

# 夏季肠道传染病科学防控策略

在享受夏日暖风与美食的同时，我们需警惕被称为“隐形杀手”的肠道传染病。每年5月至10月为肠道传染病的高发期。本文围绕肠道传染病的类型、发病诱因、防控措施、常见误区及就医指征等方面展开分析，旨在为切断疾病传播途径、降低发病率提供实践指导。

## 常见类型与高危人群

肠道传染病是由细菌、病毒、寄生虫等病原体经消化道侵入人体，引发胃肠道功能损伤的传染性疾病，主要经由粪-口途径传播，具有发病急、传播快、易出现聚集性疫情等特点。根据病原体不同，可分为三类：一是细菌感染类，包括细菌性痢疾、沙门氏菌感染、致病性大肠杆菌感染等，多因食用被污染的熟食或生鲜食材引起；二是病毒感染类，以诺如病毒、轮状病毒、手足口病病毒为主；三是寄生虫感染类，如阿米巴痢疾，多通过不洁水源或未洗净的食材传播。

发病后的常见症状包括：24小时内排便3次或以上，伴有稀便、水样便等粪便性状改变，同时可能出现恶心呕吐、腹部阵发性绞痛、肠鸣音亢进等表现；部分患者还伴有发热、头痛、四肢乏力等症状。老人、儿童、孕妇及免疫力低下者属于该病的高危人群。若此类人群出现频繁呕吐、腹泻，以及口干、尿量减少、精神萎靡等脱水症状，应立即就医。

## 高发因素与诱因

夏季肠道传染病频发，是环境、饮食、生活习惯等

多重因素共同作用的结果。其一，气候环境适宜病原体繁殖。夏季室温多维持在30℃以上，高温高湿环境成为细菌、病毒滋生的有利条件。普通剩菜在常温下放置2小时，致病菌数量即可呈几何级数增长，显著增加食感感染风险。其二，夏季饮食习惯存在健康隐患。大众偏好烧烤、生冷海鲜、凉拌菜、冰镇饮品等食物。生冷食材若加工或储存不规范，易残留致病菌；大量摄入冰镇食物会刺激胃肠道黏膜，导致局部免疫力下降。其三，病媒生物加速疾病传播。苍蝇、蟑螂等活动频繁，它们携带致病菌，通过接触食物和餐具造成病原体传播，进一步扩大感染范围。

## 科学防控策略

立足夏季疾病传播特点，需从以下五个方面筑牢防线。

第一，规范手部清洁。养成饭前便后、处理食材、外出归来、护理病患后及时洗手的好习惯。建议采用“七步洗手法”，用流动水配合肥皂或洗手液清洗至少20秒。手部有明显污渍时，应使用流动水和洗手液清洗，不得以仅洗手液替代。

