

术后防血栓的那些事:卧床休息不是“躺着就行”

“做完手术好好躺着,别乱动。”这句话几乎每个刚下手术台的患者都听过。家人出于好意除了翻身之外就让病人在床上纹丝不动,但这种“静养”观念,恰恰可能带来一个隐匿而危险的术后并发症——静脉血栓栓塞症。

有人可能会疑惑:手术后不就应该休息吗?躺着怎么还躺出毛病来了?

答案在于:人体的血液循环,并不完全依靠心脏的“泵力”。尤其在腿部,血液从脚底向上回流,需要小腿肌肉的收缩来辅助推动。当你一动不动地躺在床上,小腿肌肉处于松弛状态,血液在静脉内流动缓慢,甚至淤积,就像一条流速减缓的河流,泥沙开始沉积——这些“泥沙”,就是血栓。

静脉血栓栓塞症包括两种临床情况:一是深静脉血栓,即血栓在腿部深静脉内形成,导致患肢肿胀、疼痛、皮温升高;二是更危险的肺栓塞——血栓脱落,顺着血流进入肺动脉,堵塞肺部血管,造成胸闷、呼吸困难、咯血,严重时可能导致猝死。

术后患者为什么是血栓的高危人群?因素有三:第一,手术创伤激活了凝血系统。手术切开组织、损伤血管内皮,身体会本能地启动凝血机制来止血,血液因此处于一种“高凝状态”,更容易凝固成血栓。第二,麻醉和卧床导致血流缓慢。麻醉药物会使血管扩张、血流速度下降;术后长时间卧床、缺乏肌肉对静脉的“挤压泵”作用,更让

下肢静脉血流趋于停滞。第三,肿瘤、高龄、肥胖、既往血栓史、口服避孕药等因素会进一步叠加风险。一台手术的时间越长、创伤越大(如骨科关节置换、腹部大手术、妇科盆腔手术),血栓的风险也相应越高。

血栓来了怎么办?早期识别是关键

术后血栓最狡猾的地方在于:早期症状往往不典型,容易被当作“术后正常不适”而忽略。

下肢深静脉血栓最常见的表现是:一侧小腿或大腿出现不明原因的肿胀、疼痛,按压时有明显压痛,皮肤温度比对侧高,有时可见浅表静脉扩张。一个经典的体征叫Homans征——将患侧脚蹠背屈(脚尖向上勾)时,小腿后侧肌肉内出现疼痛加剧。

肺栓塞的表现则更为凶险:突发胸闷、胸痛、呼吸困难、咯血或痰中带血,严重者出现意识丧失、血压骤降、心跳骤停。如果术后患者在起身、排便用力、下床活动等动作后突然出现上述情况,必须立即呼叫急救。

有人可能会问:那我怎么判断自己有没有血栓?最可靠的办法是超声检查。当医护人员怀疑血栓时,会安排下肢血管彩色多普勒超声来确认。但在确诊之前,有一个极其重要的原则需要牢记——如果怀疑或已经确诊下肢深静脉血栓,绝对不要按摩、挤压、热敷患肢。

很多家属看到患者腿肿,第一反应是“揉一揉活血化痰”,或者用热水袋敷一敷。

这个出于好心的举动,恰恰可能造成灾难性后果——按摩和挤压可能使尚未稳固的血栓脱落,脱落的血栓顺着血流直冲肺动脉,瞬间引发大面积肺栓塞,致死率极高。

因此,任何术后出现腿肿的患者,在没有完成超声检查排除血栓之前,都应视为“潜在血栓”来处理,禁止任何形式的揉搓和挤压。

预防重于治疗:术后防栓“三重防线”

