

尿源性脓毒血症的原因、风险与急救措施

尿源性脓毒血症在临幊上情况比较严重，一般都会因为尿路感染而诱发，然后发展成全身性炎症反应。该病由于发病率高，对人们生命具有潜在威胁性，已引起医疗界重视。不但给病人生质量带来严重影响，而且可引起严重并发症甚至死亡。

尿源性脓毒血症的原因

尿源性脓毒血症的出现往往与多个不同的因素密切相关。一是尿路感染为尿源性脓毒血症最重要诱因。当细菌或其他微生物侵入尿道系统，例如尿道、膀胱或肾脏时，可能会导致感染。如果不能及时有效地处理这些感染，细菌或者微生物就会进一步传播到血液中，引发全身性炎症反应——脓毒血症。

二是尿源性脓毒血症的常见风险因素还包括尿路梗阻、结石、肿瘤和导尿管的使用等。尿路梗阻会造成尿液引流不畅和细菌易在梗阻处繁殖；尿路结石为细菌创造了一个附着和繁衍的环境；尿路肿瘤会减弱病人免疫力，更易感染。导尿管的应用在给很多病人带来方便的同时，也会成为细菌入尿的途径，使感染发生的危险加大。

尿源性脓毒血症的风险因素

尿源性脓毒血症的发生还可能与其他一些其他因素有关联，如病人年龄、性别、基础疾病状况及免疫系统功能等，均可影响病人抗尿路感染及脓毒血症进展。老年患者可能因

免疫力下降、身体机能减退等因素更易受尿路感染的影响而转变成脓毒血症；一些基础性疾病（例如糖尿病和高血压）也有可能提高患者患上尿源性脓毒血症的风险；卧床时间长、营养不良或者服用免疫抑制剂的病人感染风险会增加。

尿源性脓毒血症的急救措施

1. 立即评估和监测生命体征

急救尿源性脓毒血症时，及时对病人生命体征进行评价与监测是关键的首要环节。其中包括对病人体温、脉搏、呼吸频率及血压进行检测，快速判断病情轻重及生命体征是否稳定。发现异常情况后立即采取紧急措施，如给氧支持、保持血压平稳等保证病人安全。同时医护人员也需要密切注意病人的意识状态以及尿量等重要指标，及时发现和应对潜在并发症或者病情加重情况。

2. 抗生素治疗

评估之后，快速开始抗生素治疗成为尿源性脓毒血症应急处理中至关重要的一环。选用适当的抗生素根据细菌培养及药敏试验的结果能更加有效



的杀死致病菌及控制感染扩散，在等候细菌培养结果过程中，医师可以根据病人病史、临床表现及本地细菌流行病学资料经验选用广谱抗生素，细菌培养结果一出来就立即对抗生素治疗方案进行调整，保证治疗针对性及有效性。另外，抗生素给药方式及用量还需要根据病人具体情况进行个体化调整才能取得最佳疗效。

3. 补液和维持电解质平衡

补液与保持电解质平衡，对尿源性脓毒血症急救也是十分关键的。脓毒血症有可能触发全身性的炎症反应，从而增加血管的通透性和大量体液的渗出，这常常导致患者面临血容量不足和电解质失衡的问题。故及时适量补液对纠正休克和保持生命体征平稳至关重要，补液应遵循“先盐后糖、先晶后胶、见尿补钾”的原则。

湘潭市湘乡市尚如湖铁医院
曾双喜

溃疡愈合后还要吃药吗？

维持治疗与复发预防策略

胃镜报告上“溃疡愈合”四个字，像久旱逢甘霖般令人欣喜。终于能和反复发作的胃痛说再见，久违的美食自由近在眼前——但请别急着庆祝胜利。此刻你的胃，如同经历战火重创后初愈的城市，表面疮痍虽平，暗处的危机却未解除。过早停药、放松警惕，疼痛很可能杀个回马枪。理解愈后的风险并采取科学策略，才是守护胃肠长治久安的关键。

愈合背后暗藏的风险密码

新生的胃黏膜看似完整，实则脆弱如新生婴儿的皮肤。此时若立刻撤掉药物保护，胃酸、刺激性食物甚至情绪压力都可能撕开这道脆弱防线。更隐蔽的威胁来自溃疡的“元凶部队”：幽门螺杆菌若未彻底剿灭，会持续在胃壁搞破坏；部分患者胃酸分泌的调节功能尚未完全恢复平衡，停药后酸液可能汹涌反扑；而那些促成溃疡的生活习惯——吞云吐雾的

药物巩固：给胃铺设缓冲带

医生通常建议愈合后进入3~6个月药物巩固期，根据个人情况选择不同防护模式。对于高风险人群，采取渐进式减量更为稳妥：强效胃酸抑制剂（如奥美拉唑类）可从每日一粒调整为隔日一粒，温和型胃酸药（如雷尼替丁类）改为夜间单次服用，如同为胃搭建下坡防护网。复发风险较低者可采用灵活战术——日常停药观察，只在胃部发出预警信号时立即服药拦截，症状平息即停。特别提醒幽门螺杆菌阳性患者：务必完成14天杀菌疗程，这是瓦解复发根基的关键战役，愈后定期复查才能杜绝死灰复燃。