第二，严格饮食管控。坚持生熟分开原则，所有食材应彻底煮熟煮透，杜绝食用半生不熟的肉类、海鲜等食品。

第三，确保饮水与清洗安全。不饮用生水，清洗果蔬时应使用洁净的饮用水，以降低水源污染风险。

第四，科学储存食物。熟食在常温下存放不宜超过2小时；剩余饭菜应及时放入冰箱冷藏，食用前需回

底加热。同时定期清洁冰箱，避免食物交叉污染。

第五，优化居家环境。做好防蝇、灭蟑工作；若家人出现呕吐、腹泻症状，处理污染物时应佩戴口罩和手套，使用含氯消毒剂对污染区域进行彻底消毒，消毒后规范洗手。

## 认知误区与规范处理

在肠道不适发作时，大众常陷入一些认知误区，不科学的处理方式容易加重病情。

误区一：腹泻后立即服用止泻药。

腹泻是机体排出病原体及毒素的自我保护机制。盲目使用止泻药可能导致毒素滞留体内，加重肠道损伤。应在医生指导下使用肠黏膜保护剂等药物缓解症状。

误区二：腹泻期间禁食。

禁食会加剧水分与营养的流失，引发电解质紊乱。应遵循少食多餐的原则，选择清淡、易消化的食物。

误区三：滥用抗生素治疗腹泻。

对于病毒感染引起的腹泻，抗生素并无治疗效果，滥用还会破坏肠道正常菌群。

误区四：酒精可彻底杀灭餐具上的病菌。

诸如病毒等部分病原体对酒精具有较强的耐受性。餐具消毒应采用煮沸10分钟以上或用含氯消毒剂浸泡的方式。

轻微腹泻可通过饮食调整和休息自愈。若出现以下情况，请立即就诊：腹泻、呕吐剧烈，伴口渴、眼窝凹陷、尿少等脱水表现；体温超过38.5℃，或剧烈腹痛，或粪便带血、带脓；老人、婴幼儿、慢性基础病患者突发腹泻；自行护理或用药后症状持续加重。大众应树立科学防疫意识，从日常细节做起，筑牢健康屏障，安心度夏。

（霍山县医院院感办 陈迪佳）

# 术前麻醉评估护航手术安全

手术的成功，不仅依赖于精准的操作，更离不开术前全方位的安全把控。其中，术前麻醉评估正是守护手术安全的第一道重要关卡。许多患者往往只关注手术本身，而忽视了术前麻醉评估的重要性。殊不知，这项看似简单的评估能够精准排查麻醉风险、合理适配麻醉方案，为手术全程保驾护航。

## 为手术安全筑牢根基

术前麻醉评估是麻醉前的关键准备工作，其核心目的是全面了解患者身体状况，排查麻醉禁忌，制定个性化麻醉方案，最大限度降低麻醉与手术过程中的风险，保障患者术中与术后的安全。

1. 筑牢麻醉安全底线：通过全面评估，能及时发现患者身体中可能影响麻醉的潜在问题，提前采取应对措施，避免麻醉过程中出现呼吸、循环异常等危险情况，从源头规避麻醉风险，保障患者生命安全。

2. 适配个性化麻醉方案：每个人的身体状况、耐受度不同，麻醉方案也不能千篇一律。术前评估能精准掌握患者的身体特征、健康状况，为其制定适配的麻醉方式、药物剂量，让麻醉更精准、更温和，减少麻醉相关不适。

3. 衔接手术全程安全：麻醉评估不仅关注麻醉本身，还会结合手术类型、手术时长等因素，预判手术过程中可能出现的风险，提前制定应对预案，实现麻醉与手术的无缝衔接，确保手术全程安全、平稳。

## 全面排查 杜绝隐患

术前麻醉评估是一项系统工程，涵盖患者全身健康状况、既往病史、手术相关信息等，通过细致排查，全面掌握影响麻醉安全的各类因素，为麻醉实施提供科学依据。

1. 全身健康状况评估：对患者的心血管、呼吸、消化、神经等系统进行全面检查。了解各脏器功能状态，排查可能因麻醉引发的脏器功能异常，判断患者是否能耐受麻醉刺激，提前做好防护。

2. 麻醉与用药史评估：详细了解患者既往是否接受过麻醉、有无麻醉相关不适或过敏史；同时掌握患者日常用药情况，包括药物种类、用药频率等，避免麻醉药物与日常用药发生相互作用，引发不良反应。

3. 手术相关细节评估：结合手术类型、手术部位、手术难度等信息，评估手术过程中可能出现的出血、疼痛等情况，预判麻醉过程中需要重点关注的环节，确保麻醉方案与手术需求高度适配，保障手术顺利推进。

## 规范流程 全程可控

术前麻醉评估并非随机检查，而是遵循规范、严谨的流程，从问诊、检查到方案制定，每一个环节都细致入微，确保评估结果准确、可靠，为麻醉实施提供有力支撑。

1. 术前详细沟通问诊：评估人员会与患者及家属进行充分沟通，详细了解患者的既往病史、过敏史、身体状况、生活习惯等基础信息，为后续评估奠定基础。

2. 针对性辅助检查：根据患者的身体状况和手术需求，开展针对性辅助检查，通过检查进一步明确脏器功能状态，排查潜在健康问题，让评估结果更具科学性和准确性。

3. 个性化麻醉方案制定：结合问诊和检查结果，评估人员会协同手术医生，为患者制定个性化的麻醉方案，明确麻醉方式、药物选择、剂量控制及术中监测重点，同时制定风险应对预案，确保麻醉全程可控。

