

## 房颤抗凝：卒中预防必修课

李智 广西医科大学第二附属医院

心房颤动，简称房颤，是临床最常见的心律失常之一，我国房颤患者数量已超千万。房颤看似只是心跳不规律，实则暗藏巨大风险——房颤发作时，心房无法正常收缩，血液易在心房内瘀滞形成血栓，血栓脱落随血液流动，极易堵塞脑部血管引发缺血性卒中。数据显示，房颤患者的卒中风险是普通人的5倍，且房颤所致卒中具有致死率高、致残率高、复发率高的特点。而抗凝治疗是降低房颤患者卒中风险的核心手段，是每一位房颤患者的“必修课”。

### 一、识风险：读懂房颤与卒中的密切关联

房颤的核心特征是心房跳动杂乱无章，失去了正常的收缩功能。正常情况下，心房如同泵体，规律收缩将血液泵入心室；而房颤时，心房只是无序颤动，血液无法被有效泵出，只能在心房内缓慢流动、瘀滞，尤其容易在左心耳这个结构复杂的部位形成血栓。

这些血栓一旦脱落，会迅速进入体循环，随血液循环至全身各处，其中最易堵塞的就是脑部血管。房颤引发的卒中，血栓体积往往更大，堵塞的血管更粗，还会导致更严重的脑组织缺血坏死，患者常出现肢体偏瘫、语言障碍、意识丧失等严重后遗症，甚至直接危及生命。更需警惕的是，约有1/3的房颤患者无明显症状，被称为“无症状房颤”，这类患者因忽视病情，卒中风险反而更高。

### 二、明指征：哪些房颤患者需要抗凝

并非所有房颤患者都需要抗凝治疗，医生会根据患者的卒中风险等级来判断，临床常用CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc评分作为评估工具，通过年龄、性别、基础疾病等指标打分：

1.评分标准：充血性心力衰竭、高血压、年龄≥75岁、糖尿病各计1分；卒中/短暂性脑缺血发作/血栓栓塞病史、血管疾病各计1分；年龄65—74岁计1分；女性计1分；

2.抗凝指征：男性评分≥2分、女性评分≥3分，建议启动抗凝治疗；男性评分1分、女性评分2分，需权衡出血风险后决定是否抗凝；评分0分的男性和1分的女性，卒中风险较低，一般无需抗凝。

此外，房颤患者若合并人工心脏瓣膜、既往有血栓栓塞病史等情况，无论评分高低，均需进行抗凝治疗。

### 三、选方案：抗凝治疗的主要方式

目前房颤抗凝治疗主要分为口服抗凝药物治疗和左心耳封

堵术两大类，需根据患者情况个体化选择：

1.口服抗凝药物。

维生素K拮抗剂：以华法林为代表，价格低廉，抗凝效果明确，但受食物、药物影响较大，需要定期监测凝血功能（INR），将数值控制在2.0—3.0之间，否则会增加出血或血栓风险。

新型口服抗凝药：包括达比加群、利伐沙班等，这类药物受食物影响小，无需常规监测凝血功能，出血风险相对更低，是目前多数房颤患者的首选。但需注意，新型口服抗凝药价格较高，严重肾功能不全患者需谨慎用。

2.左心耳封堵术

对于无法耐受长期口服抗凝药物、出血风险极高的房颤患者，可选择左心耳封堵术。这是一种微创手术，通过导管将封堵器植入左心耳，阻止血液在左心耳内瘀滞形成血栓，从而达到预防卒中的目的。

### 四、避误区：抗凝治疗的常见注意事项

房颤抗凝治疗是长期过程，患者需避开以下认知误区，确保治疗效果：

1.误区一：症状消失就停药。部分患者房颤症状缓解后擅自停药，殊不知血栓风险并未消失，停药后卒中风险会大幅反弹。抗凝治疗需长期坚持，是否停药需由医生评估。

2.误区二：担心出血而拒绝抗凝。抗凝治疗确实存在出血风险，如皮肤瘀斑、牙龈出血等，但医生会通过HAS-BLED评分评估出血风险，并制定个体化方案。相比之下，房颤引发卒中的危害远大于抗凝的出血风险。

3.误区三：用阿司匹林替代抗凝药。阿司匹林是抗血小板药物，主要用于预防动脉粥样硬化相关血栓，对房颤所致的心房血栓效果极差，无法替代抗凝药物。

此外，抗凝患者需定期复诊，若出现严重出血（如呕血、黑便、颅内出血），需立即就医。

房颤抗凝不是可选项，而是预防卒中的“必修课”。每一位房颤患者都应重视抗凝治疗，在医生指导下选择合适的方案，长期坚持、规范用药，才能有效降低卒中风险，守护生命健康。