相比治疗,预防术后血栓要安全得多、有效得多,而且成本极低。目前通用的预防策略可总结为“基础预防+物理预防+药物预防”。

1.第一道:基础预防——尽早动起来“能坐不躺,能站不坐,能走不站。”这是术后防栓最简单的口诀。

尽早下床活动:在全麻清醒后、生命体征平稳、伤口允许的情况下,尽早下床走动。哪怕一开始是扶着床沿走两三分钟,也比躺着强。

床上踝泵运动:如果暂时还不能下床(如腿部术后),要做“踝泵运动”——脚尖用力向上勾(背屈)再使劲向下踩(跖屈),像踩油门一样。这个动作能有效收缩小腿肌肉,推动静脉血回流。建议每小时做20~30次,醒着的时候反复进行。

多喝水:充足的水分可以稀释血液,降低黏稠度。当然要结合自身肾功能和医生建议。

避免长时间卧床下垫枕:膝盖窝下方垫高会使静脉受压、血流更加缓慢,应尽量让小腿呈自然放松位置。

2.第二道:物理预防——给静脉加点“外力”

梯度压力弹力袜:从足部到大腿施加递减的压力,促进静脉血液回流。需要根据腿围选择合适的尺寸,过紧会影响动脉供血,过松则无效。

间歇充气加压装置:包裹在腿上的袖带周期性充气、放气,模拟肌肉泵作用。这是卧床患者预防血栓的有效手段,尤其适用于骨科和神经外科手术。

3.第三道:药物预防——给血液“去黏”对于中高危患者(如肿瘤手术、骨科大手术、既往血栓史者),仅靠活动和物理预防可能不够,需要使用抗凝药物。

低分子肝素、皮下注射,每日一次或两次,效果确切,出血风险相对可控,是术后最常用的抗凝预防方案。

新型口服抗凝药:如利伐沙班、阿哌沙班等,部分手术类型可以在术后一定时间开始口服,免去注射之苦。

躺出来的血栓,动出来的健康。血栓的形成,像一场无声的淤积;而预防血栓,靠的是每一次的脚踝勾兑、每一步的下床走动、每一次的水分补充。这些微不足道的动作累积起来,构成了一道坚固的防线。

(天长市人民医院 方仁杰)

儿童热性惊厥:院前急救的“三要三忌”

——平心“惊”气,“厥”胜千里

儿科诊室里,总能见到因宝宝发烧抽搐,惊慌失措、连夜奔赴医院的家长。看着孩子突然意识模糊、手脚节律性抽动、口唇青紫,每一位父母都满心揪心与恐惧,甚至因过度紧张而做出错误急救:用力掐人中、往孩子嘴里塞手指,导致口腔黏膜出血、误吸窒息风险骤增,这样的场景,在临床上屡屡上演。

热性惊厥是婴幼儿时期最常见的神经系统急症,发病率达3%~5%,绝大多数患儿预后良好。但很多时候,错误的院前处置带来的二次伤害,远比惊厥本身更为严重。作为儿科副主任医师,现就儿童热性惊厥的核心知识与规范急救要点,为家长做以下介绍。

发病机制与临床分型

热性惊厥是由发热诱发大脑皮层异常放电引发的急症,核心原因是儿童神经系统发育尚未成熟。简单来说:孩子并非患上严重脑部疾病,只是稚嫩的大脑,对体温快速急剧升高产生的过激应激反应。

临床主要分为两大类:

单纯型热性惊厥(占比80%):表现为全身强直-阵挛发作,发作时长<15分钟,24小时内仅发作一次,患儿远期智力、身体发育与正常儿童无任何差异。

复杂型热性惊厥:多为局部肢体抽搐、发作时长>15分钟,或24小时内多次反复

发作,这类情况需进一步排查颅内感染、器质性病变等潜在病因。

关键认知澄清:热性惊厥与癫痫有着本质区别。单纯型热性惊厥患儿,日后癫痫发生率仅1%~2%,不会损伤大脑、不影响智力发育。家长切勿因一次惊厥发作过度焦虑,更不能因此限制孩子正常的日常生活。

院前急救“三要”