## 特殊人群 精准施策

对于老年患者、合并基础疾病患者等特殊人群，术前麻醉评估需要更加细致、精准，结合其特殊身体状况，重点排查风险，制定更具针对性的评估与麻醉方案。

1. 老年患者评估：老年患者脏器功能逐渐衰退，对麻醉的耐受度较低，评估重点在于排查脏器功能衰退情况，判断其对麻醉药物的耐受能力，制定温和、安全的麻醉方案，减轻麻醉对身体的刺激。

2. 合并基础疾病患者评估：对于合并心血管、呼吸系统等基础疾病的患者，评估重点在于了解基础疾病的控制情况，判断疾病是否会影响麻醉安全，提前调整用药和麻醉方案，规避疾病与麻醉相互影响的风险。

3. 特殊生理状态人群评估：针对孕妇、儿童等特殊生理状态的人群，评估需兼顾患者自身安全与胎儿、儿童的生长发育、选择温和、安全的麻醉方式和药物，最大限度降低麻醉对特殊人群的影响。

术前麻醉评估，是手术安全的“第一道防线”，更是医学人文关怀的具体体现。它以严谨、细致的排查，精准、个性化的方案，为每一台手术保驾护航，让患者在麻醉与手术过程中更安心、更放心。重视术前麻醉评估，既是对自身健康负责，也是手术顺利推进的重要保障。

（霍邱县人民医院麻醉科 严亚重）



# 正视更年期变化 身心同调享健康

女性在45—55岁之间会经历一个特殊阶段：月经开始不规律，身体出现忽冷忽热、心烦失眠、腰酸背痛等变化，这就是围绝经期，俗称“更年期”。许多人认为这是正常现象，忍忍就好，但管理可能埋下骨质疏松、心血管疾病等隐患。本文将为您详细解答如何科学认识围绝经期并平稳度过。

## 围绝经期身体会发生哪些变化？

围绝经期的症状表现多样，最典型的是血管舒缩症状：突然一阵潮热从胸口涌上面部，伴面红、出汗，持续数秒至数分钟，每天发作数次至数十次不等，夜间尤为明显，严重影响睡眠。其次是神经精神症状：情绪起伏大，表现为烦躁易怒、焦虑抑郁、注意力不集中、记忆力减退，很多人感觉“变笨了”。心血管系统也会受累，出现心悸胸闷、血压波动、头晕头痛、血脂代谢异常，冠心病风险悄然上升。骨骼肌肉方面：腰酸背痛、关节僵硬、身高变矮，因雌激素减少导致骨量快速流失，骨质疏松风险大增。泌尿生殖系统表现为阴道干涩、同房疼痛、尿频尿急、反复尿路感染。皮肤与毛发也会“显老”：皮肤干燥松弛、皱纹增多、头发稀疏。

上述症状轻重不一，持续时间从数月至上十年不等，个体差异很大。关键在于正确认识这些症状，既不因恐慌而过度治疗，也不硬扛而延误干预。

## 西医如何缓解围绝经期症状？

西医治疗围绝经期的核心方法是激素补充治疗（MHT），即补充雌激素与孕激素，以弥补卵巢功能衰退。该方法是缓解潮热盗汗、预防骨质疏松最有效的手段，被誉为“治疗的金标准”。但激素治疗有严格的适应症与禁忌症：适用于症状严重影响生活质量、或存在骨质疏松高危因素的女性；禁忌于乳腺癌、子宫内腺癌、血栓病史、严重肝病等患者。用药前需全面体检，用药期间定期随访，遵循“最低有效剂量、个体化方案”原则。

对于不适合或不愿使用激素的女性，可选用非激素药物，选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）能改善潮热与情绪；加巴喷丁对夜间潮热有效。此外，钙剂与维生素D的补充必不可少：每日钙摄入1000—1200毫克，维生素D800—1000国际单位，配合适度负重运动，可有效预防骨量流失。

# 急诊预检分诊如何守护生命公平？

当突发急症赶往医院急诊科时，您见到的第一位医护人员往往不是医生，而是预检分诊台的护士。不少人会有这样的疑惑：“明明我们先到，为何护士先叫后来的人就诊？”“简单问几句，不问个体征，能判断病情轻重吗？”其实，这小小的预检分诊台是急诊救治的“第一道关卡”，短短几分钟的评估，直接决定患者的救治先后顺序，是守护生命的关键一环。