## 基层阑尾炎手术配合要点解析

张明娟 广西钦州市浦北县张黄中心卫生院

阑尾炎是基层医院常见的急症，手术虽不算特别复杂，但要做得顺利、安全，离不开医护之间的默契配合，也需要患者和家属的理解支持。下面就用大家能听明白的话，讲讲基层阑尾炎手术从准备到结束，各个环节的配合要点到底是什么。

### 一、术前配合：把“基础工作”做到位

手术前的准备是否充分，直接影响手术能不能按时开始、有没有风险。对医护人员来说，首先要做好患者评估和信息核对。得先问清楚患者的症状：比如肚子疼了多久、具体哪个位置疼、有没有发烧、恶心呕吐，还要了解患者有没有高血压、糖尿病，对什么药物过敏——这些信息千万别弄错，比如把过敏药记错了，手术中可能出危险。同时要核对患者姓名、年龄、手术部位（阑尾炎手术一般是右下腹，但要确认清楚），避免拿错病历、开错手术单。

然后是患者身体准备和物资准备。医护人员要提前查好手术需要的东西：比如手术刀、止血钳、缝合线、消毒用品，还有麻醉药，确保一样都不缺。对患者来说，术前要按要求禁食禁水——一般手术前6小时不能吃东西、2小时不能喝水，不然手术中可能呕吐，甚至呛到气管里。如果患者紧张得厉害，医护人员会跟他聊聊天，说说手术大概要多久、过程中不会太疼，让他放松下来；家属也可以在旁边帮着安慰，别让患者越想越害怕。

### 二、术中配合：医护协作“不慌不乱”

手术开始后，医护人员要各司其职，配合好才能让手术顺利进行。首先是麻醉配合，基层阑尾炎手术多是半身麻醉（腰麻或硬膜外麻醉），麻醉时患者要按照麻醉医生的要求摆姿势，比如侧躺、弓着背，别乱动，不然麻醉针可能打不准。麻醉生效后，医护人员会帮患者摆好手术姿势（一般是平卧位，右下腹朝上），用无菌布盖住身体，只露出手术区域，避免非手术部位被污染。

然后是手术操作配合，这是最关键的环节。主刀医生负责切除阑尾，护士要在旁边准确递工具：比如医生需要切开皮肤时，递手术刀；需要止血时，递止血钳和纱布；需要缝合时，递缝合针和

线。基层医院手术间可能比较小，护士递工具时要稳、准、快，不能耽误医生操作。同时，护士要盯着手术区域的情况，比如出血多不多，要是出血多，赶紧递上止血材料，配合医生止血。麻醉医生则要一直观察患者的血压、心率、呼吸，确保患者在手术中没有不适，要是患者有头晕、心慌等感觉，要及时告诉麻醉医生。

### 三、术后配合：做好“康复衔接”不马虎

手术结束后，不是万事大吉了，术后配合同样重要，关系到患者恢复得快不快、会不会出并发症。首先是患者转运和监护，手术结束后，医护人员把患者送到恢复室或病房，转运时要小心，别让患者的伤口碰到东西，也别让患者受凉。到了病房后，护士会监测患者的体温、血压、心率，观察伤口有没有渗血、渗液，要是伤口疼得厉害，会按医嘱给止痛药。家属要在旁边帮忙看着，比如患者想翻身时，帮着轻轻扶一下，别让伤口受力。

然后是饮食和活动配合，医生会根据手术方式（如开腹或腹腔镜）和患者恢复情况，制定个性化饮食计划。腹腔镜术后6小时内还是不能吃东西、喝水，6小时后要是没有腹胀、恶心想吐，可以喝点温水或米汤，之后慢慢过渡到粥、面条等清淡易消化的食物，别吃油腻、辛辣的东西，不然会加重肠胃负担。若是开腹手术，术后肛门排气后（放屁）无腹胀、腹痛，可先尝试少量流质饮食，观察无不适再逐渐过渡正常饮食；术后第二天，要是患者身体情况允许，医护人员会鼓励患者下床慢慢走动，比如在病房里走几圈，这样能促进肠胃蠕动，防止肠粘连，也能帮助排气（放屁）。但要注意，别让患者走太多、太急，避免伤口裂开。

