胸肺术后呼吸训练与护肺技巧

手术对机体而言是一种较严重的创伤，尤其是胸部、肺部相关手术，更易导致术后呼吸困难。患者常出现咳嗽无力、胸闷气促、痰液潴留等症状，这不仅影响恢复进程，还可能诱发肺炎等一系列并发症。事实上，术后护肺并不可怕，通过合理的呼吸功能训练，可以促进肺部功能逐步恢复，缓解上述症状，帮助机体早日康复。本文总结了一套简单、可操作性强、适合术后患者的呼吸功能训练方法及实用护理技巧，学习和坚持练习，即可有效保护肺脏。

术前预习：打好护肺基础

很多人认为呼吸功能训练应在术后才开始，但实际上，术前进行呼吸练习可以让身体提前熟悉正确的呼吸模式，术后操作更简单，恢复也更快。术前练习无需过于辛苦，每天坚持10至15分钟即可，重点在于掌握正确的呼吸方法。

腹式呼吸练习是术后呼吸训练的基础。具体方法：全身放松，取端坐或半卧位，将右手放于腹部、左手放于胸前。通过鼻腔缓慢吸气，感受腹部隆起，胸部保持不动；吸到不能再吸时，暂停几秒钟，然后用嘴缓缓呼气，同时感受腹部逐渐下陷。呼气时间应长于吸气时间，整个过程保持均匀、平缓，避免过快或过猛。

缩唇式呼吸练习有助于呼吸肌训练。具体做法：用鼻子吸气，然后将嘴唇缩起，像吹口哨一样缓慢呼气，以增加呼吸道阻力，促进肺内气体充分排出，减少残留废气量，从而有利于术后肺功能的恢复。

术后初期：温和锻炼，不急于求成

术后患者身体虚弱，进行呼吸训练应采取“柔和、循序渐进”的方式，切忌急于求成，以免增加机体消耗。一般情况下，待患者苏醒、生命体征平稳后即可开始简单练习，初期主要以深呼吸和排痰训练为主。

术后早期以腹式呼吸为主，建议取半卧位，避免平卧位时腹部受压导致呼吸困难。腹式呼吸练习时动作应缓慢：深吸气约3~4秒，屏气1秒，再缓慢呼气6~8秒。每日练习3~4组，每组5~10分钟，根据个人情况逐渐延长训练时间和增加频次。练习过程中若出现胸闷、头晕等不适，应立即停止并休息，待症状缓解后再继续。

除了腹式呼吸，术后早期还需注意有效咳嗽，这是清除痰液、预防肺炎的重要环节。咳嗽时，身体稍向前倾斜，双手轻抚腹部切口两侧，通过鼻腔缓慢吸气，闭气数秒后，利用腹部力量将痰液咳出，避免用喉咙用力，以减少对切口的牵拉和疼痛。咳嗽后可适当休息，并饮用一小杯温开水润喉，以减轻不适。

术后恢复期：强化锻炼，提升肺部功能

在身体逐渐恢复过程中，可以在进行腹式呼吸、有效咳嗽的基础上加大运动量，加入更多的呼吸锻炼，提高肺部通气量以及呼吸肌力量，使肺部功能恢复到术前状态。

缩唇呼吸可以作为一种日常辅助锻炼，每日练习2~3组，每组持续5分钟。在走路的同时进行缩唇呼吸，既可以训练我们的呼吸能力也可以改善全身血液循环状况；还可以练习腹式呼吸配合上肢动作，在坐姿下，双臂自然垂落，吸气时腹部鼓起，同时将双手缓缓抬起至胸前，呼气的时候腹部收缩，双手也慢慢放回到原位。如此反复十到十五次一节，一天两到三节课就可以起到锻炼呼吸肌群以及活动上肢的效果，并有助于身体全面康复。

护肺小贴士

呼吸功能锻炼固然重要，但术后日常生活中的注意事项同样不可忽视。两者相辅相成、缺一不可，才能更好地保护肺部，促进机体康复。

术后应确保房间空气流通，每日定时开窗换气，保持空气新鲜，远离烟尘、灰尘、异味等刺激性物质，减轻肺脏负担。如有条件，可使用空气净化器，但以自然通风为佳。根据季节和气候变化及时增减衣物，防止着凉。感冒会加重肺部症状，显著延缓康复进程。术后恢复早期尤其要避免冷风直吹或出入温差过大的环境。