预检分诊并非简单的“挂号”，而是专业的“生命筛检”。其核心准则是“先救命，后治病；先重伤后轻，先急后缓”，而非单纯的“先来后到”。分诊护士会在最短时间内询问病史、快速查体，测量血压、心率、血氧饱和度、体温等核心生命体征，结合相关检查结果判断患者病情的紧急与危重程度并予以分级，从而使病情危重、急需急救的患者获得优先救治。

目前国内多数医院采用五级分诊系统，对应不同病情和处置时限：Ⅰ级（濒危级）：如呼吸心跳骤停、严重创伤致大出血等随时可能危及生命的情况，需立即送入抢救室。Ⅱ级（危重级）：如狭窄性肠梗阻、糖尿病酮症酸中毒等生命体征不稳定的患者，10分钟内必须完成评估与急救处理。Ⅲ级（急症级）：如急性胃肠炎伴剧烈呕吐、腹泻，虽暂无生命危险但有恶化可能，30分钟内需诊治。Ⅳ级（亚急级）：如轻微外伤需缝合、低热伴咳嗽，病情相对缓和，1小时内就诊即可。Ⅴ级（非急症级）：如轻度皮肤过敏、普通感冒，病情稳定，可择期门诊治疗，通常排在最后或建议转专科门诊。

设立预检分诊，是急诊室秩序与生命的权衡，具有不可替代的作用。首先，实现资源最优配置。急诊科的抢救室、医护人员、医疗设备等资源有限，预检分诊能使真正危重患者第一时间获得救治，有效降低死亡率和致残率，同时避免医疗资源的浪费与过度使用。其次，完成风险快速分层。分诊护士根据患者病情将其划分为不同危重等级，常用红、黄、绿三色标记，分配至不同就诊区并设定相应候诊时间，从而从突发胸痛的高危患者与慢性阻塞性肺疾病（慢阻肺）慢性咳嗽患者得到

生活方式干预同样重要：控制体重、戒烟限酒、规律运动、均衡饮食，这些基础措施能显著改善整体健康状况。

## 中医调理特色

中医认为，更年期的根本问题在于肾虚。肾主生殖，随着年龄增长，肾气自然衰退，如同电池老化。肾虚可分为几种类型：肾阴虚：“水少火”旺，表现为潮热盗汗、口干失眠、情绪急躁，可用六味地黄丸滋阴降火。肾阳虚：“火”不足，表现为怕冷、手脚冰凉、夜尿多，可用金匮肾气丸温补肾阳。阴阳两虚：既怕冷又怕热，可用二仙汤双补。心肾不交：心烦失眠、心悸不安，可用天王补心丹安神定志。肝气郁结：情绪低落、胸闷善叹息，可用逍遥丸疏肝解郁。

针灸可选取肾俞、关元、三阴交等穴位，以补肾安神、缓解潮热。食疗方面：阴虚者宜食黑芝麻、桑葚、百合；阳虚者宜食核桃、羊肉、韭菜；平时可取浮小麦、红枣、甘草煮水代茶饮，以养心安神。中医强调理和、副作用心，能够帮助身体重新找到平衡，平稳度过这一阶段。

## 围绝经期女性日常自我管理

平稳度过围绝经期，关键在于建立健康的生活方式与积极心态。饮食调理：多吃豆制品；增加深海鱼、坚果以补充优质蛋白和欧米伽3脂肪酸；多食蔬菜水果、全谷物以保证膳食纤维；限制高糖、高盐、高脂食物，控制体重，避免腹部肥胖。运动健身：每周至少150分钟中等强度有氧运动（如快走、游泳、骑车）；配合力量训练（如哑铃、弹力带），每周2—3次，以增强肌肉、保护骨骼；加入瑜伽或太极拳，改善柔韧性与平衡感，预防跌倒骨折。睡眠管理：保持规律作息，睡前避免咖啡因和电子产品；卧室保持凉爽通风，穿棉质睡衣；潮热发作时可备薄毯方便增减，情绪调节：接受身体变化是自然规律，不必焦虑；培养兴趣爱好（如园艺、绘画、舞蹈）；多与家人朋友沟通，必要时寻求心理咨询；练习正念冥想、腹式呼吸以缓解紧张。社交与支持：积极参与社交活动，与同龄女性交流经验，互相支持鼓励。定期体检：每年检查血压、血糖、血脂、骨密度、乳腺及妇科，早发现、早干预。