还有伤口护理和并发症观察，术后要保持伤口干燥清洁，别沾水。拆线前别做剧烈运动，比如跑步、跳跃，也别用力咳嗽、打喷嚏，防止伤口裂开。家属要提醒患者按时吃药、复查，有不舒服随时来医院。

总之，基层阑尾炎手术虽然常见，但每个环节的配合都不能大意。医护人员要细心、负责，患者和家属要积极配合，这样才能让手术顺利完成，患者也能更快康复，早日恢复正常生活。

## 急诊科教你识别骨折与正确冰敷

莫维 重庆市渝北区中医院

日常生活中，不小心摔倒、运动碰撞、重物砸伤都可能导致骨折。很多人遇到肢体疼痛肿胀时，分不清是普通扭伤还是骨折，也不知道该如何正确处理，反而因错误操作加重损伤。急诊科医生每天都会接诊这类患者，今天就教大家快速识别骨折，以及受伤后如何正确冰敷。

首先来说说怎么初步判断是不是骨折。骨折其实就是骨头的连续性或完整性遭到了破坏，它和普通软组织扭伤的症状有相似之处，比如疼痛、肿胀、活动受限。但骨折还有几个典型特征，记住这几点就能快速区分。

第一个特征是剧烈疼痛且无法缓解。骨折引发的疼痛比扭伤更剧烈，受伤瞬间会有“撕裂感”或“断裂感”，之后疼痛会持续加重。哪怕保持静止不动，疼痛也不会明显减轻。如果尝试活动受伤部位，疼痛会突然加剧，甚至让人无法忍受。

第二个特征是肿胀畸形+异常活动。骨折后，骨骼周围的血管和软组织会受损出血，受伤部位会在短时间内迅速肿胀。更关键的是，如果骨折移位明显，肢体可能会出现畸形，比如胳膊或腿突然“弯了”“歪了”，和正常肢体形态不一样。还有一个很重要的信号是异常活动，比如本来不能弯曲的部位，受伤后却能反常地活动，这大概率是骨折了。

第三个特征是按压痛明显+骨摩擦音。用手轻轻按压受伤部位，如果在某个固定点出现剧烈疼痛，也就是“压痛点”，要警惕骨折。少数情况下，移动受伤肢体时，还能感觉到骨头之间摩擦的声音，或者摸到骨头摩擦的触感，这是骨折的直接证据，一旦出现基本可以确诊。

但是不要为了判断是否骨折而强行活动受伤部位，这样很容易让移位的骨折刺破血管、神经，造成二次伤害。如果出现以上任何一种情况，都要先按骨折处理，及时就医。

那么我们应该如何处理呢？

很多人受伤后会立刻热敷，或者揉搓肿胀部位，觉得这样能消肿止痛，其实这是大错特错的做法。骨折或扭伤后的48小时内，局部血管处于破裂出血状态，热敷和揉搓会加速血液循环，让肿胀和出血更严重，还会加重疼痛，故正确的方法为冰敷。

正确的冰敷方法，记住“时机、时长、频率、方式”四个关键点。

第一，时机要早：受伤后48小时内是冰敷的黄金时间，越早冰敷，止血清肿的效果越好，最好在受伤后的10—20分钟内就开始。

第二，时长要准：每次冰敷的时间控制在15—20分钟。时间太短达不到效果，时间太长则会冻伤皮肤，尤其是老人和小孩，皮肤敏感度低，更要注意时长。

第三，频率要稳：每隔2—3小时冰敷一次，这样能持续收缩血管，减少局部出血和肿胀，缓解疼痛。

第四，方式要对：冰敷时一定要隔一层毛巾，把冰袋或冰块包裹好，不要直接接触皮肤。可以用专业冰袋，也可以用毛巾包裹冰块、冰冻矿泉水瓶。冰敷时要让冰袋覆盖整个肿胀疼痛的部位，力度轻柔，不要用力按压。

除了正确冰敷，受伤后还要做好这几点：首先是制动固定，可以用木板、硬纸板、杂志等临时固定受伤肢体，固定时要超过受伤部位的上下关节，比如胳膊骨折，要固定手腕和肘关节，避免肢体晃动加重损伤；其次是抬高患肢，把受伤的胳膊或腿抬高，位置高于心脏水平，这样可以促进血液回流，减轻肿胀；最后是及时就医，固定好后尽快去医院拍X光片，明确骨折情况，接受专业治疗。

