目　录



口腔科

001　面部轮廓“三件套”——颏成型术

004　人类的“第三副”牙齿——种植牙

疼痛科



007　关于疼痛的认识误区

011　腰椎间盘突出症！有一说一

014　怎样向医生描述你的疼痛病情？

016　骨折漫谈



眼科

022　花眼的矫正

027　尽识近视——全面解读伴随一生的近视误区之成年篇

029　尽识近视——全面解读伴随一生的近视误区之少年儿童篇

033　如何读懂孩子的视力筛查报告？

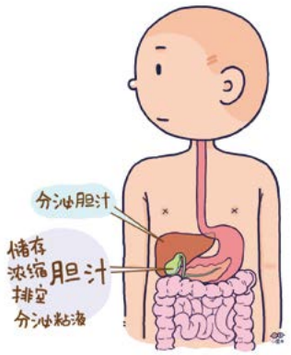
038　重视 0–6 岁儿童视觉发育黄金期，给孩子们一双明亮的眼睛



心身健康

042 心理防疫——常用的心身放松技术
045 不吃药也能治疗失眠吗？

肝胆胰腺

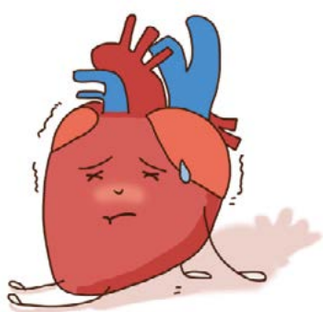


047 ERCP 之牙齿历险记
049 ERCP 手术患者准备
050 健康的假日饮食攻略
053 胆管癌的发病及症状
055 胆结石的那点事儿（一）——“诞生”
058 胆结石的那点事儿（二）——胆囊结石
061 胆结石的那点事儿（三）——肝内胆管结石
064 胆结石的那点事儿（四）——胆总管结石
068 胆结石的那点事儿（五）——内镜在胆结石中的应用
070 胆结石的那点事儿（六）——胆结石的饮食
072 胰腺与胰腺疾病（一）：基础知识
075 胰腺与胰腺疾病（二）：胰腺先天性疾病
078 胰腺与胰腺疾病（三）：急性胰腺炎 – 胰腺的自我消化
081 胰腺与胰腺疾病（四）：急性胰腺炎的治疗
084 胰腺与胰腺疾病（五）：健康饮食远离胰腺炎
087 胰腺与胰腺疾病（六）：慢性胰腺炎，一个关于酒的 CP
089 胰腺与胰腺疾病（七）：CP（慢性胰腺炎）的曝光
091 胰腺与胰腺疾病（八）：CP（慢性胰腺炎）的救赎
094 胰腺与胰腺疾病（九）：胰腺癌——“癌中之王”的故事
096 胰腺与胰腺疾病（十）：胰腺癌——“癌王”的故事（上）
胰腺癌的临床表现
099 胰腺与胰腺疾病（十一）：胰腺癌——“癌王”的故事（中）
内镜技术在胰腺癌中的应用
102 胰腺与胰腺疾病（十二）：胰腺癌——“癌王”的故事（下）
胰腺癌的治疗以及预后

儿科

105 儿科大夫纯干货分享——宝宝辅食添加宝典
110 儿科专家提示：流感即将抵达战场，全民战书已备好，奉上
114 孩子发烧了？别急，你想了解的都在这里
119 天气断崖式降温，预防儿童呼吸道疾病刻不容缓！
122 孩子总是流鼻涕打喷嚏是感冒了吗？
124 疱疹性咽峡炎
128 增强免疫力，让孩子远离多事之“秋”！
133 这些问题要当心！谨防泌尿系感染来敲门
138 儿童癫痫科普
140 孩子出现哪些症状需要考虑过敏呢？
142 “不起眼”的小螨虫——儿童过敏的大元凶？！
145 花粉过敏的坑，你踩过几个？
149 婴幼儿牛奶蛋白过敏问答（上）
151 婴幼儿牛奶蛋白过敏问答（下）
153 孩子牛奶过敏，究竟该怎么吃？
157 鸡蛋过敏知多少
159 儿童小麦过敏科普
162 浅谈儿童脱敏治疗
164 春天过敏季节，你准备好了吗？
166 过敏原检测的是是非非
169 怎样护理湿疹宝宝减少皮疹反复？
171 小儿遗尿症，中医有妙招
174 排便那些事：宝宝便秘知多少





心脑血管

177 什么是心动过速性心肌病？
179 房颤患者为什么易患脑栓塞？
182 得了室性早搏怎么办？
184 心跳慢了怎么办？

187 什么是房颤导管消融术及术后注意事项
190 中医科普——高血压病的中医调养资料提供
192 冬季冠心病人警惕心梗发生
195 什么是肌萎缩侧索硬化？
198 健康饮食——地中海式饮食
200 警惕高血压！（上）
203 警惕高血压！（下）
206 如何通过饮食走向健康？
208 什么是帕金森病？
209 守护宝宝“心”健康——带你了解胎儿先天性心脏病筛查
211 说说颈动脉超声和颈动脉斑块那点事
215 死亡杀手——脑出血
219 糖尿病人能吃水果吗？
221 听力下降了？小心听神经瘤作祟
224 预防脑卒中，您该这样做！
227 不明原因脑卒中、偏头痛，居然是小孔在作祟！

耳鼻咽喉



230 慢性化脓性中耳炎导致的鼓膜穿孔为何需要手术治疗？
232 变应性鼻炎知多少，反复打喷嚏、流清涕，别轻视！
235 鼻后神经切断术治疗过敏性鼻炎
237 发生呼吸道异物堵塞怎么急救？

妇科



240 月经不规律、长痘、变胖——警惕“多囊卵巢综合征”
244 关于乳腺结节的两三事
247 盆底康复，你做了吗？
251 盆底阴道激光治疗
254 生完孩子我的水桶腰怎么办？

泌尿外科



256 “肾移植”你了解吗？
258 “横纹肌溶解综合征”你知多少？
264 继发性高血压常见疾病之——肾上腺肿瘤
266 尿道狭窄知多少？
269 女性压力性尿失禁
272 盆腔器官脱垂怎么办？
275 你知道什么是“血精症”吗？
279 消失的“种子”——无精子症
281 膀胱过度活动症



整形外科

284 男性乳房发育症
287 自体脂肪移植隆胸——可以在安全的前提下变美吗？
290 耳部瘢痕疙瘩

肛肠外科

292 什么是结直肠癌



口腔科



面部轮廓“三件套”——颏成型术

随着社会越来越进步，经济越来越发达，人们的生活水平逐渐提升，上至老年人，下至年轻人都开始关注美、追求美。试问有几人不想青春永驻，不想皱纹消去？许许多多的机构把这些追求归类为抗衰，也因此衍生出各种整形术、微整形术、注射技术、光电技术等。





但是，所有的面型美都是以轮廓为基础，没有轮廓的支撑，美就无从谈起。一座高楼，一座大厦，只有轮廓基础做好，辅助外在点缀，才能建造的更漂亮、更美观。

那么什么样的面型美才叫美？众所周知，在隋唐朝时期古人以雍容富态、健康自然为主导性标准。女性体态美是额宽、脸圆、体胖、健康之美。这种丰腴美在当时代表了家族的富裕、美好，可谓风靡一时。

到了现代，很多人都在考虑瘦、瘦、瘦，减肥、减肥、减肥。身材越来越瘦，让人看起来很苗条，让我们的脸越来越小。但是每个人的审美观点不一样。因此，所谓的美放在特定的人群是不一样的，也就是说萝卜青菜各有所爱。





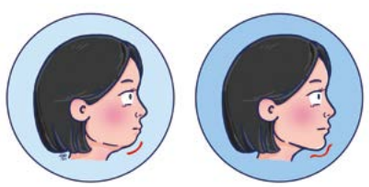
基于此呢，就产生了所谓的支撑面部轮廓的手术方式：“面部轮廓三件套”（下颌角手术，颏成型手术，颧骨颧弓内推术）。接下来，我们就来浅谈其中之——颏成型的那些事儿。

我们东方人面部美学讲究线条柔顺，和谐对称。面部美学有许许多多的标志点，在颏成型手术中，最重要的一个是 Ricketts 审美平面。

它的定义是鼻尖点与软组织颏前点的连线形成的平面。我们东方人讲究上下唇基本上与这个审美平面相切。

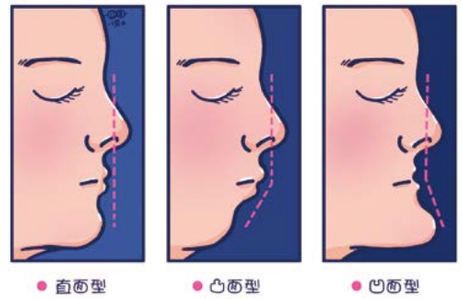


作为一名医生，我们不推崇面容焦虑症，我们讲究的是轮廓的矫正。可以通过颏成型的手术方式，帮助颏后缩的患者改善颏后缩状态。当然，除了颏成型手术，还有多种方式可以改变颏后缩的情况，如口腔正畸、正颌手术、注射玻尿酸、填假体等，各有优缺点，需由专业医生来判定。



在做手术的同时，我们也可以把下巴颏做的翘一些，使得侧面显得更美一些。

另外，我们根据面部这些点线面角，还可以把面型分为直面型、凸面型、凹面型。不同的面型解决方式是不一样的。



颏成型术后注意事项有哪些？





1. 术后 72 小时内多做冰敷，有助于消肿止痛，5 ～ 7 天后拆线。术后 3 天左右进食流食，术后 2 个月避免咀嚼坚硬的食物，预防感染。

2. 手术当日伤口会有些疼痛，但随着时间的推移会逐渐减轻。

3. 术后 7 天之内尽量避免手术部位沾水，避免进食刺激性食物。

4. 保证手术部位清洁干燥，防止感染。若伤口上有血痂或分泌物，可用无菌盐水擦拭。



人类的“第三副”牙齿——种植牙

门诊经常看到由于各种原因导致牙齿缺失，如龋坏、外伤、牙周病等。那么，缺失的牙都有哪些修复方式呢？包括可摘义齿，固定义齿，种植牙修复。今天我们就来谈谈种植牙这种修复方式。

什么叫种植牙？

种植义齿也叫人工种植牙，其实它并不是真的种上天然的牙齿。它是将与人体骨质兼容性高的生物材料（一般称作种植体）植入牙槽骨中，然后在种植体上做出假牙的一种修复方式，通过手术的方式我们把种植体放进牙槽骨中，那么这一部分就相当于天然牙的牙根，它可以和牙槽骨通过骨结合的方式连接一体，能够稳稳地支撑并固定牙龈外的假牙。



种植牙由哪几部分构成呢？



由牙冠、基台、种植体构成。与天然牙对比图如下。



种植牙的整个过程分哪几步？



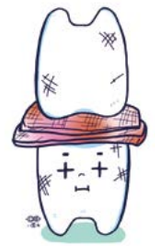
1. 术前检查。在我们做种植牙之前，我们种植医生需要先行口腔内的检查，去除不良修复体，拔掉残根，残冠，调整不良的咬合关系，做影像学的检查。如果有条件的单位需要行口腔 CBCT 检查。

2. 种植体植入过程。我们种植医生根据术前的设计方案，在局部麻醉的前提下，通过专门的手术工具将种植体植入牙槽骨内。这个过程，患者只需保持张嘴的状态即可，患者若长时间张嘴，引起不适感，术中可闭嘴休息，不会特别难受。手术过程根据难易程度不等，10 分钟至几个小时不等。

3. 牙冠修复过程。当我们做完手术后 3 ～ 6 个月时，牙槽骨和种植体得到紧密的结合，我们就可以制作牙冠了，这个过程基本就是 2 ～ 3 周完成。

4. 修复后复诊。那么是不是我们完成这些操作就不用管它了呢？就像我们体检一样，我们每年基本都要体检一次，牙齿也一样，也要定期检查，以便早发现，早处理，早治疗。

术后我们需要注意些什么呢？



1. 术后口内咬纱布半小时到 1 小时，24 小时内唾液中有血丝属于正常现象。



2. 术后 48 小时可间断冷敷减轻肿胀。注意休息，避免剧烈运动。

3. 术后 2 小时可进软食，2 周后恢复正常饮食。

4. 术后抗生素治疗，预防感染应用漱口液。





5. 术后根据情况一周拆除缝线。

6. 禁止吸烟饮酒等。

种植牙疼不疼?

种植牙手术听上去很严重，其实它只是一个较小的牙槽外科手术，属于微创。我们一般在牙科椅上即可完成。种植体一般与人体相容性极好，对人体不会产生不良反应，对于想做影像学的检查如核磁等的患者来说，不会有伪影的产生。

种植牙的成功率高吗?

现代种植牙技术自 20 世纪 60 年代开展应用以来，由于医学和材料学的进步，成功率也在不断地提高。在国外和国内经济发达地区缺牙后都是首选种植牙，有研究表明以五年成功率为临床评价标准，种植牙的成功率可以达到 96％甚至更高。

总之，随着经济的发展，社会的进步，越来越多的人开始重视口腔内的问题，缺失牙的患者也越来越多地选择种植义齿修复。有人说种植牙可以称之为人类的第三副牙齿，它解决了固定义齿及可摘义齿的短板，为缺牙患者带来众多福音。种植牙让患者更自信，吃东西越来越香，身体越来越棒。

疼痛科





关于疼痛的认识误区

疼痛，我们常常将它看作是一种症状，或者某种疾病的附属品，期待它会随着疾病的痊愈而消退，也会在面对它时习惯于“忍忍就过去了”。其实，疼痛不但使患者精神痛苦，劳动力丧失，生活质量下降；长期疼痛，还会使人体各器官系统的功能发生紊乱，免疫力低下而诱发各种并发症，大大缩短人的寿命。

世界卫生组织已明确提出：“急性疼痛是症状，慢性疼痛是疾病”。有人觉得去医院也就是给开点止疼药，治标不治本。种种观念误区，使得我国疼痛领域存在巨大的未被满足的治疗需求。下面就是常见的一些认识误区：

误区一：疼痛能忍则忍，在无法忍受时才需要治疗。

许多患者都是无法忍受疼痛时才会就诊，甚至长期“忍痛”而没有得到妥善治疗。疼痛千万不能一忍再忍，一旦出现症状，就应采取积极有效的治疗措施。慢性疼痛更应被视为一种疾病来看待。

一方面，疼痛会引起一系列病理生理变化：影响患者的情绪和心理健康，导

致睡眠紊乱、焦虑、烦躁、甚至自杀倾向；免疫力下降；诱发心脑血管疾病或血糖居高不下。另一方面，持续的疼痛刺激能够引起中枢敏化。中枢敏化使疼痛发展为慢性顽固性难治性问题。



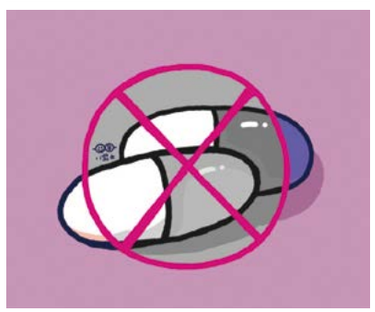


误区二：疼痛不是病，不用治。

急性疼痛经常是某些疾病的症状，而慢性疼痛大多数是一种疾病状态。急性疼痛在治疗病因的基础上，以对症治疗为主；而慢性疼痛本身就是一种疾病，除了需要对症，还需针对疼痛病因和发病机制综合治疗。

误区三：镇痛药物会上瘾，尽量不用。

医学上所说的“上瘾”是指精神依赖性，指人产生一种要周期性或连续用药的欲望，产生强迫性用药行为，以便获得满足感。使用镇痛药物疼痛明显改善，一停药就复发，这种情况往往是疾病本身的缘故，比如一些退行性关节炎或慢性腰痛患者，疼痛会反复发作。



镇痛药物需在医生的指导下应用。医生会根据原发疾病、合并疾病、用药史等情况个体化选择治疗药物。如果合理应用，镇痛药物不会成瘾。

误区四：镇痛药物副作用很多，尽量不用。

镇痛药物种类很多，包括非甾体类抗炎药，阿片类镇痛药，抗惊厥药、抗抑郁药等多种类别，不同药物的作用机制和不良反应各有不同，不能



一概而论。

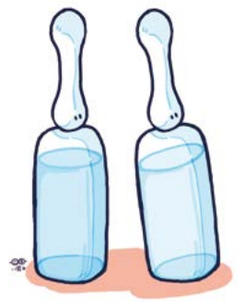
镇痛药物所产生的不良反应不仅与药物特性有关，与个人体质、使用剂量、使用时间，是否合并其他疾病或合并使用其他药物也有关。医生会根据患者情况选择合适的治疗药物，将不良反应的发生率降到最低。

误区五：镇痛药只吃一次效果差，就是无效。

有些镇痛药只吃一次效果差，不能认为是无效的。一方面，镇痛药物有本身的作用时间，需要连续用药一段时间；另一方面，有一些镇痛药物需要使用较长一段时间才能发挥作用。

误区六：得了癌症杜冷丁是最好的止痛药。

杜冷丁的镇痛作用弱，仅为吗啡的 1/8 ～ 1/10，而且作用时间短。其代谢产物在体内蓄积，具有潜在的神经毒性及肾毒性，使患者出现谵妄、震颤、神志不清、惊厥等精神异常及呼吸困难，WHO 已将杜冷丁列为癌痛治疗不推荐的药物，而应该选择控缓释阿片类药物。



目前还有新的疼痛治疗技术：鞘内泵植入术、神经毁损技术等方法，具有疗效显著持久、病人痛苦小、药物不良反应少的优点。提高癌痛患者的生活质量很重要，几乎所有癌痛都是可以控制的。

误区七：痛急乱投医。

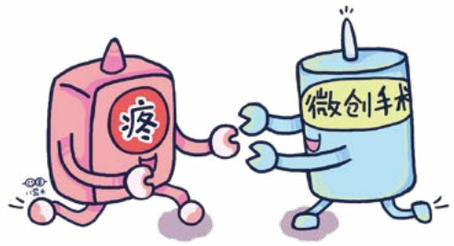
有的人出现疼痛症状，喜欢看广告或寻求祖传秘方治疗。由于疼痛是个很复杂的症状，如果不仔细判断，很容易误诊漏诊，或受到不



专业治疗。比如：带状疱疹患者，把疱疹挑破或涂抹非专业药物，很容易导致感染，造成更高的疱疹后神经痛发生率。

误区八：颈椎病、腰椎间盘突出症保守治疗无效时只能开刀大手术。

绝大多数人对手术持恐惧态度，一怕手术创伤大；二怕风险大，万一疼没治好，反倒加重了或截瘫了怎么办？其实如果保守治疗无效，可以选择微创手术如经内镜下腰椎间盘切除术，有效率与大手术相当，创伤小、风险小。

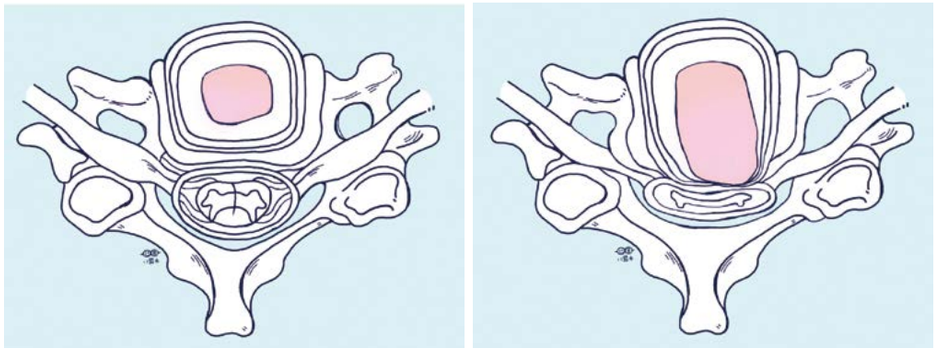


慢性疼痛是一种疾病，它会引发一系列严重问题，疼痛是身体发出的“求救”信号，意味着某个部位出现了病变。应早期发现疼痛、正确认识疼痛并及早治疗。

腰椎间盘突出症！有一说一

一、我这腰椎间盘突出症需要做手术吗？

腰椎间盘突出症是一种常见病，也是一种多发病。大部分患者有良性的自然病程，如果疼痛程度较轻，肌力下降程度不明显，大小便功能正常，可以考虑保守治疗。一般推荐保守治疗时间 6 ～ 12 周。



出现下列情况应该及时考虑手术治疗：

1. 病史超过 6 ～ 12 周，经系统保守治疗无效；或保守治疗过程中症状加重或反复发作。

2. 腰椎间盘突出症疼痛剧烈，影响工作或生活。

3. 下肢肌力明显下降。

4. 大小便功能出现障碍。



二、如果腰椎间盘突出症需要做手术的话，这个手术怎么做？

近年来，腰椎间盘突出症诊疗理念和技术手段不断进步，手术方法分为几类：

1. 微创经内镜（椎间孔镜）椎间盘切除手术。
2. 后路椎间盘组织摘除术（俗称小开窗）。
3. 椎体融合开刀大手术。

三、这么多种手术的方法，我们选哪种比较好啊？椎体融合开刀大手术是不是治疗最彻底、效果最好啊？



腰椎间盘突出症的治疗原则是能保守不手术，能微创手术不开刀大手术。

绝大部分的情况下，腰椎间盘突出症都是可以用微创手术来解决的，也就是我们说的微创经内镜（椎间孔镜）椎间盘切除手术。与开放大手术效果相同，与其他几种手术比较效果相同，更加微创化，创伤更小、恢复更快。更重要的是，微创经内镜手术最大限度保留了脊柱的正常结构，俗话说“原装的是最好的”，所以已经成为国内外治疗腰椎间盘突出症的首选方法。

专家一致认为，腰椎融合术不作为腰椎间盘突出症首选的手术方案，但以下情况可选择腰椎融合术：

1. 伴腰椎滑脱腰椎不稳。
2. 重度骨性椎管狭窄尤其是合并椎体畸形等。

四、经内镜（椎间孔镜）做椎间盘切除术效果怎么样？是不是比开刀的大手术效果要差？这两种手术费用方面差距大吗？

经过前些年的观察研究，疼痛科与骨科的专家们一致认为：经皮内镜腰椎间盘切除术是治疗腰椎间盘突出症的安全、有效的微创术式，与开放大手术的效果

相同，而经皮内镜腰椎间盘切除术更加微创化，创伤更小、恢复更快。在费用方面，经内镜（椎间孔镜）做椎间盘切除术比开刀手术费用要低很多。

五、经内镜（椎间孔镜）做腰椎间盘切除术这种微创手术是怎么做的呢？

经内镜（椎间孔镜）行腰椎间盘切除术从腰部切一个大约 8mm 的小口，使用铅笔粗细的管道通过自然孔道（椎间孔或椎板间隙）进入椎管内，到达突出的部位，在内镜下，取出突出的椎间盘髓核组织，解除对神经根的压迫。一般术中患者清醒，聊聊天的功夫腰椎间盘突出症就治疗好了。

六、经内镜做椎间盘切除术当天可以下床活动吗？几天可以出院？

经内镜（椎间孔镜）做椎间盘切除术后当天就可以下床，如果没有特殊情况，一般观察 2 ～ 3 天就可以出院。

七、术后怎样进行康复？

尽量避免在一个固定的体位下持续工作，经常需要长期站立的工作者应学会“平腰站立保护法”，即：轻轻收缩臀肌，双膝微弯。

1. 保持良好的站立体位。
2. 保持良好的坐姿。
3. 尽量减少弯腰活动。
4. 劳逸结合。





怎样向医生描述你的疼痛病情？



疼痛症状是每个病人的自身感觉，许多疼痛疾病患者到了门诊，花费了很多时间也描述不清楚自己的病情。

那么，该如何详细描述自己的疼痛病情，给医生提供诊断治疗的依据呢？

一、你哪里痛？



用手指一指即可，不要说：“我三叉神经痛”“我腰椎间盘突出症”。

二、疼痛起始时间？



什么时候开始生病：某年某月？

三、有没有诱发疼痛的原因？

当时是怎么样的情况下出现的疼痛？比如：吃饭，动作，风吹，接触，温热，寒冷，劳动，酒，其他等。



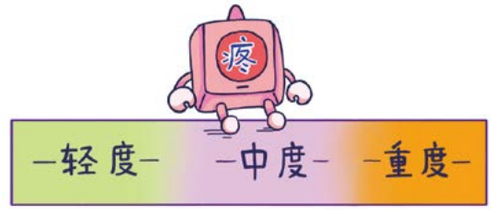
四、疼痛性质如何？

像火烧似的痛？针刺一样痛？蚁走样似的痛？麻木似的？异物感？酸胀痛？刀割一样的疼痛？搏动性痛？或者其他具体点的疼痛描述。

五、疼痛是什么程度？

疼痛是轻度、中度、重度？痛多长时间

（分，秒，其他）？疼痛是发作性的还是持续性的？



六、一天中在什么时分疼痛重？



七、什么情况下缓解？

比如：安静、温暖、服药、体位、其他等。什么情况下加重？比如：寒冷、饮酒、翻身活动、咳嗽、行走、轻轻触摸等。

八、季节、气候对你的疼痛有影响吗？



九、你曾经做过什么检查？检查结果是什么？

十、你曾经做过什么样的治疗？



治疗用的什么方法、什么药物？治疗的效果怎么样？

十一、有没有其他的伴发疾病？



比如：糖尿病，高血压病，睡眠障碍，大小便问题，结核病，肿瘤病史等。有过敏的药物或自己使用后副作用非常大的药物吗？

十二、目前这个病对你最大的影响是什么？



比如：工作，饮食，睡眠，其他烦恼的事情等。



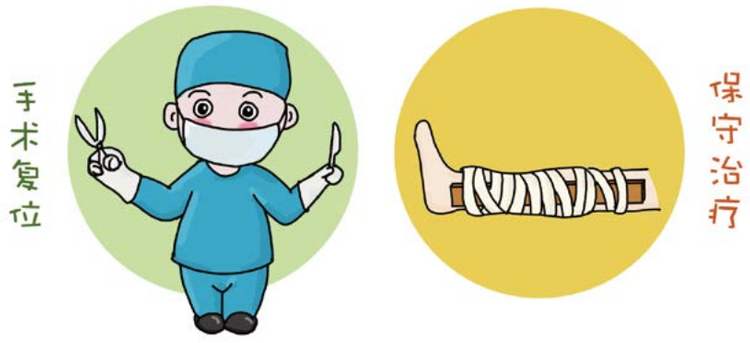
骨折漫谈

骨折是指骨结构的完整性和连续性发生断离，是非常常见的一种机体损伤。

骨折除了由于力量直接作用于骨骼从而导致的断离这种直接暴力造成的，还可能由于积累性劳损造成，比如长期、反复、轻微的直接或间接损伤作用于同一部位致使骨骼断离。

骨折为什么会对人有如此大的影响呢？

骨折后现代医学处理方法基本有两种，一是手术复位然后进行内固定，另一种为保守治疗，通过手法复位，再用夹板进行外固定。



伤筋动骨一百天相信大家都听说过，可能大家会认为这一百天只要好好休息，安心养病就万事大吉，其实这一百天会对人体产生非常大的影响。

骨折除了会造成畸形、异常活动、骨擦音这些症状之外，在其漫长的恢复期，还会产生其他严重的问题：

1. 肿胀和疼痛；
2. 关节挛缩；
3. 肌肉萎缩；
4. 深感觉减退。

壹　肿胀和疼痛



骨折后，骨骼附近的软组织内血管破裂出血，会在骨折周围形成血肿。

肿胀不仅会造成周围软组织的疼痛，也会侵占软组织的地盘，造成肌肉萎缩。

肿胀如果持续超过两个星期，就易形成纤维化，会影响运动功能的恢复。

疼痛更多是外伤性炎症反应引起的，随着妥善的固定，血肿的吸收疼痛可减轻或逐渐消失。长时间的疼痛，如超过 4 周后仍有疼痛或压痛，提示骨折愈合欠佳。

贰　关节挛缩

关节挛缩可能是对人们影响最大的并发症了，多少人在骨骼长好拆除固定后，发现胳膊伸不直了，腿打不了弯了。

传统上来说骨折后都应固定制动，殊不知长时间不恰当的制动正是导致关节挛缩的元凶。制动会使关节囊和韧带缺乏被动牵伸，逐渐缩短失去弹性，引起关节活动受限。

另外关节内和周围的血肿、渗出液等也会造成关节周围软组织黏连。

打个比方，我们人的组织从外到内有皮肤，筋膜，肌肉，韧带，关节囊等，就好像书本一样一页一页的，平常翻书都没有问题，一旦洒了水在书上，几页纸之间就会黏在一起，造成翻书困难，表现在人体上就是关节活动不畅。

叁　肌肉萎缩

骨折后制动，肌肉主动收缩减少，必然会导致肌肉萎缩，通常在制动后两周

左右，就会有明显力量下降。

其实除了专项运动员，正常人在日常生活中其实都只使用了肌肉最大力量的20% 左右，而且肌肉力量在经过一定的训练后会迅速恢复，所以肌肉萎缩并不需要特别担心。

但有一种情况是需要特别关注的，就是骨折合并周围神经损伤。失去了神经营养作用的肌肉，会很快地萎缩，并且不容易恢复。

肆　深感觉减退

深感觉被提到的不多，也不被大众所了解。可能有的人总容易在迈栏杆的时候被拌一下，也可能有的人走路总容易崴脚或者摔倒，其实都是深感觉减退惹的祸。

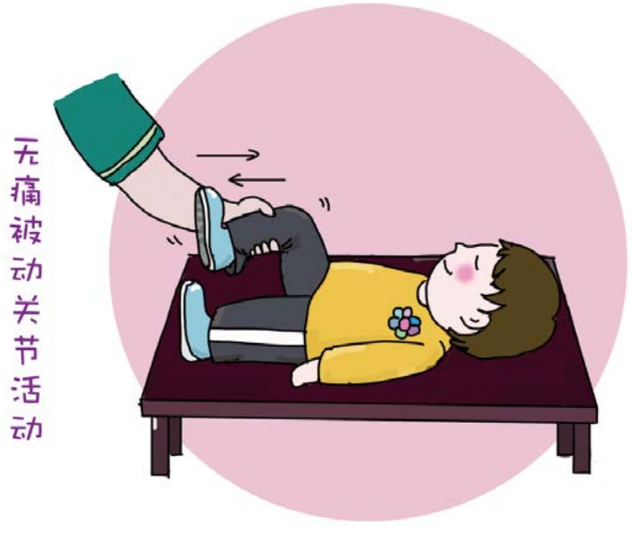
简单来说，深感觉为我们的大脑提供了一张身体的蓝图，我的腿有多长，我的脚有多大力量，我胳膊能抬多高，等等这些。

