

# 春季过敏来袭,支气管哮喘如何“避雷”

## 健康科普

春季是过敏性疾病的高发季节,呼吸道的“过敏警报”——支气管哮喘对部分人群构成了健康危机。支气管哮喘(简称哮喘)的发生是由内因和外因(环境)共同作用所致,哮喘并不只会影响儿童,可发生于任何年龄,即使既往没有过哮喘病史的朋友也会发生哮喘。过敏性哮喘的发病率高于非过敏性哮喘。自身患有湿疹、过敏性鼻炎等过敏性疾病,或近亲属患有哮喘、花粉症的人群,均是哮喘发病的高危人群。早期及时识别症状非常重要,当您出现反复发作的喘息、气急,伴或不伴胸闷或咳嗽,尤其在夜间及晨间明显时,要警惕发生哮喘的可能,及时就医。然而不是所有的哮喘患者都会表现出气急、憋喘,不典型者也可仅以咳嗽或胸闷为主要症状,多在接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激以及上呼吸道感染时诱发和加重,是存在气道高反应性的不典型哮喘:“咳嗽变异性哮喘”或“胸闷变异性哮喘”。尤其是具有哮喘发生危险因素的人群如出现较长时间无法解释的单纯咳嗽或胸闷,需高度警惕非典型性哮喘可能,建议至呼吸科专科门诊诊治。

### 春季哮喘发生的主要“推手”

1.花粉“围攻”:引起过敏的花粉多为风

媒花粉,春季草木繁茂,花粉主要是树花粉,集中在3月至5月,夏秋季花粉集中在8月至9月,空气中花粉浓度骤增,随风播散是诱发哮喘最常见的过敏原。

2.尘螨繁殖:温暖潮湿的环境适合尘螨生长,床垫、枕头、地毯和布艺沙发中的尘螨及其排泄物,是常见的过敏原。

3.霉菌滋生:春雨绵绵,室内外湿度增大,墙角、卫生间、厨房等潮湿处容易滋生霉菌,霉菌孢子同样会诱发哮喘。

4.气温多变:春季昼夜温差大,冷空气刺激呼吸道,可导致气道收缩和痉挛。

5.病毒活跃:春季也是呼吸道感染的高发期,病毒感染是诱发哮喘的常见诱因。

哮喘是由多种细胞参与的慢性气道炎症性疾病,频繁急性发作,严重影响病友们的日常生活、学习和工作,甚至威胁生命。对于哮喘患者来说良好控制症状、减少急性发作、提高生活质量是防治哮喘的目标。

### 防治哮喘需要做好几方面

1.避免接触过敏原或其他刺激物:有哮喘史或过敏体质者建议通过天气预报等了解每日花粉指数,花粉浓度高时,尽量减少户外活动,外出时注意防护,比如佩戴口罩、眼镜等防护用品,回家后,及时洗脸、洗手、清洗鼻腔,更换外衣;预防蚊虫建议使用防蚊寝具,减少使用地毯、毛绒玩具,定期清洁床品、地毯,保持室内干燥通风;对猫狗毛发过敏者不养宠物。

2.科学饮食与运动:多摄入富含抗氧化剂的食物,如水果、蔬菜、全谷物,避免食用可能诱发过敏的食物(如海鲜、坚果等),特别是已知的过敏食物;戒烟(包括患者本人及其家属)对于哮喘患者非常重要,此外还要做好体重的控制;对于部分哮喘患者存在一个误区“哮喘患者不能运动”,实际上哮喘患者可以选择散步、瑜伽等温和的运动,避免剧烈运动导致气道过度通气,适度运动可以改善肺功能。

3.呼吸锻炼:可以通过互联网资源学习腹式呼吸及缩唇呼吸,有助于改善呼吸功能,瑜伽和太极有助于放松身心,改善呼吸控制。

4.环境控制:控制室内空气质量,可使用空气净化器,保持室内通风,避免过湿或过干。

5.规范用药,坚持治疗:治疗哮喘的药物包括控制药物和缓解药物,以及重度哮喘的附加治疗药物,控制药物需每日使用或长期维持,主要通过抗炎作用使哮喘维持在临床控制状态;缓解药物又称急救药物,这些药物在患者有哮喘症状时按需使用,通过快速解除支气管痉挛来缓解哮喘症状;重度哮喘的附加治疗药物主要为生物靶向药物。

已明确的支气管哮喘患者需遵医嘱用药,切勿随意停药,否则会使病情反复,症状加剧,长期随意停药会使气道持续处于炎症状态,进而导致气道壁结构改变,引发气道重塑,严重影响肺的通气与换气功能。更需注意的是,这种肺功能损伤往往是不可逆的

