输液室里的“隐形杀手”：如何避开医院交叉感染的3个雷区？

李梅 重庆市荣昌区广顺街道社区卫生服务中心

说起输液，相信很多朋友都不陌生。小时候发烧咳嗽，妈妈会紧紧攥着我们的小手，坐在输液室里盯着药水一滴一滴落下。长大后，我们又成了陪护的那个人，守在父母或孩子身边，默默数着点滴。可您知道吗？这个人来人往的输液室里，也藏着一位看不见的“隐形杀手”——交叉感染。它会在我们不经意间，把细菌、病毒从一个人身上悄悄传递给另一个人。尤其是中老年人、儿童、孕妇以及糖尿病、肿瘤化疗等抵抗力偏弱的朋友，更容易被它盯上。交叉感染并不是输液本身有问题，而是防护细节被忽略了。所幸，如今社区护理发展迅速，已经成为医院感染控制与预防的重要延伸。它离家近、服务暖心，能有效降低风险。今天这篇文章就和大家一起揭开“隐形杀手”的真面目，教您如何绕开3个常见雷区，把防护变成生活习惯。

一、雷区一：把输液室当成“聊天室”，越凑越近

输液室空间相对封闭，流感、呼吸道合胞病毒感染、新型冠状病毒感染、肺炎支原体感染等呼吸道传染病，最容易通过飞沫和近距离气溶胶传播。很多老人喜欢和邻座拉家常、分享病情，结果无意中增加了感染机会。所以呀，进了输液室，请尽量按叫号顺序就座，不串位、不围观、不长时间聊天。陪护家属最好做到一人陪护、短时轮换。如果您自己正有发热、咳嗽、咽痛、流涕等症状，要主动与他人保持距离，规范佩戴医用口罩；咳嗽打喷嚏时用纸巾或肘部遮挡，用完纸巾立即丢弃。口罩一旦潮湿或污染就要及时更换，千万不要拉到下巴上反复使用。这些小习惯，看似不起眼，却能大大降低交叉感染的风险。

二、雷区二：小手到处摸，又揉眼睛又拿吃的

输液室的门把手、座椅扶手、缴费机、呼叫按钮等都是高频接触物体，病原体容易附着其上。通过“手—口、手—鼻、手—眼”途径进入人体，是交叉感染的重要传播途径。很多朋友输液时习惯玩手机、吃零食、揉眼睛，却没意识到手上的病菌可能正悄悄“入侵”。正确做法是：接触公共物品后、进食前、如厕后、按压穿刺点前后，都要认真做好手卫生。最好用流动水和洗手液揉搓至少20秒。不方便时，可使用含醇类免洗手消毒剂。输液过程中要管住自己的手，切勿随意抠胶布、触摸针头或挠抓穿刺部位，也不要把食物、口服药直接放在公共台面或座椅上。

三、雷区三：小看那个“针眼”，自己动手调速度、拔针头

静脉穿刺会短暂打破皮肤屏障，形成暂时性的侵入性通道。如果护理不当，细菌可能由此进入血液，引发局部或全身感染。输液过程中，如果穿刺点出现红肿、热痛、渗出，或全身出现寒战、胸闷、气促、皮疹等不适，一定要立即按呼叫铃告知医护人员，千万不要自行调节滴速、拔针或按揉。输液结束后，要正确按压穿刺点至完全止血，保持敷贴清洁干燥。回家后24–48小时内避免大力搓洗针眼。若针眼持续红肿、出现脓性分泌物或伴有发热，应尽快复诊。很多患者就是因为忽视这个“小针眼”，结果小问题变成了大麻烦。

随着国家“十五五”卫生健康规划的推进，社区感染防控能力不断提升。平时多参加社区举办的“医院感染预防小课堂”“慢性病居家护理讲座”，您就能把防护知识学到手，再也不用每次去大医院都提心吊胆。

对我们普通人来说，健康就是生活质量的底色。能够安安心心输液、平平安安康复，本就是我们该有的样子。输液室里的隐形杀手其实并不可怕，它最怕我们把“少聚集、勤洗手、护针眼”这九个字真正放在心上。下次需要输液或有健康疑问时，不妨先迈开腿，走到家门口的社区卫生服务中心，问一句：“我想了解一下输液后的防护注意事项。”相信有了社区护理的贴心陪伴，您的健康之路会走得更加踏实、温暖。