饮食宜清淡、易消化、营养均衡。多摄入富含维生素和优质蛋白质的食物，为机体补充能量，提高抗感染能力。同时忌食辛辣、油炸、生冷等刺激性食物，以免加重咽喉部不适或诱发咳嗽，影响伤口愈合。

（合肥市第一人民医院 冯逢 罗珊珊）

中风失语康复陪护要点

中风后突然说不出话，是许多患者和家属面临的第一道难关。医学上称为失语症，是大脑语言中枢因脑部缺血、出血受损，导致语言表达或理解出现障碍。需要明确的是：失语不等于痴呆，患者思维清晰，只是想说的话被“卡”在了半路。语言康复虽无捷径，但有科学的康复路径可循。

失语的类型与发生机制

中风损伤的脑区不同，失语表现完全不同。最常见的是运动性失语，患者能听懂别人说话，但想说却说不出：要么单个字词，要么电报式短句，语句结构错乱。与之相对的是感觉性失语，患者说话流利甚至滔滔不绝，却词不达意、答非所问，自己也听不懂别人说什么。还有传导性失语，理解和表达意愿都在，却不能准确复述听到的话；以及完全性失语，所有语言功能全面受损。

了解失语类型，对家属照护至关重要。同样表现为言语不能，运动性失语需要鼓励开口和构音训练，感觉性失语则需要从理解层面重建语义联结。若干预方向不对，努力可能适得其反。

语言康复训练的核心方法

语言康复需要语言治疗师制定个体化方案，居家练习则是方案落地的关键。训练原则：从简到繁，循序渐进；不过度纠正错误，避免患者挫败感；选患者感兴趣的话题增加参与动机。

构音器官训练是基础。失语患者往往伴有口面肌运动失调，嘴唇、舌头、软腭的配合失去协调。训练从简单的口唇动作开始：噘嘴、咧嘴、鼓腮、舌头左右摆动、上舔上唇。这些动作能重建口腔肌肉的运动程序。每天早晚各一遍，每个动作保持五到十秒，重复五次。

命名训练是恢复口语表达的核心。给患者看日常物品图片，如茶杯、梳子、毛巾让患者试着说名称，说不出时给首字提示或选择题提示，比如指着杯子问“这是杯——?”或者“杯子还是碗?”对了就给予肯定，错了不反复追问。词汇难度从常用词扩展到低频词，从单字过渡到短语。

复述和朗读是连接理解与表达的重要桥梁。从一两个字开始，家属说“苹果”，患者跟读；逐步加长到三字短语、短句。朗读方面，用大号文字卡片，打通字形、字音、字义联动认知通道。节奏上，每次训练十五到二十分钟，一天分两次做，比一口气练四十分钟效果更好。

交流策略训练常被忽视。在语言功能完全恢复之前，可以教患者使用手势、指图、写字板等替代交流方式。这不会“妨碍”口头语言恢复，反而能减少患者因沟通失败带来的焦虑，保护其训练动力。

家庭照护者的配合要点

家属在语言康复训练中的角色不是替补治疗师，而是交流环境的营造者。值得注意的几个要点：第一，不要替患者把话说完。患者正组织语言时，家属切勿急着替他说出来，长此以往患者会产生依赖心理，开口意愿下降。应给予患者足够思考时间，等上十几秒也是支持。第二，与患者交谈时放慢语速，用短句表达，一次只问一个问题，避免连环追问。第三，训练时保持环境安静，关掉电视、收音机，减少背景噪音干扰。第四，家属与患者视线在同一高度，让患者看清口型也是一种辅助。

训练记录同样重要。准备一个本子，每天记下训练内容和患者的变化。这些记录一方面是复诊时给治疗师的参考，另一方面也让家属看到患者的进步。语言康复周期以月为单位，若无记录留存，极易产生恢复停滞的错觉，实则病情始终在逐步改善。