只有这些蓝图都正确我们的大脑才能在我们迈栏杆的时候正确的计算出我需要把腿抬起来多高，才能在我们走到不平整路面时协调踝关节肌肉维持平衡，才能在我们够取高处物品时决定要不要踮起脚尖。

在骨折后因为长期制动，人体的感受器缺乏刺激，导致深感觉减退。

骨折后的这些并发症状，可不是好好休息，安心养病就可以解决的，所以我们要及时的介入康复治疗。

在康复医学中我们将骨折愈合分为三个时期（与临床上血肿机化期、骨痂形成期、骨性愈合期、塑形期的四分期略有不同），分别是急性炎症期、组织机化期、功能重组期。又将康复项目大体分为了灵活性、协调性（深感觉）、耐力、力量和其他内容。



急性炎症期

这一时期通常会在骨折后持续 4 ～ 6 天；

会有持续性的疼痛，且疼痛 VAS（主观疼痛评价，患者自己给自己的疼痛打分，10 分为无法忍受的疼痛，1 分为轻微疼痛）通常大于 6 分；关节活动度很大程度上受限；并且骨折附近的皮肤温度会略高于其他位置（炎性反应导致）。

急性炎症期不能进行协调、耐力和力量练习，可以适当做一些灵活性练习（无痛被动关节活动）。

这一时期主要的任务是消肿止痛，可以做一些理疗，并且让患者更多的完成自己的日常生活活动促进全身血液循环，更快的消肿。

组织机化期



这一时期通常在消肿后开始，持续 20 天左右（骨折后一个月内）；该期疼痛转为阶段性疼痛，即静卧无反应，但负重活动会有反应，且 VAS 会降至 4 ～ 6 分；关节活动度在末端受限；骨折附近的皮温趋于正常。

组织机化期除了继续上述理疗和灵活性练习以外，还应增加协调性（让患者闭眼，将骨折临近关节移动到一个位置后复位，之后让患者凭感觉再次移动到这个位置）和耐力性（骨折临近关节小负荷维持一个姿势，以及慢跑等全身性有氧耐力训练）练习，并且在灵活性练习中，也应增加一定的负荷。同样，在这一时期仍然不能进行力量性练习。

功能重组期

这一时期通常会持续 1 ～ 2 年；疼痛应消失或 VAS<4 分，与训练强度成正比；关节活动度基本正常或只有很小程度的降低。

功能重组期可以进行力量（抵抗高强度阻力）练习，专项运动员可以在这一时期开始专项训练以提升运动表现，协调性训练以前馈（动作发起时的前置动作，比如从高处跳下时肌肉预先紧张缓冲落地）为主，灵活性练习将负荷加到最大。

骨折术后的康复是一个系统的过程，现将上述练习总结成表供大家查询，但其中训练的方法和技巧难以表述清楚。

急性炎症期（4～6天） A：持续疼痛 VAS>6 分　　B：关节活动度很大程度上受限　　C：温度（+）	
灵活性	·A 阶：无痛被动活动 ·因人而异
协调	·禁忌
耐力	·禁忌
力量	·禁忌
其他	·患者教育 ·疼痛管理 ·ADL ·理疗

广大患者若把握不好还应及时就医，寻求专业的康复服务。

组织机化期（4～24天） A：阶段性疼痛（静卧无反应，负重活动有反应）VAS4～6分 B：关节活动度在末端受限　　C：温度（−）	
灵活性	·B 阶：小负荷关节 被动活动
协调	·A 阶：局部稳定和深感觉 ·B 阶：反馈控制
耐力	·A 阶：局部有氧耐力 ·B 阶：全身有氧耐力
力量	·禁忌
其他	·患者教育 ·疼痛管理 ·ADL ·理疗

功能重组期（21天～2年） A：VAS<4 分　　B：负重痛，强度加大后疼痛反应明显 C：ROM 很小程度降低或正常	
灵活性	·C 阶：大负荷关节 被动活动
协调	·C 阶：前馈训练
耐力	·C 阶：无氧训练 ·D 阶：专项无氧训练
力量	·B 阶：神经肌肉募集 ·C 阶：肌肉肥大训练 ·D 阶：快速力量 ·E 阶：反应力量
其他	·日常生活能力 ·运动表现能力强化

眼科



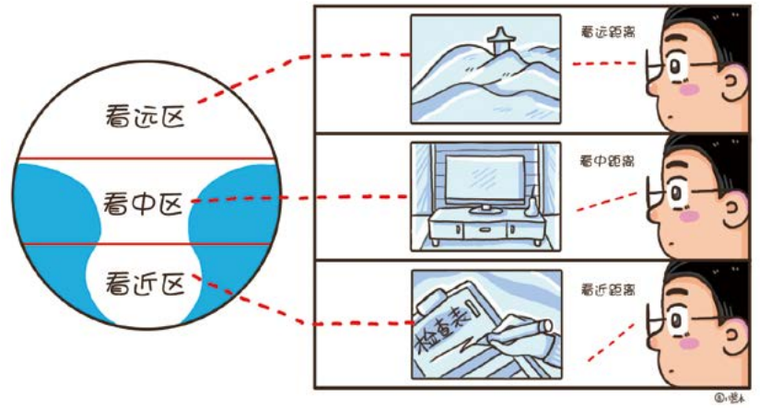
花眼的矫正



生活中有关花眼的传说有很多，比如：“花不花四十八”“花眼就是远视眼”“近视的人不会花眼”“花镜不用验配随便买一副就可以”“花镜不用换，一副打天下”等。这些传说都是非科学、不专业，也都是错误的。之所以在大众之间深入人心，广为流传，源于对花眼的不了解。

什么是花眼？

眼睛看远与看近从物理光学上看，成像是不同的，如果远处的物体正好能成像在眼睛的视网膜上，那么近处的物体就会成像到视网膜的后面，而在视网膜上形成模糊斑。一个正视眼的人之所以看远与看近都清楚，是由于眼睛自带调焦装置。看近时睫状肌收缩晶状体（凸透镜）变凸，从而物象向前移到视网膜上，近处的物体也能够看清。随着年龄增长，人体器官会老化，眼球也不例外，表现在



眼球的晶状体逐渐硬化、增厚，眼部肌肉的调节能力也随之减退，导致变焦能力下降，当看近物时就会变得模糊不清，这就是花眼。

因此，花眼的发生和发展与年龄直接相关，花眼是一种自然生理现象。

多大年龄开始花眼？

20 世纪 50 年代，Hoffstetter 经过大量临床试验统计，提出年龄与调节幅度的经验公式：最小调节幅度 =15−0.25× 年龄。这个公式的意思是每个人出生时调节力是最大的，平均 15D，也就是俗称 1500 度，大概每年下降 25 度。

根据这个公式，40 岁时的调节力是 500 度。当我们看近时如果距离是 1 尺，那么需要 300 度调节。如同一个举重运动员如果能举起 200kg 的杠铃，他是不能持久的，举起就要放下，但如果举起 100kg，则可以绕场一周也不会有问题。眼睛的调节力也是如此，留一半调节储备才可以看得清楚、看得持久、看得舒服。所以，看近的调节需求是 300 度，则需要调节储备 600 度，由此可见，多数人的花眼是 40 ～ 45 岁开始。



花眼和远视眼是一样吗?

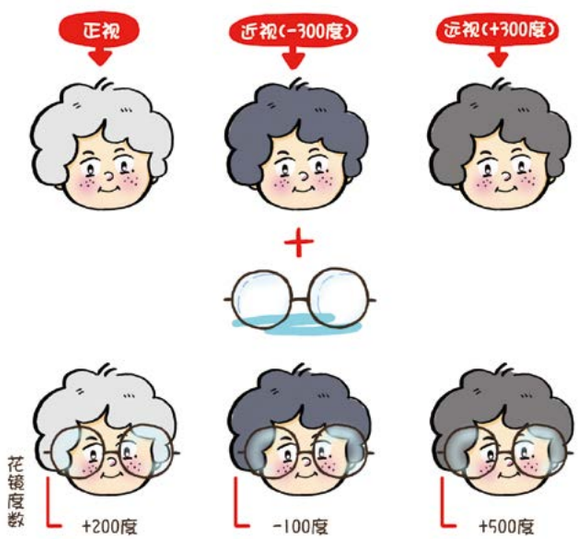
远视是由先天发育造成的，主要原因就是眼球的前后径（眼轴）短，当双眼平视前方，5m 以外的平行光线经过眼的屈光系统的折射后，汇聚在视网膜后，称之为远视眼。远视是一种屈光不正，看远不清楚，看近也不清楚。而花眼是一种生理现象，40 ～ 45 岁以后出现，由于睫状肌和晶状体的变焦能力下降，表现为看远清楚看近不清楚。因此，二者发生机制是不同的。

近视眼的人会不会花眼?

花眼既然是一种生理现象，人人平等，概莫能免，近视是指双眼平视前方 5m 以外的平行光线经过眼的屈光系统后聚焦在视网膜的前面。因此，矫正近视需要用凹透镜，而花眼的矫正需要用凸透镜。近视眼的人花眼以后看远近视度数不变，看近近视度数会中和一部分，所以和正视眼的花镜度数不同。



比如同样的 50 岁的三个人，分别是正视、近视（−300 度）和远视（+300 度），那么他们花镜的度数会是 +200 度、−100 度和 +500 度。近视眼的人看近因为中和一部分度数，花镜度数会比看远度数小。



花眼的症状有哪些?

1. 花眼初期常感觉将目标放远一些才能看清。

2. 光线不足时近距离阅读会显得困难。

3. 看远看近转换时会有短暂的模糊。

4. 近距离工作不能持久，甚至会出现眼胀、流泪和头痛等视疲劳症状。





随着年龄增长，上述现象会越来越重，如果在 40 岁左右出现以上症状说明可能花眼了。

花镜需要验光吗?

很多人觉得地摊上买副花镜很方便，何必到医院检查那么麻烦。廉价的花镜材质和屈光准确性差，同时，虽然年龄相同的人需要的看近附加的度数相似，但每个人的基础屈光状态、瞳距等并不相同，戴上不合适的花镜虽能看清楚，但容易导致眼疼、眼干、视物不能持久等视疲劳症状，因此，应该到正规医院眼科进行规范诊查。

首先，应进行眼部健康检查，排除眼部疾患，然后再通过精确的验光，在看远屈光矫正的基础上根据个体年龄、职业、习惯、调节力等不同给予个性化、精确的度数，达到看得清楚、看得舒服、看得持久的矫正效果。

花镜的矫正方式有哪些?

1. 单光镜。是最常用的矫正方式，其特点是看远不戴，只在看近时戴镜，优点是容易适应，缺点是不方便。

2. 双光镜。是将两种不同屈光力磨制在同一镜片上，即一个镜片有两个光学

中心，其特点是看远看近都清楚，但中距离不清楚。同时，子片在分界线会产生棱镜效应，而产生像跳现象出现盲区，尤其在下楼梯时产生不便。

3. 渐进多焦点眼镜。顾名思义，就是在一副镜片上有多个焦点，从镜片上方固定的看远度数到下方固定的看近度数不是突然改变的，而是在两者之间通过屈光力循序渐进的变化而逐渐过渡的，从而满足了远、中、近距离不同需求。镜片外观上如同单光镜，看不到度数分界线，外表美观，使用方便，尤其适合医生、教师、计算机操作人员等职业的人员。渐进多焦点眼镜由于其设计特点，多个焦点及镜片两侧是像散紊乱区，初戴会有头晕不适，适应期较长。

花镜多久换一副?

一副花镜包打天下显然是错误的。



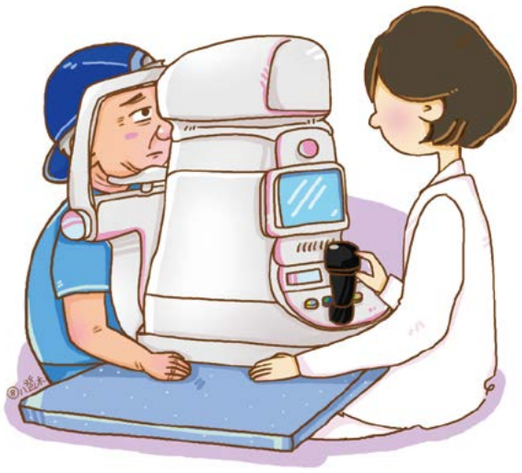
建议花镜两年换一次

一方面，眼睛的调节力在 40 岁之后会逐渐下降，也意味着花镜的度数会随着年龄增长不断加深，大概两年增长 25 度左右。到 60 岁以后，理论上睫状肌和晶状体的调节力基本丧失，花镜度数相对稳定；另一方面，眼镜使用时间久了，镜片会出现划痕、老化等现象，镜片的透光率下降，影响镜片成像质量。因此，建议花镜两年换一次，每次换镜都应该进行眼部健康检查和规范验光试戴。



尽识近视——全面解读伴随一生的近视误区之成年篇

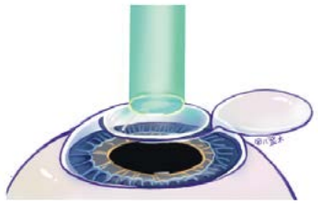
1. 成年人换近视镜不用验光?



成年人换近视镜也需要进行医学验光。

成年人近视度数相对稳定，但并非一成不变，成年人对度数改变更敏感，准确的医学验光同样重要。尤其是高度近视，建议每年检查一次眼睛。除了准确查出近视度数之外，还应做眼底检查排查是否出现高度近视并发症。

2. 近视手术可以治愈近视?



近视手术是矫正近视而非治愈近视。近视屈光手术是通过改变眼的屈光状态去掉患者现有度数，且手术仅改变患者的屈光度及视力，但眼睛由于近视已经发生的改变，如眼轴拉长、视网膜变薄等病症并没有被“治愈”。也就是屈光手术改变的是镜头（角膜或晶体），不能改变底片（视网膜），而高度近视的眼病风险在底片（视网膜）。



尤其高度近视（600 度以上）更要高度重视，即使术后依然要避免跳水、踢球、打篮球、蹦极等剧烈运动，预防视网膜脱离。若出现闪光感、

黑影遮挡、视物变形、视力下降等，需尽快到医院检查。

3. 近视眼不会花眼?

每个人都会花眼，近视眼也不例外。花眼是一种生理现象，多出现在 45 岁左右，花眼是眼睛的调节能力下降，近视是眼睛的屈光异常，只是近视用凹透镜矫正，花眼需要凸透镜矫正，可以抵消一部分度数。比如一个 60 岁的人，如果近视 300 度（凹透镜），老花 300 度（凸透镜），看近时正好抵消，不用戴镜就可以看清，但并非不花眼。

4. 成年人一副近视镜可以一直戴下去?

成年人建议 1.5 ～ 2 年更换眼镜。

成年人一副眼镜最佳使用年限是 12 至 18 个月，眼镜也有“保鲜期”，镜片长时间使用后，镜片会氧化变黄、镜片磨损，其清晰度和透光率都会降低，容易加重视疲劳。因此，应该定期更换。





5.60 岁以上的老年人可以不花眼?

老年人感觉不花眼可能有中低度近视或早期白内障。如果年轻时正视眼的老年人，看近由不清楚到能够看清了，有可能是白内障早期晶体膨胀造成屈光指数性近视。建议到眼科进行眼部健康检查，如果白内障已影响视觉质量，需要手术治疗。



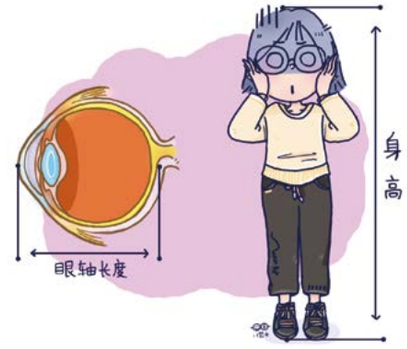
尽识近视——全面解读伴随一生的近视误区之少年儿童篇

近视眼可以说是我们身边最熟悉的陌生者，熟悉是因为我们身边近视眼的人随处可见，甚至我们本人就是近视眼。陌生，是因为我们对近视不乏种种的误区和盲区，而且这些认知多年来已经深植于心。

我们就细数这些年来对近视的误解，揭开其神秘的面纱，来了解从童年到老年有关近视的种种真相，从而做到增强护眼意识，科学防控近视，拥有光明未来。

1. 儿童近视了不戴眼镜就能恢复?

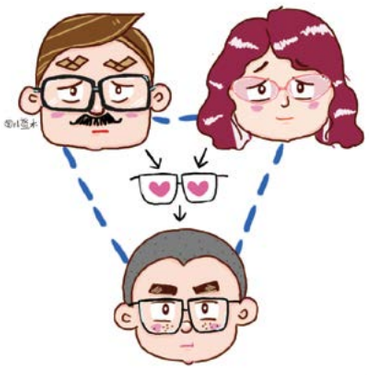
近视不可逆。近视的本质就是眼球长个了，近视眼就是眼球中的高个子，如同小朋友的身高一样，不可能从 120cm 回到 110cm。近视发生的年龄越小发展的空间越大，将来近视的度数越高。眼轴每增加 1mm，近视度数增加 200 ～ 300 度。



2. 近视后戴眼镜越戴越严重?

近视的发展与戴眼镜无关。近视的发生与发展，是遗传与环境因素相互作用的结果。

环境因素中尤其是阅读距离过近（小于 33cm），持续近距离用眼时间过长（大



于 1 小时），户外活动过少，及其他不良的用眼习惯等，都是近视发生发展的直接推手。同时，也与身体生长发育相关。学龄期的少年儿童学习高峰与生长发育高峰重叠。所以，一旦近视，发展几乎成为必然，并非是眼镜惹的祸。根据临床研究：近视了戴眼镜比不戴镜发展更慢。





3. 散瞳验光会伤害眼睛?

散瞳验光不会伤害眼睛。散瞳验光是为了放松调节，使验光结果更准确，比如小瞳验光 200 度，散瞳以后 150 度，这 50 度就是因为调节引起的近视，所以先用散瞳药，麻倒睫状肌，去掉调节性近视，再进行验光检查。这样，才能得到真实客观的验光结果。

4. 近视了戴眼镜会使眼睛变凸?

近视镜不会使眼睛变凸。近视眼一般不会变凸，随着近视度数增加，眼球会向眼睛的后极部生长，除非度数特别大（比如一千度以上），眼睛后极部空间不够，才有可能变凸，与戴眼镜无关。

5. 轻度近视不用配眼镜?

轻度近视根据情况不同尤其看远应该配镜。轻度近视是指 300 度以下的近视。眼睛最基本的功能就是要看得清楚，眼明心亮，看得清楚与否心理体验不同，对于学龄少年儿童如果看不清黑板，还会影响学习。配戴眼镜的目的不仅是为了矫正屈光，视物清晰，还可以防止造成眼睛的调节和集合功能失去平衡。

6. 近视镜还是欠矫好?

近视镜足矫更有助于减缓近视发展。临床研究表明：相对于近视足矫，欠矫更容易导致近视发展，因此，建议近视者宜最低的近视度数获得最佳矫正视力。





7. 近视镜能看清不用换?

近视镜应定期验光更换。儿童和青少年处于生长发育阶段，是用眼高峰期，度数变化快。建议 3 ～ 6 个月到正规医院眼科进行检查，如果度数增加≥ 50 度，需及时进行医学验光换镜。

8. 针灸、按摩、眼贴、仪器等可以治愈近视?

目前尚无治愈近视的方法。近视发生主要与遗传及环境因素相关，眼球长度过长或屈光系统曲率异常所致，但不论物理治疗或是针灸都不能做到改变眼球生理解剖结构的作用，即增长的眼球长度缩短，故而其对于近视的治疗无从谈起。物理疗法可能起到缓解视疲劳的作用，不能治疗近视。



近视虽不能被治愈，但可以控制近视发展。在保持正确用眼习惯的基础上，角膜塑形镜、0.01% 阿托品滴眼液和离焦型框架眼镜可以减缓近视发展。

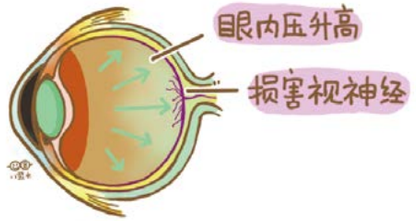


9. 孩子近视不要紧，就是眼镜片的薄厚而已？

近视眼一旦发展为高度近视，随着年龄增长增加了不可逆致盲性眼病的风险。

近视度数越高，眼轴越长，视网膜变薄，据统计，成年后 600 度以上的近视发生视网膜脱离、黄斑出血、黄斑变性、脉络膜新生血管、后巩膜葡萄肿、开角型青光眼、白内障等眼病的概率都远高于常人。





10. 近视了戴上眼镜就摘不下来了？

戴上眼镜因为视觉清晰而不愿回到原来模糊状态而不摘眼镜。近视眼的人没戴眼镜之前习惯了模糊状态，戴上眼镜后能将事物看清楚了，与戴镜后清晰的视觉相比，不想再回到原来模糊的视觉状态，从而主观上不愿意再摘掉眼镜，清晰和模糊来自于比较。



如何读懂孩子的视力筛查报告？



每次幼儿园的孩子们视力筛查后，拿到视力体检报告后家长一脸迷茫满眼困惑，一串串问号浮现心头，报告单上的数字、符号都是啥意思呢？孩子视力不到 1.0，是不是不正常呀？是近视还是传说中的弱视呢？

今天我们就从视力筛查报告单说起，就大家普遍关心又困惑的问题，诸如：不同年龄孩子的正常视力标准、视力下限、远视储备等一一解读。

孩子视力体检后，通常会拿到这样一张视力体检单：



视力筛检结果

裸眼左 5.1	裸眼右 5.1
带镜左 0	带镜右 0

屈光度筛查结果

左眼（OS）	右眼（OD）
球镜左 0	球镜右 +0.25
柱镜左 +0.25	柱镜右 −0.50
轴位左 84	轴位右 3
瞳孔左 +7.20mm	瞳孔右 +7.30mm
瞳 距 57	

建议

你的视力良好，请保持良好的用眼习惯，定期到干预中心复查！

视力筛查　体质筛查　个人中心

该视力筛查报告共有两项内容：远视力和屈光状态。

视力

裸眼视力：指未经任何光学镜片矫正所测得的视力。矫正视力：指用光学镜片矫正后所测得的视力。

视力的表达方式通常有两种：五分记录法和小数记录法，其对应关系如下：

五分记录法	小数记录法
4.0	0.1
4.1	0.12
4.2	0.15
4.3	0.2
4.4	0.25
4.5	0.3
4.6	0.4
4.7	0.5
4.8	0.6
4.9	0.8
5.0	1.0
5.1	1.2
5.2	1.5
5.3	2.0

大家熟悉的视力表达形式一般用小数记录法来表示，通常认为视力达到 1.0 即为正常，但是由于儿童处于视觉发育期，年龄越小视觉发育未完全，相对视力也就越差，所以针对不同的年龄阶段视力正常标准也不同。

不同年龄的视力可以参考以下标准：

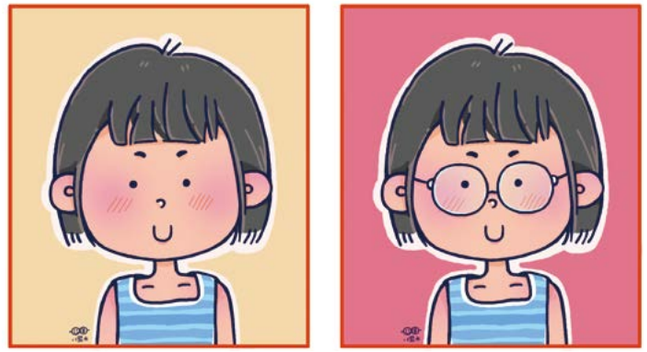
年龄	视力
2–3 岁	0.4
3–4 岁	0.5–0.7
4–5 岁	0.8–1.0
6 岁或以上	1.0



了解了不同年龄段对应的正常视力值，对于没有达到视力标准的孩子是否眼睛就一定有问题呢？答案是不一定，如同儿童在生长发育期间，有的孩子个子长的稍早一些，有的孩子长的稍晚一样，视网膜和屈光系统的发育有个体差异，所以视力的发育也略有不同，同年龄的孩子视力有差异，不同年龄的儿童，视力的正常下限值

也有不同，一般可以参考以下标准：

如果孩子视力低于同龄儿童正常视力下限，或双眼视力相差超过 2 行，说明孩子的视力可能出现了异常，应及时带孩子到医院就诊。



屈光状态

屈光状态分为正视和屈光不正。



正视眼是当眼睛在调节放松的状态下，外界光线经过眼的屈光系统折射后，成像在眼底的视网膜上，能够产生清晰的像；如果不能在视网膜上形成清晰的物像，而是成像在视网膜前或后方，这就叫屈光不正，屈光不正包括远视、近视和散光。屈光不正的表现形式用球镜和柱镜来表示，OD/OS 分别代表右眼 / 左眼。

球镜 S：表示近视或者远视，“–”的数字表示近视度数，“+”的数字表示远视度数。

柱镜 C：表示散光，“–”的数字表示近视散光度数，“+”的数字表示远视散光度数。

轴位 A：表示散光的方向，没有太大的临床诊断意义。

数字代表相应的度数，比如：2.00D 代表 200 度，−2.00D 表示近视 200 度，+2.00D 表示远视 200 度。

瞳距：表示左右眼瞳孔中心两点间的距离（单位为 mm）。

学龄前儿童的屈光状态，我们可以用红黄绿灯来表达。

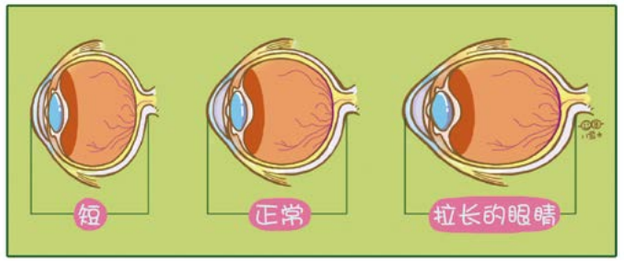
绿灯：如果球镜在 +2.00 ～ +3.00 以下，视力和年龄匹配，可以视为生理性远视储备。

黄灯：球镜为 0，说明孩子可能已经没有了远视储备，将来近视的可能性比较大。

红灯：球镜为“−0.50”以上，说明孩子可能已经近视，数值越大近视度数越高，需及时带孩子到医院规范就诊。

那么，什么是远视储备呢？

儿童在生长发育期，眼睛也处于生长发育阶段，这个阶段的儿童眼球较小眼轴短，处于远视的生理状况，叫作远视储备。



眼睛的发育是从远视开始，经历从远视到正视到缓慢发展（近似停止）的过程，才能保持正视眼，而如果远视度数消耗过快，眼睛过度发育便会形成近视，所以远视储备也可以理解为对抗发展成近视的“缓冲区”。

不同年龄远视储备值不同，随年龄增长递减的趋势

年龄	远视储备值
0–3 岁	300 度（+3.00）
4–5 岁	+150–200 度（+1.50–+2.00）
6–7 岁	+100–150 度（+1.00–+1.50）
8 岁	100 度（+1.00）
9 岁	75 度（+0.75）
10 岁	50 度（+0.50）
11 岁	25 度（+0.25）
12 岁	0 度（0）

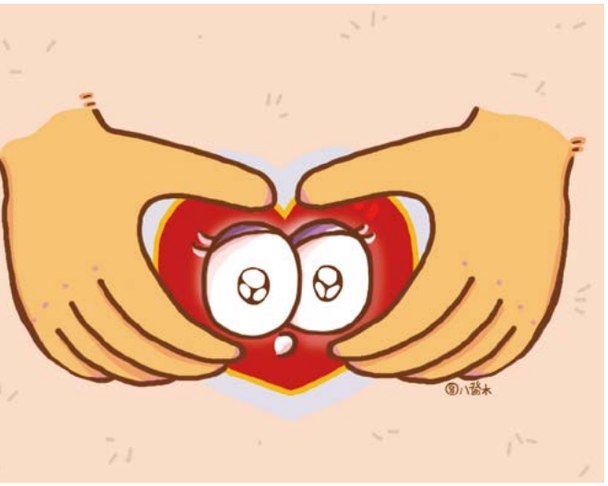
当家长拿到视力检查报告单时，裸眼视力要结合屈光数据一起看，需要注意的是，视力检查属于主观性检查，儿童视力检查受多种因素影响，比如认知、情绪、心理、环境、检查时长、眯眼看等，故其可靠程度并不高，而屈光筛查结果，电脑验光或屈光筛查仪都是机器判读的数据，同样因为孩子调节力强，配合度等影响，所测数据亦非精确诊断，视力筛查可供参考，不能代替医院的屈光检查。如果发现孩子筛查结果异常，尽早带孩子去医院做相关的眼科检查，由专科医生做出专业的诊断。



同时，建议孩子三岁建立屈光发育档案，每三个月到半年复查一次，一旦孩子出现近视或者近视化速度显著加快，则可以尽早科学干预和处理。

儿童是国家的未来，让我们一起关注儿童眼健康，共同呵护好孩子的眼睛，让他们拥有一个光明的未来。

重视 0–6 岁儿童视觉发育黄金期，给孩子们一双明亮的眼睛



0–6 岁是孩子生理、心理发育的重要时期，是婴幼儿视觉发育的窗口期，也是预防近视的黄金期。眼睛是心灵的窗户，是人体重要的生理、物理光学器官，相对于不让孩子输在起跑线上，了解孩子眼睛正常生理的发育过程，有的放矢，重视早期教育，培养良好的用眼习惯，让孩子在起跑线上具备征战一生的能力和资本，健康挂帅、光明领航实现一生的可持续发展更为重要。首先从以下维度了解孩子眼睛的正常发育过程。

视力



良好的视力不是先天获得的，虽然刚出生的婴儿看上去有一双明亮的眼睛，但其实并不能视物，就像婴儿有手不能拿东西，有脚无法走路，有口不能讲话一样，都要经过后天不断的刺激和训练，功能才能逐渐完善。0–6 岁是婴幼儿视力发育的正视化过程，3 岁之前是关键期，3–6 岁是敏感期。不同年龄对应不同的视力，如左图：

