

情绪“过山车”：双向情感障碍患者的护理挑战与科学应对

宿州市第二人民医院五病区 周伟

在精神健康领域，双向情感障碍是一种复杂且反复发作的精神疾病。患者情绪状态会在抑郁和躁狂(或轻躁狂)之间快速切换，仿佛置身于难以预料的“情绪过山车”上。这种情绪变化并非简单的情绪不稳定，而是与神经递质调节、认知功能改变、社会功能受损密切相关。疾病不仅给患者带来极大痛苦，也给家庭照护和临床护理带来了严峻挑战。科学、系统、持续的护理干预，是稳定患者病情、减少复发、提高生活质量的重要保证。

一、双向情感障碍的情绪特征与护理认知基础

双向情感障碍以情绪状态的急剧变化为主要特点，临床表现具有阶段性和个体性，护理人员要建立全面的、动态的疾病认知。

1. 躁狂状态下的行为与风险特征

躁狂或轻躁狂发作期，患者会出现情绪高涨、精力充沛、自我评价明显

提高、话多、思维奔逸、冲动消费、睡眠需求减少等表现。部分患者还会出现攻击行为或高风险决策倾向，易引发人际冲突和安全隐患。因此，此阶段护理重点在于风险评估与行为管理，严防患者因冲动行为对自身或他人造成伤害。

2. 抑郁状态下的心理体验

抑郁发作期患者情绪低落、兴趣减退、精力不足，对未来没有希望感，自我评价降低，部分患者还会出现无价值感、自责体验。护理过程中要特别注意自杀风险，注意观察情绪变化、言语暗示，及时干预。

3. 情绪转换期的隐匿风险

情绪由躁狂向抑郁或由抑郁向躁狂转变时，患者的情绪和行为表现常常不典型，容易被忽视。此阶段患者心理冲突加重，情绪不稳定性增强，是复发和冲动行为的高发期，护理人员要持续开展评估工作。

二、护理过程中面临的主要挑战

双向情感障碍的长期性、反复性，使护理工作具有复杂性、多样性的特点，护理人员要从多个方面去应对。

1. 病情波动带来的管理困难

患者情绪状态变化很快，护理计划要随着病情的变化而变化。躁狂期患者依从性差，抑郁期患者配合度低，都加大了护理难度。

2. 药物治疗依从性不足

部分患者情绪好转后自行减药或停药，认为不需要长期治疗，造成病情反复。护理人员要反复进行用药教育和风险提示，使患者形成长期治疗的意识。

3. 家庭照护压力显著

患者家庭成员长期照护会引发疲惫、无力感、情绪耗竭，家庭支持功能下降会直接影响患者的病情稳定造成影响，护理干预要兼顾家属的心理状态。

三、稳定情绪状态的核心护理应对策略

针对双向情感障碍情绪波动的特点，护理工作要从评估、干预、支持这三个方面来开展。

1. 持续情绪评估与早期预警

护理人员要定时观察患者的精神状态、睡眠情况、活动情况、言语内容，对患者的个体心理变化情况做详细的心理状况记录。一旦出现情绪升高或者低落趋势，就要及时反馈给医师并调整护理重点。

2. 结构化日常生活指导

帮助患者养成规律作息，固定起居时间、睡眠时间、活动时间，有利于生物节律的稳定，减少情绪波动诱因。护理人员应该帮助患者逐步形成可以长期维持的生活方式。

3. 情绪调节与压力应对训练

指导患者识别情绪变化信号，学习放松训练、情绪表达、压力缓解技巧，使

其在情绪波动初期就能采取应对措施，降低发作强度和持续时间。

四、家庭与社会支持在护理中的关键作用

双向情感障碍的管理不能缺少稳定的支持环境。家庭成员理解程度、应对方式都会对患者的稳定情绪产生影响。护理人员要帮助家属认识疾病的特点，不能把患者的言行简单地归结为性格问题或者态度问题。家庭沟通中应该减少指责性语言，增加明确、稳定的鼓励性语言。家属参加随访、护理计划制定可以形成一致的照护方案。同时，促进患者病情稳定期以后恢复社会角色，提高自我价值感、社会参与感，对长期康复有益。

五、长期护理管理与复发预防

双向情感障碍的护理目标并非一次性症状缓解，而是维持患者长期的情绪稳定和社会功能完好。护理管理需重点关注稳定期患者的潜在

风险，提前做好防范。护理人员协助患者制定个性化复发预警清单，明确睡眠减少、情绪异常兴奋或持续低落等典型预警信号，一旦出现相关表现，立即启动干预措施。定期随访可及时掌握患者治疗效果和心理状态变化，针对生活重大变故、季节变化等高风险时期，提前加强心理支持，降低情绪失衡概率。