急性心肌梗死患者的护理技巧，满满的都是干货！

罗婷 柳州市工人医院

急救护理，稳定生命体征

1.保持静卧。急性心肌梗死突然发生，风险性高，急性发作时需要就地休息，避免因活动而加重病情。建议平躺，发作时若在站立或坐位，缓慢躺下，避免突然改变体位引起血压波动而加重病情。躺下之后，打开领口与腰带，保持呼吸道通畅。如果发现患者意识丧失，尝试呼叫，若陷入休克则立即心肺复苏。

2.急救电话。急性心肌梗死很危险，若察觉自己发病，在清醒时立即拨打急救电话，若发现身边人发病且意识模糊，同样拨打急救电话。与医护人员沟通过程，交代好关键信息，如患者所处位置、症状表现、疾病史、过敏史等，方便其初步判断患者病情，并做好急救准备。如果是自行拨打电话者，建议缓慢移动到门口，将房门打开，避免后续陷入昏迷而影响医护人员到场施救。

3.精准用药。某些患者有心脏病史，会准备一些常用药，在察觉心梗发作后立即用药，能够快速控制病情，为后续急救争取时间。

硝酸甘油：是心梗发作的常用急救药物，如果患者血压正常，可以舌下含服，若症状没有缓解，间隔5分钟再含服一次，最多服用3次。对于患有青光眼、低血压疾病者，或者压榨性胸痛者，含服一次无缓解就不要再用药了。

阿司匹林：这种药需要在专业医护人员指导下服用，作用为抑制血栓扩大。

4.心肺复苏。急性心肌梗死病情变化快，即便当下意识清醒、症状轻微，仍然要随时做好急救准备，而心肺复苏是主要急救措施。察觉患者失去意识、呼吸暂停，判断休克，开始心肺复苏。胸外按压深度5～6厘米，频率100～120次/分，按压30次后人工呼吸2次，反复进行。如果具备自动体外除颤仪，在患者陷入休克后，交替使用除颤与心肺复苏急救措施。

稳定期护理，防控并发症

1.注意休息。无论是保守治疗或介入术治疗患者，治疗后48小时内均需要保持卧床休息，由护士或家属协助翻身、喝水、排便等活动。医生会提醒可以下床活动的时间，下床遵循三步法：在床上坐起、移动到床边站立、缓慢行走。这个过程要缓慢进行，避免血压突然变化而导致病情反复。

2.合理饮食。主食：杂粮为主，如燕麦、玉米、藜麦等，减少精米和白面类主食，以防血糖升高增加心脏负担。

蛋白质：优质蛋白为主，如鱼类、去皮鸡胸肉、鸡蛋、豆类等，不建议食用红肉及动物内脏。

蔬菜：多食用新鲜绿叶菜、菌菇，补充膳食纤维，预防便秘。

饮食原则：少食多餐，避免饱腹。禁止食用辛辣、寒凉等容易产生刺激的食物，并戒烟酒。

3.良好情绪。急性心肌梗死疾病与心理状态相关，恢复期要保持积极乐观情绪。疾病发生后患者可能出现焦虑、恐惧等不良情绪。过于激动会造成心率加快、血压升高，从而加重心脏负担。

4.防控并发症。长期卧床要预防下肢静脉血栓形成，建议家属每日为患者按摩腿部，促进静脉回流，加快血液循环，预防血栓形成。每天协助患者翻身、叩背，指导患者正确咳嗽咳痰，痰液黏稠不易排出者，予以雾化、机械辅助排痰，预防肺炎。

康复期护理，警惕复发

1.遵医嘱用药。急性心肌梗死恢复周期漫长，需要坚持长期用药，根据医嘱按时、按量服药。常用药物包括抗血小板类、他汀类、降压药、降糖药等，作用为预防血栓、稳定斑块、控制基础病等。所有药物不能擅自更改用药量或停药，以防导致病情反复。用药期间若出现不适感，如恶心、牙龈出血、肌肉酸痛等，与医护人员电话沟通或者到医院检查，确定是否调整用药方案，不可自行换药。

2.科学运动。康复期不能劳累，但进行必要的康复训练是可以的。出院后早期，散步就可以，每日1～2次，每次不超过15分钟；逐渐好转后可增加太极、瑜伽等温和锻炼方式，并延长活动时间。