生理性远视和眼轴长度

婴儿刚出生时，眼睛也和其他器官一样，眼睛前后径（即眼轴长度）较短，大约 16.5mm，相较于成年后的 24mm 的眼轴，光线汇聚后会聚焦在眼球的后面，这种情况引起的远视叫生理性远视，也叫远视储备，随着生长发育，眼球逐渐延长，在此过程中如果习惯不良、用眼不当，会造成眼睛发育过快就可能发展成近视。

了解了孩子正常的视觉发育过程，如何科学预防近视呢？

1. 三岁建立屈光发育档案

孩子的表达能力有限，从三岁开始带孩子到正规的眼科机构，检查视力、眼位、屈光度、角膜曲率、眼轴长度，身高、体重等，建立儿童屈光发育档案并定期检查，如同给眼睛安装了雷达，可以动态监测孩子的屈光发育情况，综合评估孩子近视发生的可能性，及时发现近视苗头及屈光异常情况，给予个体化的指导或干预，是近视预防的基础。



2. 建立正确的读写“三姿”，坚持做到三个“一”

“少成若天性，习惯如自然”，多次练习正确的动作，可以内化为一种习惯，家长在孩子开始读写的时候要严于始慎于终，直至固化成习惯。临床研究发现，阅读时的头位姿势和近视存在一定关联，而读写距离不足 30cm 的人群患近视的概率增加了 1.5 倍。

三姿

坐姿、头姿、握笔姿势，身体坐直，头部端正，目视前方，握笔要“一抵二压三衬托”，良好的“三姿”，利于骨骼生长和眼睛健康。



三个一

眼睛与书本一尺（33cm），身体距离书桌一拳，手指与笔尖有一寸。

3. 减少近距离用眼时间

0 ～ 3 岁是孩子眼睛“长个”最快的时期，眼轴从 17mm 到 22mm，在以后漫长的十余年，仅仅长 1mm，在这个阶段，尤其要减少近距离用眼。3 ～ 6 岁重点做好入学前准备，培养孩子搭建立交桥式的时间架构，利用听、说、读、写、思多种形式学习，养成立体利用时间、珍惜时间的习惯。近距离阅读 30 ～ 40 分钟休息 10 分钟，可以帮孩子定上闹钟，加强自我管理，培养孩子耐心、专注和自律，把预防近视融入孩子的成长教育中。

4. 目浴阳光，保证足量的户外活动



近几年来，国内外大量的临床研究显示，每天户外活动 2 小时以上能很好地预防近视，研究还发现，每周 19 小时的户外暴露能抵消近距离用眼带来的近视风险。

户外活动预防近视的原因一方面是由于户外活动减少了近距离用眼的时间，使眼睛得以放松，

另一方面是由于户外光照强度大，光线刺激视网膜释放多巴胺，多巴胺抑制了眼轴增长，从而预防近视的发生。

小贴士：户外活动对近视的预防作用在于“户外的光照”而非“活动”本身。而且，户外暴露的时间可以是间断累计 2 小时以上而非连续暴露。



5. 合理营养，保证充足的睡眠

合理的营养和充足的睡眠是保证视力健康的基础，要做到营养均衡，不挑食，不偏食，少吃甜食，多吃新鲜蔬菜水果。

小贴士：建议 1 岁以下婴儿，每天睡眠 16 小时；1 ～ 3 岁幼儿，每晚 12 小时，白天 2 ～ 3 小时；4 ～ 6 岁儿童，每天 10 ～ 12 小时。

6. 合理使用电子产品



6 岁以下儿童尽可能不用手机，减少纯娱乐目的的电子产品的使用，家长不能把电子产品当作孩子的电子保姆，不仅对孩子的视觉发育不利，更不利于孩子身心健康的成长。

电子产品的使用可以遵循以下原则：（1）作为教育辅助的手段，由家长选择内容并陪伴儿童使用。（2）电子产品距离远一点，字号大一点。（3）使用电子产品过程中要有背景灯，光线要明亮适宜。

家庭是孩子们接受教育的第一学堂，是预防近视的主战场。家长首先要意识到保护眼健康的重要性和迫切性，重视婴幼儿早期习惯的培养，把预防近视融入婴幼儿素质教育，并落实到日常的行动中。



心身健康



心理防疫——常用的心身放松技术

埃德蒙雅各布教授曾经说过：“身体放松的时候，精神是不会焦虑的。”下面给大家介绍几种简单的心身放松技术，来帮助大家在感到有压力、身体紧张时进行练习。



心身放松技术之一：腹式呼吸

腹式呼吸能诱导一种更慢更深、从力学上讲由腹部而非胸廓启动的呼吸，这种呼吸方式与睡眠时的呼吸方式类似。



操作方法：坐在椅子或沙发上，左手放在胸部，右手放在腹部肚脐处，缓慢自然地呼吸，吸气时让腹部慢慢地鼓起来。呼气时让腹部慢慢地凹下去，体会腹部起伏的感觉，通过比较双手的运动幅度去体会与之前习惯性呼吸方式的不同。如果右手的运动幅度比左手更明显，说明您已经掌握了腹式呼吸的技巧。

心身放松技术之二：“蝴蝶拍”心理稳定化技术

“蝴蝶拍”心理稳定化技术又称蝴蝶拥抱技术。顾名思义，就像蝴蝶一样，拍打着翅膀，又好像我们在自己拥抱自己、安慰自己，可以促使心理和躯体恢复和进入一种“稳定”的状态。

“蝴蝶拍”心理稳定化技术主要运用于危机事件导致的焦虑、紧张、惶恐、缺乏安全感的状态。

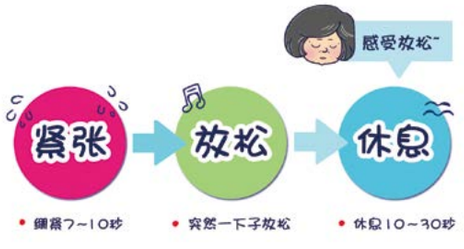


“蝴蝶拍”心理稳定化技术如何操作？

双手交叉在胸前，中指尖放在对侧锁骨下方，指向锁骨方向。可以闭上或者半闭上眼睛。将你的手想象成蝴蝶的翅膀，像蝴蝶扇动翅膀一样，缓慢地、有节奏地交替摆动你的手，例如，先左手，后右手。缓慢地深呼吸，留意你的思绪和身体感受。在这一刻，你在想什么？脑海里有什么样的景象？你听到了什么声音？闻到了什么样的气味？审视你的想法、感受，不去评判它们。把这些想法、感受看作天上飘过的云彩：一朵云彩来了又去了，我们只需静静地目送，不去评价它的好坏。重复 6 ～ 8 次“蝴蝶扇翅”，直到身体平静下来。

心身放松技术之三：渐进式肌肉放松

渐进式肌肉放松是通过对身体肌肉的先紧张后放松，达到全身放松的目的；紧张和放松的意义在于使我们体验到放松的感觉，并学会如何保持放松的感觉。



它能够帮助我们降低紧张和内在的不安，压力性头痛，失眠，恐惧，高血压，疼痛和许多因压力和紧张引起的躯体不适。系统性的放松能够促进一个内在的宁静，舒服的新鲜感，清醒的注意力以及心灵

的总体平衡。

适用于长时间有工作任务带来压力的人群，比如医务人员，一线工作人员，救援人员，个体或团体焦虑减压放松。

放松身体的肌肉顺序可以根据个人需要而调整，可以将身体划分为更小的肌肉部分来放松。但是，想要更好地达到肌肉放松的效果，需要反复练习。建议清醒时练习，更加能够体验放松训练所产生的效果。

心身放松技术之四：身体扫描

身体扫描（BodyScan）是一个关注身体、和身体建立连接、培养对身体感知的正念练习。

我们所有的情绪都储存在身体中，身体最能真实、直接、快速地反映自己的内心，而我们因工作和生活的忙碌，经常忽略身体发出的一些信号，直到出现疼痛、难受甚至生病时，才会感知身体的存在。

身体扫描就是将注意力轮流集中在身体的各个部位，从脚趾到头顶一一去感受，就像用一个扫描仪扫描身体一般，可以帮助我们及时接受有关压力和情绪的信号，以及人类最本能的身体信号，比如饥饿、疲劳等。听从身体的声音，可以指引我们做出对自己有益的健康选择。练习可以选择在早晨起床后、晚上睡觉前或者一天中安静的时间进行。

心身放松技术之五：冥想



冥想是一种锻炼“自我意识”和“放松大脑”的心态转换训练，通过冥想我们能进入到一个专注的状态并能缓解焦虑。

此外，冥想还能起到平衡交感神经和副交感神经的作用，进而保持更加稳定平和的情绪。冥想就像每天运动、健身一样，只不过锻炼的不是肌肉，而是大脑。科学研究显示：长期坚持会增强大脑外侧前额叶皮层的活动，抑制杏仁核的作用，有利于提高意识能力，使自己注意力更集中、更加自律，同时还能增加情绪控制能力。

不吃药也能治疗失眠吗？



王大姐 10 年前遭遇家庭变故，第一次体会到失眠的滋味，随着时间的推移，家庭变故的伤害慢慢缓解，可是失眠留了下来，每天只能睡 4 个小时不到，长期服用镇静催眠药物，白天精神差，影响生活和工作。

患者考虑长期服药的不良反应，想要停止药物治疗，为此来医院心身医学科就诊。王大姐愁容满面对医生说：

“医生，我昨晚又没有睡好，不吃药睡不着，药越吃量越大，白天精神还差，不吃药真的能治失眠吗？”

“失眠是一个慢性疾病，不是一蹴而就就能马上解决问题的，咱们得有耐心和信心。”

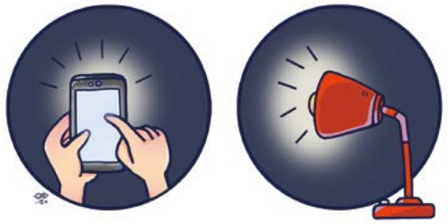
经过医生评估，制定了个性化的治疗方案，逐渐减停药物治疗联合心理治疗和物理治疗。

其中起重要作用的莫过于失眠认知行为治疗（cognitivebehavioraltreatmentforinsomnia，CBT-I）。CBT-I 目前被视为一线的治疗失眠方法，为各大指南所推荐。相比药物，远期疗效更加肯定而持久。

CBT-I 一共有五步独门秘籍，包括睡眠卫生、睡眠限制、刺激控制、放松疗法、认知疗法五部分。

一、睡眠卫生教育

针对影响慢性失眠患者的生活方式、环境因素等进行指导，列出对睡眠有益因素和不利因素，进行分析。



二、刺激控制疗法

根据行为主义反射原理，此方法能帮助失眠患者重新建立入睡与卧床时间和睡眠环境等因素的条件关联反应，使卧室恢复作为诱导睡眠信号的功能，并减弱它和睡眠不相关活动的联系，使患者更加易于入睡。

三、睡眠限制疗法



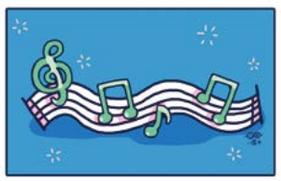
主要是缩短患者总卧床时间，使其卧床时间尽量接近所需的睡眠时间，提高睡眠有效率。依据患者的睡眠效率（总睡眠时间 / 卧床时间 ×100%）调整总卧床时间。

四、认知疗法



帮助患者纠正不切实际的睡眠期望，理性看待失眠的不良后果，指导患者保持自然入睡，不要过于关注并试图努力入睡。

五、放松治疗



失眠患者在夜间过度的生理觉醒是失眠的一部分原因。渐进式肌肉放松训练的方法可以减轻患者的心身功能紊乱的躯体不适，还可以降低患者的心理觉醒水平。

在心理、物理的联合治疗下，王大姐的睡眠明显改善，六周治疗后减停了镇静催眠药物。总而言之，对于慢性失眠患者的治疗有三部曲：



1. 症状改善、睡眠管理。
2. 睡眠修复。
3. 减药停药。最终达到“不吃药，睡好觉”。

其中，失眠认知行为治疗（CBT-I）贯穿慢性失眠障碍治疗始终，是逐渐减少停止安眠药的保障。



肝胆胰腺



ERCP 之牙齿历险记

95 岁的王奶奶由于胆管结石住院，需要进行内镜 ERCP 手术将结石取出。进入手术室后，护士询问王奶奶口腔内有没有活动的牙齿，并让王奶奶张口进行仔细检查。

经检查发现王奶奶口腔内有两颗活动的牙齿，就告知王奶奶和家属说为防止牙齿脱落，需要术前将活动的牙齿用线进行固定，也就是把它们绑起来。





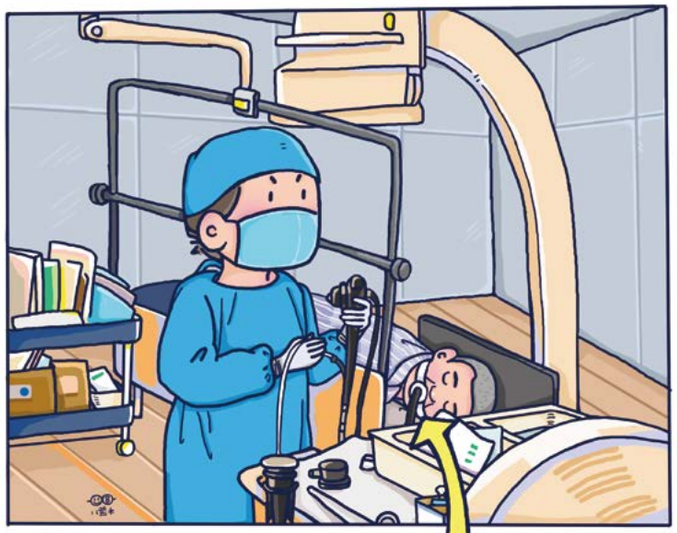
护士的话还没说完，两颗活动牙齿一听要把它们绑起来，非常的生气，私下议论说：“我们是来陪王奶奶做手术的，为什么要把我们绑起来？”

护士接着说道：“因为我们的手术是经口操作的，首先要让王奶奶张口咬住一个口垫，由于口垫的材质偏硬，牙齿咬上去

可能会不舒服，然后术者会经口垫将内镜插入口中，这个操作刺激性比较强，如果患者稍不配合，就有可能将活动的牙齿硌掉。我们给活动的牙齿系线固定，即使牙齿脱落了，我们也可以通过线将脱落的牙齿找到，以防它误入气道引起患者窒息。”

两颗牙齿听完护士的讲解终于明白，系线并不是为了绑它们，而是为了保证王奶奶的安全。手术过程中两颗牙齿尽自己最大的努力配合医生的操作，手术顺利完成，它们为王奶奶的安全贡献了自己的一分力量。





同样的，我们在术前让患者摘除假牙也是为了防止假牙脱落引起误吸，而并不是因为假牙有金属成分会影响术中影像结果。您了解了吗？

ERCP 手术患者准备

注意事项

1. 保证充足的睡眠，检查前一晚可适量应用镇静药物。

2. 行 ERCP 手术者，前 1 日晚餐后禁食，手术日禁早餐（术前空腹 8 小时以上），禁水 4 小时。

3. 更换病员服，并去除身上所有金属物品。

4. 听从护士指导，练习 ERCP 卧位。



左侧俯卧位，头向右侧偏，
右手轻抱枕，左手置腰间，
左腿伸直位，右腿往上蜷，
记清此体位，手术更方便，
舒适睡眠中，微创疗效显，
为民谋康健，胆胰疾患远。



健康的假日饮食攻略

节假日很容易忽略饮食的节制，出现暴饮暴食的现象，非常有害于健康。应该注意饮食平衡，一定要“管好嘴、迈开腿”。

攻略一：避免暴饮暴食、饮酒过量

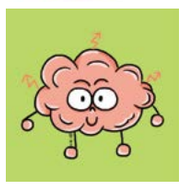


大量食物、酒精的刺激，促进胰液分泌增多、胰管内压增高、重者可导致胰腺小导管及腺泡破裂，激活胰蛋白酶原，从而引起胰腺组织的自我消化，严重可导致胰腺出血坏死，重症胰腺炎。

吃得过饱所带来的直接危害就是胃肠道负担加重，消化不良。如果上顿还未消化，下顿又填满胃部，胃黏膜就不易得到修复的机会，可导致肠胃炎，或肠胃溃疡、肥胖等。



吃得过饱，会引起大脑反应迟钝，加速大脑的衰老。人们在吃饱后，身上的血液都跑到肠胃系统去＂工作＂了，容易让人长期处于疲劳状态，昏昏欲睡。



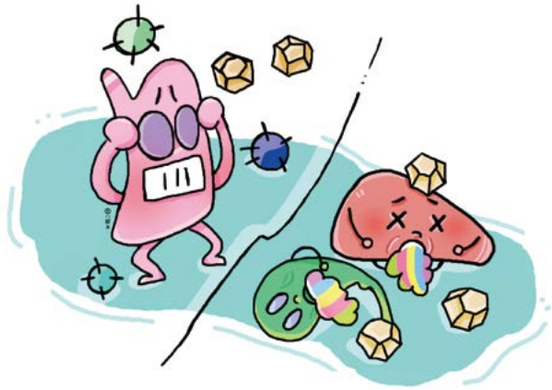
攻略二：早餐不可省

节假日有了充分的时间可以睡懒觉，很多时候起床晚了，就不吃早饭了。但

睡醒后，如果不进食，夜间分泌的胃液缺乏食物的中和，易导致胃肠不适，会出现胃肠溃疡，甚至是胆结石。



胆囊是储存和浓缩胆汁的地方，一般在早晨吃饭以后胆囊发生收缩将胆汁排入到患者的肠道内部帮助人体消化食物。如果患者长期不吃早饭就会导致胆囊内部胆汁的浓度非常高，长时间以后有可能会造成胆固醇结晶，进一步的发展成胆囊结石。



攻略三：睡前 3 小时避免进食

危害一：营养无法消耗。在吃夜宵时往往吃大量的肉、蛋等高蛋白食品，会导致肥胖。摄入蛋白质过多，人体吸收不了就会滞留于肠道中，会变质产生氨、吲哚、硫化氢等毒素，刺激肠壁，诱发癌症。再加上饮酒，则更容易与“酒精性脂肪肝”结缘。



危害二：失眠。夜宵过饱可使胃鼓胀，对周围器官造成压迫，胃、肠、肝、胆、胰等器官在餐后的紧张工作会传送信息给大脑，引起大脑活跃，并扩散到大脑皮层其他部位，诱发失眠。

攻略四：充足睡眠、适当运动、保持心情舒畅

胃肠道是人体的“第二大脑”，不良的情绪不止反应在大脑里，还会表现在我们的胃肠道上，轻则厌食消瘦、消化不良、便秘，重则导致胃肠溃疡等。因此充足睡眠、适当运动、保持心情舒畅有助于消解压力，缓和情绪，降低肠胃疾病发生的机会。



攻略五：清淡少油腻，搭配要合理、多吃蔬菜水果



食品油腻、过咸或不易消化，例如油炸物、腌制品、年糕等，更容易产生胆结石。如果平时患有糖尿病、高血压、肾脏病、消化不良、血脂高、高尿酸等病症者，在春节期间仍应保持平时的忌口。

适宜吃一些含钾较丰富的蔬菜，例如紫菜、海带、香菇、芦笋、豌豆苗、莴笋、芹菜等。它们能帮助人体排出多余的钠。新鲜蔬菜是一种碱性食物，不仅含有丰富的纤维素，可解油腻，维持胃肠正常蠕动，预防便秘，而且能中和体内多余的酸性物质，维持人体新陈代谢的需要。

攻略六：注意预防疾病

1. 胆囊炎及胆石症



高脂肪饮食是胆囊炎、胆石症急性发作的主要诱因，其发病特点是右上腹疼痛，伴阵发性绞痛，可伴有右肩背放射痛（但如果是左肩背放射痛，要一定警惕心脏疾病的可能），还可有发热、恶心、呕吐、黄疸等症状。

对于预防胆结石及已经有胆结石的人：改善饮食结构，适当食用粗粮，避免过量食用可以促进胆道结石形成的食物，如高脂饮食，动物内脏，肥肉，油炸食品，蛋黄，巧克力等，少食刺激性食物。

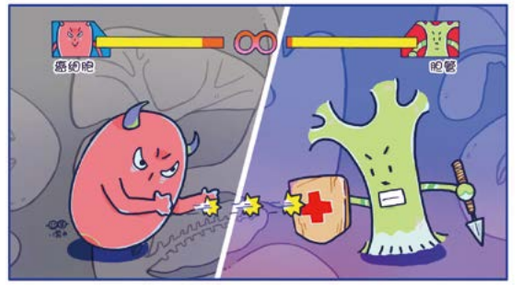
2. 急性胰腺炎

饮酒、进食大量油腻食物后出现的腹部剧痛、腹胀，恶性、呕吐等，要警惕胰腺炎。

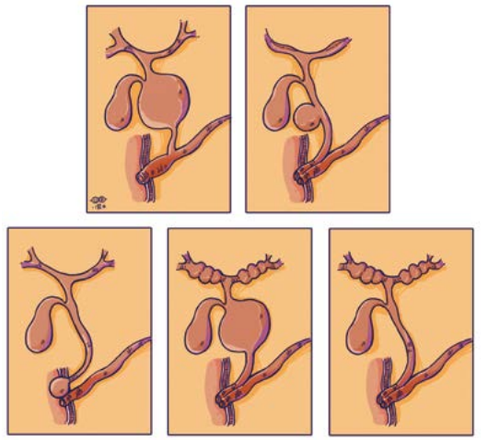
胆管癌的发病及症状

在这个谈癌色变的时代，我们都是战战兢兢地活着，害怕万一邪恶的肿瘤君将罪恶的双手伸向自己。胆管癌，是癌中癌，因其隐秘的能力，一旦发现就趋向后期，因此更为人所担心。





胆管癌（Carcinomaofbileduct）主要是指发生在肝外胆管，即左、右肝管至胆总管下端的恶性肿瘤。随着诊断水平的提高，本病发现率明显增多。



胆管囊状扩张分型

病因

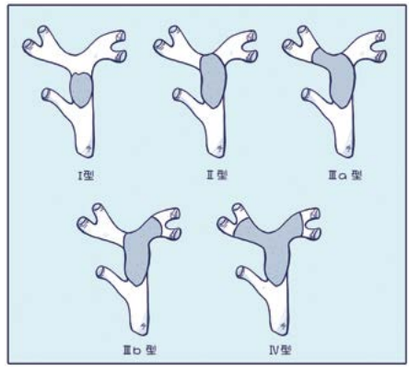


病因仍不明，多发于 50 ～ 70 岁，男女比例约 1.4 ： 1。本病可能与下列因素有关：肝胆管结石，约 1/3 的胆管癌合并胆管结石；胆管囊性扩张症（分型如下图）等。

部位

根据肿瘤生长的部位，胆管癌分为上段、中段、下段胆管癌，上段胆管癌又称肝门部

胆管癌，位于左右肝管至胆囊管开口以上部位，占 50% 以上，分为四型：I 型：肿瘤位于肝总管，未侵犯左右肝管汇合部；II 型：肿瘤侵犯汇合部，未侵犯左或右肝管：IIIa 型：已侵犯右肝管；IIIb 型：已侵犯左肝管：IV 型，同时侵犯左、右肝管。中段胆管癌位于胆囊管开口至十指肠上缘，占 15% 左右；下段胆管癌位于十二指肠上缘至十二指肠乳头，占 10% ～ 20%。



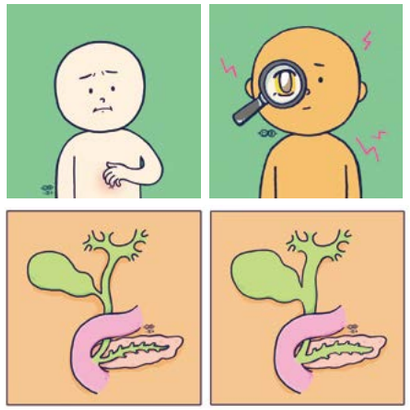
肝门部胆管癌分型

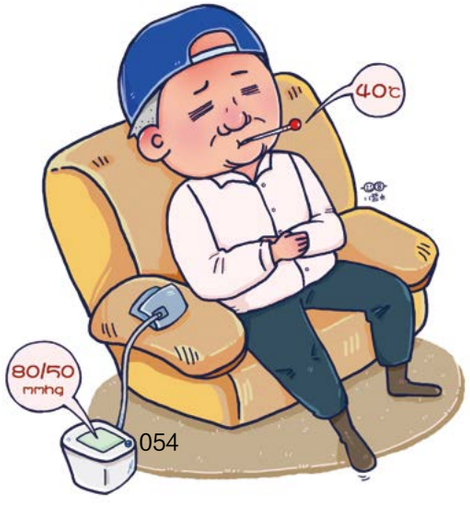
临床表现

1. 黄疸：90% ～ 98% 病人可出现，逐渐加深，大便灰白，可伴有厌食、乏力、贫血。半数病人伴皮肤瘙痒和体重减轻。

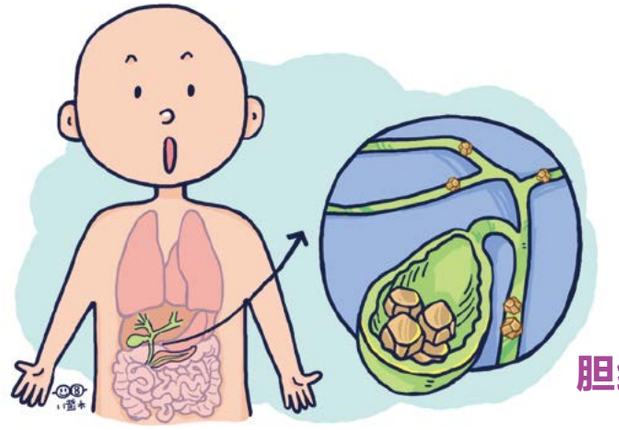
2. 胆囊肿大：中、下段的胆管癌有时候可触及肿大的胆囊，Murphy 征可能阴性，而上段胆管癌胆囊不肿大甚至缩小。

3. 肝大：肋缘下可触及肝脏，黄疸时间较长可出现腹水或双下肢水肿。肿瘤侵犯或压迫门静脉可造成门静脉高压症而导致上消化道出血；晚期病人可并发肝肾综合征，出现尿少、无尿。





4. 胆道感染如发生，可出现典型的胆管炎表现：右上腹疼痛、寒战高热、黄疸，甚至出现休克。感染细菌最常见为大肠埃希菌、粪链球菌及厌氧性细菌。



胆结石的那点事儿（一）——“诞生”

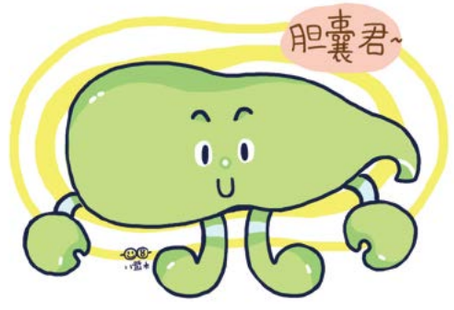
胆结石，也就是我们平常所说的胆石症，通常是指胆囊或者肝内外胆管的任何部位发生结石的一种疾病，说白了凡是胆道系统里胆汁流过的地方均可发生结石，是一种常见病、多发病。

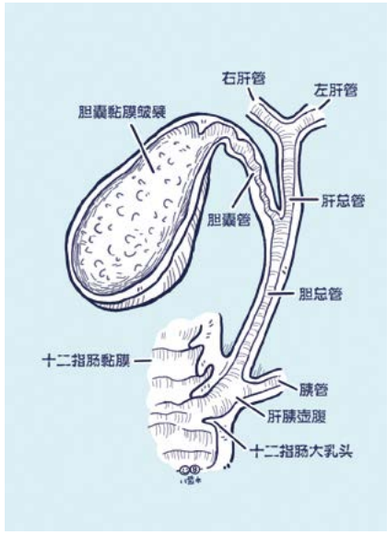
从流行病的角度来说胆石症患病率受种族、民族、遗传、地理、饮食、行为等因素影响。在西方国家，结石主要发生于胆囊，而在我国及东南亚、日本一带，原发于胆管系统的色素性结石相对较多。

随着我国社会经济的发展以及人民生活水平的不断提高和生活方式的改变，胆石症的发病率也随之逐渐增高。而说起胆石症的历史，其不可谓不长，在埃及的木乃伊（公元前 1085—公元前 945）中便发现过胆囊结石，我国的马王堆汉墓中的女尸中也曾发现过胆结石。公元前 4 世纪之前，便已有关于胆石症的相关描述记载。而如今生活水平提高同时医疗文明的进步，胆石症的发生率和发现率也悄然而起，不容小觑。

胆囊是一梨形的囊样器官，其位于肝右叶下面的胆囊窝内，从肝门右端附近向前延伸至肝下缘。胆囊长 7 ～ 10cm，最宽处为 3cm，容积为 30 ～ 50mL。







胆囊解剖图

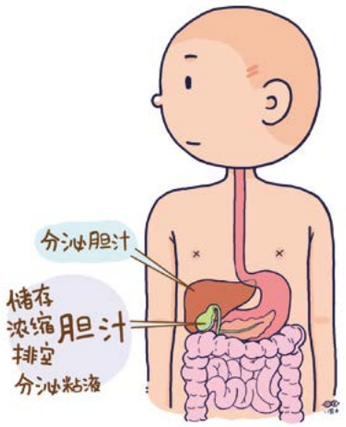
进出胆囊的管路叫作胆囊管，胆囊管长 2 ～ 3cm，其与肝总管汇合后继续下行形成胆总管。胆总管长 5 ～ 8cm，直径 3 ～ 6mm，在十二指肠降部的左侧，胆总管与胰管相遇，二者一起进入十二指肠肠壁并汇合形成肝胰壶腹，其末端缩窄并开口于十二指肠大乳头。

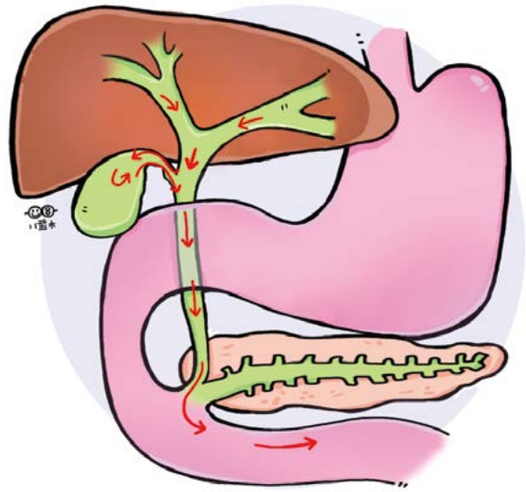
说白了就是胆囊位于肝脏的下方就好像是处于肝脏的怀抱之中一样，所以我们有个成语叫“肝胆相照”。另外胆道包括肝内和肝外两部分，肝内部分包括左、右肝管和密布于肝内的毛细胆管；肝外部分包括肝总管、胆囊、胆囊管，胆总管和壶腹部。他们均是胆汁经过的管路，同时也是胆石容易停留或形成的地方，是理解胆石症的基础。

