

手术室护理：为手术安全保驾护航

在很多人的印象中，手术的成功主要依赖于外科医生的技术。然而，在一台手术顺利完成的背后，还有一支默默协作的团队，其中手术室护理团队发挥着至关重要的作用。从患者进入手术室到手术结束离开，每一个环节都有护理人员的参与和保障。可以说，手术室护理不仅是对手术的配合，更是手术安全体系中不可或缺的一环。

手术的安全，从患者进入手术室的那一刻便已开始。手术室护士首先需进行严格的身份核对，包括患者姓名、手术名称、手术部位等关键信息。这一过程通常会反复确认，以防发生差错。对患者而言，这些看似重复的询问，实则是保障手术安全的重要环节。正式手术前，护理人员还需完成一系列术前准备工作，包括协助患者摆放合适体位、进行皮肤消毒、准备手术所需器械及物资等。其中，体位摆放看似简单，实则十分关键。不同手术所需的体位各不相同，若体位摆放不当，不仅可能影响手术操作，甚至会导致患者神经或皮肤损伤。因此，护理人员应根据手术类型及患者情况进行专业调整，并在整个手术过程中持续关注患者体位变化。

手术室护理工作，有两个重要角色：器械护士和巡回护士。器械护士负责无菌操作，是直接参与手术配合的核心人员，需在无菌状态下传递手术器

械，熟悉每一步操作流程，提前准备医生可能需要的工具。一个经验丰富的器械护士，往往可以通过手术进展预判医生需求，从而提高手术效率。巡回护士则承担着“连接内外”的角色。她们不进入无菌区域，主要负责手术间内外的协调工作，例如补充物资、记录手术过程、监测患者生命体征等。同时，还要协助麻醉医生观察患者生命体征变化，如心率、血压、血氧等，一旦出现异常，能够及时提醒医生并配合处理。

在整个手术过程中，无菌原则贯穿始终。护理人员需严格区分无菌区与非无菌区，任何不规范操作都可能导致污染，增加患者术后感染风险。手术器械在使用前必须经过严格灭菌处理，传递过程中也必须保持无菌状态。一旦发现污染，必须立即更换或重新处理。除了无菌管理，手术安全还体现在细节控制上。例如，手术前后都要进行器械和纱布清点。这一制度非常关键，目的是确保没有任何物品遗留在患者体内。虽然这种清点流程看似繁琐，却是国际通行的安全规范，也是防止医疗差错的重要手段。在手术过程中，护理人员还需要关注患者的整体状态。即使在麻醉状态下，患者依然可能面临低体温、压力性损伤、循环不稳定等风险。为此，护理人员会采取一系列措施，如使用保温毯维持体温、定期检查受压部

位、调整输液速度等。这些细节虽然不直接参与手术操作，却对患者术后恢复具有重要意义。

手术室环境同样需要护理人员共同维护。手术室通常保持相对恒定的温度和湿度，并配备空气净化系统，以减少空气中细菌数量。护理人员需控制人员流动，减少不必要的进出和交谈，以维持环境稳定，这也是手术室内通常要求保持安静、有序的原因。

在手术结束阶段，护理工作同样重要。器械护士需要再次清点所有器械和敷料，确认无误后方可结束手术。巡回护士则负责协助患者转运，并与病房或恢复室进行交接，确保信息完整传递。包括手术过程、用药情况、注意事项等，都需要准确记录和说明，为后续护理提供依据。同时，所有使用过的器械需要进行分类、清洗和消毒处理，手术间也要进行彻底清洁，为下一台手术做好准备。这一系列流程，确保每一位患者都在安全、规范的环境中接受治疗。