总之，骨折的处理讲究“先固定、后搬运、早治疗”，正确的初步处理能为后续治疗打下良好基础，减少后遗症的发生。希望大家都能掌握这些急救知识，在意外发生时从容应对。

## 中西医联手克敌，调治顽固性偏头痛

廖素琼 重庆市江津区杜市 center 卫生院

“头一痛就像戴了紧箍咒，恶心呕吐、怕光怕声，吃了止痛药也不管用。”这是顽固性偏头痛患者的共同痛点。作为反复发作、持续超过3个月的慢性疼痛，顽固性偏头痛严重影响工作和生活，单纯依赖西药往往难以根治。而中西医结合的调治方案，从不同角度切入，既能快速止痛，又能从根源上调理，成为破解这一难题的有效路径。

首先搞懂：顽固性偏头痛为啥这么难治？

偏头痛不是简单的“头痛”，而是神经、血管、内分泌等多系统失调引发的疾病，顽固性偏头痛之所以缠绵难愈，核心原因有三个：一是神经敏感性增高，大脑神经像“过度敏感的警报器”，轻微刺激就会引发疼痛；二是血管收缩舒张紊乱，脑部血管反复痉挛，加重疼痛循环；三是体质失衡，比如中医说的气血不畅、肝火旺盛等，为疼痛提供了“温床”。西药治疗多以止痛、抑制神经兴奋为主，能快速缓解急性发作，但无法改善体质根源问题，长期使用还可能产生耐药性。而中医注重整体调理，西医擅长对症急救，两者结合才能实现“标本兼治”。

西医急救：快速阻断疼痛发作：西医治疗的核心是“急则治其标”，在偏头痛急性发作时快速止痛，避免疼痛升级。

第一种：精准用药，按需止痛+预防复发：

①急性发作期：使用曲坦类、非甾体抗炎药等，能在1—2小时内阻断疼痛信号，缓解头痛、恶心等症状。但要注意避免过量使用，一般每周不超过2—3次，防止引发药物过量性头痛。

②预防用药：对于每月发作4次以上的患者，医生会开具预防性药物，通过调节神经功能、稳定血管状态，减少发作频率。这类药物需要长期规律服用，不可自行停药。

第二种：物理干预，辅助缓解不适：

①冷敷与热敷：疼痛刚发作时用冷毛巾敷额头，收缩血管；疼痛持续时用热毛巾敷颈部，放松肌肉，改善血供。

②经颅磁刺激：通过温和的磁场刺激大脑神经，调节神经兴奋性，适合药物效果不佳的患者，无创且副作用小。

中医调理：根源改善体质失衡：中医认为，顽固性偏头痛的病机多是“不通则痛”“不荣则痛”，要么是气血瘀滞、经络堵塞，要么是气血亏虚、脏腑失养。调理的核心是“缓则治其本”，通过多种手段改善体质，减少疼痛复发。

第一种：辨证施治，中药个性化调理：①肝火旺盛型：头痛伴烦躁、口苦、失眠，用清肝泻火的中药，如龙胆草、菊花等，平息肝火、疏通经络；②气血瘀滞型：头痛固定不移、按压加重，多由情绪压抑或外伤引发，用活血化瘀的药物，如川芎、红花等，打通气血阻滞；③气血亏虚型：头痛隐隐、劳累后加重，伴乏力、面色苍白，用补气养血的方剂，如当归、黄芪等，滋养脏腑、濡养经络。