肝脏每天生成 800 ～ 1200mL 胆汁，胆汁主要成分有水、电解质、胆汁酸盐、磷脂、胆固醇、胆红素等。其中胆红素是来自衰老红细胞的血红素的降解产物；而胆汁酸盐，即胆汁酸，它的生成能促进其他胆汁成分的分泌，特别是水和钠，另外它还可以分泌有潜在毒性的化合物（如：胆红素、药物代谢产物等）以及溶解肠道脂肪和脂溶性维生素并促进其吸收。

胆汁主要由肝细胞分泌，在肝脏内，胆汁从肝内胆管流到近端肝管或肝总管。空腹时分泌的胆汁约 50% 从肝总管经胆囊管进入胆囊，其余胆汁则直接进入肝总管和胆囊管汇合形成的胆总管，所以空腹时几乎没有胆汁从肝脏排出。同时，胆囊会吸收胆汁中高







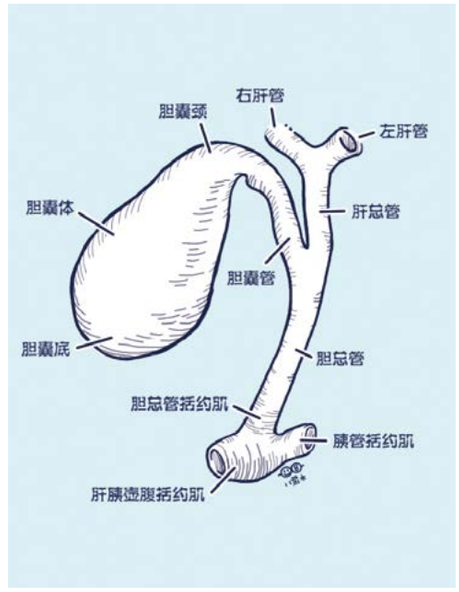
达 90% 的水分，可见胆囊是一个起浓缩和贮存胆汁的功能的器官，并不是主要生成胆汁的器官。

胆汁又是怎么从胆囊排出的呢？胆总管和胰管汇合形成 Vater 壶腹进入十二指肠。在和胰管汇合前，胆总管逐渐变细，Oddi 括约肌环绕胆总管和胰管，后两者又有自身的括约肌，因此胆汁通常不会逆流至胰管内。

因为人的进食是间断的，而胆汁在肝脏的产生是持续不断的，人体为了适应这一现象，最大限度利用胆汁的生理作用，在各个时段胆汁的流向是不一样的，进食后尤其是油腻食物后，胃肠激素的释放以及胆碱能神经的激活促使胆囊收缩，同时胆管括约肌舒张，可使约 75% 的胆囊内成分排入十二指肠，从而使食糜与胆汁混合，帮助食物尤其是脂肪的消化吸收。

正所谓“流水不腐，户枢不蠹，动也”。一旦胆囊内或者胆道内胆汁流动不畅、发生瘀滞就会容易发生结石。虽然道理很简单，但是胆石的发生却是一个多因素的过程。如果长期不吃早饭，胆汁在胆囊内停留时间过长，也容易形成胆结石。





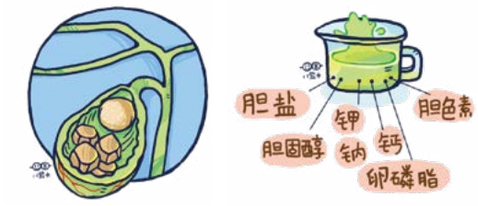
胆结石的那点事儿（二）——胆囊结石

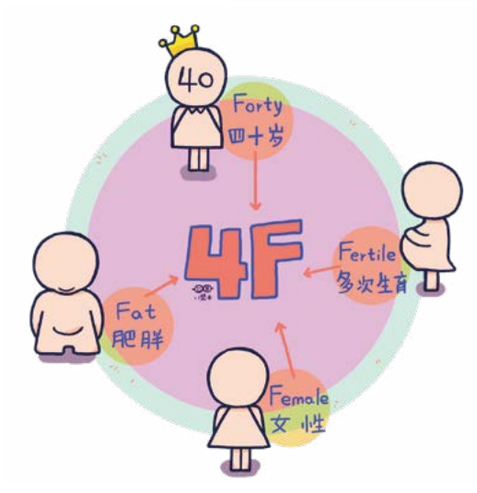


胆囊结石按成分主要分为胆固醇类结石（混合性结石和纯胆固醇结石）和胆色素类结石（胆色素钙结石和黑色素结石）。主要见于成年人，发病率在 40 岁后随年龄增长，女性多于男性。

胆囊结石的成因非常复杂，与多种因素有关，是环境因素、遗传因素以及个人生活方式共同作用的结果。简单来说，任何影响胆固醇与胆汁酸和磷脂浓度比例和造成胆汁瘀滞的因素都能导致结石形成。

胆汁由胆盐、胆色素、胆固醇、卵磷脂、钾、钠、钙等组成，胆固醇不溶于水，胆汁中的胆盐和磷脂形成的微胶粒可将胆固醇包裹于其中，使其溶解。随着胆汁中胆固醇浓度增加至胆固醇过饱和时，胆固醇便会形成结晶析出，进而形成胆固醇结石。





对于胆囊结石高危人群有学者总结为“4F”症，即 Female（女性）、Forty（四十岁）、Fertile（多次生育）、Fat（肥胖）。另外胆结石开始形成后会以每年 1 ～ 2mm 的速度增长，达到足以引起症状的大小可能需 5 ～ 20 年。

对于胆囊结石的病人来说，大多数病人可无症状，多为体检发现，也称为无症状胆囊结石。随着健康检查的普及，无症状胆囊结石的发现明显增多。

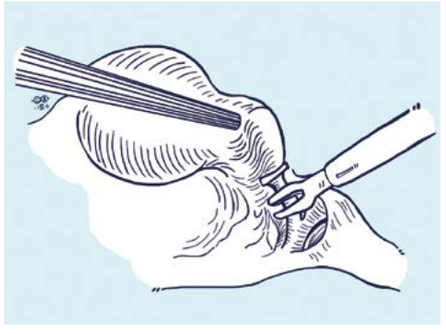


胆囊结石的典型症状为胆绞痛，位于右上腹可向右侧肩背部放射。虽然大多数胆囊结石病人都或多或少有消化不良症状，如嗳气、腹胀、饱胀感和恶心，但这些并不是胆囊结石特有的症状，这些症状很常见，在胆石症、消化性溃疡和功能性胃肠病中也都会出现且概率大致相同。



胆囊结石的诊断：在 B 超等医学仪器普及的今天还是比较容易的，但是要注意早期的识别，不要误以为是“胃病”。

临床典型的上腹部绞痛病史是诊断的重要依据，腹部超声检查对胆囊结石的诊断准确率较高，文献报道可达 97%，所以其也作为首选推荐，其他检查还包括腹部 CT、腹部核磁等。



得了胆囊结石怎么办?

对于有症状和（或）并发症的胆囊结石，首选胆囊切除术。腹腔镜胆囊切除目前已是常规手术，具有损伤小、恢复快、疼痛轻、瘢痕不易发现等优点。

对于儿童胆囊结石以及无症状的成人胆囊结石，一般不做预防性胆囊切除术，可观察和随诊。

长期观察发现，约 30% 的病人会出现症状及并发症而需要手术，故下列情况出现时应考虑手术治疗：

（1）结石数量多及结石直径≥ 2 ～ 3cm；

（2）胆囊壁钙化或瓷性胆囊；

（3）伴有胆囊息肉≥ 1cm；

（4）胆囊壁增厚（＞ 3mm）即伴有慢性胆囊炎。

对于有症状的胆囊结石，尽管大部分胆绞痛可经过对症保守治疗后缓解，但大多数患者会反复发作，而且出现其他并发症的概率也相应增加。



所以，对于有症状的胆囊结石建议行胆囊切除术，首选腹腔镜胆囊切除。

目前还有一种术式是保胆取石术，保胆取石术的理论主要基于胆囊功能学说。保胆取石术最大的优势在于保留了胆囊，但是其仍有结石复发性、再手术及胆囊癌发生的可能，所以是保胆还是切胆，需要多方面的权衡。



对于拒绝手术治疗或手术风险高者（如伴有其他内科疾病或高龄），可予以去氧胆酸溶石治疗。但其结石必须是胆固醇性的，并且确保其胆囊管未梗阻。但是，需要注意的是即便溶石成功，5 年内也会有近半数的患者复发。

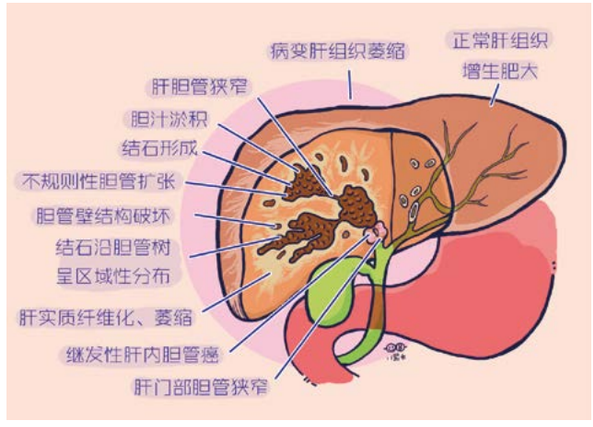
其他溶石方法（甲基叔丁基醚直接注射入胆囊）以及碎石方法（体外冲击波碎石术）临床很少使用。



胆结石的那点事儿（三）——肝内胆管结石

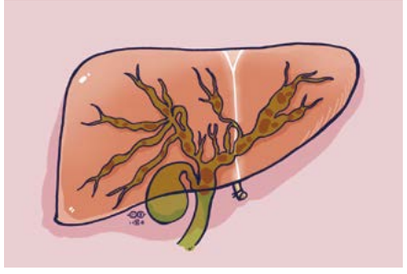
肝内胆管结石是指位于左右肝管汇合部以上的结石，又称肝胆管结石，是我国常见而难治的胆道疾病。

其病因复杂，主要与胆道感染、胆道寄生虫（蛔虫、华支睾吸虫）、胆汁瘀滞、胆管解剖变异、营养不良等有关。肝内胆管结石大多数为含有细菌的棕色胆色素结石，还容易进入胆总管，成为继发的肝外胆管结石。



肝胆管结石病的病理改变模式图

肝内胆管结石可以分布在肝内胆管的任何一个分支或广泛地存在于整个肝内胆管系统内，其分布虽无一定规律，但往往有三种类型或者是其中的混合型：



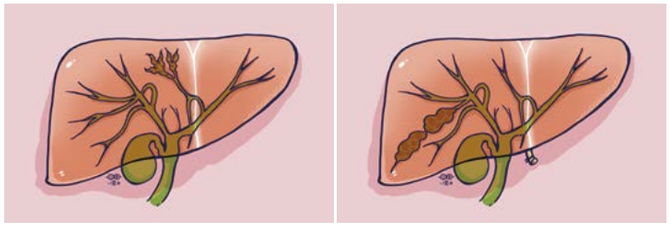
1. 弥漫型

即结石可自肝外胆管向上堆积，直至几乎充满整个肝内胆管系统。

2. 散在型

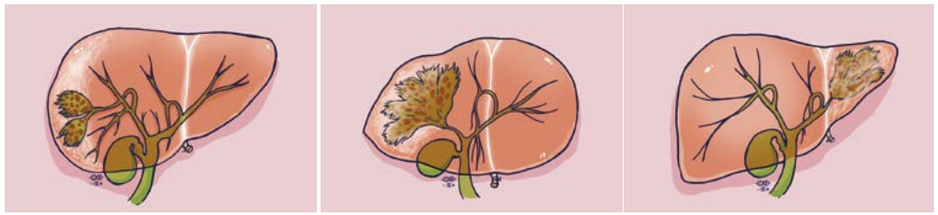
少数的结石散布于肝胆管的某些分支内，特别常见于两个肝内胆管的汇合处

之上，该处管腔较为膨大，结石可能存留于该部不易下降。



3. 区域型

常发生于有结石梗阻或肝胆管狭窄的基础上，引流该部分肝组织的肝内胆管属支均充满结石，因而结石分布的范围可呈肝叶、肝段或半肝的区域性分布。



肝内胆管结石的基本临床表现可分为 3 大类型：静止型、梗阻型、胆管炎型，不同的类型有其不同的症状和体征。

1. 静止型

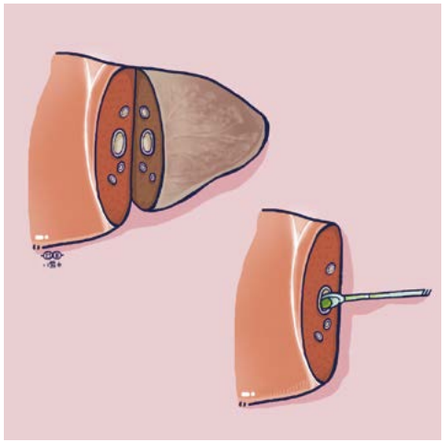
单纯肝内胆管结石常无典型的胆绞痛，可多年无症状或仅有上腹和胸背部胀痛不适。多数病人因体检或其他疾病做超声等影像检查而偶然发现。

2. 梗阻型

双侧肝内胆管结石（或者合并肝外胆管结石），可有长期持续性黄疸但无明显的发热、腹痛、寒战表现。长期梗阻甚至导致肝硬化，表现为黄疸、腹水、门静脉高压和上消化道出血、肝衰竭。

3. 胆管炎型

急性胆管炎主要表现为上腹部疼痛、寒战、发热以及黄疸，可表现为多次反复发作。反复胆管炎可导致肝脓肿；若结石局限于一侧肝叶内可无黄疸，若两侧肝叶均有结石，可因结石位置不同而其症状也不尽相同，通常结石位于左右肝管汇合部或者左右肝段主干时黄疸表现明显。



肝叶切除

肝内胆管结石的诊断并不困难，一般超声检查即能有较好的提示，超声检查可显示肝内胆管结石及部位，根据肝胆管扩张范围可判断狭窄的部位。

无症状的胆管结石可不治疗，仅定期观察、随访即可。临床症状反复出现者应手术治疗，原则为尽可能取净结石、解除胆道狭窄及梗阻、去除结石部位和感染病灶、恢复和建立通畅的胆汁引流、防止结石的复发。

而目前随着微创技术的发展和影像学水平的进步，肝内胆管结石的治疗手段趋于精准化、多元化，目前主要的手术方法有胆管切开取石术、胆肠吻合术、肝切除术等，肝部分切除术仍是肝内胆管结石最主要的治疗方法，胆肠吻合术、胆道切开取石 +T 管引流术、内镜等是重要的辅助手段。因该病相对复杂，具体治疗需就诊后由专业临床医生拟定。



胆结石的那点事儿（四）——胆总管结石

胆管结石包括肝外胆管结石和肝内胆管结石。

肝外胆管结石分为原发性结石和继发性结石。主要是指肝总管结石和胆总管结石，临床上亦将肝外胆管结石统称为胆总管结石。





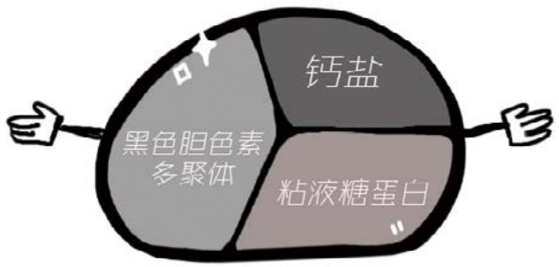
原发性结石

多为棕色胆色素类结石，其形成诱因主要有：胆道感染、胆道梗阻、胆管节段性扩张、胆道异物如蛔虫残体、虫卵、华支睾吸虫、缝线线结等，其结石外观多呈棕黑色、质软、易碎、形状各异、大小及数目不一，有的状如细沙或不成形的泥样，称之为“泥沙样结石”。



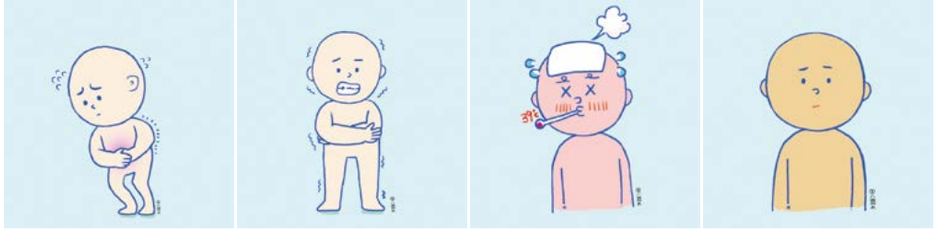
继发性结石

主要是胆囊结石排进胆管并停留在胆管内，故其成分和胆囊结石相同，多为胆固醇结石或黑色素结石。其结石形状、大小、性状基本上与同存的胆囊结石相同或相似，数量多少不一，可为单发或多发。



临床表现

当结石没有导致胆管梗阻时一般无症状或仅有上腹部不适，当结石造成胆管梗阻时可出现反复腹痛或黄疸。如继发胆管炎，可出现典型 Charcot 三联征，即腹痛、寒战高热和黄疸。





接下来我们对其进行逐一详细解释。

1. 腹痛

常发生于剑突下或仅有上腹部不适，多为绞痛，呈阵发性发作，或为持续性疼痛阵发性加剧，可向右肩或背部放射，常伴恶心、呕吐。

2. 寒战高热

当结石导致胆管梗阻时会继发感染导致胆管炎，胆管壁炎症水肿，同时会反过来进一步加重梗阻致胆管内压升高，细菌及毒素逆行经毛细胆管入肝窦至肝静脉，再进入体循环引起全身感染。约 2/3 的病人可在病程中出现寒战高热，一般表现为弛张热。体温可高达 39 ～ 40°C。

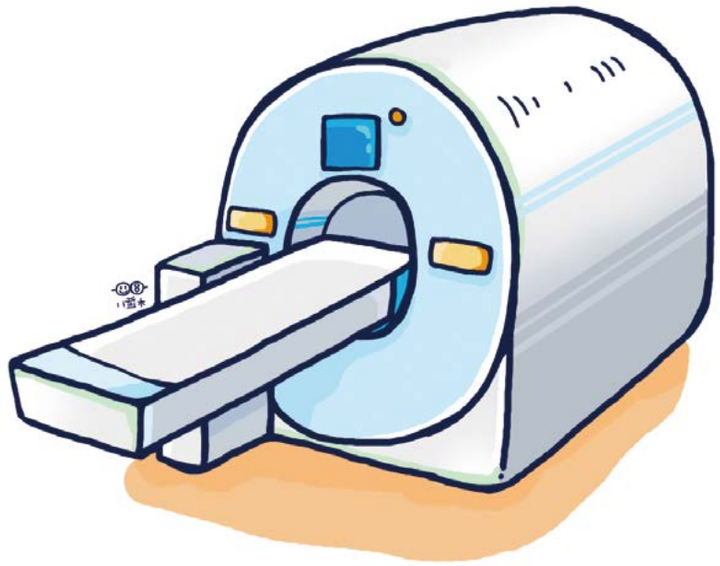
3. 黄疸

胆管梗阻后可出现黄疸，其轻重程度、发生和持续时间取决于胆管梗阻的程度、部位和有无并发感染。胆管部分梗阻者，黄疸程度较轻；胆管完全梗阻者，黄疸较深；结石嵌顿在 Oddi 括约肌部位常导致胆管完全梗阻，黄疸呈进行性加深。

诊断

超声和 CT

诊断可首选腹部超声和 CT 检查。B 超和 CT 诊断胆总管结石虽有一定的局限性，但因其无侵入性且较便捷一般作为胆总管结石筛查的首选方法。

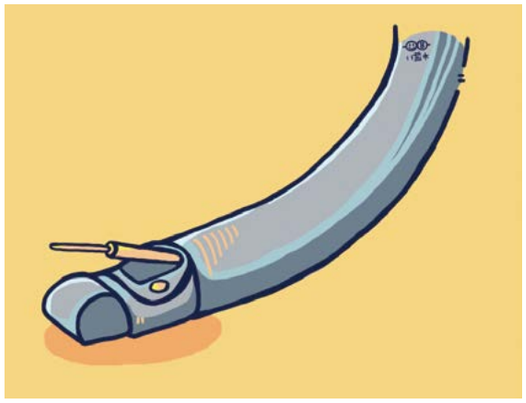


MRCP

对于存在可疑胆总管结石的患者，MRCP 检查是一项重要检查手段，其安全、无创伤、准确率高，在一定程度上可以替代诊断性 ERCP，但是对直径为 5 mm 及以下的结石诊断准确度比较低。

EUS

在仍不明确诊断但临床高度怀疑结石时可行超声内镜检查（EUS），因除含钙结石外 X 线难以观察到结石，而腹部 B 超可因肥胖或肠气干扰而观察不到胆总管远端，超声内镜可弥补这些不足而明确诊断结石。



治疗

对于胆总管结石的治疗方法包括内科保守治疗和外科手术治疗；内科保守治疗因无法解除胆道梗阻，且抗生素等药物难以进入胆道而效果欠佳，感染、败血症及瘀胆所致的肝功能衰竭也常常会危及患者生命，所以肝外胆管结石的治疗仍以手术为主，其原则为取尽结石，解除梗阻，术后保持胆汁引流通畅。

近年来对单发或少发（2 ～ 3 枚）且直径小于 15 mm 的肝外胆管结石可采用经十二指肠内镜取石，能获得良好的治疗效果。ERCP 是一种微创技术，是胆总管结石的有效治疗方法，同时具有创伤小、疗效确切、并发症少、恢复快等特点，不仅能保持胆管的结构完整性，还能维持人体胆管的正常生理功能。对于高龄、基础疾病较多、一般情况差的患者 ERCP 的微创方法可使其获得良好的治疗。



胆结石的那点事儿（五）
——内镜在胆结石中的应用

胆石症包括发生在胆囊和胆管的结石，是常见病和多发病。胆结石可致胆道梗阻，使患者出现疼痛、腹痛、黄疸、发热等临床症状。

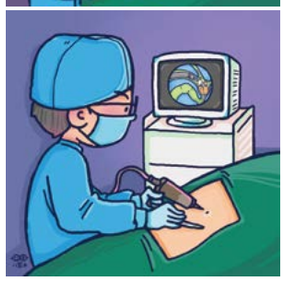
随着内镜微创治疗的发展，已经在各种手术中得到应用，使患者术后更快恢复，更有利于患者的临床治疗。

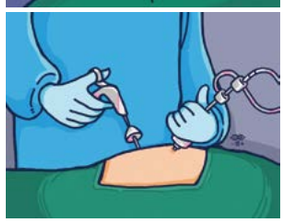
常规开腹手术由于会给患者带来较大的创伤，往往会影响到患者的术后康复治疗。

1. 腹腔镜在目前胆结石患者的临床治疗中，有着较多的应用

腹腔镜胆囊切除术在目前胆囊结石患者治疗中属于较为常见的手术治疗方式，其对患者机体带来的临床影响较小，术后可快速的恢复正常活动，没有较大的切口。

腹腔镜胆总管切开取石术在肝内外胆管结石患者的临床治疗中，越来越多的取代了传统开腹手术的治疗方式。





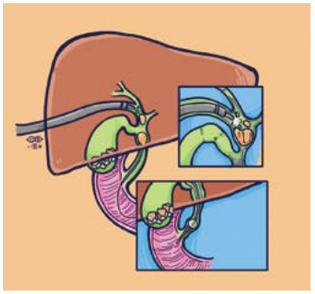
2. 十二指肠镜下经内镜逆行胰胆管造影术（ERCP）是治疗胆总管结石的首选方法

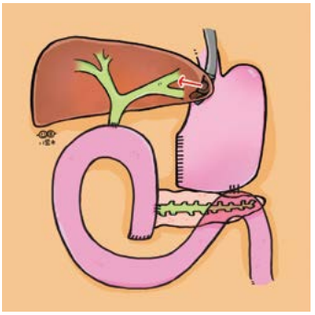
将电子十二指肠镜从口腔插入，通过食管、胃、十二指肠到达十二指肠乳头部后，先造影以便准确诊断。然后根据结石大小等具体情况进行十二指肠括约肌切开或扩张、网篮取结石、置鼻胆管引流、置支架等治疗。十二指肠镜在对患者进行胆结石治疗的过程中，可有效缩短住院时间，患者在进行手术治疗后可以快速地恢复日常生活，不会为患者带来较多影响，拥有较高的优越性。

3. 电子胆道镜也广泛应用于临床当中，分为术前、术中及术后胆道镜

4. 经胃镜取石

上消化道术后患者合并胆管结石，由于解剖结构改变，行常规 ERCP 往往较困难。针对此类患者，可应用胃镜进行操作，并加用透明帽，有助于视野的暴露，并做好 EUS-BD（超声内镜引导下胆道穿刺）的准备。





5. 超声内镜引导下胆管引流、取结石术（EUS-BD）亦可应用于治疗上消化道手术后胆总管结石的患者

术后因为解剖结构的改变，超声内镜引导下胆管引流（EUS-BD）术，成为不能行 ERCP 术的重要替代手段，提供了一条新的治疗途径。超声内镜的“跨界手术”简化了复杂而危险的治疗方法，超越传统创伤大的开腹手术。



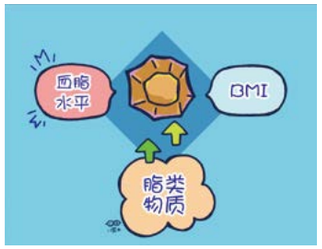
6. 经口胰胆管镜的应用

其具有直视、可曲、可取活检等应用，可应用于某些特殊类型胆总管结石的治疗。

在目前胆结石患者的临床治疗中，内镜微创手术已经成为主要的治疗手段，其有效的帮助患者改善疾病带来的临床症状，使患者在取石治疗过程中，减小手术对患者胆道系统带来的影响，降低术后并发症发生的概率，利于患者术后的恢复。

胆结石的那点事儿（六）——胆结石的饮食



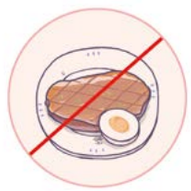


胆结石是一种常见、多发病，研究显示，胆结石的形成与饮食行为有关。目前胆结石相关饮食行为已成为许多学者关心的公共卫生问题，预防胆石非常重要，对胆石症也应防重于治。

一、研究显示，胆汁中脂类物质含量增多是胆结石的生化基础

脂类物质水平与全身脂代谢密切相关，而高脂饮食是导致血脂水平异常的主要原因，BMI、血脂水平与胆结石形成密切相关。

所以在日常生活中要注意减少高脂高胆固醇食物的摄入，例如肥腻的猪、牛、羊肉、动物肝脏、肾、脑等内脏、蛋黄等含脂肪、胆固醇高的食物都要适当少吃。



同时，也要注意含糖食物的摄入。如果进入体内的糖超过生理功能需要时，就会自动变成甘油三酯（脂肪）或胆固醇加以储存，脂肪多了人就会肥胖。此时不仅血液中胆固醇升高，而且胆囊排空能力差，胆汁淤积容易形成结石。



二、低蛋白饮食与胆结石形成有关

低蛋白饮食可使胆汁中葡萄糖醛酸与葡醛内酯分泌量下降，葡萄糖醛酸酶活性升高，将结合胆红素分解为非结合胆红素，从而导致结石形成。

三、在饮食行为和生活习惯方面



1. 不规律吃早餐是胆结石的危险因素之一，其原因与节食大致相同。为减肥而节食使胆固醇饱和度明显增加，而这正是生成结石的重要条件。

长期低脂肪膳食的人群也应警惕胆结石的发生，对于胆囊、胆道上皮组织有保护作用的维生素 A、维生素 E 都溶解在脂肪中，缺乏这些，上皮组织既不健康，更新和修复又很缓慢，容易发生炎症，炎症是生成结石的诱因。

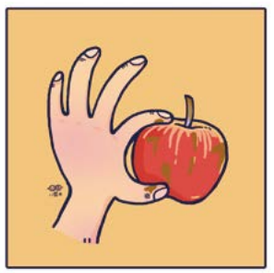


2. 据研究者报道，平时少或不爱喝水的人胆汁黏稠，也是容易形成结石的原因。养成多喝水的习惯，不仅对预防胆结石有利，也能起到促进体内代谢废物和毒物排泄的作用。



3. 有些人瓜果蔬菜没洗就吃，餐前便后不洗手。这些不良习惯有可能将细菌、寄生虫卵带入肠内。后者在肠道发育成虫，一旦钻进胆道，虫体所带细菌将形成胆结石核心。





我们自身应增强自我保健意识，合理安排饮食结构，规律进餐，适量运动，以降低胆囊结石发病率。

胰腺与胰腺疾病（一）：基础知识

说起胰腺，相信很多人都或多或少的听说过一点，而最早把胰腺作为一个独立的器官提出的是外国学者 Talmud，他曾把胰腺比作肝脏的手指。其后大约在公元前 3 世纪上半叶，希腊的一名解剖学家 Herophilus 对胰腺做出了一些最初始的解剖描述，又在近 200 年以后另一位古希腊解剖学家 Ruphos 将胰腺命名为希腊语 Pancreas，也就是现在胰腺的英文名字。



另外我国古人对于胰腺也早有描述，据后人推测其最早见于《难经－四十二难》：“脾重二斤三两，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤，主裹血，温五脏，主藏意”，有学者猜测此“散膏”，便是现代医学之“胰腺”。明代李时珍在《本草纲目》中谈到：胰“生两肾中间，似脂非脂，似肉非肉，乃人物之命门，三焦发源处也，盖颐养赖之，故称之颐，亦作胰”。《医纲总枢》中说“生于胃下，横贴胃底，与第一腰椎相齐，头大向右，至小肠头尾尖向左，连脾肉边，中有一管，斜入小肠，名曰珑管。”



而到了清代似乎对胰腺以及其功能有了相对明确的概念，清•叶霖《难经正义》说：“胰，附脾之物，形长方，重约三四两，横贴胃后，头大向右，尾尖在左，右之大头，与小肠头为界，左之小尾，与脾相接，中有液管一条，由左横右，穿过胰之体，斜入小肠上口之旁，与胆汁入小肠同路，所生之汁，能消化食物，其质味甜，或名之甜肉云”。可见胰腺这一器官很早就引起了人们的重视，是一个非常重要的器官。

胰腺的作用有哪些?