从整体来看，手术室护理工作具有高度专业性和系统性。它不仅要求护理人员具备扎实的医学知识，还需要具备良好的应变能力和团队协作能力。在突发情况下，例如大出血、心率异常等，护理人员需要迅速配合医生处理，保障手术顺利进行。对于患者来说，了解这些流程有助于缓解对手术的紧张情绪。手术室里的每一个细节安排，都是为了最大程度保障安全。从术前检查到术后交接，从无菌操作到器械管理，每一个环节都在为手术成功保驾护航。

一台手术的顺利完成，不仅是医生技术的体现，更是整个团队协作的结果。而手术室护理，正是在这些看不见的细节中，为患者构建起一道坚实的手术安全防线。

（六安市第四人民医院手术室 胡玉茜）

走出脑梗死介入术后养护误区

务必及时告知医生，由医生调整用药方案，切不可自作主张擅自停药。

术后康复切忌急于求成

不少脑梗术后患者都抱有这样的心态：“我要快点康复，必须练到身体发疼才有效果。”其实这种急于求成、急功近利的康复理念，反而容易适得其反。

脑梗死介入术后，大脑神经通路已受到损伤，肢体、语言等功能的恢复本就是一个循序渐进的过程。长期不进行康复训练，容易造成肌肉萎缩；但如果训练过度、方式不当，只会加重身体负担，不利于功能恢复。有些患者尚不具备独立站立能力，便被家属强行搀扶行走，不仅极易摔倒受伤，还易形成划圈步态等异常行走姿势，后期矫正难度会大幅增加。还有部分患者盲目进行高强度康复训练，引发肌肉拉伤、关节变形等问题，反而延误整体康复进程。

科学合理的做法是：术后生命体征平稳后，尽早专业康复师指导下开展康复训练，从翻身、抬臂、简单发音等基础动作起步。训练以身体不疼痛、不劳累为原则，循序渐进提升训练强度，每天稳步小幅进步。同时，患者不宜过度依赖家属照料，力所能及的日常生活动作尽量自主完成，才能更快恢复生活自理能力。

术后生活习惯勿随意

术后日常生活习惯，直接决定康复效果的好坏。很多患者正是忽视了生活中的细微之处，导致康复进

度受阻、恢复效果大打折扣。不少家属存在误区，认为脑梗术后需要刻意大补，天天熬制鸡汤、骨头汤，还盲目购买各类滋补保健品。其实这种做法有害无益：过于油腻的进补食物会升高血脂、加重血管负担；各类补药还可能与医嘱服用的药物发生相互作用，同时加重肝肾代谢压力。术后饮食应以清淡、营养均衡为原则。每日食盐摄入量控制在5克以内，尽量不吃咸菜、腌制品等高盐食物；少吃动物内脏、油炸食品等高脂食物。日常可适量食用鸡蛋、牛奶、鱼肉及新鲜果蔬，补充优质蛋白与膳食纤维，保持大便通畅，避免因用力排便导致血压骤升，诱发病情波动。

除此之外，戒烟限酒、规律作息尤为重要。烟草中的尼古丁会损伤血管内皮，酒精易引发血压急剧攀升，熬夜会打乱血压节律、增加血液粘稠度，这些不良习惯都会显著提升脑梗复发风险。同时要保持情绪平稳，避免暴怒、焦虑等剧烈情绪波动，消极情绪易引起血管收缩，影响脑部正常供血。

脑梗死介入术后的康复是一场持久战，没有捷径可走。唯有避开用药、康复训练、日常生活习惯中的各类误区，严格遵医嘱、坚持长期科学养护，才能稳步恢复身体机能，早日回归正常生活。希望每位患者都能重视术后精细化护理，少走康复弯路，平稳顺利度过恢复期。

（安徽医科大学附属宿州市立医院介入科 赵红侠）

慢性疾病管理同样不可忽视。老年人常合并多种慢性疾病，如高血压、糖尿病及心血管等疾病，这些疾病及其用药可能影响平衡能力或引起头晕，从而增加跌倒风险。因此，应定期进行健康评估，由医护人员合理调整治疗方案，避免因用药不当导致不良反应。