康复误区与心理支持

常见康复误区：1.能开口说话便等同于痊愈。患者可简单发音吐字后，家属易放松干预。实则言语功能恢复周期漫长，嘈杂环境辨听、完整语句表达、话题灵活转换等能力，均需长期循序渐进训练。2.盲目对比他人恢复进度。家属常会参照其他病友恢复情况，进而对患者施加心理压力。患者脑部损伤区域、程度不同，恢复节奏也存在明显差异：运动性失语前期恢复见效较快，感觉性失语进展相对迟缓，二者只是康复路径有别，并非干预无效。

心理支持的尺度把控尤为关键。过度代答会消磨患者表达意愿，严苛指责则极易挫败其信心。家属陪护应把握分寸：患者主动表达时静心倾听、不随意打断；心生畏难时适度鼓励，切勿强行要求。康复反馈秉持温和包容原则，表达准确时给予肯定，出现偏差则平和复述正确内容即可。

从临床康复经验来看，语言康复并无捷径可循，科学训练辅以长久耐心，才是切实有效的路径。每一次言语进步，都是患者与家属同心坚持换来的成果。

（金寨县中医医院 杜玉）

无痛分娩：轻松舒适迎接新生

“哇……”清脆的啼哭响起，新生命顺利降生。这场分娩里，准妈妈全程状态平稳从容，积极配合医护操作，现场氛围温馨安宁。这一切得益于现代麻醉医学的飞速发展，先进技术有效消解了分娩带来的剧烈疼痛感，让生育体验变得舒适从容。怎样才能安稳顺产、远离产痛困扰？今天就带大家全面了解分娩镇痛这项暖心医疗技术。

分娩是迎接新生命的神圣时刻，过程却伴随着难以承受的剧烈疼痛。在医疗技术尚不发达的年代，分娩的剧痛给众多产妇留下深刻的记忆。如今随着医疗水平不断进步，安全高效的无痛分娩应运而生，为准妈妈们带来福音。这项技术让分娩过程舒适无痛、体面从容，目前已是国家积极推广、广受产妇认可的分娩方式。

何为无痛分娩？简单来讲，就是借助非药物与药物两类镇痛手段，阻断分娩痛觉信号传递，减轻子宫收缩引发的剧痛，同时保留产妇自主发力能力，助力配合医护完成分娩。非药物镇痛不会干扰产程、影响胎儿，但镇痛效果相对有限。临床主流应用的是药物镇痛方式，常见类型分为以下三种：一是笑气吸入镇痛，可一定程度缓解痛感，但药效不易把控，使用不当易引发产妇缺氧等不良反应。二是肌内或静脉注射镇痛药，以往常用杜冷丁肌注，因给药时机难以精准把控，易造成新生儿呼吸抑制，如今已极少采用。三是椎管内分娩镇痛，这是国内外公认效果最佳、应用最普遍的镇痛方式。麻醉医师经椎管穿刺，将罗哌卡因等低浓度麻醉药剂，通过电子镇痛泵持续输注至硬膜外腔，阻断痛觉传导。该方式镇痛效果稳定，能显著减轻宫缩疼痛，降低分娩风险。产妇术中可正常活动，不会影响产程进展，也不会对胎儿造成伤害，安全性极高。若顺产中途突发状况，原有麻醉通路还可直接用于剖宫产手术。

是否所有产妇都适合分娩镇痛？该技术适用范围虽广，但也存在相应禁忌。第一，产妇本人拒绝接受镇痛操作，则不予实施。第二，经产科评估无法开展阴道试产者，例如脐带脱垂等产科急症，不适用分娩镇痛。第三，经麻醉医师评估存在椎管内镇痛禁忌症，像凝血功能严重异常、穿刺部位感染、脊柱畸形等情况，也无法进行该项镇痛。

实施分娩镇痛有哪些流程呢？当产程进入活跃期，产妇提出镇痛需求后，麻醉医生会详细采集病史、开展专业评估。确认符合分娩镇痛条件，且产妇签署知情同意书后，即可启动镇痛操作。具体操作流程如下：首先，为产妇建立静脉通路，同时连接心电监护、持续监测胎心，全程密切监护产妇与胎儿的生命体征，及时排查异常情况。随后，协助产妇取左侧胸膝卧位，麻醉医生对穿刺区域进行规范消毒、铺巾，选取适宜间隙完成硬膜外穿刺，轻柔置入导管并妥善固定，连接电子镇痛泵。最后通过电子镇痛泵持续匀速输注低浓度麻醉药物，整套操作流程约15分钟。镇痛起效后，多数产妇仅会感受到轻微腹胀感，无剧烈宫缩痛感，分娩疼痛可得到极大缓解。整个分娩过程中，麻醉医生与助产士会全程严密监测产妇生命体征、镇痛效果及胎心变化，全方位保障产妇与胎儿的安全。