胰腺作为人体内仅次于肝脏的第二大腺体，是一个内外分泌混合腺，其中外分泌部占腺体的绝大部分，属消化腺，分泌胰液并经导管排入肠腔，主要对食物起消化作用。

内分泌部是散在分布于外分泌部之间的胰岛，分泌胰岛素、胰高血糖素、生长抑素等激素进入血液或淋巴，主要参与人体内糖代谢的调节，人们熟知的糖尿病就是胰岛素的代谢出了问题。

可见胰腺是一个“内外兼顾，软硬兼施”的器官，正所谓“能力越大，责任越大”，胰腺一旦出了问题便会引起相应的症状，惹得人苦不堪言。

与胰腺相关的疾病都有哪些呢?



1. 胰腺先天性疾病

其大多是因为先天发育障碍或先天发育畸形，主要包括有：环形胰腺、胰腺分裂、异位胰腺。

2. 急性胰腺炎、慢性胰腺炎

急性胰腺炎是一个常见的外科急腹症，轻型易于治疗，重型病情凶险，病死率高，是目前外科急腹症中最棘手的疾病之一。

慢性胰腺炎又称之为慢性复发性胰腺炎，特征为反复发作的上腹部疼痛并伴有不同程度的胰腺外分泌与内分泌功能失调。



ERCP 治疗急性胆源性胰腺炎

3. 胰腺囊性疾病

随着影像学技术的广泛应用，胰腺囊性疾病发现率明显提高，在临床诊断上主要区分真性囊肿、假性囊肿和囊性肿瘤。主要包括：先天性胰腺真性囊肿、后天性胰腺真性囊肿、胰腺囊性肿瘤、胰腺假性囊肿。

4. 胰腺癌

是一种较常见的恶性肿瘤，男性多见，40 岁以上好发，恶性程度高、手术切除率低、预后差、死亡率较高。

5. 胰腺囊腺癌

是一种比较少见的胰腺恶性肿瘤，好发于女性，生长较慢，恶性程度低，手术切除率高。

6. 胰腺内分泌肿瘤

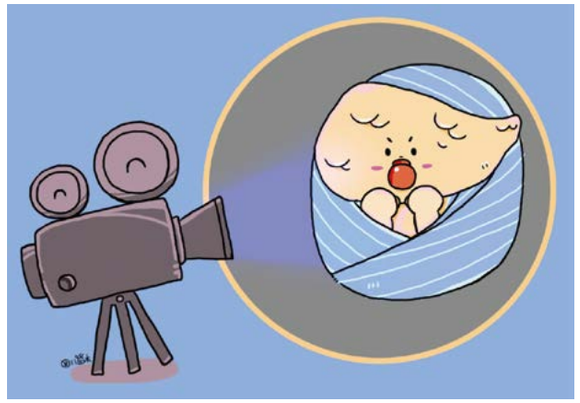
是胰岛中的某一种细胞为主所形成的肿瘤，所分泌的激素常以 1 种为主，并产生相应的临床综合征。主要包括：胰岛素瘤、促胃液素瘤、高血糖素瘤、胰致腹泻瘤等。



与胰腺相关的疾病大致就这么多，随着现在影像学技术的发展大多都能早期发现，正所谓“早发现、早诊断、早治疗”，大家在平时生活当中一定要爱护胰腺，重视胰腺疾病，定期体检，远离胰腺疾病。

胰腺与胰腺疾病（二）：胰腺先天性疾病

（一）胰腺君的第一种错误发育：“环状胰腺”



跟随时光穿梭，我们来到了人还是一个受精卵的时候。一般来说，卵子在受精后的 2 周内称孕卵或受精卵；受精后的第 3 ～ 8 周称为胚胎。从一个受精卵发育成为一个新个体，要经历一系列非常复杂的变化。

胰腺君的发生时间大约与肝相同，在人胚的第 4 周，从前肠（内胚层随着胚体卷曲成管状，称原肠，原肠依部位又分为前肠、中肠和后肠）的背腹两侧各伸出一个芽状突起，胰腺就是由这两个芽状突起发育而成的。



胰腺明明就一个为什么说是两个呢？不得不说你已经抓住了“环状胰腺”形成的重点。

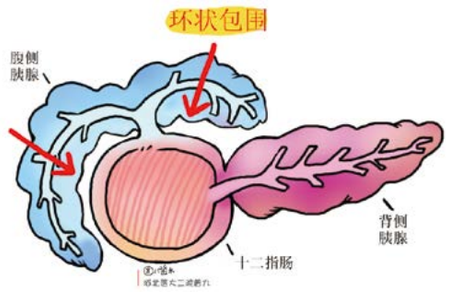
由于十二指肠和肠壁发育的不均衡，使十二指肠发生右转位，正常的情况

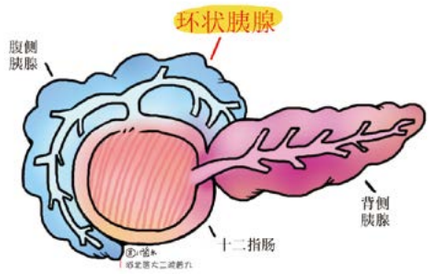
下胰腺的这两个芽状突起也会随着旋转，然后融合到一起，形成我们所熟知的胰腺君。



腹侧胰芽背侧胰芽旋转

而如果旋转不按“套路”进行，就会形成环状胰腺。为什么是环状呢？其实这不难解释，那就是“爱滴魔力转圈圈”，也就是有一侧芽状突起选择停在原地不随十二指肠旋转，这就好比一个人拽着一根绑在树上的绳子转了一圈，人转绳子不转，转完就被绳子绑住了。同样的道理，调皮的胰腺君也把十二指肠给绑住了。环状胰腺也由此形成。







大部分环状胰腺病人在新生儿期即出现症状，也有一部分人在成熟期发病，有一部分环状胰腺终生无症状。其症状特点与十二指肠受压的位置和程度有关。

呕吐是主要的临床表现。

新生儿大量呕吐后常表现为脱水和代谢性碱中毒。少数病人因壶腹部或胆道下端受压，而出现黄疸。后期的并发症还有消化性溃疡、胰腺炎和梗阻性黄疸。其治疗多采取手术的办法解除梗阻。

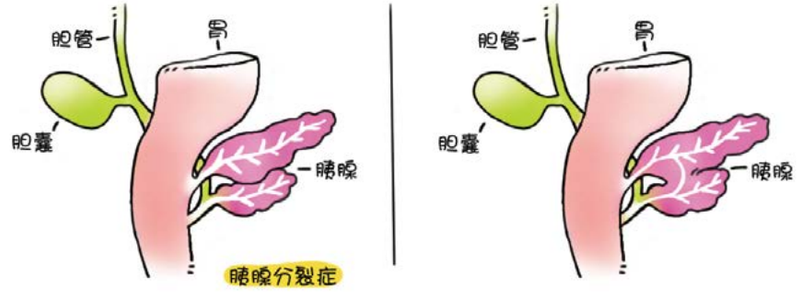
（二）胰腺君第二种错误发育：“胰腺分裂”

理解了上一个环状胰腺的发生过程，那么理解胰腺分裂就很简单了。胰腺分裂为胰管系统的先天畸形，就是背侧和腹侧的胰管不能融合，而存在两套胰管系统。

正常情况下腹胰管与背胰管的远侧端融合成主胰管，背胰管的近端逐渐退化或保留为副胰管。如果背、腹胰管未能融合或者仅为细的分支融合，主胰管只能引流腹侧胰腺分泌的胰液，而副胰管则成为胰腺的主要引流管，容易造成胰液引流不通畅而导致胰腺炎发生。

临床上主要表现为胰腺炎和胰腺假性囊肿。

确诊胰腺分裂的方法可以采用 ERCP 和 MRCP。其治疗可以采用 ERCP 对狭窄的副乳头进行乳头括约肌切开。



（三）胰腺君的第三种错误发育：“异位胰腺”

异位胰腺就是正常胰腺解剖部位以外的孤立胰腺组织，与正常胰腺之间无解剖联系。其形成原因也是出错于胚胎期。其可见于消化道及消化道以外的许多部位，多数位于上消化道，特别是胃和十二指肠。异位胰腺通常无特异症状，但偶可发生胰腺炎及胰腺癌。

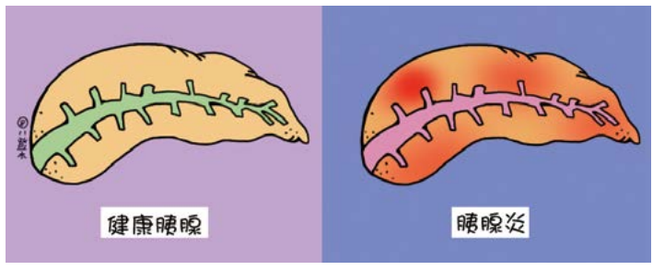


胰腺与胰腺疾病（三）：急性胰腺炎 – 胰腺的自我消化

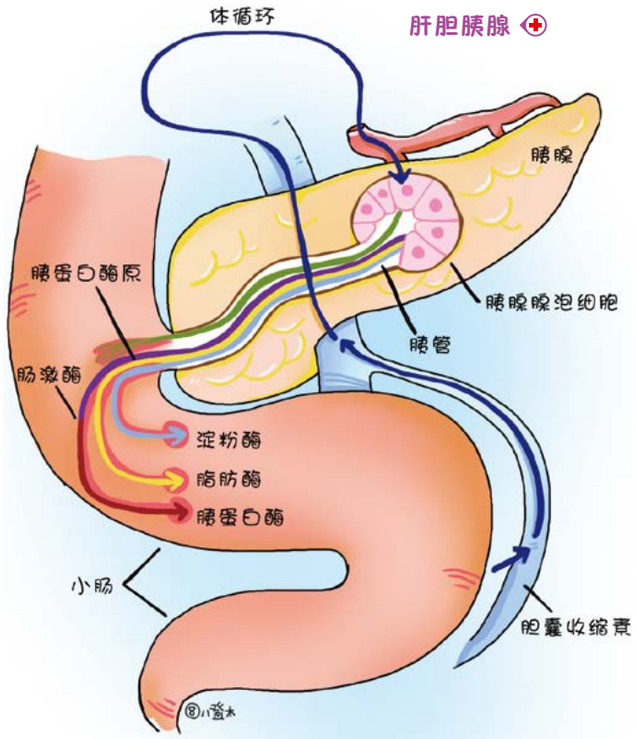
说起急性胰腺炎，想必大家都不会陌生。急性胰腺炎是外科常见的急腹症之一。

轻型易于治疗，重型病情凶险，病死率高，因此也是目前外科急腹症中最棘手的疾病之一。按病理改变过程分类可分为水肿性和出血坏死性急性胰腺炎，前者占 80% ～ 90%，按临床病情分为轻型急性胰腺炎和重症急性胰腺炎，后者占 10% ～ 20%。轻型易于治疗，重型病情凶险，病死率高，因此也是目前外科急腹症中最棘手的疾病之一。

急性胰腺炎的发病率呈逐渐上升的趋势，病人中以男性为多见，且随着年龄增加，发病率也逐渐增高。



我们都知道胰腺有内分泌作用和外分泌作用，其内分泌作用简单说就是胰腺会分泌一些激素来调整人体的血糖，而其外分泌作用就是分泌一些帮助我们消化的“消化酶”。



急性胰腺炎就是胰腺消化酶被激活后对胰腺自身及其周围脏器产生消化作用而引起的炎症性疾病。这就是“自我消化”作用，可见胰腺君如此之暴躁，发起狠来连自己都“消化”。但是想要搞清楚急性胰腺炎，就不得不了解胰腺君为何如此“暴躁”，而说起它的“暴躁”又不得不从胰腺君分泌的这些消化酶说起。

胰腺中的胰腺腺泡是人体最大的消化酶合成场所，经细胞分泌运输到胰管内，然后被送到小肠内发挥消化作用。

正常状态下，胰腺有一系列保护机制以避免胰腺实质被自身的酶素所“消化”，比如：胰腺细胞中的大部分消化酶均以未活化的酶原形式的存在，而这些酶原存在于腺泡细胞的酶原颗粒中。胰蛋白酶原在微碱条件下就会被激活，而酶原颗粒中 pH 呈弱酸性，故可以维持胰蛋白酶原的稳定。正常情况下，在胰腺实质与胰管之间，胰管和十二指肠之间以及胰管中的胰液分泌与胆道中的胆汁分泌压之间均存在正常的压力梯度，不会发生异常反流。Oddi 括约肌和胰管括约肌也均可防止反流。但是当正常压力梯度改变或者胆管结石嵌顿于乳头括约肌处时便会引起反流，从而导致胰腺炎。

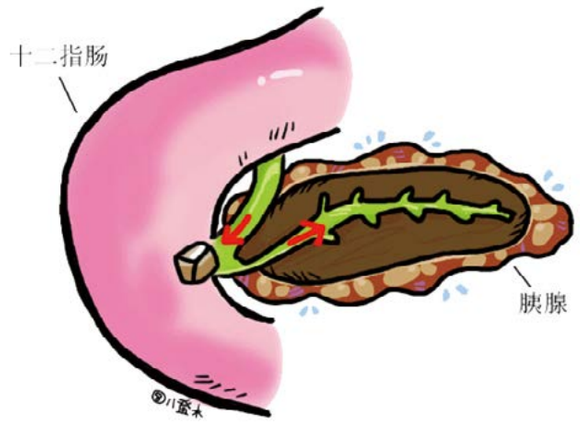


总之，保持酶原的不活性形式是胰腺维持正常功能的关键，而相反，任何原因造成酶原不适时的提前激活就是发生急性胰腺炎的使动因素。可见胰腺君暴躁的始作俑者是胰蛋白酶原之类的“消化酶”，只要胰蛋白酶原在错误的时间或地点激活就会使胰腺君暴躁起来，导致急性胰腺炎。

其具体因素有以下几种：

1. 胆源性胰腺炎

胆石因素导致急性胰腺炎的解剖基础是胆管和胰管共同开口于十二指肠大乳头；其病理基础主要是结石的嵌顿导致胆汁反流，同时这也是最早被提出的能引起胰酶异常激活的理论。





2. 酒精中毒因素

在西方国家中，酒精中毒是急性胰腺炎的主要原因，在男性更为明显，而随着我国生活条件的改善，酒精性胰腺炎在我国亦有增高趋势。

3. 高脂血症

近年来，重症急性胰腺炎伴有高血脂的病人愈来愈多，由于我国目前生活水平提高而饮食配伍尚不合理，因此，高脂血症发病率明显增高，而高脂血症容易诱发急性胰腺炎。



4. 其他原因

除以上因素外，还能导致胰腺炎的因素有：暴饮暴食的饮食因素，与外伤及手术有关的创伤因素，与流行性腮腺炎、败血症等有关的感染因素，与妊娠、高血钙等有关的内分泌和代谢因素，与利尿剂及避孕药等有关的药物因素以及精神因素等。

胰腺与胰腺疾病（四）：急性胰腺炎的治疗





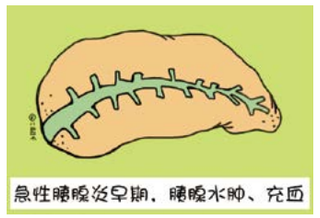
急性胰腺炎作为外科急腹症之一，其主要症状是突发的、剧烈的腹痛，其腹痛常位于上腹部正中偏左，且其疼痛程度非一般止痛药能缓解，部分病人采取“弯腰抱膝位”时疼痛症状可稍缓解。腹痛严重时，两侧腰背部会有放射痛，多数以左侧为主。

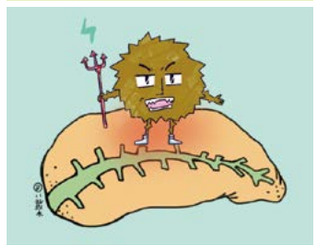
另外急性胰腺炎除腹痛外多数病人还会伴有不同程度的腹胀以及恶心、呕吐等症状，且发作频繁，多数病人呕吐后腹痛并不缓解。

急性胰腺炎的诊断需要靠：

1. 临床症状和体征（医生查体）
2. 化验结果如：血、尿淀粉酶
3. 影像学检查如上腹部 CT 和 MRI（核磁）

急性胰腺炎的全病程大体可以分为三期，但不是所有病人都有这三期病程，有的只有第一期，有的有二期，有的有三期。





1. 急性反应期

自发病至两周左右，可有休克、呼吸衰竭、肾衰竭、脑病等主要并发症。

2. 全身感染期

2 周～ 2 月，以全身细菌感染、深部真菌感染（后期）或双重感染为主要临床表现。

3. 残余感染期

时间为 2 ～ 3 月以后，主要临床表现为全身营养不良，存在后腹膜或腹腔内残腔，常常引流

不畅，窦道经久不愈，有的伴有消化道瘘。

最后，急性胰腺炎的治疗需制定个性化方案，具体而言，在制定治疗方案时，首先要区分轻型急性胰腺炎和重症急性胰腺炎；其次，在重症急性胰腺炎中还要区分急性胆源性胰腺炎与非胆源性胰腺炎；在胰腺坏死中，还要区分坏死已感染与未感染。

（一）对于轻型急性胰腺炎的治疗

轻型胰腺炎的治疗原则是尽量减少胰液分泌，即胰腺休息疗法；预防感染，防止向重症发展。

1. 禁食、胃肠减压

胃肠减压是将胃管从口腔或鼻腔插入，连接一次性胃肠减压器，在负压和虹吸原理的作用下使胃内容物引出患者体外的一种方法。



2. 抑制胰液分泌及抗胰酶的药物应用

抑酸药如质子泵抑制剂（PPI），可抑制胃酸进而减少胰液分泌；生长抑素作为急性胰腺炎的常用药物，可明显抑制胰液分泌，故其常用于急性胰腺炎的治疗。



3. 镇痛和解痉

主要为抗胆碱类药物，如 654−2 和阿托品，但因有一定副作用，目前常用间苯三酚等副作用少的药物。另外对于疼痛症状较重者可根据病情需要应用更高级别止疼药。

4. 支持治疗

因患者需禁食水，故需根据液体出入量及热量需求保证每日输液量，维持人体水电解质平衡。早期营养支持主要以肠外营养为主。

5. 预防感染

如存在感染，可采用能通过血胰屏障的抗生素静脉滴注，如喹诺酮类、头孢类等，可根据药敏试验具体选择。对于真菌预防，可采用氟康唑等抗真菌药物。

6. 中药治疗

在呕吐基本控制的情况下，可通过胃管注入复方清胰汤，注入后夹闭胃管 1 小时。对于腹胀较为严重者可用中药皮硝全腹外敷。



如果以上您觉得难以理解那给您简单总结一下急性胰腺炎的治疗就是：“插管子”“饿肚子”“输液子”。

（二）对于急性胆源性胰腺炎的治疗

急性胆源性胰腺炎的治疗则是取出胆管结石，解除梗阻，通畅引流，另外合并有胆囊结石者建议初次住院期间待胰腺病情稳定后行胆囊切除。急性胆源性胰腺炎实际上是一组类型不同的胆道疾病加上继发性急性胰腺炎的总和。

一般导致胆源性胰腺炎的原因是胆总管结石，所以在处理上首先要解决胆道的梗阻，即取出胆总管结石，目前首选的治疗方式是经纤维十二指肠镜行 Oddi 括约肌切开、取石及鼻胆管引流术，即 ERCP 术，该方法创伤较小，术后恢复较快。

胰腺与胰腺疾病（五）：健康饮食远离胰腺炎

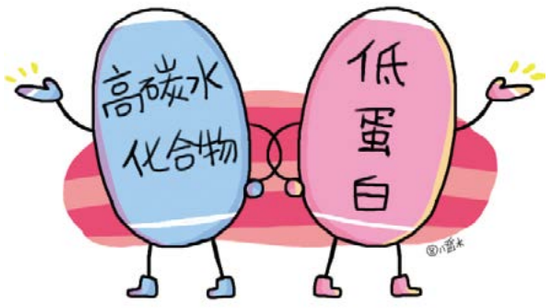
饮食问题是大众最关心的问题之一，正所谓民以食为天，不治已病治未病。对于饮食的安排，讲究既要吃得好，还得吃的对。生活中急性胰腺炎患者若饮食不当，还易于复发，反复发作者甚至可能导致慢性胰腺炎。胰腺君不光脾气不好，耐性还很差。可见健康合理的饮食有多么的重要。但是，怎样的饮食算是健康合理的饮食呢？



对于急性胰腺炎的患者来说，在急性胰腺炎发作早期所有经口饮食早期均应禁止（具体进食的时间一定要咨询医生）。也就是说在胰腺君的罢工期万不可“催促”它工作，需随它的性子。同时，禁食也是急性胰腺炎主要治疗方法之一。因为这可以减少胰液分泌，有利于炎症消退。

当人们暴饮暴食时，尤其是进食大量肉食，胰液就会大量分泌，致使胰管内的压力突然增高，引起胰腺腺泡破裂，胰液就会漏出到胰腺和它的周围组织，使之被消化而产生不同程度的损害和炎症反应。这是急性胰腺炎的发病机制之一。

当胰腺君的怒气渐渐消退之后，也就是当急性胰腺炎腹痛缓解消失及无明显腹部压痛后，便可尝试性让胰腺去工作。



初始可以用肠内营养液替代。肠内营养液，6 大营养素种类齐全，相互间比例恰当，既能满足机体对营养的需求，又可减轻胰腺负担。住院期间建议遵医嘱应用至病情稳定，以免加重病情。

最后，当病情完全好转，胰腺君心情舒畅后，便可逐渐过渡到低脂、低蛋白饮食了。

同时也可以尝试着逐渐恢复正常饮食，但也要以低脂食品为主。例如：豆制品、蛋白、鱼、瘦肉、米、面、馒头及新鲜蔬菜水果等。





另外即便出院后也需定期复查，即使已恢复正常饮食，也并不意味着身体已完全康复。因此，愈后的恢复、调理、随访非常重要。

看各项指标是否趋于正常，根据检查结果，判断病情恢复的程度，按医生医嘱建议及时调整饮食。



胰腺炎重在预防，预防的关键就在于管好自己的嘴巴，要荤素搭配，饮食合理。有慢性胰腺炎的人更要注意，要少食多餐，每天吃 4 ～ 6 顿，每餐的量减少，忌油腻。同时要严格禁酒、戒烟，远离辣椒、咖啡、浓茶等刺激品。饮酒可以导致胰腺炎，但是很难界定一个安全剂量范围。通常认为大量饮酒既可以导致急性胰腺炎又可以导致慢性胰腺炎。而少量饮酒可以增加患慢性胰腺炎的风险，尤其是患有高甘油三酯的人。



总的来说，对于饮食的要求最主要的就是：

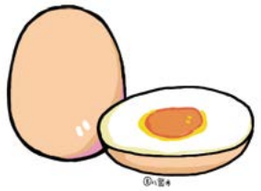
1. 清淡饮食。

2. 避免暴饮暴食。



3. 避免高脂饮食，避免油炸食物。





高脂肪饮食即含甘油三酯、胆固醇高的食物，如鸡蛋黄、蟹黄、鱼子、油炸食物、肥肉、动物内脏等，这些可诱发胰腺炎。而且，为了我们的心脑血管健康，这些食物也应该少吃。建议多食低脂肪食物（蔬菜类）；少量食用胆固醇含量相对不高的食物，如瘦肉，鸡鸭肉等。

4. 避免饮酒。



胰腺与胰腺疾病（六）：慢性胰腺炎，一个关于酒的 CP



CP 即 chronicpancreatitis，指的是慢性胰腺炎。慢性胰腺炎是指由多种原因导致的胰腺实质和胰管的不可逆慢性炎症损害，其特征是反复发作的上腹部疼痛伴进行性胰腺内、外分泌功能减退或丧失。那么，慢性胰腺炎的病因、流行病学、病理生理变化有哪些呢？

说到慢性胰腺炎，就不得不说一下“炎症”是个什么东西。

炎症是一个身体对各种致病因素产生反应的复杂的病理过程，其理论定义是具有血管系统的活体组织对损伤因子所发生的防御反应。其存在的意义是作为机体重要的保护反应，起到抗损伤和修复作用，但是在此同时又能引起机体不同程度损伤，可见炎症是一把双刃剑。



炎症分为急性炎症和慢性炎症。



看到这可能有人要说了：“不对呀，炎症不是感染导致的吗？”所以还需要澄清的一点是炎症和感染的区别。感染是引起炎症的原因之一，而且是最常见的原因，但并非是唯一的原因，其二者也不能画等号。通俗点说炎症包括感染性炎症和非感染性炎症。有些人误以为炎症即感染，实则非也，炎症与感染是两个不同的概念，感染可以引起炎症，但炎症并不一定都是由感染引起。而普通人口中所常说的“消炎药”，多指抗生素，细菌感染引起的炎症应用抗生素才有治疗作

用，所以并不是所有炎症都要应用抗生素。



近年来，慢性胰腺炎在全球的发病率不断上升，这种增长可能的原因包括：人们对慢性胰腺炎认识和诊断水平的不断提高；人民生活习惯和饮食结构的改变，饮酒、吸烟、高脂肪摄入等因素不断增加。



关于慢性胰腺炎的病因，目前很多问题还未阐明，其致病因素多样，但是可以肯定，其是一个多因素共同导致的疾病。

酗酒和吸烟被认为是导致慢性胰腺炎的独立危险因素，同时也是慢性胰腺炎主要的致病因素。乙醇和烟草对胰腺具有直接毒性作用。

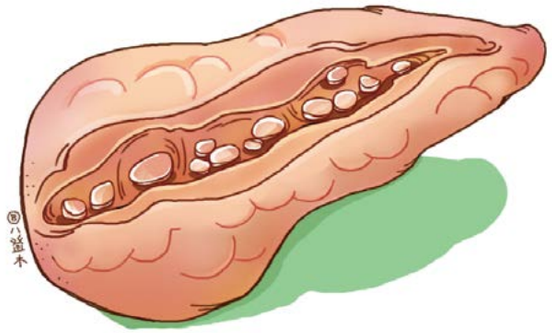
遗传因素也逐渐被专家学者所认识，一致认为其在慢性胰腺炎发病中也起重要作用。

此外，慢性胰腺炎致病因素还包括高脂血症、高钙血症、胰腺先天性解剖异常、胰腺外伤或手术、自身免疫性疾病等。

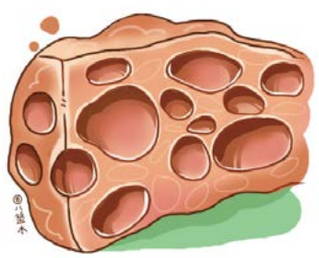
但是，即便科学技术发达的今天，仍有少部分慢性胰腺炎病因不明。

慢性胰腺炎的病理改变是这一疾病的又一特征，其病理变化主要是进行性的大量纤维组织增生，取代了正常胰腺组织。

早期限于外分泌腺；晚期累及胰岛，病变是不可逆的。钙化性慢性胰腺炎的早期，肉眼可见胰腺外表正常或体积略有增大；后期，在胰腺表面可见结节或节段性增厚，或全腺体增厚及肿大。表面呈灰白色或淡红色，病变部位的正常分叶界线消失；切面质硬，呈苍白色，可见扩大的主胰管，内含结石。有时，在胰腺内可见有小囊肿。少数病人可以在胰腺慢性炎症的基础上发生癌变。



胰腺纤维化、钙化，胰管内多发结石



纤维化及形成多发囊肿

胰腺与胰腺疾病（七）：CP（慢性胰腺炎）的曝光



得了慢性胰腺炎是一辈子的事，胰腺君再也回不到最初的模样。那么，慢性胰腺炎的临床表现及诊断有哪些？

慢性胰腺炎的临床表现

1. 疼痛

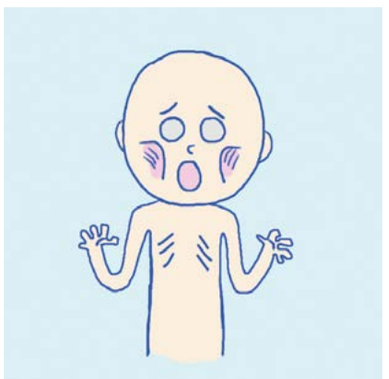
疼痛是慢性胰腺炎最常见的临床症状，常为上腹部疼痛，可向腰背部放射。腹痛可分为两型：

A 型为间歇性腹痛（80%），包括急性胰腺炎以及间断发作的疼痛，疼痛发作间歇期无不适症状，间歇期可持续数月至数年；B 型为持续性腹痛（5%），表现为长期连续的疼痛和（或）频繁的疼痛加重。



2. 胰腺内分泌功能不全：糖尿病

前已述胰腺君“内外兼修”，胰腺君内分泌功能不全表现为糖耐量异常或者糖尿病。



3. 胰腺外分泌功能不全：脂肪泻、营养不良、体重减轻

慢性胰腺炎患者脂肪、碳水化合物、蛋白质的消化均受到影响，其中脂肪消化吸收不良较蛋白质或糖类出现得早且较明显。脂肪泻因粪便中脂肪含量高，特征性地出现粪便呈泡沫状、有恶臭味，且浮于水面，常于高脂饮食后出现。

慢性胰腺炎还可出现假性囊肿、胆总管狭窄、十二指肠梗阻、胰瘘、胰源性门静脉高压、胰源性胸腹水、假性动脉瘤等并发症。甚至进展为胰腺癌。





慢性胰腺炎的诊断

许多慢性胰腺炎患者临床表现症状不是很明显。简单来说，一旦出现上腹痛、糖尿病、脂肪泻、营养不良、体重减轻等表现，就应该来医院接受系统性检查了。

检查包括腹部超声、CT、核磁，另外超声内镜及 ERCP 对慢性胰腺炎的鉴别诊断有特殊益处和极大的补充。

1. 腹部超声

可见胰腺区伴声影的高回声病灶、胰管形态变化等。因其敏感性不高，仅作为慢性胰腺炎的初筛检查。

2.CT 及核磁

典型表现为胰腺钙化、胰管扩张、胰腺萎缩，其诊断的敏感性及特异性分别为 80%、90% 以上。

3. 超声内镜（EUS）

主要表现为胰腺实质异常及胰管异常，如胰管结石或胰腺钙化、胰管狭窄、胰管扩张等。EUS 诊断慢性胰腺炎的敏感性高，对早期 CP 的诊断具有优势。EUS 引导下的细针穿刺抽吸活组织检查（EUS−FNA）可用于肿块型 CP 与胰腺癌的鉴别。