视觉和听觉功能下降也是老年人跌倒的重要诱因。视力减退会影响其对环境的判断，增加碰撞、绊倒风险。因此，老年人应定期进行视力检查，及时更换合适的眼镜。同时，听力问题可能影响空间感知，也应给予关注。

对于既往有跌倒史或骨折史的老年人，应视为高风险人群，需要更加系统的护理干预。可通过综合评估制定个体化预防方案，包括环境改造、运动指导及健康教育等。必要时可使用髋部保护装置，在跌倒时减少冲击力，从而降低骨折风险。

在日常生活中，还需加强对老年人安全意识的教育。应提醒其在起身、转身或改变体位时动作缓慢，避免因突然站立引起体位性低血压。外出时尽量选择走平整道路，远离人群拥挤、地面湿滑区域。当出现行走不稳、反复跌倒或明显虚弱等情况时，应及时就医评估。医生的专业检查可明确潜在风险因素，并进行针对性干预。早期识别和管理是预防严重后果的重要步骤。

髋部骨折的发生并非单一因素所致，而是骨骼脆弱与跌倒风险共同作用的结果。通过加强骨骼健康管理、改善生活环境、增强身体功能以及规范慢性病管理，可显著降低其发生率。医学护理在其中发挥着关键作用，核心在于实施长期、系统、个性化的干预策略。持续的健康管理有助于有效减少跌倒及骨折风险，从而提高老年人的生活质量和独立生活能力。

（六安市第四人民医院骨科 周丹丹）

很多脑梗死患者接受介入手术后，常会松一口气，误以为“血管通了就没事了”。事实上，手术成功仅仅是康复的开端。脑梗死介入手术，是通过血管内微创操作开通闭塞血管、恢复脑部供血的重要救治手段，术后康复效果的好坏，很大程度上取决于科学的日常护理与良好生活习惯的养成。不少患者及家属因不了解术后养护的关键要点，容易走入护理误区，不仅延缓康复进程，还会增加病情复发的风险。本文将用通俗易懂的语言，为大家梳理影响术后恢复的核心要点，帮大家避开误区，少走康复弯路。

规避术后用药误区

术后医生开具的各类药物，绝非可有可无的辅助用药，每一种都有着不可替代的治疗作用。但不少患者常因疏忽大意，陷入诸多用药误区。最典型的误区，就是认为身体没有不适就可以停药，尤其是抗血小板药和他汀类药物，常被擅自停药、漏服。要知道，脑梗死介入术后，堵塞的血管虽已开通，但血管内皮损伤尚未修复，血栓再次形成的风险依旧很高。抗血小板药物如同为受损血管筑起一层防护屏障，可有效预防血栓再次生成，这类药物通常需要规律服用3~6个月，具体服药时长必须严格遵医嘱。还有部分患者出现漏服药物后，擅自于下次加倍补服，这种做法十分危险，极易诱发出血风险；特别是抗血小板药物，过量服用会显著增高颅内出血、消化道出血的概率，严重时危及生命。

还有部分患者擅自调整服药剂量，片面认为“长期吃药损伤肝肾功能”，便擅自减少药量，这种做法同样存在极大安全隐患。以他汀类药物为例，它不仅能够降低血液中的低密度脂蛋白，更关键的是可以稳定血管内斑块，避免斑块破裂脱落、再次堵塞脑血管。倘若擅自减量，就会失去对斑块的有效管控，大大增加脑梗复发风险。除此之外，服药期间要密切留意身体异常信号。一旦出现牙龈出血、黑便等情况，

科学降低老年人髋部骨折风险

髋部骨折是老年人最常见且最严重的骨折类型之一，也是导致失能、生活质量下降乃至死亡风险增加的重要原因。随着人口老龄化进程加快，这一问题日益受到关注。与年轻人不同，老年人一旦发生髋部骨折，往往恢复过程漫长，且易伴发各种并发症。因此，从医学护理的角度来看，预防远比治疗更为关键。