围绝经期不是衰老的开始，而是人生新阶段的起点。科学管理、积极应对，完全能够健康优雅地度过。（望江县中医医院妇产科 葛地蝶）

差异化处置。此外，还能实现早期预警与干预。若发现患者持续胸痛超过15分钟、呼吸困难、剧烈腹痛伴休克等情况，分诊护士会立即将其送入抢救室，为生命争取宝贵时间。

很多人会疑惑：分诊护士为何能快速做出准确判断？答案在于他们练就了读懂“生命信号”的专业能力。在嘈杂的急诊大厅，他们如同细致的“生命密码破译者”，几秒钟内即可完成精准评估。评估分为“看与问”“专业测量”“综合判断”三步：1.看与问：观察患者的神态、面色、呼吸节律，注意是否有口唇发绀、大汗淋漓、明显外出血等表现；同时快速询问主诉、发病时间、既往病史、基础疾病、药物过敏史等关键信息。2.专业测量：为患者测量血压、心率、血氧等指标。例如，血压低于90/60mmHg提示休克，血糖过低则可能引发低血糖昏迷。3.综合判断：结合症状与体征做出判断。即便是头痛，若伴随呕吐、视物模糊、血压骤升，则属于需要高度警惕的危险信号；即使脚踝扭伤的患者先到，但若后到的腹痛患者出现面色苍白、大汗、血压偏低，护士也会立即将后者标记为高危并优先救治。因为这类腹痛可能是心肌梗死、内脏破裂等严重疾病的信号。

针对大家的常见疑问，需要明确以下几点：有人认为急诊应按“先来后到”才公平，但实际上，急诊的公平是“生命的公平”，让最危重的患者最大得到救治，保障其生存权，才是对所有患者最大的负责。在配合分诊护士方面，患者应准确、清晰、简洁地描述不适症状，主动告知主要病史和药物过敏史；若在等待过程中病情明显加重（如胸痛加剧、意识模糊），务必第一时间告知医护人员。至于分诊是否会耽误时间，事实恰恰相反：高效准确的分诊系统能够最大限度缩短危重患者的等待时间，整体提升急诊救治效率与成功率。

预检分诊台的护士，是急诊科的“守门人”与“侦察兵”。他们在巨大的工作压力下，凭借专业的训练和对生命的尊重，做出成百上千次果断判断。当我们看到后到的患者因病情更重而被优先救治时，不妨多一份体谅与信任。

（六安市人民医院西院区急诊科 周艳）

您是否有过这样的经历：对着电脑加班一整天，脖子僵硬得像“铁板一块”，转头时发出“咔咔”的声响；或者低头刷手机半小时后，不仅脖子酸痛，还感觉头晕、恶心，甚至手臂发麻。这些看似普通的“累着了”的症状，实际上可能是混合型颈椎病的早期警报。据统计，我国颈椎病患者已超过2亿，其中20至40岁的“低头族”成为患病主力人群。更令人担忧的是，很多人患的颈椎病并非单一类型，而是同时存在颈型、非特异性、椎动脉型等多种问题，这就是所谓的混合型颈椎病。今天，我们就来揭开它的面纱，并教您一套简单有效的中医护理方法——颈项争力。

## 什么是混合型颈椎病？

颈椎是连接头部与躯干的“生命通道”，周围布满了神经、血管和脊髓。长期低头会导致肌肉劳损，进而引发颈型颈椎病，表现为颈后肌群被过度拉伸，出现酸痛僵硬；同时可能引发神经根型颈椎病，即椎间盘突出或骨质增生压迫神经根，引起手臂痛或放射状疼痛；还可能造成椎动脉型颈椎病，颈椎错位压迫椎动脉，会导致转头时头晕、恶心、视物模糊。当一个人同时出现上述两类或更多症状时，就称为混合型颈椎病。