生活重建：打造胃肠免疫盔甲

药物只是临时盾牌，生活习惯才是终身铠甲。饮食战场上需掌握攻守之道：晨起用温

粥、鸡蛋等温和食物唤醒肠胃，避免空腹时咖啡浓茶的酸液偷袭；辣味分级管控，微辣可浅尝辄止，爆辣则划为禁区；烹饪方式优选清蒸炖煮，油炸食品每月最多两次“特赦”。戒除伤胃恶习更为紧迫：尼古丁会直接腐蚀胃黏膜防御层，酒精则如烈火灼烧创面，这两大杀手必须彻底清退。压力管理需建立快速响应机制——当焦虑袭来，立刻启动腹式呼吸：深吸气4秒使腹部隆起，屏息2秒后缓缓吐尽，循环5次即可平复风暴。警惕药物暗箭，若必须服用止痛药（如布洛芬、阿司匹林），务必搭配胃保护剂同时服用，如同给武器套上防护鞘。胃肠健康需要持续监视：建立症状日志，记录饮食、情绪与身体反应的关联；即使无症状，每年一次幽门螺杆菌检测也必不可少，如同定期巡检防御工事。

临湘市中医医院 陈俊

慢阻肺急性加重期的护理策略

当慢阻肺患者突然出现咳嗽加剧、痰多又咳不出来、喘气特别费劲，甚至嘴唇发紫、说话接不上气等症状时，这很可能就是慢阻肺的“急性加重期”来了。这是病情突然加重的征兆，需要紧急处理。下面我们就来详细聊聊慢阻肺急性加重期该如何识别和处理。

火眼金睛早识别：别错过危险苗头

急性加重常由感冒、油烟或冷空气诱发。您要比病人更敏锐：若咳嗽变成停不下来的“机关枪”，痰液浓黄发绿甚至带血丝、粘稠咳不出；坐着不动也胸闷气短，日常活动（如刷牙）都吃力；嘴唇/指甲发青紫，或血氧仪显示血氧跌破93%，呼吸又快又浅（每分钟超24次），甚至人迷糊、反应迟钝、发绀——这些都提示严重缺氧！此时必须立即拨打急救电话，一秒都不能耽搁。

畅通气道快排痰：打通生命通道

这时最凶险的就是浓痰堵塞气道，因此，首要任务则是要学会科学拍背：饭后1~2小时，扶患者坐稳或侧卧，用空心掌从下背部向上、由外向内有节奏地叩击（力度适中，如拍熟西瓜），持续5~10分钟，鼓励他深咳嗽排痰，记住，不可以饭后立马拍。同时，遵医嘱使用化痰药（如氨溴索），帮助稀释粘痰。温开水是天然化痰剂，务必少量多次饮用。若医生开了雾化药，需规范操作，让药物直达气管深处快速缓解憋喘，雾化后记得漱口洗脸。最关键的是鼓励患者有痰就咳，先深呼吸几次，再用力咳出。

科学氧疗保安全：吸氧不是越多越好

缺氧是大敌，但错误吸氧可能致命，尤其对易滞留二氧化碳的慢阻肺患者。家庭氧疗必须严守“低流量”铁律——只用医生处方的低流量制氧机（通常1~2升/分钟），严禁私自调高流量，高流量会抑制呼吸，可能导致昏迷（二氧化碳麻醉）。同时要保证每日吸氧总时长，尤其夜间不能中断。

鼻导管吸氧更安全舒适，注意保持清洁通畅。吸氧时务必频繁监测血氧，目标是将血氧稳定在88%~92%，若血氧过高（如超95%）或吸氧后仍低于88%，且症状无改善甚至恶化，必须立即就医。

营养支持蓄能量：吃对才有体力抗争

急性期的饮食原则是少食多餐，可分作5~6顿，餐前休息半小时。食物宜选软烂易消化的温粥、细面、肉末蒸蛋、去刺鱼肉、蔬菜泥，坚决避免油炸、坚硬、油腻和产气食物（如豆类、碳酸饮料），保证高蛋白食物的摄入，如蛋、奶、豆浆、瘦肉末、豆腐。若进食困难，可遵医嘱用肠内营养粉补充。充足主食和热量不可少，粥饭中可加少量植物油（如橄榄油）高效供能。保证饮水（温开水/淡茶），少量多次，观察尿液呈淡黄色，防止痰液变粘稠。若患者有严重心衰，需遵医嘱控制进水量。

严密监测守防线：不放过任何异常

病情变化快，需时刻警惕，并做好记录，如咳嗽痰液（量、色）、呼吸困难程度（可1~10分打分）、体温、血氧值、用药时间等，这对医生至关重要。药物管理必须精准，需严格按时按量按医嘱使用。吸入药物操作是否正确直接影响效果，务必请医护人员指导至完全掌握。严禁自行停药换药。

湖南省邵阳市洞口县山门镇中心卫生院

丁丽樱