一要规范摆放体位,杜绝窒息风险。

立即将孩子平卧,将头部偏向一侧或直接保持侧卧位,利用重力作用,让口腔分泌物、呕吐物自然流出,有效避免误吸。孩子仰面平躺极易引发舌后坠、气道堵塞,这是惊厥发作时窒息的主要诱因,务必避免。

二要精准记录发作,助力临床诊断。

立刻计时,同时仔细记录发作形式(全身强直/肢体阵挛/局部抽动)、持续时间、有无大小便失禁。有条件的情况下,拍摄发作视频,远比文字描述更直观,能为医生快速分型诊断提供关键依据。

三要科学做好退热,避免刺激加重不适。

热性惊厥大多3~5分钟可自行缓解,发作期间切勿强行喂药。待抽搐停止、意识逐渐恢复后,按照孩子体重精准计算剂量,口服对乙酰氨基酚或布洛芬退热。退热栓需避开发作后30分钟内使用,防止直肠刺激引发呕吐、误吸。

院前处置“三忌”

一忌掐人中、往口腔塞硬物。

掐人中无法终止大脑神经元异常放电,完全没有止抽效果,反而会造成孩子面部软组织损伤、出血。惊厥发作时孩子咬肌强力收缩,向口中塞手指、毛巾、勺子等任何硬物,都可能导致牙齿断裂、气道阻塞,大幅提升窒息风险。

二忌强行按压、约束抽动肢体。

孩子抽搐时肢体肌肉剧烈收缩,外力强行按压、约束,极易造成骨折、关节脱臼、软组织拉伤。正确做法是:快速移开孩子周围尖锐物品、坚硬家具,在身后垫上柔软衣物,做好防坠床保护,让孩子自然完成发作即可。

三忌意识未恢复时喂药喂水。

惊厥发作后孩子意识尚未清醒,吞咽反射完全消失,此时喂服药物、水或食物,极易引发误吸,进而导致吸入性肺炎。必须等到孩子完全清醒、能正常对答、自主吞咽后,再进行口服给药,首次给药建议在医院内进行。

必须立即呼叫急救的情况

出现以下任一情况,家长需立刻拨打120急救电话:孩子惊厥发作持续>5分钟没有缓解;24小时内反复多次发作;发作后意识超过30分钟仍未恢复,或伴随肢体活

动障碍;出现单侧肢体、局部肌肉等不对称性局灶性抽搐。转运途中全程保持孩子侧卧位,记录发作终止时间,必要时遵医嘱给予地西洋直肠给药终止发作。

复发预防与长期日常管理

临床数据显示,30%~40%的患儿存在复发可能,预防核心是发热初期快速控温、密切观察:孩子体温≥38℃时,就及时启动药物退热,不要等到体温升至高热再干预;既往有热性惊厥史、家族遗传史、发育迟缓的儿童,可在医生指导下,家中备用地西洋栓剂(处方药,需严格遵医嘱使用)。疫苗接种并非热性惊厥患儿的禁忌,流感疫苗等还能减少发热性疾病发作,进而降低惊厥复发风险。

热性惊厥,不过是儿童神经系统发育过程中的“一场‘一过性风暴’”,看似凶险,实则大多无害。比起盲目恐慌,牢记“侧卧位、不塞物、记时间”的急救准则更为重要。绝大多数孩子惊厥发作后能安然入睡,次日便能恢复如常,它不可怕、不致残、更不影响智力。

真正需要我们警惕的,从来不是热性惊厥本身,而是错误的急救方式。愿每一位家长都能掌握科学急救知识,从容应对,用正确的守护,守护孩子平稳度过这一成长小插曲,让孩子的成长始终安然无恙。

(滁州市第一人民医院 谢发玲)