总之，双向情感障碍患者在情绪“过山车”中的反复挣扎，既体现了疾病本身的复杂性，也凸显了护理干预的重要性。科学、连续、以患者为中心的护理策略，在情绪评估、行为管理、家庭支持、长期康复等方面发挥着关键作用。护理人员在陪伴患者走向情绪稳定的过程中，既是症状的管理者，也是安全的守护者、康复的促进者。持续而专业的护理支持，能帮助患者逐步重塑生活秩序，改善生活质量，朝着更加稳定、可持续的心理健康方向稳步前进。

重启“心”生活 ——心梗后康复锻炼的科学方法

宿州市立医院心血管内科一病区 李冬梅

心肌梗死作为严重威胁生命健康的心血管急症，即便经及时救治脱离危险，后续的康复管理依旧是决定患者长期生活质量与预后的关键。在临床中，不少心梗患者出院后陷入“静养误区”。事实上，科学、适度、循序渐进的康复锻炼，是心梗后康复的核心环节，既能改善心脏功能、提升身体耐力，又能降低血栓形成、心肌缺血复发的风险，帮助患者逐步回归正常生活。本文将全面解读心梗后康复锻炼的科学方法，为患者提供清晰、安全、可落地的锻炼指南。

一、走出误区：心梗后不是不能动，而是要“会动”

很多患者认为，心梗后心脏已经“坏了”，必须一动不动才能保护心脏。这种观念是错误的。合理的康复锻炼，可以促进心脏侧支循环形成，改善心肌供血，同时调节血压、血脂、血糖，控制冠心病危险因素，从根源上降低再次心梗的风险。因此，心梗后康复的核心理念是：在安全前提下，尽早、适度、规律地运动。

二、康复锻炼要分期，循序渐进最安全

心梗后的康复锻炼，要严格按照病

程分阶段进行，不可操之过急。

急性心肌梗死发病后1—2周为急性期，此时患者需严格遵医嘱卧床休息，仅可进行翻身、活动四肢等被动活动，此阶段严禁自主下床活动、用力排便等增加心脏负荷的行为。

出院后1—4周进入恢复期初期，心肌修复逐步推进，心脏功能开始稳定，患者可从极轻微的主动活动开始。初期以床边静坐、站立为主，每次5—10分钟，每日2—3次，适应后可在家人陪同下进行室内慢走，从每次5分钟起步，以无胸闷、气喘、心慌为前提。

出院1—3个月为恢复期中期，是康复锻炼的黄金阶段。此时心肌瘢痕组织基本形成，心脏耐受度明显提升，可逐步增加运动时长与强度，过渡到规律的有氧康复运动。推荐的运动形式以低强度、持续性、节奏感强的有氧运动为主，首选慢走，速度控制在每分钟60—80步，每次15—20分钟，每周3—4次；其次可选择太极拳、八段锦等传统养生运动。

出院3—6个月后进入稳定康复期，若前期锻炼无不适，将运动时长延长至每次30分钟，每周保持4—5次，运动形式可在原有基础上，增加轻度的拉伸训练、上

肢力量训练。但需严格杜绝高强度运动，如快跑、举重、打篮球、踢足球、冬泳等。

三、把握运动强度：安全比“效果”更重要

心梗后运动，强度是关键。推荐两个简单实用的判断方法：

一是自我感觉法：运动时微微出汗、呼吸略加快，但可以正常说话，无胸闷、胸痛、心慌、头晕、乏力等不适，即为合适强度。

二是心率控制法：目标心率≈(220 - 年龄)×0.6~0.7，运动中心率不宜超过这个范围，避免心脏过度负担。同时牢记：宁可强度不够，也不能超标。

四、一套标准、安全的运动流程

每次锻炼都应遵循“热身—运动—放松”三步法：

1. 热身5分钟：活动关节、慢走，让身体逐步适应。

2. 正式运动15—30分钟：匀速有氧运动，不突然加速、不加重。

3. 放松5分钟：逐渐减速、静坐休息，不可立刻躺下、洗澡、喝水过猛。

五、这些情况，立刻停止运动

运动中如果出现以下任何一种症状，

需立即停止运动，必要时及时就医，切勿硬扛：

胸闷、胸痛、压迫感；明显心慌、心跳过快或过乱；头晕、眼前发黑、出冷汗；呼吸困难、严重乏力。

出现不适不要硬扛，及时休息和就诊，是对心脏最负责的保护。

六、康复锻炼之外，这些细节同样不可或缺

康复锻炼并非孤立存在，需与药物治疗、饮食调理、生活方式调整协同配合，才能达到最佳康复效果。坚持规律服药，不擅自停药、减药；低盐、低脂、低糖饮食，戒烟限酒；避免熬夜、情绪激动、过度劳累；运动时最好有人陪同，尤其是康复初期，同时随身携带急救药物，以备不时之需。