髋部骨折多由低能量损伤所致，其中最常见的诱因是跌倒。老年人因骨密度下降、骨质疏松、骨骼结构变得脆弱，即使受到轻微外力也可能发生骨折。与此同时，随着年龄增长，肌肉力量减弱、反应速度变慢、平衡能力下降，使得跌倒风险显著增加。因此，髋部骨折的发生通常是多种因素共同作用的结果，主要包括骨骼因素和跌倒风险因素两个方面。

在护理实践中，首先应关注骨骼健康的维护。骨质疏松是导致髋部骨折最重要的基础因素之一，其特点为骨量减少、骨骼结构破坏，进而降低骨强度。针对老年人，应重视营养支持，确保充足的钙和维生素D摄入。日常饮食中可适当增加乳制品、豆制品及深绿色蔬菜，同时通过规律日晒促进维生素D的合成。对于存在明显骨量减少风险的人群，应在医生指导下进行规范的营养补充，并定期评估骨密度。除营养因素外，适度运动对于维持骨骼强度同样重要。负重运动能够刺激骨形成、延缓骨量流失，同时增加肌肉力

量，改善身体协调性，进而降低跌倒风险。推荐选择安全性较高的运动方式，如步行、太极拳、轻度力量训练等。运动时应避免剧烈、高危动作，尽量不在地面凹凸、光线昏暗的环境活动。

跌倒预防是降低髋部骨折发生率的核心环节。老年人跌倒往往与环境因素密切相关，因此居家环境优化尤为重要。应保持地面干燥、防滑，避免杂物堆积，减少绊倒风险。浴室等湿滑区域建议铺设防滑垫，并安装扶手以提供支撑。此外，夜间照明也不可忽视，应确保起夜时有足够的光线，避免因视线不清发生跌倒。

在日常生活中，合理使用辅助工具同样有助于提高安全性。对于步态不稳或下肢力量不足的老年人，可根据评估情况使用手杖或助行器，以增加行走稳定性。此外，选择合适的鞋具也非常关键，应穿着防滑、包裹性好的鞋子，避免穿拖鞋或鞋底过于光滑的鞋类。

从护理角度来看，增强肌肉力量和平衡能力是预防跌倒的重要措施。随着年龄增长，老年人下肢肌肉逐渐萎缩，肢体支撑能力下降。通过针对性的训练，如踝关节活动、下肢力量训练及平衡练习，可以有效改善稳定性。例如简单的站立抬腿、坐站训练以及在安全环境中的平衡练习，均可逐步提高老年人身体控制能力。

消化道早癌的筛查与预防

高盐、腌制食物等，膳食纤维摄入不足，都会持续损伤消化道黏膜；五是生活习惯恶劣的人，长期吸烟、大量饮酒、熬夜，会破坏消化道正常代谢，诱发细胞癌变；六是40岁以上的人，消化道肿瘤发病率随年龄增长显著上升。

筛查是发现消化道早癌的唯一有效手段，目前内镜检查是公认的“金标准”。很多人对内镜检查存在恐惧心理，其实没必要。胃镜主要用于筛查食管、胃、十二指肠病变，肠镜则针对结肠直肠癌。现在普通内镜检查技术不断升级，镜身更细、舒适度大幅提升，担心不适的人群还可以选择无痛内镜，在睡眠状态下完成检查，全程无痛苦，检查时间仅10~20分钟。除了普通内镜，放大内镜、染色内镜等精准筛查手段，能将消化道黏膜放大数十倍，清晰捕捉微小病变，进一步提高早癌检出率。此外，大便潜血试验、胃功能四项、肿瘤标志物检测等，可作初步筛查辅助手段，但无法替代内镜检查，一旦初步筛查异常，需立即进行内镜确诊。