4. 经内镜逆行胆胰管造影（ERCP）

ERCP 是诊断慢性胰腺炎的重要依据，主要在诊断困难或需要治疗操作时选用。ERCP 术中组织及细胞学检查有助于鉴别胆管狭窄的良恶性。

胰腺与胰腺疾病（八）：CP（慢性胰腺炎）的救赎

慢性胰腺炎因其不可逆的病理过程，无法完全治愈，但是完全可以通过有效的治疗来控制病情。慢性胰腺炎的治疗是一门大学问，现在已逐渐发展为一种慢性病管理模式。慢性胰腺炎的治疗不仅仅只限于医疗机构，在平时也应特别注意生活方式的正确选择。

治疗

慢性胰腺炎的主要治疗原则为祛除病因、控制症状、改善胰腺君的功能、治疗并发症和提高生活质量等。最新的指南建议采取（药物 – 体外碎石 – 内镜微创 – 手术）升阶梯治疗模式。慢性胰腺炎急性发作期治疗原则同急性胰腺炎。



疼痛的治疗

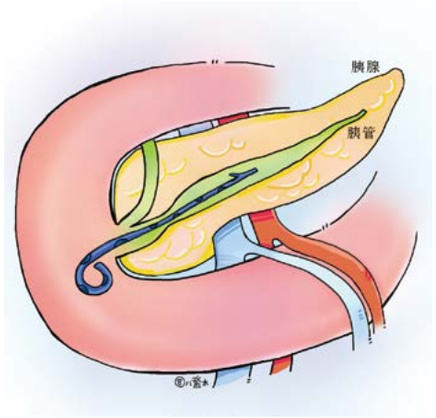
1. 一般治疗：禁酒、戒烟，避免过量高脂、高蛋白饮食，适当运动。

2. 药物治疗：胰酶制剂、抗氧化剂及生长抑素对疼痛缓解可能有效。止痛药：止痛药物选择由弱到强，遵循“三阶梯”原则，即首先选非甾体类如对乙酰氨基酚，然后选弱阿片类如曲马多等，最后选阿片类如哌替啶等。

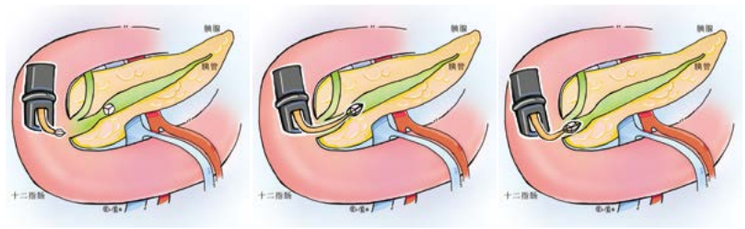


3. 内镜治疗：有超声内镜（EUS）及内镜下胰胆管造影术（ERCP）。是解决梗阻性疼痛的首选方法。主要适应证为胰管结石、胰管狭窄、胰腺假性囊肿、胆管狭窄等。

简单来说就是在内镜微创的手术下，通过放支架或者括约肌切开等方式，把有结石堵住的或者狭窄的胰管、胆管弄通畅，使经过胰管流出的胰液、经过胆管流出的胆汁能够顺畅的流入十二指肠。



胰管支架置入术



胰管结石取石术

4. 手术治疗：内镜治疗无效时选手术治疗，将胰腺部分或者全部切除或行胰管空肠吻合术等。



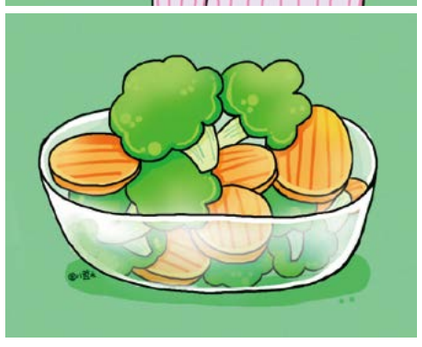
糖尿病的治疗

多选择二甲双胍及胰岛素。



胰腺外分泌功能不全的治疗

主要应用外源性胰酶替代治疗。慢性胰腺炎患者的胰腺外分泌腺不正常工作了，不分泌胰液中的胰酶了，胰酶拥有强大的消化功能，所以慢性胰腺炎患者需要补充胰酶完善消化功能。首选含高活性脂肪酶的肠溶包衣胰酶制剂。疗效不佳时可加服抑酸剂。营养不良的治疗以合理膳食 + 胰酶替代治疗为主。脂溶性维生素缺乏时可适当补充维生素 D。



预后及随访

慢性胰腺炎（chronicpancreatitis，CP）是一种进行性慢性炎症性疾病，目前的医学手段仅能部分延缓它的发展。部分患者病情相对稳定，持续进展者可发生内、外分泌功能不全甚至发展为胰腺癌，应定期随访。



在随访观察期间，需要确定分期和严重程度；换句话说，应当观察和评估临床症状，如腹痛、胰腺酶水平随时间的变化、胰腺形态以及内分泌和外分泌胰腺功能，可通过实验室检查、CT/MRI 检查、问卷调查等方式，对患者胰腺内外分泌功能、营养状况、生活质量等进行评估。

慢性胰腺炎患者是胰腺癌的高危人群，尽管缺乏明确的检测证据，但许多 CP 患者的生活方式与致癌风险（如饮酒和吸烟）有关，因此进行癌症筛查非常有必要，建议 3 个月随访 1 次，行肿瘤指标、影像学等检查；若未见明显异常，可适当延长随访时间。



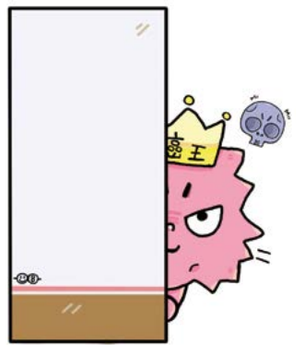
胰腺与胰腺疾病（九）：胰腺癌——“癌中之王”的故事



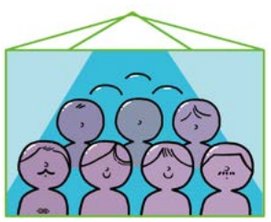
当今社会，人们谈癌色变！提到胰腺癌，你会有怎样的感触？恶性？凶险？顽固堡垒？……的确，每当听到、看到周围的人罹患这种恶性肿瘤时，那种无力的感觉是非常强烈的。

一是因为胰腺癌发现时多为中晚期，预后不理想，二是因为恶性程度极高、手术最复杂、治疗效果极差，死亡率非常高，医学界称之为“癌中之王”。

胰腺癌的死亡率在所有恶性肿瘤中位列第 5 位，5 年相对生存率在常见恶性肿瘤中最差，仅为 7.2%，是一种发病人数与死亡人数接近 1 ： 1 的疾病。



胰腺处在腹腔的最深处，医生们经常用“幕后杀手”“江湖隐士”形容胰腺这个器官。胰腺癌早期诊断率低是因为早期没啥症状，患者基本没有不适，这个癌王爱玩潜伏。



有哪些表现我们就应该警惕胰腺癌呢？请关注以下 7 点内容：

1. 胰腺导管内乳头状黏液性肿瘤（IPMN）。
2. 家族性腺瘤息肉较正常人更容易患胰腺癌。

3. 慢性胰腺炎患者。
4. 年龄大于 40 岁，有上腹部非特异性症状的病人。





5. 有胰腺癌家族史者，有人认为遗传因素在胰腺癌发病中占 5% ～ 10%。
6. 胰腺癌的高危因素有吸烟，大量饮酒以及长期接触有害化学物质等。
7. 突发糖尿病患者，特别是不典型糖尿病，年龄在 60 岁以上，缺乏家族史，无肥胖，很快形成胰岛素抵抗者。40% 的胰腺癌患者在确诊时伴有糖尿病。



胰腺与胰腺疾病（十）：胰腺癌——“癌王”的故事（上）胰腺癌的临床表现

“癌王”的可怕，我们已经有了一个基本的了解。那么素有“江湖隐士”之称的胰腺癌，它有何表现呢？我们应该如何去更早的发现它呢？

一、临床表现



胰腺癌恶性程度高，进展迅速，但发病比较隐匿，早期症状不典型，临床就诊时大部分患者已属于中晚期，要不怎么叫“江湖隐士”呢。首发症状往往取决于肿瘤的部位和范围，如胰头癌早期便可出现梗阻性黄疸；而早期胰体尾部肿瘤一般无黄疸。



1. 腹部不适或腹痛，是常见的首发症状

多数胰腺癌患者仅表现为上腹部不适或隐痛、钝痛和胀痛等。中晚期肿瘤侵犯神经可出现持续性剧烈腹痛。

小提示：中老年人如“胃疼”发作，吃药老不好，就应该去医院做详细检查了。

2. 消瘦和乏力

80％～90％胰腺癌患者在疾病初期即有消瘦、乏力、体重减轻。因胰腺君每日承担着较多的“消化任务”，一旦胰腺组织受损会使消化功能严重受损，另外晚期肿瘤消耗也会消瘦。

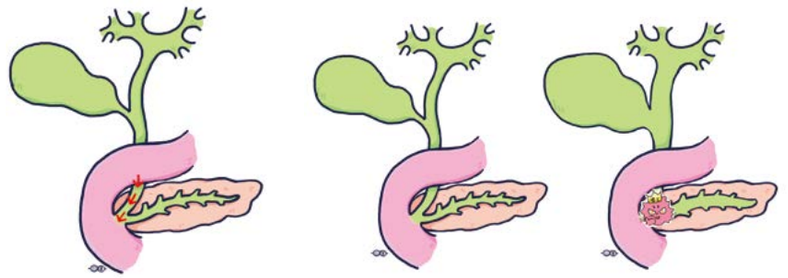
3. 消化道症状

当肿瘤阻塞胆总管和胰腺导管时，胆汁和胰液体不能进入十二指肠，常出现消化不良症状。另外，由于晚期胰腺癌已可以压迫十二指肠，引起消化道梗阻症状。

4. 黄疸

与胆道出口梗阻有关，是胰头癌最主要的临床表现，可伴有皮肤瘙痒、深茶色尿和陶土样便。





正常胆汁流向

胰头癌时胆管胰管扩张，胆道的梗阻可引起黄疸；肿瘤也可压迫十二指肠，引起十二指肠梗阻，从而出现腹胀、呕吐等症状。





那么什么是黄疸呢？正常状态下肝脏每日产生1200mL左右胆汁，胆汁经胆道系统流入十二指肠参与每日的消化功能。而胰腺的头部与胆总管毗邻，一旦胰头部分生长了肿瘤，就会压迫胆总管，胆汁流出不畅致使胆汁反流经肝脏入血，由此产生梗阻性黄疸。黄疸的临床表现会使全身皮肤变黄，眼睛巩膜黄染，伴随瘙痒等症状。

5. 其他症状

部分患者可伴有持续或间歇低热，且一般无胆道感染。部分患者还可出现血糖异常。



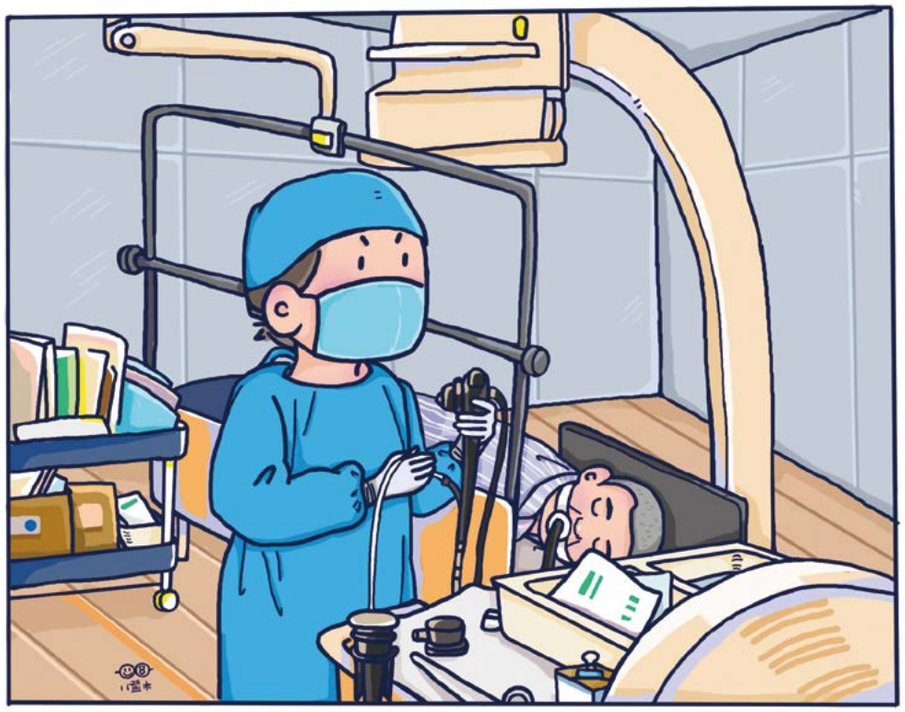
二、体格表现

胰腺癌早期无明显体征，随着疾病进展，可出现消瘦、上腹压痛和黄疸、肝肿大、胆囊肿大（Courviosiersign 征）、腹部肿块等体征。

当临床上怀疑胰腺癌时，我们应该做需要哪些检查呢？

常规影像学检查。主要包括腹部超声、CT 以及核磁。其中，CT 是目前检查胰腺最佳的无创性影像检查方法，主要用于胰腺癌的诊断、鉴别诊断和分期。MRCP 可以清楚显示胰胆管系统的全貌帮助判断病变部位，从而有助于壶腹周围肿瘤的检出及鉴别诊断。

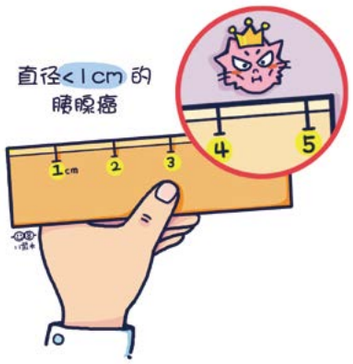
胰腺与胰腺疾病（十一）：胰腺癌——“癌王”的故事（中）内镜技术在胰腺癌中的应用



近年来，随着内镜技术的发展，超声内镜以及 ERCP 在胆胰疾病中有着突飞猛进的发展，因其创伤小、并发症少等特点，广泛应用于胆胰疾病的诊治。本期将重点阐述内镜技术对胰腺癌的应用。

一、超声内镜（EUS）在胰腺癌中的应用

1. 早期诊断 EUS 是将探头插入胃、十二指肠贴近胰腺显像，由于超声内镜探头离胰腺距离近，探头频率高，并且避免了胃肠道气体的干扰，故诊断胰腺疾



病的敏感度大大提高，可检出直径 <1cm 的胰腺癌，对较小的胰腺癌诊断价值极高。

2.TNM 分期诊断 EUS 可显示胰腺癌的大小，肿瘤是否侵犯周围血管、胆总管、十二指肠壁、肝脏、肾脏、肾上腺，以及有无转移性淋巴结，有较高的 TNM 分期诊断正确率。

3. 超声内镜引导下介入技术。

（1）EUS 引导细针穿刺活组织检查（EUS−FNA）

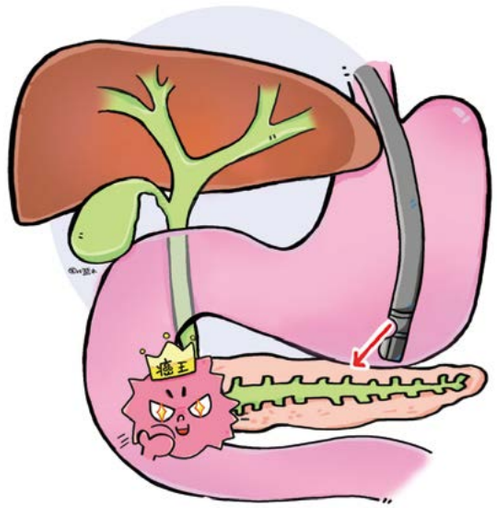
对于胰腺癌的诊断，EUS−FNA 具有极高的准确率，是胰腺肿瘤进行病理学诊断的首选方式。

（2）超声内镜引导下细针注射治疗（EUS−FNI）

一种新兴的姑息性介入治疗技术，已逐渐被应用于中晚期胰腺癌的治疗。包括光动力治疗术、射频消融术、物理治疗术（局部高温、低温治疗）、放疗粒子置入术等。

（3）超声内镜引导下胆管引流术（EUS−BD）

是指超声内镜引导下的经胃穿刺胆管或经十二指肠穿刺的胆道造影置入胆管支架进行胆管内引流，是近年来发展起来的一项新的胆管引流技术。



（4）超声内镜引导下胰管引流术

主要适用于良性胰管梗阻所造成的胰管高压和胰腺实质压力增高，出现腹痛症状，无法行 ERCP 或行 ERCP 失败的患者。

（5）超声内镜下腹腔神经丛阻滞

对于一些无法进行外科手术切除的胰腺肿瘤患者，可行超声内镜引导下的腹腔神经丛的药物封闭及阻滞，缓解患者疼痛，提高患者的生存质量。

（6）超声内镜引导下胃肠吻合术（EUS−GJ）

EUS−GJ 即完全在超声内镜下经胃穿刺到近端小肠，放置导丝后，经导丝放



置一“双蘑菇头”全覆膜金属支架，将胃和小肠之间建立一条通路，从而解决十二指肠梗阻的问题。

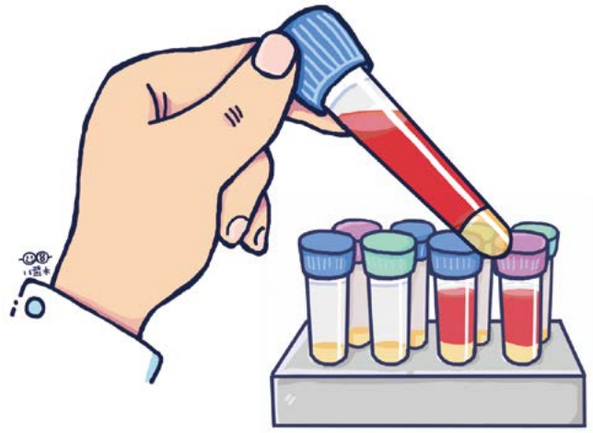
二、经内镜逆行性胰胆管造影术（ERCP）在胰腺癌诊断中的应用

1. 经 ERCP 细胞病理学诊断：采用 ERCP 插管至胰胆管内收集胆汁、胰液、进行胰胆管内细胞刷检或钳夹活检组织进行病理学诊断。尤其对于无法手术的梗阻性黄疸患者，可以一次性完成减黄操作及病理与细胞学检测，应当作为无手术指征伴梗阻性黄疸患者的首选处理手段。

2.ERCP 联合胰胆管内超声检查（IDUS）诊断：IDUS 可以实时提供整个胆管以及胆管周围组织的高分辨率图像，在分辨胆管良恶性狭窄方面要优于 IDUS。

三、其他检查

除了这些检查，还需要抽血行血液生化检查肿瘤标记物等，若怀疑远处转移，还应行其他相关检查。





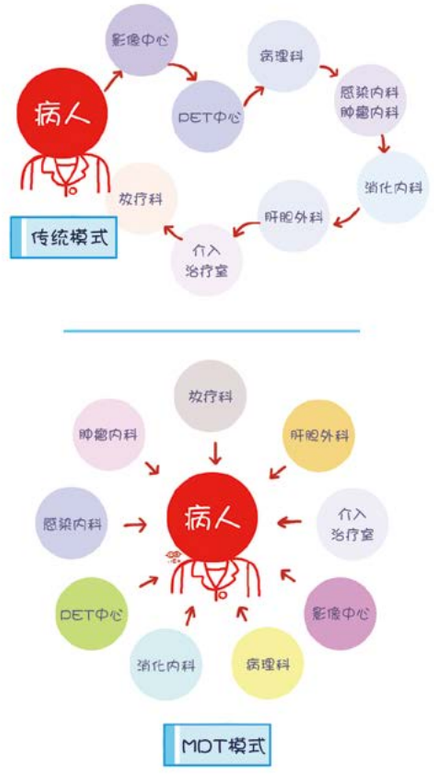
胰腺与胰腺疾病（十二）：胰腺癌——“癌王”的故事（下）胰腺癌的治疗以及预后

治疗原则

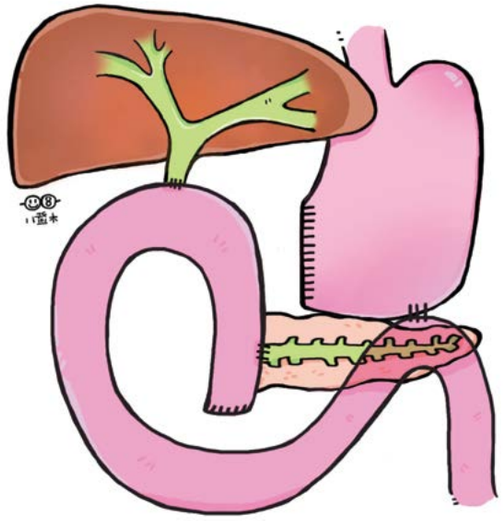
多学科综合诊治是任何分期胰腺癌治疗的基础，根据不同患者的身体状况、肿瘤部位、侵及范围、临床症状，有计划、合理地应用现有的诊疗手段，以其最大幅度的根治、控制肿瘤，减少并发症和改善患者生活质量。



胰腺癌的治疗主要包括手术治疗、介入治疗、放射治疗、化学治疗和最佳支持治疗等。



MDT 诊疗模式与传统模式的区别



一、外科治疗

手术切除是胰腺癌患者获得治愈机会和长期生存的唯一有效方法。然而，超过 80% 的胰腺癌患者因病期较晚而失去手术机会。手术方式包括胰十二指肠切除术、胰体尾加脾切除术、全胰切除术。

二、ERCP 及相关治疗

1. 术前减黄：术前减黄的主要目的是缓解胆道梗阻、减轻胆管炎等症状，同时改善肝功能，纠正凝血异常，降低手术死亡率。减黄可通过经鼻胆管引流（ENBD）或经皮经肝穿刺胆管置管引流术（PTCD）完成。

2.ERCP 在胰腺癌治疗中的作用：晚期胰腺癌患者 70% ～ 80% 会出现胆道梗阻症状，晚期胰腺癌姑息治疗主要目的为胆道减压。主要有经内镜胆管支架引流术（ERBD）及经皮经肝穿刺胆管置管引流术（PTCD）。

三、EUS 及相关治疗

EUS 治疗胰腺癌主要包括超声内镜引导胆管引流（EUS−BD），可有效缓解胰腺癌患者的黄疸问题，解决梗阻引起的肝功能损伤，替代了开放式手术、PTCD 等传统治疗手段，依据穿刺部位及引流部位的不同，可将 EUS−BD 分为 CDS 及 HGS。



四、介入治疗

胰腺癌的介入治疗主要包括：针对胰腺癌及胰腺癌转移瘤的介入治疗及胰腺癌相关并发症的治疗，主要治疗手段包括经动脉灌注化疗、消融治疗、PTCD、胆道支架植入、肠道支架植入、出血栓塞治疗。

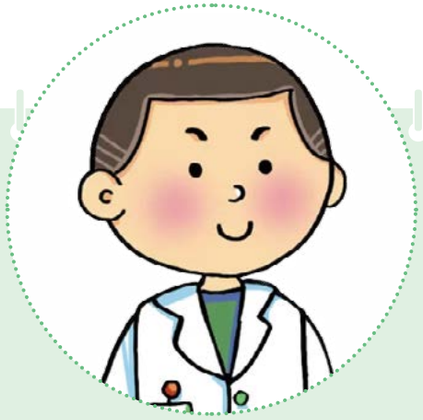
五、其他治疗

包括放、化疗，中药治疗，以及晚期一些支持治疗。



随访及预后

随访的主要目的是发现尚可接受潜在根治为目的治疗的转移复发，更早发现肿瘤复发或第二原发癌。胰腺癌术后患者，术后第 1 年，建议每 3 个月随访 1 次；第 2 ～ 3 年，每 3 ～ 6 个月随访 1 次；之后每 6 个月随访 1 次。胰腺癌的预后较差，5 年生存率较低。



儿科

儿科大夫纯干货分享——宝宝辅食添加宝典



民以食为天，中国人见面打招呼的第一句就是，今天，您吃了吗？在生活中，“柴米油盐酱醋茶”，每个话题翻开来说都是一本书。

今天我们要聊的话题，也和“吃”息息相关。

经常有粉丝在后台留言：到底应该什么时候添加辅食呢？有什么需要注意的吗？是不是应该在 4 个月时开始添加蛋黄、胡萝卜泥？有的说 6 个月后才可以添加辅食？我们该怎么办！好嘞今天我们说一说婴幼儿辅食的添加策略。



母乳喂养到几岁合适?

目前全世界的健康组织都建议出生后的前 6 个月进行纯母乳喂养，6 个月后引入过渡期食物。

大多数组织建议母乳喂养至少 1 年，世界卫生组织建议至 2 岁。

但是年轻的妈妈都是要上班的，一般的工作单位都是休半年产假。

所以我们建议：一定保证孩子前 6 个月进行母乳喂养（这是基本）。即使是工作原因，最好也要克服困难，咬咬牙坚持母乳喂养到孩子一周岁。

辅食添加了就要断奶吗?



很多妈妈认为，母乳喂养孩子 6 个月后就没营养了，所以要给宝宝断奶，但实际上 6 个月以后，母乳的营养成分虽然开始下降了，但是仍富含宝宝成长所需的免疫因子和各类营养物质，如脂肪、蛋白质、钙及维生素等。

刚开始添加辅食，并不能保证辅食的量和质。所以这时候不必急于断奶。

作为儿科大夫，我们建议孩子吃母乳和辅食并不对立，条件允许可以到宝宝两岁断奶。而且不建议在炎热的夏季断奶。

辅食何时添加?

因为婴儿吞咽功能和胃肠功能发育不成熟，所以过早的添加辅食孩子容易引起消化问题。

最新建议宝宝们应该在 6 个月左右开始添加辅食。宝宝在 6 个月之后营养需求增加，特别是铁的需求，需要通过添加辅食来满足。

如果过晚添加辅食，不仅宝宝面临营养不良的风险，将来还可能出现偏食，厌食等喂养困难的问题。

辅食添加什么？

教科书上告诉我们辅食添加应该：

①由少到多。

②由稀到稠。

③由细到粗。

④由一种到多种。

⑤患病期间一般不添加新的辅食。

但是对于老百姓来说，您告诉我什么时候吃什么就行。我看不懂太难的术语。其实辅食添加以铁强化食物为主，铁强化谷物如米粉多为首先引入的食物，米粉可以用母乳或配方奶调配。

每新增一种食物需观察 3 ～ 5 天，以了解婴儿是否适应。

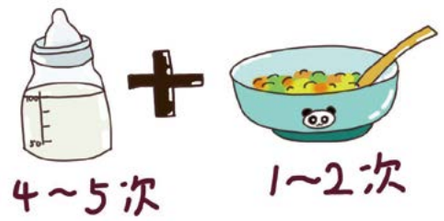
具体操作附表：



参照表

孩子年龄	奶	米粉及面类	蔬菜	水果	肉禽类
6 个月以下	母乳，每天 8 ～ 10 次 过渡到每天 6 次，无法母乳喂养吃奶粉	不吃	不吃	不吃	不吃
6 ～ 8 个月	母乳每天 4 ～ 6 次	强化铁米粉，7 月后加粥，软面条	菜泥	水果泥	蛋黄半个，肉泥
9 ～ 11 个月	母乳每天 4 次	软饭	碎菜	水果块	蛋黄 1 个，肉沫
1 岁到 3 岁	母乳每天 2 ～ 3 次	同成人	同成人	同成人	1 个鸡蛋，碎肉

备注（蔬菜和水果的种类没有特定的顺序，以当地特有的时令水果、蔬菜为主。也可以较容易磨烂好消化的优先如土豆、胡萝卜、苹果、香蕉）



一天喂孩子几顿辅食?

刚开始加辅食时候，可以进食 4 ～ 5 次奶加 1 ～ 2 次辅食。

辅食的频率可逐步增加，每个孩子的食量都会有个体差异，每次食用量以不显著影响乳类摄入为原则。进餐的频率与食物能量密度相关，较稀薄的食物为主，频率就需要高些，反之频率相对少些。

通常情况下，固体食物的能量密度应高于母乳，以避免因为能量不足导致生长不良。

辅食如何喂给宝宝?



固体食物应用勺喂养，而不用奶瓶喂，婴儿开始吃固体食物时会出现呛咳、作呕或伸舌，但是随着不断体验用勺进食，吞咽的能力会逐渐提高，这种现象也会逐渐减少。

当婴儿会独坐且可以拇－掌抓物时，开始让婴儿用杯子尝试喝水。

禁止给孩子嚼饭

保证食物的清洁，是预防肠道感染的重要措施，避免将接触过成人口腔唾液的食物喂给婴儿，我们都知道消化道很容易传播一些疾病，例如幽门螺杆菌。

如果成人给孩子嚼饭，很容易将口腔内细菌传播给婴儿，而且也不利于婴儿咀嚼功能的提升。

辅食添加避免动物肝脏和调味品



动物肝脏是良好的铁来源食物，但是由于肝脏是解毒器官，一些毒性物质容易在此积聚，因此不建议过多添加。

在无法获得铁强化谷类食物的地区，含铁和锌的动物性食物（红肉类、禽蛋、鱼类）的添加尤为重要，可以从红肉泥开始添加。

引入的固体食物避免放盐、糖及其他调味料。（目前主流的观点是，食物中自然盐的含量，就能满足婴儿的生长发育）

婴儿接受辅食需要过程

在喂养过程中与婴儿有充分的眼神交流和语言交流，促进情感。当婴儿拒绝一种新添加的食物时，不要强制其食用，可以再尝试，有时婴儿需要经过十余次的进食尝试后才会接受一种新的食物。

添加辅食后体重不增长为什么?

需要强调的是 6 月龄开始添加固体食物，是在基本保持原有奶量不变的情况下添加。

通过固体食物添加补充能量不足的部分以及补充最容易缺乏的铁元素，同时训练婴儿咀嚼吞咽功能。

如果固体食物添加过多，会使奶量明显减少。如果固体食物所含有的能量没有奶高，很容易导致婴儿体重增速不佳。

辅食添加与贫血的关系?