小缝隙,大隐患

——卵圆孔未闭相关症状及超声诊断价值

心脏上一道几毫米宽的“小缝隙”,看似微不足道,却可能成为潜伏在体内的“健康炸弹”,它就是卵圆孔未闭。作为常见的先天性心脏结构异常,其在成年人中的发生率约为25%~30%,多数人终身无症状,但部分患者会因此反复头痛,甚至突发脑梗死。下面将揭秘其典型症状,详解超声技术如何捕捉这一“隐形隐患”,守护心脑血管健康。

“缝隙”藏危机:卵圆孔未闭的症状信号

卵圆孔是胎儿时期左右心房的生理性分流通道,婴儿出生后1~2年内多会自然闭合,未完全闭合则形成卵圆孔未闭。这道2~10毫米的缝隙,核心危害是“反常栓塞”——当人体剧烈咳嗽、用力排便等导致右心房压力升高时,未闭的卵圆孔会被被动开放,静脉血中的微血栓、化学物质等会绕过肺部过滤,直达脑部,引发相关症状。

1.最具特征性:反复发作的难治性偏头痛

约40%的难治性偏头痛患者存在卵圆孔未闭,其中伴有视觉先兆的类型尤为常见。这类头痛单侧发作、疼痛剧烈,呈搏动性或胀痛,持续4~72小时,常伴随恶心、畏光等症状,常规止痛药效果不佳。其诱因是静脉血中的5-羟色胺等物质通过卵圆孔进入脑部,刺激脑血管痉挛,很多患者常被误诊为“神经性头痛”,延误干预。

2.最危险:不明原因的脑梗死或短暂性脑缺血发作

在45岁以下年轻脑梗死患者中,卵圆孔未闭检出率高达40%~50%。这类患者多无高血压、糖尿病等传统危险因素,却会突发肢体麻木、言语不清、视物模糊等症状,部分会留下终身残疾,给家庭带来沉重负担。

3.其他隐蔽症状

部分患者还会出现不明原因的晕厥、胸闷、呼吸困难,这些症状在剧烈活动后加重,易被误认为“劳累过度”,增加诊断难度。需警惕的是,其症状具有隐蔽性和间歇性,未发作时与健康人无异,脑梗死发作则毫无征兆,及时排查至关重要。

超声诊断:穿透“缝隙”的“精准探测器”

超声技术凭借无创、便捷、精准的优势,成为卵圆孔未闭诊断的“金标准”,形成“筛查-确诊-精准评估”的完整体系,破解缝隙的隐蔽性。

1.初步筛查:经胸超声心动图(TTE)作为临床最常用的筛查方式,TTE操作简单、无创无辐射,耗时仅10~15分钟,适合大规模人群筛查。静息状态下,未闭卵圆孔可能呈闭合状态,患者配合完成瓦氏动作后,超声可捕捉到分流信号,初步判断病情。但其受胸壁脂肪、肺气等干扰,对小于2毫米的细小缝隙检出率低,漏诊率

20%~30%,仅作为初步筛查。

2.精准确诊:经食管超声心动图(TEE)

TEE是确诊的核心方法,通过食管将超声探头送至心脏后方,可近距离、高分辨率观察卵圆孔未闭的形态、大小、分流方向及程度,还能排查房间隔瘤等合并问题,为病情评估提供关键依据。虽为半侵入性检查,但术前会进行局部麻醉,安全性高,不适用于食管狭窄等患者可通过其他方式补充诊断。

3.补充提升:对比增强超声心动图(cTTE/cTEE)

该方法通过静脉注射超声造影剂,可将微小分流检出率提升至95%以上,适合TTE筛查阴性但高度怀疑的患者。cTTE无创、适合随访,cTEE精准度高、适合术前评估,医生可通过气泡计数量化分流程度,为治疗决策提供支撑。

诊断的核心价值:从“发现缝隙”到“精准干预”

超声诊断的意义,在于为后续治疗提供科学依据,从根源上阻断健康风险。医生会根据患者症状、分流情况及危险因素,制定个性化方案:症状轻微、分流较轻者,可服用抗血小板或抗凝药物,定期超声随访;反复严重偏头痛、曾发生脑梗死或有高危因素者,可通过卵圆孔未闭封堵术根治,永久关