——即便后续重新开始治疗,也难以恢复到停药前的水平,为未来健康埋下巨大隐患。

学习正确使用吸入装置的方法,确保药物的有效吸入,要消除对吸入激素类药物的认识误区,哮喘患者长期吸入临床推荐剂量范围内的糖皮质激素是安全的;有哮喘史者春季外出时,一定要随身携带缓解药物如速效支气管舒张剂(沙丁胺醇气雾剂等),日常定期至医院监测肺功能等,一旦出现哮喘急性发作,可通过吸入沙丁胺醇气雾剂等方式进行自我处理,可根据病情轻重每次使用2-4喷,通常间隔4小时使用一次,直至症状缓解,但24小时内使用总量不超过8-12喷。切忌过度使用会引起严重的健康风险,轻度患者可自我监测症状或肺功能,若无改善需及时就医,中重度患者在自我处理的同时尽快到医院就诊。

6.注意保暖,预防感冒:“春捂”有度,根据天气变化及时增减衣物,避免冷空气直接刺激气道,尽量避免去人群密集、空气不流通的公共场所,勤洗手,保持个人卫生。

春季哮喘的防治,通过规范用药、避开过敏原、预防感染、科学监测这四管齐下绝大多数哮喘患者都能有效控制病情,避免哮喘发作,享受春日的美好。切勿因“忍一忍就过去”的心理延误治疗,导致病情恶化。让我们从细节入手,筑牢呼吸健康的防线,让春天不再因哮喘而“喘不过气”!

【综合区域医疗中心蚌埠医院(蚌埠医科大学第二附属医院) 生海燕】

# 超加工食品中的添加剂,如何悄然损伤肾脏健康?

## 健康提醒

超加工食品在超市货架上很常见,它们的主要特点,是经过多道工序,含有多种添加剂,防腐剂、色素、甜味剂、增味剂和乳化剂,而天然食材的比例往往很低。对肾脏来说,这些成分并不是“直接毒药”,但在长期、大量、频繁摄入的情况下,会通过代谢负担、炎症和血流动力学的改变,累积成潜在的威胁,尤其是对已有肾损伤或慢性肾病风险的人。

### 肾脏在添加剂代谢中的角色

肾脏是人体的主要排泄器官,负责过滤血液中的代谢废物、药物及其代谢产物,并随尿液排出体外。超加工食品中的添加剂,虽然大部分在法规剂量下被认为是“安全”的,但它们进入体内后,部分需要经过肝脏转化,再由肾脏排出。

当摄入的添加剂量大、种类多,或肾功能已经下降时,这些外源性化学物质在肾小管

的浓度会升高,增加上皮细胞受损、氧化应激和炎症的风险,从而加速肾单位的功能衰退。

### 磷酸盐添加剂:隐形的促排泄负担

很多超加工食品会添加磷酸盐类(如磷酸钙、焦磷酸钠、三聚磷酸钠)来保水、增嫩、改善口感或延长保质期,尤其是在加工肉制品、速冻比萨、调味酱、即食面和可乐类饮料中。高磷摄入会干扰钙代谢,促进甲状旁腺素分泌,导致肾性骨病。在慢性肾病患者,高血磷会加速肾间质纤维化和血管钙化,是肾功能恶化的独立危险因素。更麻烦的是,这些磷是“隐形”的,食品标签上常只写“磷酸盐”,不标具体量,普通消费者难以估算总量。对于已有肾功能下降或高磷血症的人,超加工食品中的磷酸盐是比食盐更值得警惕的成分。

### 人工甜味剂:代谢与肾血流的变化

阿斯巴甜、三氯蔗糖、安赛蜜等在低糖饮料、无糖糖果、低卡零食中广泛使用。它们的确减少了糖的直接摄入,但研究提示,长期大量摄入可能对肾脏产生间接影响。部分人工甜味剂会改变肠道菌群,增加内毒素入血,诱

发慢性低度炎症,而炎症是肾损伤和蛋白尿的促进因素。动物实验和流行病学观察发现,高摄入与肾小球滤过率(GFR)下降、肾血浆流量减少相关,虽然因果关系尚未完全确立,但提示了潜在风险。对糖尿病或肥胖人群,用无糖超加工食品替代高糖食品,在控糖上有益,但整体饮食质量仍要考量,不能因为“无糖”就无限量。