七、结语

心脏康复是一场持久战，而非一时突击。从床边站立到规律慢走，从小翼翼到从容锻炼，每一步循序渐进、量力而行，都是在为心脏健康加码。心梗不代表终身残疾，科学运动、合理康复、规律用药、良好心态，这四点共同守护心脏安全，助力患者重启“心”生活。记住：最好的静养，是科学运动；最强的保护，是长期坚持。

从“瘫痪”到“站立”：脑梗死患者的康复护理之路

宿州市立医院重症医学科 潘莎莎

脑梗死是临床常见的脑血管疾病，具有发病急、致残率高、恢复期长的显著特点。众多患者发病后常出现肢体无力、偏瘫、言语不清、吞咽障碍等症，生活自理能力显著下降，不得不长期卧床。疾病带给患者的，远不止身体功能的受限，更有心理压力的陡增、家庭负担的加重及社会角色的转变。从急性期抢救到恢复期功能重建，康复之路漫长且充满反复。唯有依靠科学、持续、循序渐进的康复照护，才能帮助患者逐步摆脱“瘫痪”困境，重新“站立”，并最终融入正常生活。

一、脑梗死后的功能障碍特点与早期康复意识

脑梗死引起的脑组织损伤，在不同程度上会影响运动、感觉、语言、认知功能。早期对功能障碍的认识，直接影响到以后康复的效果。

1. 肢体功能障碍的常见表现

脑梗死后最明显的表现为偏瘫或肢体无力，一般会累及一侧上肢和下肢。患者会存在肌力下降、关节活动受限、肌张力异常等状况。如果长期缺少正确的摆位和活动，就会造成关节挛缩、肌肉废用性萎缩，增大康复难度。

2. 言语与吞咽功能受损

部分病人会出现言语表达困难、理解障碍或者吞咽功能下降。进食呛咳、发音含糊都会影响营养的摄入，还会引起误吸。功能障碍如果得不到及时的干预，恢复的时间会变长。

3. 心理变化对康复的影响

功能丧失突然出现，容易引起焦虑、沮丧、无助感，部分患者还会出现消极情绪。心理状态不稳定会打乱配合度和主动性，对康复进程产生不良影响。因此，早期树立康复信心，是推动功能恢复的关键心理基础。

二、急性期后的基础照护与安全管理

病情稳定之后进入早期恢复期，主要是保持身体的稳定状态，防止继发问题，为康复训练创造条件。

1. 体位管理与肢体摆放

长期卧床者要正确体位，偏瘫侧肢体不得受压，保持关节功能位，可预防关节僵硬和疼痛。定时变换体位有利于促进血液循环，减少皮肤受压的风险。

2. 预防并发症发生

脑梗死病人活动受限容易引发肺部感染、深静脉血栓、压力性损伤等并发症。保持呼吸道通畅、皮肤清洁、肢体轻度活动，可降低并发症发生率。出现呼吸不畅、肢体肿胀、皮肤破损等现象时要及时处理。