第二种：外治法，安全无创缓解疼痛：

①针灸治疗：针刺太阳穴、风池穴、百会穴等关键穴位，能快速疏通经络、调节神经，缓解疼痛的同时，还能改善睡眠、减轻焦虑；

②穴位按摩：每天按揉风池穴（后脑勺两侧凹陷处）、合谷穴（手背虎口处），每个穴位按揉1—2分钟，以酸胀感为宜，能预防疼痛发作；

③艾灸调理：对于体质偏寒、怕冷的患者，艾灸颈部大椎穴、背部肝俞穴，温通气血、驱散寒气，减少因受凉引发的头痛。

第三种：生活调护：避免诱发因素：

①饮食上：避免辛辣刺激、高盐、奶酪、巧克力等食物，这些食物可能刺激血管收缩；

②情绪上：保持心态平和，避免焦虑、愤怒等剧烈情绪波动，可通过冥想、听舒缓音乐调节；

③作息上：保证充足睡眠，避免熬夜、过度劳累，每天固定作息时间；

④环境上：避免强光、噪音、浓烈气味刺激，外出可戴墨镜、帽子。

总之，顽固性偏头痛虽然难治，但并非无法控制。西医的精准用药能快速阻断疼痛，中医的整体调理能从根源上改善体质，两者联手既能解决“当下痛”，又能杜绝“未来痛”。

## 骨折手术中的各种钢板和螺钉如何选用？

彭静 重庆市酉阳土家族苗族自治县中医院

骨折后需要手术固定时，医生总会提到“用钢板还是螺钉”“选哪种钢板”，这些金属固定器材就像骨折愈合的“脚手架”，选对了才能让骨头精准复位、牢固生长。其实钢板和螺钉的选用有章可循，核心是适配骨折部位、类型和患者情况，下面用通俗的方式讲讲清楚其中的“门道”。

首先我们要明确核心原则：哪里骨折、怎么折的，就选对应的“固定工具”。医生选器材前，会先看骨折的关键信息——部位（胳膊、大腿、脊柱还是手腕）、骨折线形态（横断、斜形、粉碎性）、骨头质量（年轻人的硬骨头还是老人的疏松骨），还要考虑患者是否需要早期活动。

不同钢板对应不同需求：第一种：普通加压钢板：最常见的基础款，钢板上有椭圆形螺孔，拧紧螺钉时能把骨折端挤紧，适合胳膊、小腿等长骨的横断骨折，比如常见的肱骨干、胫骨干骨折，固定后稳定性强，能早期轻度活动。第二种：锁定钢板：进阶版“带锁的夹板”，螺钉拧入后会和钢板锁成一个整体，不会松动，还能减少对骨膜的损伤，特别适合粉碎性骨折（骨头碎成多块）和骨质疏松患者的骨折，比如老人的股骨近端骨折、手腕粉碎性骨折，能牢牢抓住碎骨块，避免固定失效。第三种：解剖型钢板：按人体骨骼形状定制的“贴合款”，比如髋关节、肩胛骨等不规则骨头骨折，钢板能完美贴合骨面，不用额外塑形，固定更牢固，还能减少对周围组织的压迫，比如髌骨骨折、跟骨骨折常用这种。第四种：微创钢板：专门为“小切口手术”设计，钢板薄且柔韧，能从骨头侧面的小切口插入，不用大面积剥离骨膜，适合大腿、小腿等长骨的骨折，创伤小、恢复快，年轻人用得比较多。

螺钉选对型号很关键，主要分三类：第一类：皮质骨螺钉：“细而长”的螺钉，螺纹细密，适合拧入骨头外层的坚硬皮质骨，比如胳膊、小腿的骨干骨折，能牢牢咬住硬骨头，防止松动，常和普通加压钢板搭配使用。第二类：松质骨螺钉：“粗而短”的螺钉，螺纹稀疏且深，适合拧入骨头内部的疏松松质骨，比如脊柱、髋关节、手腕等部位，这些地方骨头质地软，深螺纹能增加把持力，避免螺钉滑出，比如腰椎骨折、股骨颈骨折常用。第三类：锁定螺钉：和锁定钢板配套的“专用螺钉”，螺钉头部有螺纹，能和钢板锁成，形成稳定的“框架结构”，不用依赖骨头的坚硬程度，即使是疏松骨或碎骨块，也能牢牢固定，是粉碎性骨折的“好帮手”。

当然，还有一些特殊情况的选择技巧：比如儿童骨折，要选可吸收螺钉或弹性钢板，避免影响骨骼生长；脊柱骨折常用“椎弓根螺钉系统”，靠螺钉和连接杆固定脊柱，恢复生理曲度；关节附近的骨折（比如膝关节、肩关节），优先选解剖型锁定钢板，保护关节功能，方便早期康复锻炼。

最后要强调：钢板和螺钉没有“最好”，只有“最适合”。医生会综合骨折情况、患者年龄、身体状况以及经济条件做选择，比如年轻人活动量大，可能选更坚固的锁定钢板；老人骨质疏松，会优先用锁定螺钉以增加把持力；经济条件有限，普通加压钢板也能满足基础固定需求。

总之，骨折固定器材的选用是医生的专业判断，核心是让骨折端稳定愈合，同时尽量减少创伤、保护功能。患者不用过度纠结，相信医生的选择，术后配合康复锻炼，才能让“脚手架”发挥最大作用，早日恢复健康。