缺铁性贫血（IDA）是世界四大营养缺乏病之一，也是我国儿科重点防治的四病之一，六个月后随着宝宝的生长发育，对于铁的需求比较高，母乳喂养不足以提供足量的铁，这时候就要借助辅食满足宝宝对于铁的需求，这时候喂养不当很容易发生缺铁性贫血，六月时建议宝宝做血常规筛查是否贫血，以调整辅食添加策略，以防因为贫血影响宝宝的生长发育。



辅食添加与乳牙萌出关系?

研究发现婴儿出牙早晚具有非常明显的个体差异，添加固体食物，尤其是固体食物不应以出牙多少作为食物质地转换的依据（也就是根据月龄添加，不是根据孩子的牙齿数目）。

因为婴儿通常使用下颌和舌头咀嚼并咬碎各种食物。食物质地的转换更多应该根据其实际月龄，同时可以参考其发育水平。

所以不要担心孩子牙齿没有长得太多，就不敢加固体食物。

儿科专家提示：流感即将抵达战场，全民战书已备好，奉上

有人说，做父母最害怕的事情之一，就是孩子半夜突然生病。

白天活蹦乱跳，一到了晚上突然开始发烧、额头滚烫；一量体温，天呐，40℃！不淡定的爸妈们从温暖的被窝中爬出来，穿上衣服抱起娃直奔医院，半夜排队、挂号、验血……折腾一次下来，家长们心力交瘁。



作为一名医务工作者，我们的义务不仅仅是对于疾病的治疗，更要把防病、治病的方法告诉大家，让孩子少生病，健康长大才是我们的最终目标。

冬天已经如期而至，流感当然也不会落下。今天就讲一些流感的相关知识，希望能帮助到家长们，做到积极预防，让孩子远离流感。



流行性感冒（以下简称流感）是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病，在世界范围内爆发和流行；根据全国既往流感监测结果显示，我国即将进入流感流行季节。

北方常在冬季，而南方多在冬夏两季，由于变异率高，人群普遍易感。最近，门诊上发烧、咳嗽等症状的患儿也多了不少。

流感的临床表现有哪些呢？



流感潜伏期一般为 1 ～ 7 天，多为 2 ～ 4 天。

主要以发热、头痛、肌痛和全身不适起病，体温可达 39 ～ 40℃，有畏寒、寒战、全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等症状，常有咽喉痛、干咳、鼻塞、流涕、胸骨后不适等表现。除此之外，还可能有颜面潮红、眼结膜充血等现象。

部分以呕吐、腹痛、腹泻为特点，常见于感染乙型流感的儿童。

流感和普通感冒到底有什么区别？

针对这个问题，我们制作了下面这个表格。

区别	流感	普通感冒
致病菌	流感病毒	鼻病毒、冠状病毒等
传染性	强	弱
发病季节	冬季	季节不明显
发热程度	多高热 39 ～ 40℃	不发热或低热
肌肉疼痛感	重	轻或无
发热持续时间	3 ～ 5 天	1 ～ 3 天
病程	5 ～ 10 天	5 ～ 7 天
发病速度	来势汹涌	发病缓慢
并发症	多种并发症	少见

哪些人容易被流感盯上？

下列人群感染流感病毒比较容易发展为重症病例，应给予高度重视，尽早给予抗病毒药物治疗。



1. 年龄 <5 岁的儿童（年龄 <2 岁更易发生严重的并发症）；

2. 年龄≥ 65 岁的老年人；

3. 伴有以下疾病或状况者：患有慢性呼吸系统疾病、心血管系统疾病（高血压除外）、肾病、肝病、血液系统疾病、神经系统及神经肌肉疾病、代谢及内分泌系统疾病、免疫功能抑制（包括应用免疫抑制剂或 HIV 感染等致免疫功能低下）；

4. 肥胖者 [体重指数（BMI）大于 30。BMI= 体重（kg）/ 身高 ²（m）]；

5. 妊娠及围产期妇女；

重症的病人相对而言是少见的，但是也不能忽视。对于年龄小的儿童来说，

一旦确诊流感，要积极治疗，尽可能避免发生严重的并发症。



哪些情况需要住院治疗?

1. 妊娠中晚期及围产期妇女；

2. 基础疾病明显加重，如：慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等；

3. 符合重症或危重流感诊断标准；

4. 伴有器官功能障碍。

对于儿童住院，我国目前还没有一个明确的标准。我们目前掌握的原则是：

1. 流感合并了其他的并发症，如肺炎、脑炎等。

2. 流感的症状明显，患儿 1 表现为持续的高热或应用了退热药物仍表现为超高热的患儿，这些情况我们就建议住院治疗。

3. 流感的重症或有重症流感高危因素的患者，应尽早给予抗流感病毒治疗，不必等待病毒检测结果。发病 48h 内进行抗病毒治疗，可减少并发症、降低病死率、缩短住院时间；发病时间超过 48h 的重症患者依然可从抗病毒治疗中获益。

关于治疗流感的常见误区

1. 熏醋消毒法

熏醋的做法在民间非常常见。醋酸只有达到一定浓度时才有消毒、杀菌的作用，且效果不是很好，并不主张使用。我们生活中常用的食醋，所含醋酸本身浓度就很低，根本达不到消毒的效果。挥发的酸性气体对人体的呼吸道黏膜有刺激作用。尤其是对于小孩、老人和哮喘患者等，用熏醋防病实在是得不偿失。

2. 为家里喷洒消毒剂

针对这个问题，我们目前还是持中立的态度。首先，这些常用消毒剂有一定的刺激气味，不太适合呼吸道敏感或者有婴幼儿的家庭。若掌握不好消毒剂的浓度，过度使用消毒剂反而不利于健康。

3. 反复就诊于医院

很多家长为了不耽误孩子的学业，都期望通过药物治疗当天就能退烧，或者

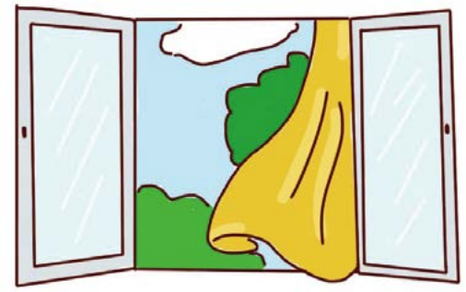
带着孩子疲于奔命，一天内两次、三次往医院跑。其实这种做法是极其错误的，反复跑医院既影响孩子的休息，又增加了交叉感染的机会，反而不利于孩子病情的恢复。



4. 擅自服用抗病毒药物

每种药物都有副作用，曾出现过家长去医院疯狂购买抗流感的药物，但是这种药物并不是孩子发热就可以服用的“神药”，一定要在医生的指导下应用；如果明确孩子的发热是流感造成的，同时孩子又患有流感的症状，才可以服用，一定要遵医嘱服药，切记私自乱用药物。

如何积极有效预防流感呢?



1. 预防流感最简单易行的办法就是经常开窗通风，让室外和室内的空气交换。开窗通风的时间，要尽量选择孩子上学的时间，开窗 10 ～ 20 分钟就可以；如果家中有婴幼儿，可以选择不同房间交替通风的方法。

2. 流感的传播途径主要是通过打喷嚏和咳嗽等飞沫传播，也就是说流行性感冒主要是通过呼吸道传播的。尽可能少接触患有流感的病人。如果是流感季节，孩子抵抗力差就不要去公共场所，例如大的商场、电影院、地铁站等人口密集的地方；如果家中有流感患者，应该和孩子适当隔离。若家庭条件不允许，也可以让全家人戴上口罩，防止交叉感染。

最后希望每个孩子都拥有健康强壮的身体，不让流感“趁机而入”！所以，随着冷空气的来临，作为家长一定要密切关注孩子的身体变化！及时给孩子增加衣物、每天少量多次喝水、合理安排孩子的饮食结构，为应对流感做好准备。

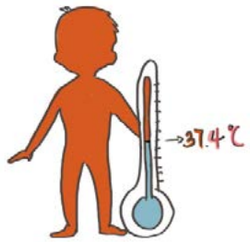
孩子发烧了？别急，你想了解的都在这里



在日常生活中，孩子发烧是一个很常见的生病信号。当孩子得了呼吸道感染时，发烧就更常见了，有些孩子的体温甚至会达到 40℃ 以上！这就让一些家长惊慌失措，不知如何应对。

很多年轻的父母都会问：孩子发烧多少度该吃药？发烧了该吃什么药？用量多少？发烧会烧坏脑子吗？发烧要不要用些抗生素？……宝宝发烧，到底该怎么处理？它真的有那么可怕吗？我们就来谈一谈这个生活中的常见症状——发烧！

如何判断孩子是不是发烧？



若孩子腋温超过 37.4℃，且一日间体温波动超过 1℃ 以上，则可认为发热；发热时间超过 2 周则为长期发热。根据体温高低不同，发热又可分为以下几种（腋下温度）：

低热	37.5 ～ 38℃
中热	38.1 ～ 39℃
高热	39.1 ～ 40℃
超高热	41℃ 以上

如何应用退烧药？

世界卫生组织推荐儿童可使用的、比较安全的退烧药成分主要有两种，分别是对乙酰氨基酚和布洛芬；前者适合 2 个月以上的孩子，后者适合 6 个月以上的孩子。

一般情况下，退烧药物的应用以 38.5℃ 为退烧的界限。但需要注意的是，



使用退烧药物的目的是为了让孩子感觉舒服一点，而不是一定要把体温降至正常。

退烧药物的种类及用法：

药品	对乙酰氨基酚 （代表药：泰诺林）	布洛芬 （代表药：美林）
可应用年龄	2 个月以上的孩子	6 个月以上的孩子
每次应用剂量	一次 10 ～ 15mg/kg	一次 5 ～ 10mg/kg
开始起效时间	服药后 30 分钟～ 1 小时	服药后 1 个小时
应用次数	每 6 ～ 8 小时可以重复使用， 24 小时不超过 4 次	每 6 ～ 8 小时可以重复使用， 24 小时不超过 4 次
持续退热时间	一般在 4 小时以内	一般可达到 6 小时左右
可降低体温	1 ～ 2℃	1 ～ 2℃

关于交替使用退烧药

使用退烧药的目的不仅仅是让体温降低，更是为了使孩子舒服一点。大部分家长容易把“交替用药”理解为重叠或叠加使用药物，但交替使用对乙酰氨基酚和布洛芬，不仅不能改善孩子的舒适度，还会增加出现不良反应的风险。

如何进行物理降温？



如果家长想进行物理降温，可以选择用温水擦拭孩子的身体，需要注意以下 4 个方面：

1. 关于水温：水温不能太低，也不能太高，一般控制在 32 ～ 34℃ 之间就可以。如果孩子感觉凉，温度还可以再增高一点，但要低于孩子当时的体温 1℃ 以下。比如孩子发烧 39℃ 却用 38.5℃ 的水擦浴，温度就有点高了；要把水温降到 38℃ 以下，这样孩子感觉不烫也不凉，并且要维持这个温度。

2. 关于环境：擦浴的时候要把门窗关好，并调节好室温；如果室温太低，孩子容易着凉激发新的感染。一般室温要控制在 21 ～ 24℃。

3. 擦浴部位：一般禁止擦拭心脏部位，防止温度对心脏有不良刺激。可以擦拭大血管部位，比如腋下、腹沟、四肢等。温水蒸发会带走一些热量，起到物理降温的作用。

4. 擦浴频率：擦浴频率也要权衡利弊。擦得太勤容易让孩子着凉导致继发感染，一天擦浴2～3次就可以。擦浴时应该维持室温，等孩子身体干了以后再开窗。

如果孩子不哭闹，可以选择物理降温；如果孩子一直哭闹，就不要给孩子擦浴了；不但不会帮助降温，反而会因哭闹引起声音嘶哑，不利于疾病恢复。

能不能用酒精、白酒给孩子降温？

切记不能用酒精或白酒给孩子降温！一方面是因为酒精和白酒对皮肤有刺激，而宝宝的皮肤都比较细腻，很容易对酒精或白酒过敏；同时，酒精也容易被宝宝吸收引起酒精中毒。另一方面是因为酒精挥发太强，会引起孩子表皮血管收缩，这样更不利于散发体内的热量。

退热贴管不管用？

只要宝宝发烧，不论体温多少，很多家长都会先给他们贴一块退热贴。其实，退热贴的作用跟冰袋冷毛巾敷头的效果差不多，而且只让额头部分的皮肤温度降低并不能让宝宝的体温降下来。一般来说低烧可以选择使用，如果宝宝不愿意贴，也不必勉强。



发烧了需要用抗生素吗？

只要考虑是病毒感染引起的发烧，我们是不主张用抗生素的，或者说不主张用抗生素。因为抗菌素不仅没有效果，还会导致有些孩子出现过敏反应，甚至严重的过敏反应、过敏休克等；抗菌素还会导致二重感染；此外，抗菌素可以增大

细菌耐药性的风险。

只有细菌感染引起的发烧，我们才用抗生素。先确定到底是由于什么原因引起的这个发烧，然后再决定用不用抗生素。

发烧会烧坏脑子吗？

人们对于发烧最大的误区就是：“发烧会烧出别的疾病，高烧会烧坏脑子”。而且，这种认知误区不仅仅存在于普通民众中，也存在于很多医生的意识中。

其实烧坏脑子的并不是单纯的发烧，而是由于宝宝患了脑炎、脑膜炎等疾病。一般来说，41℃ 以下的发烧，并不会对脑神经组织直接造成伤害；而当体温高于 42℃ 时，发烧才会对大脑造成伤害。

这是因为超高热破坏了大脑的体温调节中枢，并且只有当身体处在极端环境温度下时，体温才能达到这么高，比如说中暑引起的热射病；而一般的感冒发热不会达到这么高的温度。

发烧会烧出肺炎、脑炎吗？

发烧虽然会让孩子不舒服，但目前并没什么证据能够证明它会给孩子造成伤害。相反，发烧会启动身体的免疫系统，有利于致病微生物的清除，所以发烧对孩子的病情恢复是有利的。

一般来说发烧仅仅是临床症状，与肺炎、脑炎不存在先有鸡还是先有蛋的关系。患有肺炎、脑炎的孩子会表现为发烧甚至是高烧不退，但是发烧是不会烧出肺炎、脑炎来的。

什么情况下，要送孩子去医院？

01	当孩子发烧超过 3 天，或者 3 月龄以下的婴儿发烧超过 38℃ 就要来医院就诊。
02	任何年龄的宝宝发烧超过 5 天以上，哪怕每天发烧只持续几个小时。
03	发烧伴有热性惊厥发作。
04	若孩子精神萎靡、倦怠、表情淡漠，则提示病重，应赶快去医院。
05	查看皮肤有无出疹，若有则提示传染病或药物过敏；查看皮肤是否发紫、变凉，若存在则提示循环衰竭。这两种情况均需去医院就诊。

如何判断病情在往好的方向发展?



孩子的体温逐渐恢复。例如，今天孩子烧到了 40℃，但明天孩子最高烧到了 39℃，这就说明孩子的体温在逐渐下降，病情正在好转。

孩子的发热时间逐渐缩短。例如，这次吃了布洛芬或者是对乙酰氨基酚能让体温下降 6 个小时左右；下次烧起来后，吃药能使体温好转 8 个小时，这也说明孩子的病情正在好转。

孩子的精神状态好转，食欲逐渐地好起来。

在此，希望家长朋友们能够培养孩子良好作息、均衡饮食的习惯，让孩子自身的健康状况达到一个比较高的水平，以更好地抵御病毒。遇到孩子感冒发烧时别着急，冷静面对，最好提前在各方面做好充分的准备，让孩子能顺利地度过发烧！

天气断崖式降温，预防儿童呼吸道疾病刻不容缓!

秋冬季节是呼吸道感染的高发季节

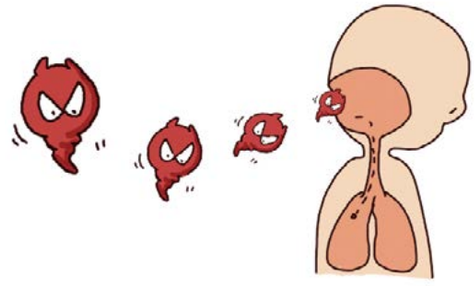


随着天气断崖式的降温，在儿科门诊当中，80% ～ 90% 的孩子都患上了呼吸系统疾病。

儿童呼吸系统疾病的预防变得重中之重，也是天气转凉之后我们每一个家长必须重视和关注的。

下面我们就谈一谈秋寒易引发儿童呼吸系统疾病，我们该如何防治?

哪些原因导致孩子容易得呼吸道疾病?



1. 孩子的体质差。呼吸道感染主要是由病毒、细菌、支原体等引起的，然而这些感染和孩子本身的体质有关系。体质差一点的孩子，例如消瘦、贫血、平时缺乏锻炼等，就很容易感染。

2. 家庭护理不当。如果家庭护理得不是很好，孩子频繁地在夜间受凉，也比较容易得呼吸道的疾病。

3. 环境。比如家里人口比较多、居住的环境比较拥挤，或者大人爱在房间里抽烟等，都容易使孩子患上呼吸道疾病。

4. 有的孩子有先天性发育的异常，比如像先天性的气管和支气管发育畸形等，这种孩子也容易得呼吸道感染。

儿童呼吸道疾病的雷区——乱用止咳药

呼吸道感染的孩子，很容易出现咳嗽的症状。咳嗽是人体的一种保护性反

射，呼吸道内的病菌和痰液均可通过咳嗽而排出体外，因此咳嗽起着清洁呼吸道、使其保持通畅的作用。然而，有些年轻父母发现孩子稍有咳嗽，就急于给他喂各种止咳药、止咳糖浆等，这是很不好的。

止咳药进入人体后能迅速作用于咳嗽中枢，产生强有力的止咳效果。这种做法虽可暂时缓解咳嗽的症状，但它会使大量痰液和病菌堆积于呼吸道内，继而发生细菌感染。严重时孩子会出现胸闷、呼吸困难，甚至引起肺不张。

所以在未明确宝宝为什么咳嗽之前，家长切莫乱喂止咳药！

儿童呼吸道疾病，巧妙利用“水”



呼吸道感染的孩子容易产生鼻塞、鼻涕黏稠、痰液不宜咳出等情况，因此设法使鼻涕、痰液变得稀释就很重要。

在家庭里，可以充分利用好水资源。

1. 最好将室内的湿度保持在 60% ～ 65%，可用湿布拖地板的方法来增加房间的湿度，这有利于呼吸道黏膜保持湿润状态和黏膜表面纤毛的摆动，有助于黏稠鼻涕或者是痰液的排出。

2. 可以抱着孩子在充满蒸汽的浴室里坐 5 分钟，潮湿的空气有助于帮助孩子保持呼吸系统湿润，清除呼吸系统的黏液，平息咳嗽。

3. 让患儿多饮水，尤其是 23℃ 左右的凉开水，对咽喉部有良好的湿润和物理治疗作用，有利于局部炎症的消除。此外，多饮凉开水能使黏稠的分泌物得以稀释，容易被咳出，利于止咳和祛痰。

儿童呼吸系统疾病的饮食管理

三忌：

1. 忌冷、酸、辣的食物：冷冻、辛辣食品会刺激咽喉部，使咳嗽加重。酸类食物常会敛痰，使痰不易咳出。

2. 忌花生、瓜子、巧克力等食物：这些食品含油脂较多，食后易滋生痰液，使呼吸系统疾病加重。

3. 忌油煎炸食物：孩子患有呼吸系统疾病时胃肠功能比较薄弱，油炸食品会



加重胃肠负担，且助湿助热、滋生痰液。

三宜：

1. 宜少盐少糖：吃得太咸易诱发咳嗽或使咳嗽加重。孩子呼吸道感染时饮食宜清淡，不宜吃咸鱼、咸肉等重盐食物；而多吃糖果等甜食会助热生痰，所以也要少食。

2. 宜多喝水：充足的水分可帮助稀释痰液，使痰易于咳出，并可增加尿量，促进有害物质的排泄。

3. 宜饮食清淡：以新鲜蔬菜为主，适当吃豆制品；荤菜量应减少，可食少量瘦肉或禽、蛋类食品。做法以蒸煮为主。水果可给梨、苹果、柑橘等，量不必多。

预防儿童呼吸道疾病的方法



减少去拥挤的公共场所，减少机会感染。

1. 避免诱发因素。例如夜间给孩子盖好被褥避免受凉；外出游玩时避免过度疲劳，造成一过性抵抗力下降；家庭中爱吸烟的爸爸要戒烟，避免让孩子吸二手烟。

2. 呼吸道疾病的传播多是由飞沫传播的，年幼体弱的孩子不要到人口密集的公共场所，例如大的商场、电影院、地铁站等人口密集的地方。出入时可以戴上口罩，防止交叉感染。



3. 保持居室温度适宜，空气清新，室内定时开窗换气，让室外和室内的空气交换；这样不但经济实惠，而且简单易行。每天开窗 10 ～ 20 分钟就可以。如果家中有婴幼儿，可以选择不同房间交替通风的方法。



孩子总是流鼻涕打喷嚏是感冒了吗？

孩子总是流鼻涕打喷嚏是感冒老不好吗？要小心感冒里的“卧底”——过敏性鼻炎！

孩子如果经常流鼻涕打喷嚏，不一定是感冒，有可能是过敏性鼻炎。那么感冒和过敏性鼻炎有什么区别呢？



1. 病因不同

普通感冒是病毒感染，也是一种鼻炎，流涕是病毒感染性鼻炎的表现。感冒时会有流涕、打喷嚏和鼻子堵的症状，但感冒基本不会出现鼻子痒，而过敏性鼻炎是过敏原刺激鼻黏膜引起的过敏反应，也会出现感冒时的症状，但过敏性鼻炎有个特征就是鼻子痒，孩子可能表现为吸 / 皱 / 揉鼻子。

2. 发病季节及伴随症状不一样

感冒经常发生于冬春季，而过敏性鼻炎可有季节性或常年都可发生。感冒常常伴随发热、咽痛、全身不适等症状，而过敏性鼻炎通常不会有这些表现，而是可能伴随眼部的过敏症状，比如眼睛红 / 痒 / 流泪。

3. 持续时间不一样

普通感冒是自限性疾病，一般持续 1 周左右即可自愈。但过敏性鼻炎，会

反复发作，持续时间比较长，至少在 2 ～ 4 周以上。



有人认为流鼻涕打喷嚏是小毛病不用治，或者认为没什么好办法治不治都一样，殊不知过敏性鼻炎若不及时诊治，可以引起很多问题，比如长期咳嗽、中耳炎、鼻窦炎、睡眠呼吸障碍甚至哮喘，病情的反复还可能使孩子注意力不集中、心理健康状态不佳等，所以出现上述症状要找医生评估病情，必要时进行过敏原检测，寻找引起症状的“罪魁祸首”。

如果明确诊断了过敏性鼻炎，需要规范治疗，包括回避环境过敏原以及口服或鼻喷药物的对症治疗以达到缓解症状的目的。



除了药物对症治疗以外，针对最常见的尘螨过敏，还可以进行变应原特异性免疫治疗即脱敏治疗。脱敏治疗是唯一可影响过敏性疾病自然病程的对因治疗措施，可预防过敏性鼻炎患者发生哮喘、预防新的过敏产生及诱导机体对特异性过敏原的耐受。尤其是过敏性鼻炎的儿童患者应该尽早开始脱敏治疗，阻断儿童的过敏进程，早治疗，早获益。

疱疹性咽峡炎



夏天到了，这个“恶魔”也悄悄地来了……

这个病每年都会闯入人们的视线，但是面对专业术语极强的指南或是专家共识，老百姓很难搞清楚：专家到底在说啥？今天，我们就用通俗的语言说一说“疱疹性咽峡炎”这个病！

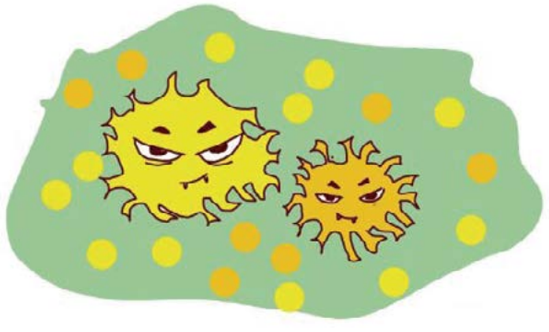


壹 幕后黑手

究竟是什么引起的这个病？

经过多年的研究发现，疱疹性咽峡炎是由叫作肠道病毒的病原体（主要是柯萨奇病毒 A 型 CV-A 和肠道病毒 71 型）引起的。

它们是推波助澜的幕后黑手，可以引起孩子高热，并且起让孩子吃不下饭的疱疹。



贰 疱疹性咽峡炎流行病学



说起“流行病学”这四个字感觉挺高大上，但通俗的说，就是什么时间点、什么地方、什么孩子容易患病。

疱疹性咽峡炎在四季均可发病，但以春夏季为主（这两个季节它已经悄无声息的埋伏好了），无明显地区差异（全国都会发病，无论是在东北还是三亚）。

托幼机构、早教机构、社区等易感人群较为集中的场所，易发生聚集性病例。

那么什么孩子容易得病？专家也说了，6 岁以下学龄前儿童最容易患病。

叁 怎么感染上的？

疱疹性咽峡炎潜伏期为 3 ～ 5 天。

疾病初期可从粪便和上呼吸道分泌物中分离出病毒；如果没有搞好卫生，就可能感染给别的孩子。

肆 大夫，特效药有没？

没有！对，真的没有！目前尚无特效抗肠道病毒药物。

需要注意的是，不应使用阿昔洛韦、更昔洛韦、单磷酸阿糖腺苷等药物治疗疱疹性咽峡炎，因为此类药物是抗 DNA 病毒的药物，对 RNA 病毒无效。

那没有特效药病能好不？能好！别忘了，这是一个自限性疾病；只要护理的好、不出现并发症，都会痊愈。

抵抗力可是我们自带的“良药”！

伍 来点抗生素?

如果想使用抗生素，一定要有细菌感染的证据！

部分病例病初的血常规白细胞计数、中性粒细胞比例及 C 反应蛋白升高，建议次日复查以上指标；若明显下降或正常，无细菌感染的依据，则无须使用抗菌药物。

陆 如何护理生病的孩子?