3.警惕复发。心肌梗死的复发率较高，要注意观察自身状态，警惕复发。例如，胸部闷痛、压迫感、肩背部疼痛、突然呼吸困难与头晕等，均属于复发信号，建议及时就医。

综上所述，急性心肌梗死是一种致死率较高的疾病，急性期护理关键在于准确施救，稳定期与恢复期以防控并发症及促进康复为主。

胃镜肠镜做完怎么养？一文讲清饮食与休息要点

覃斯 广西壮族自治区柳州市工人医院

很多人做完胃肠镜检查后，拿着报告不知所措，反复地询问今天需要注意什么？该怎么吃、需要忌口多久？腹胀、隐痛正常吗？什么时候能够正常活动？大部分人凭着自己感觉进食，或者立刻恢复正常饮食，出现腹痛腹胀情况。胃肠镜检查具有入侵性，检查后存在明显不适，科学饮食、良好休息是改善不适的关键，今天就为大家讲解有关胃肠镜做完了该怎么养，希望能够帮助到大家。

1.区分普通和有创操作，养护标准不同

多数人并不了解，胃肠镜检查后的调养标准取决于操作类型，单纯影像检视与实施活检、息肉切除的方案，护理要求存在明显区别。仅做内镜观察、未损伤黏膜组织时，身体受到的刺激有限，恢复期相对短暂。若操作中采集组织标本或是去除息肉，消化道内壁会形成微小创口，出血、穿孔概率随之上升，饮食与活动安排需要严格遵从医护指导，不可擅自提早恢复日常饮食。

2.检查后饮食循序渐进

（1）胃镜检查后饮食：完成胃镜检查后，咽喉区域常会产生发麻与异物感，此类感受由局部麻醉药剂所致，属于正常反应。2小时内严禁喝水、进食，防止呛咳、误吸。2小时后可少量喝温水、米汤、温凉流质食物，优先选用温水、米汤，杜绝高温饮品刺激咽喉及胃壁。检查当日应避免食用辛辣、过烫及质地坚硬类食物，同时禁止饮酒，忌饮用浓茶、咖啡。若检查中进行标本采集，建议4小时后再进食，3天内流质或半流质饮食，少食多餐，不吃硬饭、粗粮、坚果，减轻胃部消化压力。当日三餐原则：温、软、烂、淡。

（2）肠镜检查后饮食：肠镜检查前会充分清洁肠腔，检查结束后肠道变得敏感，气体易在体内淤积，不少患者存在腹胀、排气增多现象，这是检查充气残留导致的，完全正常，可多慢走、轻柔揉腹，帮助排出肠道残余气体。仅进行常规肠镜且无明显不适时，2小时后可少量饮用温水，之后慢慢进食清汤。检查当日适宜进食流质、半流质饮食，可选择蒸蛋羹、软面条、稀粥等食物。短期内尽量少吃产气食物、粗纤维蔬菜、坚果以及生冷鲜果，这类食材容易摩擦肠道内壁，极易引起迟发性出血、腹痛、感染。如果检查中实施息肉摘除，需要按照医护要求禁食相应时长，再逐步恢复正常进食。

3.休息及日常活动，这些禁忌要知晓

（1）无痛胃肠镜检查结束后 6 小时内，禁止驾驶机动车、骑行电动车、进行高空作业，同时避免开展精细操作类工作，防止体内残留麻醉药物影响机体反应能力与判断力，引发安全风险。（2）仅接受基础内镜筛查者，当日侧重静养，能够缓慢步行，避开奔跑、负重搬运以及高强度锻炼。（3）完成组织取样、息肉摘除的人群，1周内禁止剧烈运动，包括跑步、跳绳、健身、搬重物、久蹲、便秘用力排便等。创面需要静养结痂，运动过多容易导致结痂脱落出血。（4）轻微腹胀、隐痛不适感通常会慢慢减轻，一旦产生持续剧烈腹痛、呕血、便血、体温升高现象，应当马上寻求医护人员协助。

4.容易踩坑的常见误区

（1）很多人检查后自我感觉良好，于是马上吃火锅、烧烤、啤酒，这是非常错误的。此时的胃黏膜十分脆弱，吃刺激性强的食物很容易诱发腹痛，严重还会导致创面出血。（2）不少人认为检查后要进补，于是喝重油肉汤。油腻食物会加重消化负担，很容易出现腹胀腹泻症状。（3）部分人过度谨慎，连续好几天只喝粥，这样也是错误的，若营养不足，会影响胃肠粘膜修复，可逐渐缓慢地恢复到正常饮食，保证饮食清淡易消化即可。（4）有些患者等到腹部酸胀感消失，就开始进行长跑、力量训练。如果内镜操作时完成标本采集或是息肉去除，短期内开展大幅度运动，有可能造成创面迟发性出血。