为什么低头族容易患混合型颈椎病？我们的头颈重约5公斤，相当于一个保龄球的重量。当脖子直立时，颈椎承受的压力就是头部的重量，但当您低头15度，颈椎负荷会增加到12公斤；低头30度，负荷达18公斤；低头60度，也就是常见刷手机的角度，负荷竟高达27公斤，相当于脖子上坐着一个7岁小孩。长期维持这种姿势，会导致肌肉失衡，颈后肌群被拉长而无力，颈前肌群短缩紧张；椎间盘退化加速，长期压力使椎间盘水分流失、变薄，失去缓冲作用；骨质增生随之而来，身体试图用“长骨刺”来稳定松动的颈椎，反而压迫神经血管。从中医视角看，这会导致颈部经络气血瘀滞，尤其是督脉、膀胱经、胆经不通——“不通则痛”；同时还会出现清阳不升引起的头晕、血不养筋引起的麻木。这就是为什么低头族如此容易中招。

## “颈项争力”为何颈椎减压

中医护理强调“治未病”，在颈椎病发生前或尚在早期时，通过导引、按摩等方法恢复颈项力学平衡。下面这组“颈项争力”源自经典养生功法，动作柔和、随时随地可练，尤其适合办公

社交日渐盛行，不少人把饮酒尽兴当作擅长社交、烘托氛围的方式。但从医学角度而言，不必纠结酒桌氛围好坏，更要警惕酒精给身体带来的健康隐患。急性酒精中毒是急诊科常见急症，节假日、夜间及聚餐后尤为高发。它绝非普通醉酒，不能简单认为睡一觉便可缓解；一旦出现意识模糊、呼吸减慢、频繁呕吐甚至抽搐等症状，极易迅速危及生命。急性酒精中毒患者可早期识别、快速救治，规范支持的临床特点，及时发现并送医干预，多数患者均可平稳恢复。若仅当作普通喝多了而轻视拖延、延误救治，轻微醉酒也可能演变为危重险情。

## 什么是急性酒精中毒？

急性酒精中毒本质上乙醇对中枢神经系统的抑制作用超过机体耐受阈值所导致的功能紊乱。酒精进入人体后主要在肝脏代谢，但代谢速度有限（平均每小时约代谢10—15毫升纯酒精），当短时间内摄入量远远超过肝脏代谢能力时，血液酒精浓度迅速升高，大脑皮层、脑干等关键区域被抑制，从而引发意识、呼吸和反射功能。需要强调的是，酒精耐受并非能力，而是神经系统适应后的假象，即便是酒量好的人，同样可能发生中毒，只是信号出现更晚、更隐蔽。

## 急性酒精中毒的临床症状

急性酒精中毒通常呈现由轻到重的过程，早期主要表现为情绪兴奋、说话增多、自控力下降；但很快就可能进入下一阶段，出现走路不稳、口齿不清、动作笨拙、判断失常，同时伴有恶心、呕吐、头晕、嗜睡。如果进一步加重，就会出现叫不醒、对呼唤反应差、呼吸变慢或不规则、皮肤湿冷、面色苍白甚至发青，严重时可能发生抽搐、昏迷和呼吸衰竭。最需警惕的信号，不在于饮酒量多少，而在于患者能否被唤醒、呼吸是否平稳、意识是否发生呛咳。此外，若患者饮酒后跌倒撞击头部，或长时间卧地不起，即便后续看似清醒也不可掉以轻心，颅脑损伤与误吸的风险，有时会被醉酒表现所掩盖，极易被忽视。

## 如何规范处理急性酒精中毒？

遇到疑似急性酒精中毒时，现场

间隙或睡前操作。

第一个动作是前后争力。双手交叉置于后脑勺，头向后仰，手向前推，两者相互对抗，保持五到十秒，感受颈部后侧发力，然后放松，重复五次。这个动作能够增强颈后深层稳定肌群，改善“乌龟颈”。

第二个动作是左右争力。左手掌抵住头部左侧，头向左倒，手向右推形成对抗，保持五到十秒后换右侧，左右各重复五次。可以有效放松胸锁乳突肌和斜角肌，改善转头受限。

第三个动作是“米字操”的轻柔版。想象鼻子是一支笔，缓缓轻柔地写“米”字，前后左右四个对角线方向各停留两秒，动作一定要慢，不要甩头，全程一到两分钟。需要特别注意的是，已有明显头晕或确诊椎动脉型颈椎病者，慎做或不