我们分成了一般护理、口腔护理和发热护理三部分。



一般护理

1. 注意隔离，避免交叉感染，居家隔离 2 周。2 周内孩子是不能去幼儿园的，要不很容易传染给其他小朋友。

2. 注意休息，保持室内清洁及空气流通。一定要开窗通风！我们一般建议一天通风两次，分别在上午 10 点和下午 4 点，每次通风保持半个小时。



口腔护理

1. 孩子得病后，嘴里面通常很疼，就好比长了口腔溃疡；有的小孩子不会表达，会一直哭闹。这些孩子的食欲也会受到影响，所以不宜进食过烫、辛辣、酸、粗、硬等刺激性食物，应进清淡的流食或半流食，少食多餐，比如粥，还有不刺激的果汁如梨汁、西瓜汁等。



2. 饭后用淡盐水或生理盐水漱口，低龄患儿可以用生理盐水擦拭口腔；也可以用一些含有清凉药物的喷剂，减轻孩子口腔疼痛。



3. 进食困难及高热不退的患儿应适当补液，以防止电解质紊乱。



发热护理

1. 衣被不宜过厚。如果孩子穿的特别厚，不利于体温的散热，也会使孩子久久不能降温。



2. 如果孩子吃了退热药体温还是持续高热，一定要记得给孩子补充充足的水分。喝水不仅利于疾病的恢复，并且能使孩子产生尿液和汗液，利于高热患儿的退热。



3. 保持皮肤清洁，及时更换汗湿的衣服。如果不引起孩子反感，可以用温水物理降温，切记是温水，不是酒也不是酒精（孩子皮肤薄，容易吸收引起酒精中毒或过敏）。



4. 勤监测体温，观察热型及伴随症状，以便采取必要的治疗措施。

5. 密切观察病情及体温，警惕高热惊厥的发生。有很多孩子都是因为疱疹引起了高热惊厥。

6. 密切观察患儿的精神状况和饮食状态，如有精神差、嗜睡、烦躁不安、面色苍白等情况，一定要及时就诊，防止并发症出现。



增强免疫力，让孩子远离多事之“秋”！

过完了中秋佳节，我们最直接的感受就是天气的变化。随着天气一天天转凉，早晚的温差也变得越来越大；这时很多孩子都出现了发热、咽痛、咳嗽等症状，让家长朋友们头痛不已。



为什么有些孩子容易生病，而有些孩子却很健康呢？根本原因就是孩子的免疫力有所不同。今天我们就说一说如何增强宝宝抵抗力，让孩子远离多事之“秋”！

什么是免疫力

免疫力是人体自身的防御机制，是人体识别和消灭外来侵入的任何异物（病毒、细菌等），处理衰老、损伤、死亡、变性的自身细胞以及识别和处理体内突变细胞的能力。

概括地说，免疫系统的功能主要表现为三方面，即防御功能、稳定功能和免疫监视作用。这些功能一旦失调，就会产生免疫病理反应。

孩子的免疫力从哪里来

已知的免疫力分为非特异性免疫和特异性免疫。前者是从父母遗传来的，但后天的很多因素也可以影响孩子的免疫力，比如营养、锻炼、心情、环境等；后者是通过自然感染或者接种疫苗获得，也可以通过母体的胎盘传播给孩子。

有如下症状的时候，孩子可能是免疫力低下：

1. 经常得病：如感冒、肺炎、中耳炎、腹泻、皮肤感染等，尤其是多次发生严重感染；这些绝大部分是由细菌或病毒感染引起的。孩子身体对细菌、病毒丧失了应有的抵抗才会反复得病。

2. 病后治疗效果不佳，疾病长期不愈：这很可能是免疫力低下造成的。

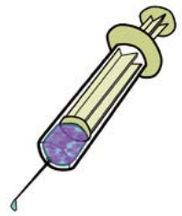
3. 正常预防接种后出现严重的感染：疫苗本身就是减毒的病毒或细菌，当孩子免疫力低，正常接种后就会出现严重感染。

避免一过性免疫力降低

已知的免疫力分为非特异性免疫和特异性免疫。

前者是从父母遗传来的，但后天的很多因素也可以影响孩子的免疫力，比如营养、锻炼、心情、环境等；后者是通过自然感染或者接种疫苗获得，也可以通过母体的胎盘传播给孩子。

增强抵抗力的几大误区



1. 丙种球蛋白是预防疾病的万能药

经常得病：如感冒、肺炎、中耳炎、腹泻、皮肤感染等，尤其是多次发生严重感染；这些绝大部分是由细菌或病毒感染引起的。

孩子身体对细菌、病毒丧失了应有的抵抗才会反复得病。

2. 抗生素用得越多治疗越彻底



只要孩子一患病，有些家长就赶快给他用抗生素；而且有时为求“治疗效果”，还一次用好多种，一用就是好长时间。如果以往使用这些抗生素时效果都挺好，可近来却总不见明显疗效，病情还越来越重，就是滥用抗菌素导致的！



3. 要给家里强力消毒

在家里进行消毒时，一定要正确掌握消毒液类型、消毒方式及消毒时间间隔，消毒过度反而会有损健康。

使用消毒液时，一定要严格按说明书规定的浓度进行操作，以防引发不良反应或中毒现象。

帮孩子度过“免疫低下期”

一般来说，6 个月到 6 岁是孩子的“免疫低下期”，所以这个时期的孩子就容易生病。这时，我们应该注意营养均衡，合理的营养饮食是免疫力的基础，营养比较好的孩子得病就少。

从给孩子添加辅食开始注意营养均衡，保证各种营养素的合理摄入，能大大提高孩子的免疫力。

如何提高孩子的免疫力

1. 提供足够的营养：如果营养不足，孩子的抵抗力就比较差。从目前研究的情况来看，轻度的（或称为亚临床型的）维生素 A 和维生素 C 缺乏是造成宝宝反复呼吸道感染的一个常见原因。



因此，多吃一些富含维生素 C 的新鲜蔬菜和水果，或补充一些多元维生素制剂，能有效地增强宝宝的抵抗力。

2. 保证充足的睡眠：经常熬夜的人很容易发生感冒。

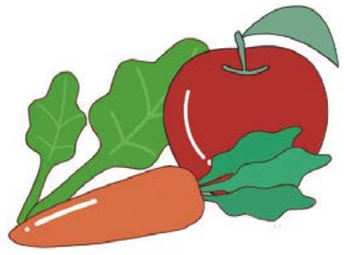


3. 进行体育锻炼：这是增强体质的有效措施。户外活动不仅可以使皮肤合成维生素 D、促进钙的吸收，而且对肌肉、骨骼、呼吸、循环系统的发育以及全身的新陈代谢都有良好的作用。此外，经常运动还可以增强食欲，使孩子摄入足够的营养素，这样体质就会增强，抵抗力会明显增加。

4. 对孩子进行正确的预防接种，可以获得常见传染病的特异性免疫，在一定程度上也可以提高非特异性免疫。

5. 对孩子患上的各种感染性疾病，要正确认识、正确对待。因此，不要滥用抗生素、不要过度使用抗生素。

不管是特异性免疫还是非特异性免疫，都是非常重要的免疫力。那么，从理论上讲，提高孩子免疫力的途径无外乎这么几个方面：



可以提高免疫力的常见饮食

除了加强运动外，妈妈还可以给孩子多吃提升免疫力的食物。

1. 绿色蔬菜和水果

天天五份蔬果，不只是成人饮食的信条，也适合孩子。纤维素可让肠道通畅、拥有良好的吸收环境从而预防便秘。而水果中的果糖可以帮助肠道益生菌生长，有利于消化。

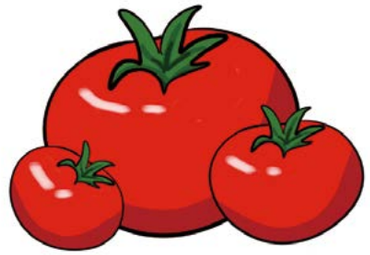
孩子若不喜欢蔬菜，可以将它剁碎，混合谷类或肉类做成丸子、饺子以及馄饨，变成孩子容易接受的方式。

2. 五谷类食物

五谷是人类的主食。在给婴儿添加辅食时，首先要尝试的是米粉、麦粉；断乳之后，替代的食物也是谷类。

全谷类含胚芽和多糖，B 族维生素和维生素 E 也很丰富，这些抗氧化剂能增强免疫力，加强免疫细胞的功能。





3. 番茄

番茄可以说是活力食品，含有多种抗氧化强效因子，如番茄红素、胡萝卜素、维生素 C 与维生素 E，可保护视力，保护细胞不受伤害，还能修补已经受损的细胞。

生吃番茄或稍微烹煮都好，加入少量橄榄油，能溶解更多番茄红素，效果更佳。

TIPS：

若想提升孩子的免疫力，请拒绝给孩子吃高脂、高糖的精致化加工食品。多吃天然食品和富含维生素和矿物质的蔬菜、水果。

此外，不要让孩子偏食，偏食会导致营养失调，均衡、优质的营养才能造就孩子优质的免疫力，轻轻松松远离病菌。

这些问题要当心！谨防泌尿系感染来敲门

故事一



最近刚满一岁的强强因为刚学会走路，穿着开裆裤乱跑、乱坐。没想到这几天小便时哭闹不止，妈妈发现强强的行为有点不对劲，赶紧带着孩子去医院看病。没想到检查完，医生说孩子是得了“泌尿系感染”。



故事二

明明今年 5 岁了，正在上幼儿园，由于爸爸妈妈平时上班忙，照顾明明的重担落在了爷爷奶奶身上，怕孩子在学校“上火”，每天上学出发前，都会给孩子灌上满满的一大杯子水，可是每天放学时，孩子的水杯里面还是满满的。近几天明明发烧了，爸爸妈妈赶紧带着去医院检查，最后诊断孩子是“泌尿系感染”。

说完了上面的两个故事，可能您会发现，原来除了感冒发烧，泌尿系感染也潜伏在我们生活周边，今天我们就说一说泌尿系感染这件事。

泌尿系感染是小儿期的常见病，是指病原微生物侵入泌尿道引起尿道炎、膀胱炎、肾盂及肾实质炎症，统称泌尿系感染，其中尿道炎、膀胱炎称下尿路感染；肾盂肾炎、肾脓肿、肾周脓肿称上尿路感染。

儿童泌尿系统感染常见发病原因

经常有家长带孩子来看尿床，或解小便比较频繁、排尿时疼痛等问题。有些

家长认为这是中医所说的肾虚，但儿科临床发现，很多这些问题与泌尿系统感染有关，尤其是女童，更需要考虑到这方面的问题。

在日常生活中，有些家长为了图方便，而让幼儿穿着开裆裤到处乱坐，或在孩子排便后很久也不更换尿布、便后仅仅给孩子揩擦大便而不清洗等，包括孩子平时饮水少，不及时排尿都是发病的常见原因。

泌尿系感染的临床表现



急性泌尿系感染因患儿年龄的不同存在着较大的差异。典型病例表现为发热、寒战、尿频、尿急、尿痛甚至血尿。

婴幼儿泌尿系临床症状缺乏特异性，需给予高度关注：

<3 月龄婴幼儿的临床症状可包括：发热、呕吐、哭吵、嗜睡、喂养困难、发育落后、黄疸、血尿或脓尿等；

≥ 3 月龄以上儿童的临床症状可包括：发热、食欲缺乏、腹痛、呕吐、腰酸、尿频、排尿困难、血尿、脓尿、尿液浑浊等。

在检查和诊断过程中还需注意是否存在女婴外阴炎、男婴包茎合并感染等情况。

泌尿系感染的家庭识别



新生儿期

以全身症状为主，如发热、拒奶、苍白、吐泻、体重不增、呆滞少动、抽搐、黄疸等。

婴儿期

仍以全身症状为主，泌尿系症状随年龄增长而渐明显，排尿时哭闹，尿频，顽固性尿布疹应想到本病。

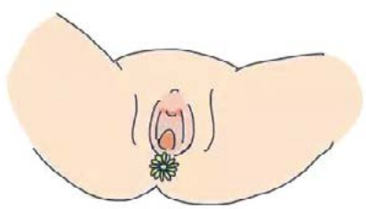


儿童期

多有典型尿频、尿急、尿痛等排尿症状，时有肾区及下腹痛，少数患儿有一过性血尿，全身症状多不突出。

如有以上症状请及时就诊。并注意休息、营养、多饮水以增加尿量。

为什么女孩更易得泌尿系感染



女孩子的泌尿系感染多由上行性感染引起，是由女性特殊的生理解剖特点所造成的，因为女性的尿道短而宽，仅有 2 ～ 3cm，而且尿道括约肌薄弱，细菌很容易从尿道侵入膀胱。

其次，女性的尿道口与阴道、肛门靠得较近，易受大便及其他脏东西污染，如孩子使用不清洁的尿布，穿开裆裤而又席地而坐会给细菌、霉菌等侵入造成可乘之机。

据统计：在 16 岁以前，女孩尿路感染的发生率约 10%，而男孩为 3.3%。

儿童泌尿系统感染诊断

典型病例根据症状及实验室检查可确诊。年长儿症状与成人相似，局部排尿症状明显，故较易诊断。

但儿童期排尿症状多不明显，极易误诊，应对原因不明发热病儿反复查尿，争取在用抗菌药物治疗前进行尿培养、细菌计数及药物敏感试验。

凡已确认为本病者，应进一步初次感染还是复发，是上尿路还是下尿路感染，是否存在尿路结构异常。

小儿尿感定位多较困难可参考临床症状、肾功能及尿常规检查进行鉴别。

儿童泌尿系统感染治疗措施



小儿泌尿系统感染治疗关键在于积极控制感染、防止复发、祛除诱因、纠正先天或后天尿路结构异常，防止肾功能损害。

一般治疗

急性感染时应卧床休息，多饮水，勤排尿，减少细菌在膀胱内停留时间。

2 ～ 3 次尿液检查正常后，才算是治愈。治疗不彻底的泌尿系统感染可能由急性转为慢性过程，进一步发展可以损害孩子的肾脏组织。

抗菌疗法

应早期积极应用抗菌物治疗。治疗这方面，有部分家长在给孩子治病时，总是要求用好药，要打点滴，以便快点把病治好，而不管是否治疗彻底，一旦孩子的症状消失，就认为病治好了，而对医生的建议或制定的治疗方案采取敷衍了事的态度，这往往会带来不良的后果，因为疗程足是保证疗效的重要条件，希望家长朋友们理解。

治疗不彻底的泌尿系统感染可能由急性转为慢性过程，进一步发展可以损害孩子的肾脏组织。

疗程问题

急性感染时应卧床休息，多饮水，勤排尿，减少细菌在膀胱内停留时间。

2 ～ 3 次尿液检查正常后，才算是治愈。治疗不彻底的泌尿系统感染可能由急性转为慢性过程，进一步发展可以损害孩子的肾脏组织。

查找诱因

尿路结构异常小儿的尿路感染约半数可伴有各种诱因，特别在慢性或反复再发的尿感多同时伴有尿路结构异常，必须积极查找，尽早治疗，防止肾实质损害。

儿童泌尿系感染的家庭养护和预防

给宝宝多饮水：



鼓励婴幼儿多喝水，养成良好的排尿习惯。如不憋尿，及时排空膀胱，同时注意观察婴幼儿排尿频率、尿量以及有无尿频、尿急、尿痛表现。

对于不爱喝水的孩子，可以买一些好看的水杯，或者是做一些“比赛喝水”的游戏逐渐地增加孩子喝水的兴趣。注意不能用奶制品或饮料代替白开水。



拒绝穿开裆裤：

最好从小就给孩子穿内裤，不要让幼儿穿着开裆裤到处乱坐。我们经常见到有些孩子穿着开裆裤，随意坐在地板上。

此时污物、尘土、甚至小虫子容易污染、刺激泌尿系统，因此家长要注意，尽量不让宝宝在地板上坐卧，另外尽早让宝宝脱掉开裆裤，穿上一般的裤子，不让宝宝穿紧身裤、化纤的高筒袜，衣服要柔软、宽松、舒适。

保持外阴清洁和干燥：



小便后，应用柔软卫生纸拭擦尿道口及周围，大便后应用清洁的卫生纸，由前方向后方擦拭。大小便后要及时为宝宝更换尿布。

而且每天坚持清洗宝宝的外阴，一般每天 1 ～ 2 次，特别要注意洗净皮肤皱褶处，并轻轻地擦干。女孩子擦洗时要注意自上而下擦净尿道口、阴道口及肛门周围（注意顺序不要弄错）。

此外宝宝的浴盆、毛巾等要固定专人专用，避免与大人交叉感染。

手术治疗：

男孩子如果有包皮过长，或包茎、尿道下裂等问题，则需要手术治疗，以减少尿道口感染的概率。

儿童癫痫科普



01 什么是癫痫?

癫痫是一种古老的疾病，自从有了人类就有了癫痫。它是发生于脑部的一种慢性疾病，脑神经过度放电，特点是反复性、发作性、刻板性。发作时可表现为意识丧失、口吐白沫、双眼上翻或凝视、口唇青紫、四肢强直抽动、大小便失禁，大多数数分钟（1 ～ 3 分钟）之后，自行停止，恢复到发病前的状态。

我国患病率 4‰ ～ 7‰，儿童青少年发病率较高，每年每 10 万人中 150 人发病。



02 癫痫有哪些病因？需要做什么检查?

1. 癫痫病因主要分为 6 大类：

遗传性、结构性、代谢性、免疫性、感染性、病因不明。

2. 为查找病因，需要进行的检查：

（1）脑电图；

（2）头颅 MRI；

（3）血液检查：包括血常规、血糖、电解质、心肝肾功能、血气、血氨；怀疑中毒者，需行毒物分析；

（4）心电图；

（5）脑脊液检查：主要为排除颅内感染性疾病；

（6）遗传代谢病的筛查，基因检测。



03 癫痫如何治疗

1. 药物治疗

是最主要、最基本的治疗，也往往是首选治疗，应长期规律用药。

按时按量，坚持服药尤为重要。要防止少服、漏服，家属及患者不可以随便更换药物和增减剂量，均应在主管医生指导下进行。

患者不能自行减药或突然停药，否则可能导致病情反复或出现病情加重致癫痫持续状态。

2. 生酮饮食

高脂、低碳水化合物和适量蛋白质饮食。

虽然目前抗癫痫机理还不清楚，但其有效性安全性已得到了公认。由于特殊的食物比例配置，开始较难坚持，如果癫痫发作控制后，多数能良好耐受。适用于儿童难治性癫痫、葡萄糖载体蛋白酶—1 缺陷症、丙酮酸脱氢酶缺陷症。

3. 外科治疗

主要是药物治疗失败，可以确定放电部位的难治性癫痫，有明确病灶的症状性癫痫。

4. 神经调控手术

迷走神经刺激术，不适于外科切除性手术或不接受开颅手术，用药物难控制发作者。损伤小，参数可体外调节。

04 癫痫可以治好吗?

新诊断的癫痫病人，如果接受规范、合理的抗癫痫药物治疗，70% ～ 80% 患者发作可控制，其中 60% ～ 70% 病人经过 2 ～ 5 年治疗可以停药。

许多名人像大科学家诺贝尔、拿破仑等都患过癫痫，人们完全可以像对糖尿病、冠心病和高血压一样来看待癫痫，而不必对其有任何的偏见。

孩子出现哪些症状需要考虑过敏呢？

宝宝身上起湿疹了，是不是吃什么东西过敏引起的？
孩子经常流鼻涕、打喷嚏、爱感冒，是不是免疫力太低了？
孩子老是爱咳嗽，不容易好，有时候还喘，这是怎么回事？
以上这些症状，都有可能是过敏引起的！

01 鼻部症状



孩子经常出现鼻痒、打喷嚏、流鼻涕时，需要警惕可能并不是感冒，而是过敏性鼻炎哦。打扫房间时加重，可能是尘螨导致的过敏性鼻炎；季节性出现症状，可能是春季或夏秋季花粉导致的花粉症。



02 呼吸道症状

经常发作胸闷、憋气、反复咳嗽、喘息，甚至呼吸困难，要考虑是不是哮喘；换季时或者感冒后反复咳嗽，有可能是过敏性咳嗽，或咳嗽变异性哮喘等。

03 眼耳症状



眼痒、红肿，流眼泪、揉眼睛；外耳道内反复流水，可能是过敏性结膜炎、外耳湿疹等。

如果患有较严重的湿疹，要考虑食物过敏诱发的湿疹。皮肤大片风团、瘙痒，可能为不同原因导致的急 / 慢性荨麻疹。在吃了一些特定的食物（如鸡蛋、牛奶、海鲜等），或者接触了特定的物质出现皮疹，那么孩子可能是出现了皮肤过敏。



04 消化道症状

食物过敏可引起呕吐、腹泻、肠绞痛及便血等消化道症状；拒食、进食哭闹、无饥饿感及辅食添加困难也可能提示食物过敏。

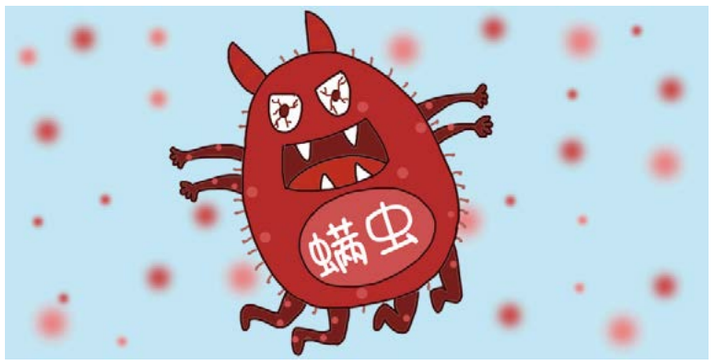


05 其他

食用海鲜、水果后口唇红肿瘙痒，甚至全身皮疹，可能为海鲜或水果等食物过敏；家中养宠物，常感觉眼痒、鼻塞、憋气，可能是宠物毛屑过敏；还有药物过敏、昆虫蜇刺过敏等。

“不起眼”的小螨虫——儿童过敏的大元凶？！

螨虫说起来大家都比较熟悉，我们常说的螨虫过敏，这个螨虫就是尘螨。对多数人来说，这个不起眼的小虫子并无危害，但对尘螨过敏的人来说，它会带来不小的麻烦。



今天，带您了解一下这个小生物吧！

尘螨是一种形状像蜘蛛的八脚寄生虫，身体长度在 0.1 ～ 0.4mm，肉眼是看不到的。尘螨多以摄取人的皮肤组织细胞、皮脂腺分泌的油脂为生，它们喜欢阴暗、温暖、湿润的环境，只要温度湿度适宜，尘螨的繁殖速度非常快。

尘螨喜欢藏匿在灰尘多、食物丰富的地方：床垫、枕头、被褥、地毯、窗帘、毛绒玩具和布艺沙发等，有研究表明，每张床上尘螨数量可达 200 万只以上。



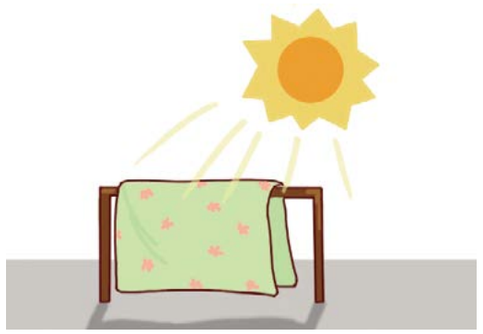
尘螨是如何引起过敏的呢？

尘螨的种类约有 5 万多种，而引起人类过敏的尘螨仅有少数几种，其中最常见的是：屋尘螨和粉尘螨。

螨体和螨排泄物是过敏原的来源：其中螨的粪便颗粒是最强烈的过敏原，能轻易穿透呼吸道；另外尘螨的蜕皮、尸体碎片以及螨的唾液和腺体分泌液都含过敏原。尘螨变应原颗粒小（10 ～ 40μm），易于附着在灰尘上悬浮在空气中被吸入气道，而且非常稳定，在一般住房的半衰期为 10 年。

尘螨引起的过敏性疾病包括过敏性鼻炎、过敏性哮喘，还有过敏性结膜炎、特应性皮炎等。

治疗尘螨过敏的方法有哪些？



治疗尘螨过敏的方法主要有三种：回避尘螨过敏原、药物治疗以及脱敏治疗。

那么如何在家庭中防控尘螨呢？尘螨滋生的主要条件是合适的温度、适宜的湿度、氧气和食物。日常生活中防控尘螨也主要从这几个方面着手。

暴晒或冷冻：

当环境温度上升至 50℃ 以上时，或低于 10℃ 时，尘螨就难以长期存活。所以可以将除螨的物品放在日光下暴晒，或放入一个黑塑料袋中扎紧袋口暴晒，促使尘螨因高温和脱水而死亡，这是一种有效且简单安全的控制方法。在 –20℃ 放置 30 分钟，尘螨死亡率为 100%，因此小物件，比如孩子的毛绒玩具可放在冰箱里冷冻从而灭杀尘螨。



通风换气：

尘螨必须从周围环境获取足够的水分才能得以存活和繁衍，因此，将相对湿度控制在 50% 以下是控制尘螨最常用的方法。控制环境湿度，居室应经常通风换气。

真空存储：

尘螨依赖外界的氧气生活，没有氧气的空间，尘螨是无法存活的。因此，对于需要较长时间储存的衣物，可以用抽

真空的收纳袋存储。

定期清扫卫生：

人体每时每刻都在代谢，人体碎屑是螨虫的美食，不可能杜绝。但通过勤洗勤换衣物、床单被罩、沙发垫等居家用品，能有效减少螨虫的食物。我们平时的洗涤可去除绝大多数尘螨；每周用 55 度及以上的热水洗涤可杀死尘螨和去掉绝大多数尘螨过敏原。

那么脱敏治疗是什么呢?

与所有现行的对症药物治疗不同，脱敏治疗（特异性免疫治疗）过敏性疾病唯一的对因治疗方法，获国内外权威指南一致推荐。

它的目的在于，将过敏原制成过敏原提取液并配制成不同浓度的制剂，经反复注射与过敏的身体反复接触，剂量由小到大，浓度由低到高，从而提高我们对这种过敏原的耐受性。当再次接触这种过敏原时，不再产生过敏现象或过敏现象得以减轻。

因此脱敏治疗拥有巨大的好处：可以改善过敏症状，停用或减少对症药；即治疗结束后，疗效可以长期持续；可以预防儿童从过敏性鼻炎发展成哮喘及儿童发生新增的过敏。

我国儿童过敏性鼻炎和哮喘的发病率呈逐年上升趋势，且尘螨是最主要的吸入过敏原之一，对尘螨引起的过敏性鼻炎和哮喘儿童应尽早对因治疗，尽早获益。

花粉过敏的坑，你踩过几个?

“周围没有鲜花呀，怎么会对花粉过敏?



我对柳絮过敏，每到飘柳絮的季节我就有症状！”

“孩子之前啥症状都没有，怎么今年突然就过敏了呢？是免疫力下降了吗？”

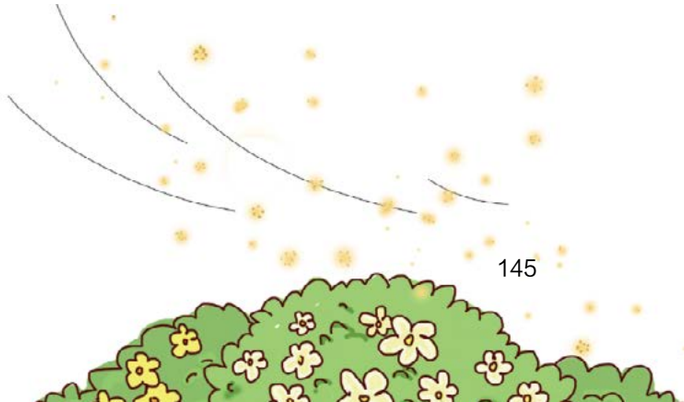
最近，过敏门诊来了不少喷嚏不断、鼻涕鼻痒、“红眼睛”伴眼痒，甚至咳嗽、喘息的小朋友，最后诊断为过敏性鼻炎、过敏性结膜炎甚至过敏性哮喘，很多家长对花粉过敏有很多疑惑。今天，就带您了解一下花粉过敏。

No.01 过敏的花粉多为树草花粉

为了给大家说清楚，我们先回顾下自然课的知识。在自然界中，植物根据花粉传播方式的不同分为风媒花和虫媒花两大类。

“风媒花”就是利用风力作为传粉媒介的花，这种花一般花型小，花色不鲜艳，花被（花萼和花冠的总称）常退化或不存在，没有香味和色泽，让你看不出来更闻不出来像花。

风媒植物的花朵小而密集，常呈穗状，产生的花粉数量特别多，花粉通常很轻且干燥，表面光滑，风一吹就可以飞到很高很远的地方！另外，多数风媒植物具有“先叶开花”的特点，这样散出的花粉被风吹送时，



就可以不受枝叶的阻挡，易于散播花粉。在春天开花，随处都能看到的杨树、榆树、柏树、桦树、银杏、梧桐等就属于这类植物。



“虫媒花”就是靠蝴蝶、蜜蜂这些昆虫来传播授粉的花，这类花大多数鲜艳美丽，有芳香或其他气味，花粉数量较少，颗粒通常比较大，因有黏性而常黏成块状，容易黏附在昆虫的身体上，所以不容易被风吹散。比如油菜、瓜类、桃、苹果、梨等的花都是虫媒花。人类对鲜花也就是虫媒花过敏是非常非常罕见的，对绝大多数人来说，这些花是非常友好的，所以不要认为花粉过敏的人不能送鲜花了哦！

在柳絮飘散的季节，好多人都认为是柳絮引起过敏，其实是错误的，柳树花粉致敏性并不强。柳絮既不是柳树的花粉也不是柳树的花，是柳树的种子及其附生的毛，靠风吹来播散种子。柳絮纷飞的季节往往和其他强致敏树木的花粉播散时间吻合（3 月～ 5 月），比如柏树、梧桐等，这些看不见摸不着的花粉，让明显可见的柳絮成了“背锅侠”，也正是因为两者时间重叠，才让许多人误以为是柳絮造成的过敏。

那么，现在这个季节夏末初秋过敏的主要花粉又是什么呢？答案是杂草花粉，包括蒿属、草属、豚草属、藜科及苋科等。蒿草和葎草（又叫拉拉秧）花粉是中国北方地区最常见的夏秋季致敏花粉，蒿属和葎草花粉的直径一般为 20 ～ 30μm，空气花粉监测显示夏秋花粉高峰期位于 8 月中旬至 9 月中旬。秋季杂草花粉诱发的症状一般较重，持续的时间也较长，2 个月左右症状才会消失，尤其是霜降以后空气中的花粉浓度达到较低的水平，症状也会明显好转或消失。相反春季花粉诱发的症状较轻，十几天就过去了。

No.02 花粉过敏的治疗

对花粉过敏的治疗首先要做过敏原检测，明确过敏的花粉种类；其次，找到对哪些花粉过敏后，在医生指导下，在相应的花粉期来临 2 周前，可以提前用药来控制症状。

比如医生会给患者选择使用鼻用激素、口服抗组胺药，口服抗白三烯药物等；眼痒明显的患者需要使用控制过敏性结膜炎的药物；哮喘患者症状可能还需要吸入激素等药物，直到让你过敏的风媒花花粉期结束。最后，其他的治疗，比如用生理海水清洗鼻腔、用花粉阻隔剂也会起到一定辅助作用，部分症状严重患者，经医生评估可以进行脱敏治疗。

过敏的确不好根治，有好多所谓的“神药”没有标注成分，或者含有血管收缩剂（盐酸萘甲唑啉）不能长期使用，甚至跟治疗过敏没有一点关系，所以大家要擦亮眼睛，这些“神药”不仅不神，很多还有副作用，所以一定要在医生的指导下使用！

No.03 花粉过敏的预防



花粉过敏的高峰期，要尽量减少去树草多的地方，尤其是晴天花粉浓度最高；另外，可以在家准备一台空气过滤器，可以达到一定过滤花粉的效果。

如果出门，注意：

1. 上午 10 点到下午 5 点气温较高，适宜花粉播散，尽量避免这段时间外出，如若外出，戴上口罩；

2. 用有镜片的眼镜代替隐形眼镜，外出时带上护目镜，可以减少对眼睛的影响；

3. 外出回家后及时清洗鼻腔、眼睛，更换粘到花粉的衣服；

4. 尽量关闭车窗、门窗，防止花粉进入。

另外注意以下几点：

1. 对花粉过敏引起的哮喘患者，不要在树草多的地方做长跑、爬山等剧烈运动，可能会诱发哮喘发作，甚至危及生命；

2. 花粉飘散的季节不要在室外晾晒衣物，避免衣物沾染花粉；

3. 部分花粉过敏的人在进食一些水果或蔬菜时会出现口腔发麻水肿，风团

样皮疹伴瘙痒，吐泻腹痛等症状，是由于这些食物中含有与花粉成分相似的过敏原，因此如果进食后有不舒服，就不要再吃啦！

No.04 为什么我会过敏?

过敏的原因到现在还没有完全搞明白，一般认为是遗传和环境相互作用的结果。

首先是遗传因素，如果父母都有过敏性疾病，那么孩子患过敏性疾病的概率会大大增加。

最后，过敏性疾病跟免疫力低下不是一回事。我们的免疫系统相当于人体的安全卫士，会对进入人体的外来物进行识别。如果这个识别过程出现差错进而反应过度，对身体无害的东西比如食物、花粉等发起攻击，那么过敏就发生了。所以过敏跟免疫力低下没有关系，因此也不需要吃什么所谓“提高免疫力”的药物！



婴幼儿牛奶蛋白过敏问答（上）

牛奶蛋白过敏是婴幼儿食物过敏中常见的过敏类型，我们总结了家长的常见问题进行解答。



第一题 哪些症状提示宝宝可能对牛奶蛋白过敏?

胃肠道症状：呕吐、腹泻（伴 / 不伴便血）、便秘、厌食 / 拒食、进食困难；

皮肤症状：荨麻疹（凸起的风团样红色皮疹）、血管性水肿（嘴唇或眼皮肿胀）、湿疹（干燥、红斑、丘疱疹、渗出、鳞屑等伴瘙痒）；

呼吸道症状：鼻塞、鼻涕、鼻痒、喷嚏、喘息或呼吸困难、反复咳嗽或喉炎；

其他：烦躁不安、哭闹、生长迟缓、贫血甚至过敏性休克等。

牛奶蛋白过敏可能会同时累及 2 个及以上器官，建议咨询专业医生，评估宝宝是否对牛奶蛋白过敏。

第二题 牛奶蛋白过敏对宝宝有什么影响?



牛奶蛋白过敏宝宝如果未能及时获得营养干预，加上家长往往比较焦虑，过度回避饮食，宝宝可能会出现进食障碍及营养不良，影响身体和智力的发育；牛奶蛋白过敏宝宝将来发生过敏性鼻炎、哮喘等过敏性疾病的比例比一般儿童更高。

所以，如果宝宝疑似牛奶蛋白过敏，需要及时就医，在专业医生的指导下，