总而言之，胃肠镜检查是守护胃肠健康的金标准，做好检查及检查后养护，才能真正做到早发现、早诊断、早治疗、早康复。

胆里长了石头，一定要把胆切掉吗？

胡俊 重庆芳华医院

体检报告上写着“胆囊结石”，不少人第一反应就是胆是不是保不住了？其实，胆囊里发现石头，并不等于必须马上切除胆囊。胆囊像一个储存胆汁的“小仓库”，肝脏产生的胆汁暂时存放在这里，吃饭后再排入肠道帮助脂肪消化。胆结石是否需要手术，关键不只看“有没有石头”，还要看有没有症状、胆囊功能如何，以及是否出现炎症、梗阻等问题。

1、发现胆结石，先别急着和胆囊“告别”

1.1没有不舒服，不一定马上手术。有些胆结石很安静，体检时才偶然发现，平时既没有右上腹疼痛，也没有恶心、发热等表现。这类无症状胆囊结石，并不是发现一颗就必须切胆。医生通常会结合结石大小、数量、胆囊壁情况以及个人基础疾病综合判断。部分人可以先定期复查腹部超声，同时观察身体有没有出现新的不适。平时吃饭也不用因为“胆里有石头”就过度紧张，保持清淡、规律饮食，少吃过于油腻的食物即可。

1.2一旦反复疼痛，就不能一直“拖”。胆结石真正让人难受的地方，是它可能突然堵住胆囊管。典型表现是右上腹或上腹部出现阵发性疼痛，有时还会牵扯到右肩背部，尤其在油腻饮食后更容易发作。若这样的胆绞痛反复出现，说明结石已经开始“惹事”。这时继续观望，可能增加急性胆囊炎等问题的发生风险，医生往往会更加倾向于手术治疗。有些人疼一阵就好了，便觉得没事，其实石头只是暂时“让开了路”，下一次发作可能来得更突然。

1.3发热、黄疸、持续腹痛，要及时就医。胆结石并不只会让胆囊疼。石头如果掉进胆总管，还可能挡住胆汁排出的通道，引起皮肤和眼白发黄、尿色加深，严重时可出现胆管炎或胆源性胰腺炎。若腹痛持续不缓解，同时伴有发热、寒战、明显呕吐或黄疸，就不能只靠止痛药硬扛，应尽快到医院检查。尤其是疼痛越来越重、整个人发冷发抖时，更不能在家等着“自己好”，这种情况往往需要尽快处理。

2、到底切不切，要看胆囊是不是已经“麻烦不断”

2.1需要手术时，通常切的是整个胆囊。很多人会问：“能不能只拿走石头，把胆囊留下？”问题在于，胆结石形成往往和胆汁成分、胆囊收缩功能等因素有关，只取石头而保留原来的胆囊，仍可能再次形成结石。对于反复出现症状的胆囊结石，目前常用的治疗方式是腹腔镜胆囊切除术，通过较小的切口完成手术，创伤相对较小，恢复也较快。手术时医生会通过腹壁上的小切口放入器械，把胆囊完整取出，很多患者术后当天或第二天就能下床活动，住院时间通常也不会太长。

2.2没了胆囊，不等于没了胆汁。胆囊被切掉后，肝脏仍然会正常产生胆汁，只是不再经过胆囊浓缩和储存，而是持续进入肠道。因此，大多数人在恢复后仍能正常饮食和生活。手术早期部分人吃得过于油腻时可能出现腹胀或大便偏稀，通常通过清淡饮食、少量多餐，让消化系统逐渐适应即可。等身体适应一段时间后，饮食可以慢慢恢复正常，不需要长期只喝粥吃素。只是刚做完手术时，炸物、肥肉这类高脂食物最好先少碰。

2.3别迷信“排石”，也别等疼得受不了再处理。胆囊结石不是喝大量油、吃所谓排石食物就能安全排出去。相反，结石一旦进入胆管，可能带来更大的麻烦。已经查出胆结石的人，与其天天担心石头会不会变大，不如按医生建议复查。出现疼痛频繁、胆囊炎反复发作、胆管结石等情况时，应及时评估手术时机。网上一些“喝油排石”“吃酸排石”的做法并不能把胆囊里的石头安全赶出去，反而可能刺激胆囊收缩，让石头突然卡住，引起剧烈腹痛。

结语：胆里长了石头，不代表胆囊一定要切；但需要切的时候，也不要因为害怕而一拖再拖。判断的重点，是这颗石头究竟“安不安分”，以及胆囊有没有受到持续损害。没有症状的人重在随访，有反复症状或并发症风险的人则应积极治疗。发现胆结石后，最靠谱的做法不是自己猜“切还是不切”，而是拿着超声检查结果，让医生结合症状和胆囊情况给出判断。