### 亚硝酸盐与硝酸盐:从腌肉到肾脏的亚硝胺风险

加工肉制品中的色素剂和防腐剂,如亚硝酸钠、硝酸盐,在进入胃的酸性环境后,可与蛋白质分解产物合成亚硝胺类致癌物。部分亚硝胺及其代谢物经肾排泄,对肾小管有直接细胞毒性,可诱发氧化损伤。慢性暴露会提高肾细胞DNA损伤和突变风险,并与慢性肾病进展相关。对已有肾功能问题的人,这种“食品+代谢+肾排泄”的叠加效应,会放大损伤。

### 高钠添加剂:血压和肾血流的双重压力

氯化钠是最常见的添加剂,但超加工食品中的钠,还来自谷氨酸钠(味精)、碳酸氢钠、各种钠盐防腐剂和增味剂。高钠摄入会

升高血压,而高血压是肾小动脉持续痉挛、肾实质缺血的主要因素。钠负荷增加,还会抑制钠在肾远曲小管的排泄效率,使细胞外液量持续偏高,加重肾滤过压力。对老年人、糖尿病患者、有肾动脉狭窄或慢性肾病的人,高钠超加工食品是血压和尿蛋白升高的助推器。

### 反式脂肪与氧化油脂:炎症的燃料

植脂末、人造奶油、起酥油、部分烘焙食品中的反式脂肪和反复加热的植物油,会引人大量促炎性脂肪酸。这些脂肪代谢产物可进入肾血管,促进炎症细胞浸润,损伤肾小球基底膜。慢性低度炎症是肾单位逐渐丧失功能的重要背景,和蛋白尿、肾硬化进程相关。对糖尿病和肥胖人群,这种作用尤为明显,会同时推高血糖和肾损伤。

超加工食品中的添加剂,在法规范围内对大多数肾功能正常的人是可控的,但“安全剂量”不等于无害,长期、大量的累积,对肾脏是慢性的、叠加的负担。对老年人和有肾病风险的人,保护肾脏的一个务实策略,就是减少这些工业“便利”的摄入,让饮食回归更天然、更少加工的结构。

(安徽医科大学第一附属医院 王秀芝)

# 早期肺癌不想开刀? 立体定向放疗可助“无创除瘤”

## 健康关注

体检发现肺结节,穿刺证实早期肺癌,患者陷入两难:手术能根治,可年过七旬,合并高血压、冠心病、慢阻肺,麻醉风险高;继续观察,又担心进展。这种情况下,立体定向放疗(SBRT)可以了解一下。

### 什么是立体定向放疗

立体定向放疗(Stereotactic Body Radiation Therapy, SBRT)是一种高精度体外放疗技术。它利用影像引导系统,将高剂量射线精准聚焦于肿瘤,周围组织受量低。形象地说,传统放疗是“霰弹枪”扫射,SBRT就是“狙击枪”点射——单次照射剂量是传统放疗的5至10倍,照射范围精确到毫米级,误差不过1毫米。

这项技术的核心在于“立体定向”。首先,通过4D-CT模拟定位,捕捉肿瘤随呼吸运动的三维轨迹;然后,利用体部固定架和激光定位系统,建立外部坐标与体内肿瘤的精确对应关系;最后,在治疗中通过锥形束CT实时验证位置,确保射线“指哪打哪”。整个治疗只需3至5次,每次30分钟左右,患者躺在治疗床上即可,无任何痛苦。

为何SBRT能以少次数、高剂量取得良

效?这涉及放射生物学的“4R原理”:肿瘤细胞受到大剂量照射后,修复能力下降,正常组织细胞修复能力强;肿瘤细胞再增殖来不及,就被彻底杀灭;肿瘤细胞周期再分布和再氧合,让更多细胞进入放射敏感期。简言之,SBRT抓住了肿瘤细胞的“软肋”,实现了“速战速决”。

### 哪些患者适合选择SBRT

根据国际肺癌研究协会(IASLC)和美国放射肿瘤学会(ASTRO)指南,SBRT是早期非小细胞肺癌的标准治疗选择之一,尤其适用于以下人群:

第一类:医学原因不可手术患者。这是SBRT最经典的适应症。包括高龄(通常>75岁)、心肺功能差(FEV1<40%预计值)、合并严重心脑血管疾病、长期服用抗凝药物无法停药等。这类患者SBRT的局部控制率可达85%-95%,5年生存率与手术相当,治疗相关死亡率低于1%。

第二类:患者拒绝手术。部分患者出于对手术的恐惧,或受“过度治疗”观念影响,希望保留器官功能。充分告知利弊后,尊重患者选择SBRT是合理的。需要强调的是,SBRT后肿瘤复发多位于区域淋巴结或远处,而非原发部位,这与手术后的复发模式不同。