很多人觉得“没症状就不用查”，这是错过消化道早癌最大的误区。消化道早癌隐匿性极强，早期主动筛查对预测疾病的进展意义重大。高危人群建议每年做一次针对性内镜筛查，普通人群40岁后每3~5年做一次胃镜、每5~10年做一次肠镜，就能最

大程度发现早期病变。如果不幸查出消化道早癌，也无须过度恐慌。消化道早癌的诊疗是以内镜下黏膜切除术、黏膜下剥离术等微创手术为主，手术创伤小、恢复快；术后5年生存率可达90%以上，多数患者术后能恢复正常生活，几乎不影响生活质量。

预防消化道早癌，还要从日常细节入手，养成健康的生活方式。饮食上，拒绝65℃以上烫食，少吃腌制、烧烤类食物，减少高盐饮食，多吃新鲜蔬果等富含膳食纤维的食物，规律三餐，避免暴饮暴食；生活中，戒烟限酒，保持规律作息，学会调节情绪，避免长期焦虑。同时，积极治疗消化道基础疾病，幽门螺杆菌感染者及时规范根除，肠息肉、胃息肉患者应尽早切除，从源头阻断癌变路径。

消化道早癌并不可怕，它可防、可治，可怕的是人们对它的忽视。从癌前病变发展到浸润性癌症，通常需要数年甚至十几年时间，这段时间是留给我们的干预窗口期。而了解消化道早癌的相关知识，主动筛查，养成健康的生活习惯，是对抗消化道肿瘤最有效的方式。不要因恐惧和侥幸心理，错过最佳防治时机。重视消化道健康，主动出击、早筛早治，才能真正远离消化道肿瘤威胁，守护好自己和家人的健康。

（六安市第四人民医院 黄珊珊）

老年尿失禁的照护与干预

在泌尿外科工作多年，我发现一个普遍现象：许多老年人对高血压、糖尿病十分上心，按时服药、定期监测，却对“尿失禁”讳莫如深。他们默默忍受着不敢咳嗽、大笑或远行的窘迫，因害怕异味被人察觉，逐渐疏远亲友、回避社交。一位八十多岁的老奶奶曾拉着我的手说：“这毛病比癌症还折磨人，三十年没敢出过远门。”这让我深知，做好老年尿失禁的护理与科普，刻不容缓。

尿失禁被形象地称为“社交癌”，在老年人群中患病率高达30%~50%，女性患病率约为男性的两倍。但它并非衰老的必然结果，更不是“老了就该忍”的正常现象。通过科学评估与规范干预，绝大多数老人的症状可得到明显改善，甚至基本恢复正常。本文将从发病原因、护理评估、干预策略三个方面，详细讲解老年人尿失禁的科学照护方法。

老年人尿失禁受多重因素共同影响。生理上，随年龄增长，膀胱容量减少、逼尿肌收缩功能减退、盆底肌松弛薄弱，整体控尿能力明显下降。女性绝经后雌激素水平降低，尿道黏膜萎缩，控尿能力进一步减弱；男性则多因前列腺增生，出现排尿不畅、膀胱残余尿增多等问题。疾病方面，脑卒中、帕金森病、糖尿病等可直接损伤排尿调控功能；慢性便秘、长期咳嗽会持续增高腹压，诱发或加重失禁。部分药物如利尿剂、镇静安眠药及某些降压药，也可能影响排尿功能。环境因素同样关键：行动不便、卫生间距离过远、夜间光线不足，都可能使老人来不及如厕而发生失禁。