别让“久坐”堵了你的肺！一文读懂肺栓塞隐藏风险

刘坤强 重庆市南川区中医医院

28岁小伙小林通宵打游戏后突发胸闷气喘，送到急诊确诊肺栓塞，诱因正是长时间久坐不动。如今上班族久坐办公、市民长途坐车、年轻人宅家追剧、久坐打麻将，早已成为生活常态，却很少有人知道，久坐背后藏着致命血栓隐患。

据《中国肺栓塞诊治指南（2025年版）》数据，我国肺栓塞发病率为每10万人35例，连续久坐超过4小时，患病风险比普通人高出2.5倍。以往大家只重视心梗、脑梗，却忽视肺栓塞这个隐蔽的血管杀手，今天用通俗易懂的科普，带市民认清疾病、做好预防。

一、什么是肺栓塞？血栓堵住肺部血管

我们可以把全身血管比作交通路网：静脉血管是运送血液回心脏的支线。久坐不动时腿部血流速度大幅放缓，血液里的血小板、红细胞容易聚集，形成血栓，相当于血管里出现路障。一旦血栓脱落，顺着血液流到肺部，就会堵塞肺部供氧血管，引发肺栓塞。

国家心血管病中心统计，32%的肺栓塞发病和久坐相关，20至40岁年轻患者逐年增多，熬夜加班、长途出行、长期居家不动是主要诱因。

二、身体三大求救信号，出现立刻就医

肺栓塞早期症状极易被当成疲劳、普通感冒，大家牢记三组典型表现，出现就要提高警惕：1.突发不明原因气短：没有剧烈活动，安静坐着也喘不上气，说话断断续续、呼吸费劲；2.胸痛伴咳嗽：胸口有针扎样刺痛，深呼吸、咳嗽时痛感加重，部分人会痰中带血丝；3.单侧小腿肿胀压痛：两条腿粗细不一样，按压小腿肌肉有明显疼痛感，这是下肢深静脉血栓，也是肺栓塞的预警信号。

只要久坐4小时以上，同时出现任意两种症状，务必马上前往医院急诊。D–二聚体检测、肺部CTA是快速筛查手段，及时就诊治愈率可达90%以上。

三、久坐为何容易催生血栓？三大风险机制

医学上有血栓形成三要素，久坐刚好同时触发全部风险：

一是血流速度大幅减慢。久坐时腿部肌肉长期松弛，相当于血液回流的“水泵”停工，血液淤积在下肢静脉，极易凝结成血栓；有实验证实，连续静坐4小时，腿部静脉血流速度下降60%，血栓风险翻3倍，叠加熬夜、高油高糖饮食，风险还会继续升高。二是腿部血管受压受损。长期固定坐姿会挤压下肢血管，血管内壁出现损伤，更容易吸附血液杂质形成血栓。三是血液黏稠度升高。久坐时大家常常忘记喝水，血液浓缩变稠，流动性变差，进一步加速血栓形成。

四、居家、办公、出行通用：久坐防栓五步法

不用复杂器械，简单五个习惯就能有效规避风险，适合所有人群：

1.每小时起身活动5分钟。设置手机闹钟，坐满50分钟就起身走动，多做踮脚尖动作，每次踮脚停留2秒，重复10次，依靠腿部肌肉收缩促进血液回流。

2.无法起身，坐着也能锻炼。开会、长途乘车不便走动时，双脚交替做踩油门动作，每小时20次；也可双腿夹薄纸保持几分钟，激活小腿肌肉。

3.每日足量补充温水。每天饮用1500—2000毫升温水，不要用咖啡、奶茶、碳酸饮料代替，充足水分可以稀释血液，降低血液黏稠度。

4.长途出行穿戴医用压力袜。坐车、坐飞机超过8小时，可提前购买二级医用压力袜，从脚踝到小腿逐步加压，辅助下肢血液回流。

5.高危人群提前做好防护。60岁以上老人、有血栓病史、肥胖人群、孕期女性、长期服用避孕药人群，长时间久坐前建议提前咨询医生，必要时采取药物预防。

五、养成动起来的习惯，远离血管隐患

国家卫健委《全民健康生活方式行动（2025–2030）》明确倡导减少久坐，鼓励单位设置工间操、交通场站增设活动区域，学校普及课间活动，守护全民血管健康。在此提醒广大市民，无论是上班、出行还是居家休闲，别长时间保持一个姿势不动，定时起身、多喝温水、活动双腿，及时给血管松绑，守护肺部与全身血管健康。