第三类:可手术但高危患者。近年来,“手术vs SBRT”成为研究热点。多项回顾性研究显示,对于可手术的老年患者或合并轻度合并症者,SBRT的生存获益不劣于甚至优于手

术——后者围手术期死亡风险抵消了长期生存优势。目前,多项前瞻性随机对照研究(如VALOR试验)正在进行,有望为SBRT在可手术患者中的应用提供高级别证据。

第四类:肺转移癌的局部治疗。对于原发灶已控制的寡转移(通常定义为≤5个转移灶)患者,SBRT联合系统治疗可显著延长无进展生存期。肺是恶性肿瘤常见转移部位,SBRT为这类患者提供了微创、高效的治疗选择。

### SBRT疗效如何?数据说话

评价疗效,核心指标是“局部控制率”——即肿瘤在原发部位被消灭的比例。针对周围型早期肺癌(肿瘤直径≤5厘米,位于肺实质外周1/3区域),SBRT的3年局部控制率为85%-95%,与肺叶切除相当。对于中央型肺癌,随着呼吸门控、质子重离子等技术的应用,3年局部控制率也可达70%-80%。更值得关注的是,SBRT后的生活质量显著优于手术;患者无需经历术后疼痛、肺功能下降、住院康复,治疗后1-2周即可恢复日常活动。

当然,SBRT并非完美无缺。其主要局限在于无法进行区域淋巴结清扫,存在一定的区域复发风险(约10%-15%);此外,对于>5厘米的肿瘤、侵犯胸壁的肿瘤、病理类型为神经内分泌瘤的肿瘤,SBRT效果可能打折。

### 关于副作用,需要了解的真相

SBRT的副作用通常较轻且可控。急性

反应主要包括:乏力(约50%患者)、轻度咳嗽(30%)、皮肤红斑(20%)、放射性肺炎(5%-10%,多为无症状或轻度)。这些反应多为自限性,对症支持治疗即可缓解。

需要警惕但发生率较低的副作用包括:放射性肺炎进展为症状性肺炎(需激素治疗)、肋骨骨折(多见于肿瘤邻近胸壁者)、臂丛神经损伤(多见于肺上沟癌)。通过精确的靶区勾画、剂量限制和图像引导,严重并发症发生率可控制在5%以下。

“SBRT后肿瘤哪里去了?会不会变成‘定时炸弹’?”实际上,受到高剂量照射的肿瘤细胞会发生凝固性坏死,逐渐被机体吸收,最终在CT上表现为纤维瘢痕或空洞,不会残留。

SBRT是“高技术门槛”治疗,设备、人员、质控缺一不可。建议关注:是否配备四维CT模拟定位系统,是否有呼吸门控或追踪技术,是否开展治疗中影像验证,是否有胸部肿瘤放疗专业团队。治疗前务必与医生充分沟通,了解预期疗效、潜在风险、随访计划,签署知情同意书。

早期肺癌的治疗,正在从“唯一手术”走向“多元选择”。立体定向放疗以其无创、精准、高效的特点,为无数患者打开了新的希望之门。如果正面临早期肺癌的治疗抉择,不妨咨询放疗科专家,评估SBRT是否适合。记住:没有最好的治疗,只有最适合的治疗。

(滁州市第一人民医院 王军)

重症医学科是挽救危重患者生命的核心场所,聚集了各类先进医疗设备与专业医疗力量,工作核心是依托精准医疗技术守护患者生命安全。由于重症患者病情危急、变化迅速,常伴意识障碍、无法正常表达等情况,家属也易陷入焦虑状态,单纯的技术治疗难以满足救治需求,人文关怀与医患沟通已成为重症医学救治体系中的重要组成部分。

### 重症医学人文关怀的核心内涵

重症医学的核心是守护生命,人文关怀则是医疗服务的重要补充,核心是关注患者作为“人”的基本需求,而非单纯的疾病治疗。重症患者多存在自主活动受限、语言表达障碍等问题,且长期处于仪器包围的环境中,易产生恐惧、孤独、无助等负面情绪。另外,长期负面情绪会导致患者免疫功能下降,增加并发症发生风险,且延长康复周期,总体来说,人文关怀对重症患者的治疗与康复具有重要意义。

### 重症医学人文关怀的实践路径

重症医学人文关怀的落实将重点体现在临床工作的细节之中。对于无法言语的患者,多数重症科室会配备彩色写字板、需求漫画卡片等工具,可通过可视化符号帮助患者表达进食、不适等基本需求。部分老年重症患者因听力和认知等问题,对治疗操作存在抵触情绪,医护人员可通过文字讲解等方式,明确治疗的必要性与流程,提升患者配合度,保障治疗顺利开展。