护理评估的核心在于找准原因、分清类型，以实现精准照护。首先要判断失禁的类型：压力性失禁多见于老年女性，表现为咳嗽、提重物、起身等腹压增高时漏尿；急迫性失禁常伴尿频、夜尿增多，表现为突发强烈尿意、难以忍耐；充盈性失禁因膀胱排空不全导致尿液持续溢出，常见于前列腺增生的老年男性；混合性失禁则同时具备两种以上特征。在高齢老人中最为多见。评估时可使用排尿日记，连续记录3天的饮水量、排尿量及失禁时间与情况，以直观反映失禁规律，为干预提供可靠依据。同时要全面评估基础疾病、用药史、认知与活动能力。认知减退老人可能无法表达尿意，行动不便者难以及时如厕，干预方向截然不同。还要观察会阴部皮肤是否存在红肿、破损、湿疹等情况，关注老人是否有焦虑、自卑、社交回避，这些细节直接影响护理方案的制定与效果。

老年人尿失禁的干预应遵循“先保守后有创、先行为后药物”的原则，安全且易于坚持。生活与环境调整是基础措施：定时排尿，每2~3小时主动提醒如厕，不必等待尿意；科学饮水，白天少量多次，总量约1500毫升，睡前2小时适当减少饮水量，避免尿液浓缩刺激膀胱；优化如厕环境，确保马桶高度适宜、夜间留小夜灯、移除障碍物，床边可备便盆。同时积极改善便秘，以减少腹压对膀胱的压迫。

盆底肌训练是控尿的核心方法。教会老人通过排尿中途收缩肌肉来感知盆底肌，训练时需收缩3~5秒、放松3~5秒，每组10~15次，每日3组，坚持8~12周可见明显效果。训练时避免收腹、夹腿等代偿动作，且不要在排尿过程中练习。膀胱训练适用于急迫性失禁，可根据排尿日记逐步延长排尿间隔，以增强膀胱储尿功能。

辅助用具与皮肤护理同样重要。选用透气、吸水性、防侧漏的纸尿裤或接尿器，每4~6小时及时更换；用温水轻柔清洗会阴，蘸干后涂抹护臀膏，预防皮炎与压疮。心理支持不可或缺：不责备、不嫌弃，保护老人隐私，鼓励适度社交。出门前提醒老人排空膀胱、备好替换衣物，帮助其重建自信。

若患者出现突发性失禁伴尿频、尿痛、血尿、或发生急性尿潴留，以及保守干预3个月效果不佳，应及时就医，必要时接受药物或手术治疗。长期照护者也需关注自身身心状态，借助护理产品减轻照护负担，维持稳定的照护能力。

尿失禁不是衰老的“必修课”，更不必为此感到羞耻。通过科学评估、耐心干预与温暖守护，可以帮助老人摆脱漏尿困扰，重新走出家门，回归正常生活。帮助每一位老年人重拾尊严与生活品质，正是护理工作最温暖的价值所在。

（六安市中医院泌尿外科 赵靖）

全面认识帕金森病

1817年，英国医生詹姆斯·帕金森首次描述了一种名为“震颤麻痹”的疾病，患者身体仿佛被无形的绳索束缚，动作日渐迟缓。两百多年后的今天，全球约有1000万帕金森患者，其中我国患者超过300万。帕金森病是一种慢性进展性神经系统退行性疾病，主要累及黑质中的多巴胺能神经元，导致脑内多巴胺分泌不足。与来势汹汹的脑卒中不同，多巴胺的“慢动作”逐渐侵蚀患者的运动能力和生活质量。然而，帕金森病并非无计可施，早期识别、规范用药与科学康复，能够显著延缓疾病进展。让我们通过四个关键问题，科学认识这场与时间的持久战。

帕金森病的发生机制

“为什么我的家人会得帕金森病？”这是神经内科门诊中经常听到的问题。大脑的黑质区域如同一个精密的多巴胺“工厂”，正常情况下持续合成多巴胺，通过神经递质将运动指令传递至基底节，以调控肌肉的协调运动。帕金森病的核心病理改变，正是这个“工厂”发生了不可逆的细胞凋亡。目前认为，遗传因素约占10%~15%，特定基因突变可增加患病风险；环境因素如长期接触农药、重金属、有机溶剂等神经毒素是重要的诱因；年龄增长是最主要的危险因素，60岁以上人群发病率明显上升，但约10%的患者在50岁前发病。当黑质中多巴胺能神经元的数量减少超过50%~70%时，脑内多巴胺水平显著下降，运动的“油门”与“刹车”失衡，典型症状随之出现。此外，氧化应激、线粒体功能障碍、神经炎症、蛋白质异常聚集等机制也共同参与了神经元的死亡过程。