闭缝隙。

超声技术贯穿治疗全程:术前精准测量缝隙大小,为选择封堵器提供依据;术中实时监测封堵器释放;术后复查验证封堵效果,调整干预方案。临床数据显示,经精准诊断和规范治疗,患者偏头痛缓解率超70%~80%,脑梗死复发率降低60%以上。

健康提示:这些人群需及时排查

以下高危人群需及时通过超声排查:反复发作的难治性偏头痛患者,尤其是伴有视觉先兆者;45岁以下突发脑梗死且无传统危险因素者;有不明原因头晕、晕厥等症状者;有卵圆孔未闭家族史者;长期从事高空、潜水等高危职业者。

需强调的是,超声检查无辐射,对人体无伤害,孕妇、儿童均可安全接受。筛查阳性者无需过度焦虑,多数无需治疗,仅需定期随访;有明确适应证者及时干预即可。早期发现、精准干预,才能让心脏“小缝隙”不再成为健康“大隐患”。

一道微小的心脏缝隙,可能牵动全身健康;一次精准的超声检查,可守护终身平安。希望更多人能认识卵圆孔未闭的危害,出现相关症状及时就医,主动守护心脑血管健康。

(滁州市第一人民医院 刘海燕)

滁州一少年吃完晚饭去打篮球,半小时后面部肿胀、喉咙发紧、浑身奇痒难忍;另一少年吃完午饭踢足球,40分钟后全身起风团、头晕胸闷,直接晕厥倒地。这些看似毫无关联的意外,背后指向同一种鲜为人知却可能致命的疾病——食物依赖性运动诱发的全身过敏反应(FDEIA)。

被忽视的“双重触发”致命过敏

和普通食物过敏不同,这种病症的发作需要满足两个条件:单独吃致敏食物不会有任何不适,单独运动也毫无问题,只有当两者在6小时的时间窗口内叠加时,才会触发严重的过敏反应。更具迷惑性的是,很多患者已经吃了十几年小麦、海鲜、肉类这类常规食物,从未出现过过敏症状,因此发病时根本不会将不适与日常饮食联系起来。国内一项过敏门诊统计显示,超过60%的FDEIA患者首次发作时都被误诊为普通荨麻疹或中暑,直到多次复发才得到确诊。目前国内FDEIA最常见的致敏食物是小麦制品,其次是虾、蟹、贝类等海鲜、芹菜,坚果也有相关病例报告。而诱发过敏的运动多为跑步、球类、健身这类中高强度运动,甚至有部分患者在快走、体力劳动这类相对温和的活动后发病。

发病机制与症状演变

FDEIA的发病原理至今尚未完全明确,主流研究认为和运动对身体免疫状态的改变有关。正常情况下,人体摄入致敏食物后,肠道屏障会阻挡食物蛋白大量进入血液,即使有少量过敏原进入循环,免疫系统也不会产生过度反应。但运动时,血液会向肌肉、骨骼重新分配,胃肠道供血减少,肠道黏膜通透性升高,原本无法被吸收的大分子食物蛋白会大量进入血液。同时运动还会提升体内组胺等炎症介质的释放水平,降低过敏反应的触发阈值,原本不会引起症状的过敏原,此时就足以诱发严重的免疫反应。