做“米字操”，以免诱发眩晕，可改做其他动作。第四个动作是耸肩绕肩。双肩用力向上耸起，保持三秒，然后猛地放松下沉，重复十次后，双肩由后向前绕颈圈五次，再由前向后绕圈五次。这个动作能够放松斜方肌，改善颈部气血循环。

除了坚持练习“颈项争力”，日常生活中还有几个中医护理要点需要牢记。调整姿势是治本之策，电脑屏幕顶端应与视线平齐，避免低头；使用手机时将手机举到与眼睛同高；睡眠时枕头高度以压缩后一拳高为宜，能够支撑颈部生理曲度，而不是只枕头部。“颈项争力”和日常养护适用于预防和早期颈椎病，但如果出现以下危险信号，请尽快到医院就诊。上肢或手指持续性麻木，甚至肌肉萎缩如虎口变平；走路不稳，有踩棉花感，双腿发软、容易摔倒；大小便控制困难或出现排尿、排便费力；颈部剧烈疼痛伴发热、盗汗、体重下降。这些情况不可自行处理，必须由专业医生评估。

中医讲“形正气自顺”，通过“颈项争力”这类导引术来调整骨骼肌肉的“形”，气血运行的“道”自然就会通畅。如果您正被颈痛、头晕或手麻所困扰，不妨从今天开始：记录自身症状，注意哪些动作会诱发、症状持续多久、什么因素能缓解，每小时起身活动三秒钟，做一遍“颈项争力”；调整工作台和手机的使用高度；如果一周后症状未见改善，甚至有所加重，请及时寻求专业医生的评估。

（宿州市立医院 朱宁宁）

# 醉酒勿轻心 警惕急性酒精中毒

处理的核心不是让患者立刻清醒，而是先保证安全。首先，立即停止继续饮酒，也不要相信喝浓茶、醋或所谓“解酒药”能迅速缓解症状，这些方法不仅无法加快酒精代谢，反而可能刺激胃部或增加误吸风险。其次，要让患者取侧卧位，头偏向一侧，这样即使发生呕吐，也不容易将呕吐物吸入气管。同时应松开过紧衣物，保持环境通风，注意保暖，并持续观察意识和呼吸变化。若患者意识清醒，可少量饮用温水，切勿强行灌水。更不能让患者独自入睡，看似安然沉睡，有时并非正常休息，而是意识状态正在悄然下降。一旦出现持续呕吐、无法站稳、答非所问或叫不醒，应立即寻求专业救治。

## 急性酒精中毒后的急诊救治

当患者出现意识模糊、无法唤醒、呼吸每分钟少于8次或不规则抽搐、明显外伤，或怀疑同时服用了安眠药、镇静药等其他药物时，应立即拨打急救电话。到达医院后，医护人员优先评估气道、呼吸、循环状态，必要时给予吸氧、清理口鼻分泌物，甚至进行气道保护和呼吸支持，同时建立静脉通路补液，监测血压、心率、血氧和血糖。需要特别注意的是，急性酒精中毒可伴发低血糖、低体温、电解质紊乱、误吸性肺炎或外伤。对于部分长期大量饮酒者，医生还会根据情况补充维生素并评估戒断风险。需要强调，目前并不存在所谓“特效醒酒药”，急诊救治的关键在于维持生命体征稳定。处理并发病，为机体争取安全代谢酒精的时间。

急性酒精中毒的危险，不在于饮酒多少、面子输赢，而在于可能悄然引发呼吸抑制、误吸、昏迷等致命风险。牢记三点实用急救原则：一是看意识和呼吸状态，远比纠结饮酒量更关键；二是现场以停止饮酒、侧卧防呛、密切观察为首要处置；三是一旦出现呼之不应、呼吸异常、频繁呕吐或抽搐，须立即送医，切勿硬扛拖延，更不能轻信偏方施救。酒桌上真正的体面，从来不是比拼酒量、逞强豪饮，而是懂得适时止步、量力而饮，平安回家才是首要之本。

（皖西卫生职业学院附属医院 张娟）

## 遗失

遗失六安市金安区银杏西树店餐饮店食品经营许可证，编号：JY23415021030665，声明作废。