帕金森病的早期症状

帕金森病的早期症状常隐匿而多样，运动症状与非运动症状可先后或同时出现。在运动症状中，静止性震颤是最常见的首发表现，约60%~70%的患者以单侧手指“搓丸样”抖动起病，安静时明显，活动时减轻，睡眠时消失；动作迟缓表现为日常活动变慢，如系扣、写字、翻身困难，且字迹越来越小；肌强直表现为肢体僵硬，被动活动时阻力增高；面部表情减少，呈现“面具脸”。非运动症状往往更早出现却易被忽视：便秘是最常见的消化道症状，由肠道神经递质紊乱导致蠕动减慢引起；嗅觉减退或丧失可早于运动症状数年；快速眼动期睡眠行为障碍表现为梦中大喊大叫、拳打脚踢；抑郁、焦虑、淡漠、疲劳等精神症状也较为常见。这些“前哨信号”提示黑质神经元已受损，及时识别并前往神经内科就诊，有助于抓住早期干预窗口。

如何治疗帕金森病

帕金森病的治疗目标是控制症状、延缓进展、提高生活质量。目前虽尚无治愈方法，但规范治疗能让患者在相当长时期内维持较好的功能。药物治疗是基石，其中左旋多巴制剂仍是“金标准”。它进入脑后后可转化为多巴胺，直接补充不足，对运动迟缓 and 肌强直效果显著。但长期使用可能出现疗效波动和异动症。年轻患者通常先选用多巴胺受体激动剂、单胺氧化酶抑制剂等，以推迟左旋多巴的使用；中晚期患者则需优化给药方案。康复治疗贯穿全程：太极拳、步态训练、平衡练习能延缓运动功能退化；言语与吞咽训练可改善构音障碍，保障进食安全。脑深部电刺激手术是中晚期患者的重要选择。该手术通过在脑内特定核团植入电极，发放高频电刺激以调节异常神经活动，可显著改善运动症状、减少药物剂量。但手术不能阻止病理进展，术后仍需配合药物治疗和康复训练。

帕金森病的日常照护

帕金森病的照护是一场马拉松。用药管理是核心：患者需严格遵医嘱定时定量服药，不可自行增减剂量或停药，同时应记录症状日记，供医生调整治疗方案。高蛋白饮食会影响左旋多巴的吸收，建议在餐前1小时或餐后2小时服药，日常可增加膳食纤维以预防便秘。运动锻炼是延缓功能退化最有效的手段，患者应坚持每天散步、打太极，进行面部肌肉锻炼和精细动作练习，以改善步态和平衡。防跌倒措施不可忽视，应移除家中障碍物，卫生间安装扶手和防滑垫。心理支持十分重要：约40%~50%的患者伴有抑郁或焦虑，家属应给予理解与陪伴，必要时寻求专业干预。定期随访不可忽略，每三至六个月复诊评估病情，及时调整治疗方案。对于晚期卧床患者，家属需加强翻身拍背和皮肤护理，预防压疮、肺炎等并发症。

帕金森病以沉默的“慢动作”侵袭生命，但医学进步与科学照护赋予了患者与疾病周旋的底气。尽管疾病无法彻底治愈，但能有效管理，许多患者可在十年甚至更长时间内保持独立生活能力。面对这场持久战，早期识别、规范治疗、积极锻炼与乐观心态，正是照亮病程的明灯。用科学与坚持，让生命的步伐尽可能从容稳健。

（中国融通医疗健康集团 安庆一一六医院神经内科 王冬梅）