FDEIA进展速度快的患者可能在十几分钟内从轻微不适发展到休克。早期最典型的信号是皮肤异常:突然出现全身皮肤潮红、发热,伴随广泛性瘙痒,随后可能出现大小不一的风团,和普通荨麻疹表现类似。部分患者还会伴随突发乏力、头皮发麻、咽喉发痒等容易被忽视的前兆。如果此时没有停止运动并进行干预,症状会快速进展:出现面部、嘴唇、眼睑水肿,恶心、腹部绞痛、腹泻等胃肠道反应,胸闷、呼吸不畅、咳嗽等呼吸道症状。一旦出现声音嘶哑、喉头堵塞、呼吸困难、头晕站不稳的情况,说明已经进入危重阶段,此时可能出现血压下降、意识丧失,抢救不及时会在短时间内危及生命。值得注意的是,这种过敏的发作存在明显的“不确定性”:不是每次吃了致敏食物后运动都会发病,症状轻重也和食物摄入量、运动强度没有绝对的对应关系,有患者记录显示,某次吃了半个馒头慢跑后发作严重过敏,但另一次吃了一整个馒头后没有运动,完全没有不适。这种随机性也是疾病容易被忽视的重要原因,很多患者会抱有侥幸心理,直到出现严重症状才重视。

诊断与应急处理

由于FDEIA的隐蔽性,误诊率很高,准确的病史记录是诊断的核心依据。如果每次不适都出现在进食后几小时内运动的情况下,静止时吃同样的食物从未出现症状,基本可以高度怀疑为FDEIA。医院常规的过敏原检测,如血清特异性IgE检测、皮肤点刺试验,可以辅助排查具体的致敏食物,但结果阴性也不能完全排除患病可能。食物-运动激发试验是诊断的金标准,但因为存在诱发严重过敏的风险,一般只在高度怀疑且必要时,在有抢救条件的医院进行。

一旦运动过程中出现上述可疑过敏症状,要第一时间停止运动,根据症状轻重采取对应措施:如果只有皮肤瘙痒、风团等轻微表现,可立即口服抗组胺药物,在通风处休息,密切观察症状变化;如果出现胸闷、呼吸困难、头晕、恶心等症状,要立即拨打急救电话。对于已经确诊的患者,若曾发生过严重过敏反应,应随身携带肾上腺素自动注射器,出现严重症状时第一时间自行注射,为后续抢救争取时间。肾上腺素是目前治疗严重过敏反应的首选药物,起效快,能够快速缓解喉头水肿、低血压等症状,不要因为犹豫而错过最佳用药时机。

日常预防与长期管理

作为一种目前无法根治的过敏性疾病,FDEIA的核心防控措施就是避开“食物+运动”的触发组合。首先要明确自身的致敏食物,确诊后尽量避免食用这类食物。如果无法完全避开,要严格控制进食后到运动的间隔时间:普通致敏食物建议间隔4小时以上,小麦这类高风险致敏食物最好间隔6小时再进行中高强度运动。运动前如果需要补充能量,尽量选择自己常吃且从未出现过不适的食物,不要轻易尝试新的食物种类,尤其要注意避免摄入含有已知致敏成分的加工食品,比如麦麸饼干、海鲜零食等。

曾经出现过严重过敏反应的患者,除了随身携带急救药物外,最好在手机备忘录里明确标注自己的过敏类型、致敏食物和急救用药方法,方便紧急情况下自己或他人快速了解病情。日常运动时尽量和同伴一起,告知对方自己的过敏史,避免独自进行长距离跑步、野外骑行这类活动,防止发病时无人施救。

很多患者确诊后会有严重的心理负担,担心随时会发病。实际上只要严格遵守防控原则,FDEIA的发作是完全可以避免的。有研究显示,只要严格控制致敏食物摄入和运动间隔,95%以上的患者都可以长期不发作,完全不影响正常生活和运动需求。

目前普通民众甚至不少非过敏专科医生对FDEIA的认知度仍然很低,国内2009年才由北京协和医院团队首次报告15例小麦依赖运动诱发过敏休克病例,至今相关科普普及度仍有不足。对于经常运动的人群来说,了解这种特殊的过敏类型,出现可疑症状时及时排查,就能最大程度避免意外发生。

(滁州市第一人民医院 仇莹)

警惕食物依赖性运动诱发的过敏

当「吃」遇上「动」