人文关怀还有守护患者尊严的重要作用。重症患者会丧失很多生活自理能力,穿衣、洗漱、进食等均需医护人员协助,易产生自卑心理。医护人员在临床操作中,要注重保护患者隐私,操作时拉设隔帘,避免患者过度暴露,对于清醒患者,及时告知治疗进展,倾听其感受,明确患者的主体地位,避免将患者视为单纯接受治疗的对象。

家属的心理疏导也是人文关怀的重要组成部分。重症患者家属需承受患者病情带来的心理压力,同时其也多对复杂的治疗方案存在困惑,易出现焦虑、无助等情绪。对此,部分重症科室会定期举办家属座谈会,讲解病区运行流程、患者治疗进展及护理知识,解答家属疑问,减少信息不对称带来的恐慌。医护人员会主动与家属沟通病情变化,倾听家属诉求,提供必要的情感支持,凝聚医患家属的治疗合力。

### 重症医学医患沟通的特殊性

重症医学科的医患沟通具有明显的特殊性。一是时间紧迫性,重症患者病情变化快,抢救窗口有限,医护人员需在短时间内完成病情告知、治疗决策等沟通工作。二是情绪高压性,患者及家属因病情危急,处于极度焦虑状态,情绪易波动、失控。三是信息复杂性,重症患者多存在多系统病变,治疗方案风险较高,且其中涉及大量专业医学知识,医护人员可以将专业术语转化为通俗表述,确保患者及家属理解。

### 重症医学医患沟通的关键要点

真诚与共情是医患沟通的基础。医护人员在沟通中需换位思考,理解患者及家属的心理状态,采用温和、真诚的沟通语气。告知病情时,需坚持坦诚原则,不隐瞒、不夸大病情,同时避免使用生硬、冰冷的表述,客观说明治疗方向与可能性,避免引发患者及家属的负面情绪,建立基本的医患信任。

清晰、通俗的表达是提升沟通效果的关键。重症医学涉及机械通气、连续血液净化、经外周置入中心静脉导管等专业术语,此类术语对患者及家属而言晦涩难懂,易产生误解。医护人员沟通时,需将专业知识转化为直白语言,必要时借助简单比喻辅助解释。同时,沟通时需放慢语速,条理清晰,突出重点,避免一次性传递过多信息,保障患者及家属能够充分消化。

双向沟通是实现医患同心的核心。医患沟通并非医护人员单方面的信息告知,而是双方的相互倾听与回应。医护人员需主动关注患者的情绪变化,即使患者无法正常言语,也需通过眼神、肢体动作捕捉其需求;对于家属的疑问,需耐心解答,不推诿,鼓励家属提出诉求与想法。同时,引导患者及家属主动沟通,提醒家属提前梳理疑问,告知患者可通过写字板、手势等方式反馈不适,确保医护人员准确把握患者需求,制定贴合的治疗方案,提升患者及家属的治疗配合度。

### 重症医学人文关怀与医患沟通的现存问题及改善措施

随着医学模式的转变,重症医学人文关怀与医患沟通的重要性日益凸显,但临床实践中仍存在一些不足。部分医护人员因工作繁忙,忽视患者的心理需求,沟通时过于侧重专业表述,缺乏共情意识。同时部分患者及家属因对重症医学知识了解不足,对治疗方案存在疑虑,易产生抵触情绪,影响治疗效果,甚至引发医患矛盾。

为改善上述问题,医护人员、患者、家属及医疗体系必须协同发力。医护人员必须树立“以患者为中心”的理念,将人文关怀融入日常工作细节,可以通过案例分析、模拟沟通等培训,提升自身的沟通能力与共情能力,兼顾医疗技术与人文关怀。医院可定期开展人文关怀与医患沟通相关培训,完善配套保障措施,为人文关怀与医患沟通工作的落实提供支持。

患者及家属也应主动学习重症医学相关知识,理性看待病情与治疗,信任医护人员的专业能力,主动与医护人员沟通,及时反馈需求与疑虑,积极配合治疗。同时,应充分理解重症科室医护人员的高强度工作压力,相互包容、相互尊重,共同构建和谐的医患关系。

重症医学的核心价值,在于挽救生命的同时,守护患者的生命尊严与生活质量。人文关怀是重症医疗服务的重要组成部分,医患沟通是构建和谐医患关系的关键,二者相辅相成,缺一不可。

(凤阳县中医院 周从芹)

投稿邮箱:czrb9012@163.com