目前大众对分娩镇痛仍存在不少认知误区。误区一：打麻醉会落下产后腰痛。实际上，硬膜外穿刺不会损伤腰部正常组织。产后腰痛大多源于孕期身体负重、哺乳姿势不当等因素，多项研究均可证实，产后腰痛与分娩镇痛麻醉并无直接关联。误区二：麻醉药物会损伤胎儿智力。临床所用麻醉药剂剂量把控严格，低浓度药物仅作用于椎管神经，不会穿透胎盘屏障进入胎儿体内，更不会对新生儿评分及后续生长发育造成负面影响。

分娩镇痛是一项安全成熟的临床技术，能够有效缓解分娩带来的剧烈痛感，让产妇得以从容舒适地迎接新生命降临。每位孕产妇身体条件、产程状况都存在个体差异，是否适合开展分娩镇痛，需遵从产科与麻醉医生的专业评估建议。祝愿每位准妈妈都能在安心舒适的状态下顺利分娩，让这段孕育生产的历程，成为一段温暖美好的珍贵回忆。

（六安市中医院麻醉科 卜乐晔）

芳香药枕 护脑助眠

在中医院脑病科病房里，护士经常被患者或家属问到一个问题：中药药枕到底有没有用？是不是心理作用？有着近十年工作经验的脑病科护士观察到，确实有不少患者因为使用了合适的药枕，夜尿减少、入睡加快、晨起后头脑清醒；但也有人随意塞入几味草药便指望根治疾病，结果效果平平，甚至引发过敏。

中药药枕属于中医外治法中的芳香疗法。脑病科就诊的患者大多存在与大脑供血、神经功能、睡眠节律相关的问题，如慢性脑供血不足、高血压性头晕、神经衰弱、失眠、轻中度焦虑以及早期血管性痴呆等。药枕发挥作用的主要机制有两方面：一是枕头中挥发出的药气通过鼻腔及呼吸道黏膜被吸收；二是睡眠时头部对枕头的压力持续刺激风池穴、风府穴、玉枕穴等部位。两者共同作用，实现中医所说的“引药入脑、安神定志、活血通络”的调理功效。现代研究证实，薰衣草中的乙酸芳樟酯、石菖蒲中的细辛醚、菊花中的挥发油等成分，能够通过嗅觉通路影响大脑边缘系统，调节神经递质。与口服安眠药相比，药枕副作用更少；与临时点用香薰相比，药枕的效果也更加持久。

药枕对脑病患者有三类帮助。第一类改善睡眠障碍，如入睡困难、多梦易醒，安神类药枕可有效缓解症状且无药物依赖。第二类针对高血压及肝阳上亢型头晕头痛，清肝类药枕有辅助降压、减轻头晕的作用，但不能替代降压药。第三类适用于脑卒中后或长期卧床导致的认知功能下降人群，开窍化痰类药枕可减少流口水、改善反应迟钝。

药枕的制作不能随意。在工作中，曾遇到一位家属自行购买了大量川芎和细辛，为患有偏头痛的父亲制作药枕，结果老人枕了三天后出现头皮发麻、口干舌燥，血压也升高了。川芎虽有活血作用，但药性偏温燥；细辛带有小毒，且走窜之力过强，均不适合长期枕用。因此，制作药枕前必须先咨询中医师或脑病科护士，根据个人体质和病情选择合适的药材。常用配方可分为以下几类：安神助眠类，如生酸枣仁、合欢花、夜交藤、远志；清肝降压类，如杭白菊、决明子、夏枯草、薄荷；化痰开窍类，如石菖蒲、郁金、陈皮、少量冰片；活血通络类，如丹参、少量红花、当归尾、微量川芎。可根据病情进行组合，例如既有高血压又伴有失眠的患者，可选用杭白菊与酸枣仁为主。

