“超负荷工作”，为病因治疗和功能恢复创造条件。对患者和家属来说，信任并配合医护人员的出入量管理方案，就是为救治成功增添重要砝码。如果身边有人遭遇心源性休克，要知道及时送医和规范的精细化管理，是挽救生命的核心保障。