药材买回后，先在阳光下稍晾晒以去除潮气，但不可暴晒过久。用透气棉布制成枕芯袋，将药材打碎成粗末后装入，厚度控制在3至5厘米，高度不超过一个拳头。太厚容易引起颈椎不适，太薄则药量不足。枕芯外套一个可拆洗的普通枕套。每个药枕的药效一般可维持两到三个月，当气味变淡或疗效下降时需更换药材。换下的药渣可用于煮水泡脚，对促进下肢循环有益。

药枕并非人人适用。脑病科护士总结出三条使用禁忌：第一，对花粉或某些草药过敏者禁用，建议首次使用时先在白天试枕半小时，观察有无皮肤瘙痒、打喷嚏等不适反应；第二，孕妇尤其是孕早期应慎用，部分活血或芳香类药物可能影响胎儿；第三，严重心肺功能不全或极度衰弱的晚期患者，不应依赖药枕治疗核心病症，只能将其作为舒缓护理的辅助手段。此外，有两个常见误区需要纠正。一是有人觉得效果不明显就擅自加厚药枕，结果因枕头过高导致头部过度前屈压迫椎动脉，进而加重头晕。正确做法是保持枕头的总体高度符合颈椎生理曲度，药枕层仅占一小部分。二是有人常年不清洗、不晾晒药枕，导致药粉受潮发霉，引发真菌性鼻窦炎或哮喘。每个药枕最好每两周在阳光下翻晒一次，一旦受潮结块，必须立即更换。

脑病科护士每天面对被失眠、头痛、头晕折磨得情绪低落的患者，而看到他们因一夜好眠露出笑容，是最有成就感的时刻。中药药枕成本低、依从性高、无创无痛，让患者在睡梦中调理身心，将中医“治未病”的理念融入日常生活。如果您或家人正受轻中度脑功能失调困扰，可在医生指导下试一试这个“睡出来”的好方法。但请记住：药枕是辅助之手，而非救命稻草。规律服药不能间断，康复训练不能停滞，定期复查不可懈怠。好好睡觉，才是最好的养脑之道。

（安徽中医药大学第一附属医院脑病三科 韩云）

腰椎间盘突出症的早期识别与自救

作为一名脊柱外科护士，在日常接诊中，常会见到不少患者扶腰跛行、面露痛楚，这类表现大多是腰椎间盘突出症引发。本文将用通俗的语言讲解腰椎间盘突出症，带大家辨识病症早期征兆，掌握科学居家养护方法。

什么是椎间盘？

人体脊柱由一块块椎骨连接而成，椎骨间分布着富有弹性的椎间盘，如同夹心饼干里的软质夹层。长期久坐、弯腰负重或是腰部突发扭伤，都可能导致椎间盘受压膨出，甚至纤维环破裂，随之便会引发腰痛、腿部麻木等不适症状。

不少人看到体检报告标注腰椎间盘膨出、突出便心生惶恐，其实若无不适症状，这只是身体自然老化退变的正常现象。我们日常所说的腰椎间盘突出症，核心重在一个“症”字，也就是伴随出现的各类躯体不适症状。

腰椎间盘突出症的早期信号

很多人存在认知误区，误以为只要腰痛就是腰椎间盘突出症，事实并非如此。腰椎间盘突出症最典型的特点是腰腿连带不适。若只是腰部酸胀隐痛，按压、叩击后不适感缓解，休息后可明显改善，大多属于腰肌劳损。但如果出现以下几种表现，大概率是神经根受到压迫，需要高度警惕。

1.腰痛伴放射性腿痛：痛感与麻木感呈牵拉样，由臀部出发，沿大腿后侧、小腿侧边及后侧放射至脚背、脚底，大多单侧发作。行走、站立过久后不适感会明显加剧，这是本病最典型的表现。

2.肢体感觉异常：足部发麻、发凉，小腿外侧及脚趾处有穿戴厚袜般的麻木迟钝感。同时伴随下肢乏力，大脚趾屈伸无力，行走时脚尖易拖地；行走数百米后腿部酸胀疼痛，需下蹲休息才能缓解。

3.体征自测：直腿抬高试验，平躺后双腿伸直，请家人协助匀速单腿上抬。若抬腿角度未达60度，大腿后侧便出现明显牵拉痛感，且痛感放射至小腿；抬高健侧腿部时，也引发患侧腿部疼痛，大概率存在神经根受压情况。注意测试时切勿强行掰扯肢体，该方式仅作初步参考，最终诊断需以专业医师判定为准。

急性期的科学自救

腰腿痛初发或症状突发加重时，说明正处于病症急性期。科学应急处置，可避免可逆的组织水肿发展为难以恢复的神经损伤。

1.切忌长期卧床不动。急性期可睡硬度适中的硬板床休养，侧卧时双腿间夹枕，仰卧则在膝下垫枕，帮助腰部放松。卧床休息控制在1至2天即可，症状缓解后，可遵医嘱佩戴腰围辅助活动，佩戴时长以3至5天为宜。长期卧床或整日佩戴腰围，易造成肌肉萎缩，还会增加血栓风险，不利于病情恢复。

2.合理使用止痛药。可在医师指导下短期服用布洛芬等非甾体抗炎药，用药目的是缓解疼痛、保障休养。切勿为追求彻底无痛，长期不间断服用止痛药物。

3.日常护腰原则。起身规范：先翻身侧卧，以手肘支撑上身，双腿缓缓下垂后再坐起，切忌直接挺腰起身。捡拾物品：屈膝下蹲，始终保持腰背平直，依靠腿部发力拿取物件，避免俯身弯腰动作。

4.缓解期锻炼。急性期症状消退后，可在无疼痛感的前提下开展腰背核心肌群训练。桥式运动：平躺屈膝，双脚平放床面，缓慢抬臀至大腿与躯干呈直线，维持5至10秒后缓缓放下，每组10次，每日2至3组。鸟狗式：呈跪姿，交替伸展对侧手脚，每侧8至10次，每日3组。锻炼时若腰腿痛感加剧，需立刻停止，症状无缓解及时就诊。所有训练均以腰腿无不适为原则。切勿进行倒走、悬吊等不科学锻炼，疼痛期或姿势不当的运动，极易加重损伤。

需及时就医的情况

1.双腿相继出现麻木、乏力，且症状持续不断加重。

2.大小便排泄异常、失禁，或是肛周、会阴区域产生麻木感。

除此之外，若腰腿疼痛麻木反复发作，病程超过6至8周，保守调理收效不佳，日常起居也受到严重影响，同样要及时到院检查诊治。

总而言之，绝大多数腰椎间盘突出症患者，经由规范诊疗后症状都能显著改善。日常要尽早识别发病信号，身体出现不适切勿强行忍耐，及时规避伤腰行为，科学做好居家养护。

（六安市中医院骨一科 骆玉）

从容应对帕金森震颤

病房里住着一位七旬老人，确诊帕金森病已有三年。每次护士上门送药，老人总会下意识将不停震颤的右手藏进被褥里。家属私下坦言，老人因肢体震颤无法稳握碗筷，心生自卑，觉得自身失去价值，不愿拖累家人。这般情形在脑病科病房并不少见。不少帕金森患者及家属，一旦出现手抖症状，便认定病症无法医治，日后终将丧失生活自理能力。事实上，帕金森病目前虽无法彻底根治，但手抖并不等同于病情束手无策。脑病科医护人员在长期临床护理中总结发现，借助简易实用的日常调理技巧，多数患者能够逐步恢复部分生活自理能力。下面为大家介绍四种居家可操作的康复锻炼方法，无需专业器械，也是临床医护常规指导患者及家属坚持的居家护理方案。

第一种技巧叫作“用重量稳住颤抖”。帕金森患者的手抖有一个特点：静止时抖得厉害，手里握着东西时反而会减轻。护士在病房里经常教患者一个办法：吃饭时选重一点的筷子或勺子，比如不锈钢材质的，不要用轻飘飘的塑料餐具；喝水的杯子选有把手的、底部宽大的陶瓷杯。增加工具的重量本身就能帮助稳定手部肌肉，减少颤抖。还有一个更管用的方法：在手腕上绑一个稍有分量的护腕，或者戴一只宽面的手表，相当于给手臂增加了一个配重。很多患者试过后发现，端杯子、夹菜比以前稳多了。家属需要注意，重量要根据患者情况来调整，从一个轻量的护腕开始尝试，以患者不觉手臂酸累为标准。

第二种技巧叫作“用节律引导动作”。帕金森患者最大的困难之一是“启动困难”和“冻结现象”，就是想迈步时腿像粘在地上，想抬手时手抬不起来。护士在病房里教患者一个办法：给动作加上一个节奏。比如走路时，家属在旁边喊“一二一”或者用手机播放节拍器，患者跟随节拍迈步，冻结现象往往会明显减轻。有一个老患者自己发明了一个办法：走路时嘴里不停地数“一二三四”，依靠声音的节奏引导动作，能在走廊里走好几个来回。同样的道理适用于上肢动作，吃饭前可以先拿筷子在桌面上轻轻敲几下，形成一个有节奏的预备动作，再去夹菜，手抖和启动困难都会缓解。家属可以把节拍器软件下载到手机上，根据患者步态设定一个合适的频率，一般在每分钟90到120拍之间。

第三种技巧叫作“把动作放慢、拆开做”。帕金森患者的手抖情况往往越着急越严重。护士常叮嘱患者“慢慢来，一个动作一个动作做。”比如穿衣服，先把衣服在床上铺好，确定前后方向，先把抖得不厉害的那只手伸进袖子，停顿一下，再慢慢伸另一只手。系扣子时，用双手捏住扣子，对准扣眼后用拇指和食指捏住扣子边缘，每个步骤之间停顿2到3秒。这几秒钟的停顿能让大脑重新组织运动指令。同样的方法还可以用在写字、刷牙、洗脸等动作上，写不了小字就写大字，刷不了牙就换电动牙刷，洗脸时用双手捧水。每个动作不求快，只求稳；不求完美，只求完成。

第四种技巧叫作“改造环境来适应身体”。很多帕金森患者容易在家摔倒，是因为居家环境没有按病情特点来调整。护士建议家属做一些简单的环境改造，比如在卧室到卫生间的走廊上安装扶杆，或者沿墙壁放一排稳固的椅子，患者走路时可以随时扶一下。厨房和餐厅的台面边缘贴上亮色胶带，帮助患者更清楚地看到桌面边缘，避免把杯子或碗推到地上。在餐桌面上铺一块硅胶防滑垫，餐具放上去就不会乱跑。吃饭时可以用帕金森辅助餐具，这类专用餐具把手加粗、有弧度。若暂时无法购置专用餐具，可在普通勺子手柄处缠绕多层纱布，或是套上网球辅助握持，也能达到良好辅助效果。

脑病科护士再三提醒：帕金森属于慢性疾病，并非绝症。手抖虽会带来困扰，但可借助日常方法有效调控。借助配重缓解震颤、遵循节律活动肢体、拆分放缓动作节奏、改造居家适配身体，这四项方法无需用药与手术，只需患者和家属耐心坚持练习，两周左右便可逐步形成肌肉记忆。曾有患者感慨，手部震颤虽未消除，如今却能独立进食。这份改变，便是护理工作最大的价值所在。

（安徽中医药大学第一附属医院脑病三科 李娜）

遗失

遗失六安市鸿途物流有限公司皖N8156挂车辆道路运输证，证号341502283543，声明作废。

遗失杨皓然出生医学证明，编号：T340651904，声明作废。

遗失六安德明建材有限公司卢荣静法人章(3415030213460)、公章(3415030213461)、财务专用章(3415030213462)、合同章(3415030213463)、发票专用章(3415030213464)各一枚，声明作废。

遗失霍山县佛子岭镇长岭村乡村振兴互助资金协会法人登记证书正、副本，编号：51341525587236716H，声明作废。

本报常年法律顾问·安徽大别山律师事务所 刘学良（律师） 电话：15905642216 （0564）3314772 | 皖西日报县区广告代理处 霍邱代理处·新蓼文化传媒广告有限公司 电话：0564—6022291 13956104353 地址：城关镇建兴路车管所南200米

本报地址：六安市梅山中路51号市新闻传媒中心 邮政编码：237000 零售价：35元/月 皖西日报社印务有限公司承印 地址：六安经济开发区纬一路