3. 日常生活能力的辅助恢复

能力所及范围内鼓励患者做一些简单的日常生活活动，如翻身、坐起、床边活动等。逐步增加参与感，可以增强自信心，为后续康复训练打下基础。

4. 安全环境的合理调整

早期恢复期要对生活环境做一些必要的改变，以降低跌倒、碰撞的风险。床旁保持整洁，不得堆放杂物，地

面干燥防滑。必要时在床边或卫生间设扶手，利于起身和移动。夜间保证充足的照明，减少因视物不清而造成的意外，有利于患者在活动中保持安全稳定。

三、运动功能康复的循序渐进路径

运动功能的恢复是一个由易到难、积少成多的过程，需遵循循序渐进的原则，分阶段推进。

1. 被动活动与主动训练结合

肌力较弱时可做关节被动活动，保持关节活动度。力量逐渐恢复以后开始主动运动，如抬手、屈伸肢体等，训练以无明显疲劳、疼痛为标准。

2. 坐位、站立与步行训练

当患者有一定的躯干控制能力之后，就可以开始床边坐位训练，改善平衡能力。在保护条件下做站立练习，慢慢过渡到短距离行走。训练过程要循序渐进，不能急于求成。

3. 日常动作融入训练过程

将康复训练融入日常生活，穿衣、洗漱、进食等动作练习可以提高实用性。反复练习可以促使大脑功能发生改变，神经通路重新建立。

四、语言、吞咽与认知功能的综合恢复

除了运动功能外，语言、吞咽、认知能力的恢复都会对生活质量造成影响。语言障碍者可以从简单的发音、词汇模仿开始，逐步提高表达能力。吞咽功能恢复时要控制进食姿势及食物性

状，防止进食过快或者食物过硬。认知功能受损者可以做简单的记忆、注意力训练，即阅读、交流、简单计算等，有利于大脑功能的活跃。功能训练要长期坚持，逐步提高难度。

五、康复期管理与长期生活重建

1. 生活方式的系统调整

保持规律作息，不熬夜、不劳累，有利于身体的稳定。饮食清淡、均衡，控制盐和脂肪的摄入，可以降低再次发病的风险。

2. 心态调适与信心建立

康复过程中出现进展缓慢或者短暂停滞的情况，耐心等待就显得十分重要。正视自身能力的变化，逐步设定可实现的小目标，可以增强坚持的动力。

3. 定期随访与健康监测

督促患者按医嘱定期复查，监测血压、血脂、血糖等核心指标变化。若出现肢体功能倒退、言语异常变化或其他不适，应立即就医评估，及时干预，防止问题进一步扩大。

总之，脑梗死后的康复是一条需要耐心与毅力的漫长征途。从最初的肢体瘫痪，到重新站立，再到稳健行走，每一步都凝聚着患者、家属与医护人员的共同努力。科学的康复照护、持续的功能训练与积极的生活态度，是支撑患者走过康复之路的三大支柱。只要坚持循序渐进的康复节奏，许多患者都能在时间与坚持中重新掌握生活的主动权，迈向更加稳定、有尊严的未来。

手术前为何禁食禁水？一文带您了解

安庆市立医院手术室 胡静

“术前前一晚8点后禁食、10点后禁水，手术当天必须空腹。”每一位即将接受手术的患者，都会被医护人员反复叮嘱这项要求。进入手术室后，麻醉师还会再次确认禁食禁水时间。为何要如此反复强调？本文将为您讲透其中的科学道理。

一、术前为什么禁食禁水？

术前禁食禁水是保障麻醉安全的关键措施，其核心目的在于预防“反流误吸”这一致命并发症。

正常情况下，人体吞咽反射和食管下括约肌能有效阻止胃内容物反流至咽喉，但麻醉药物会显著抑制这些保护性机制。当患者意识消失、肌肉松弛后，胃内未排空的食物可能反流入口腔，进而被吸入气管和肺部。胃酸和食物残渣会导致化学性肺炎、气道阻塞，严重时可引发急性呼吸窘迫综合征甚至窒息死亡，死亡率高达5%—50%。

此外，饱胃状态会增加腹内压，影响手术操作视野；术中呕吐也会污染无菌区域。

禁食禁水的时间要求基于胃排空生理学研究：

清流质(水、无渣果汁)胃排空约需2小时；母乳需4小时；配方奶、牛奶及固体食物需6—8小时以上。

这些规定并非随意制定，而是经过大量临床数据验证的安全窗口。

二、术前如何禁食禁水？

禁食禁水需遵循“2-4-6-8”原则，具体时间根据食物种类和患者情况分层管理。

清流质(清水、无果肉果汁、清茶、黑咖啡)术前2小时停止摄入；母乳术前4小时禁食；配方奶、牛奶及淀粉类固体食物(面包、米饭)术前6小时停止；油炸、高脂肉类及难消化食物需术前8小时以上禁食。

婴幼儿因糖原储备少，禁食时间过长可能导致低血糖，故可适当缩短清流质时间并在术前静脉补液。孕妇、肥胖患者、糖尿病患者及胃食管反流病患者需适当延长禁食时间。急诊手术患者若未达禁食标准，需采用快速顺序诱导麻醉(RSI)或放置胃管减压等特殊措施。

值得强调的是，术前2小时少量饮水不仅安全，反而能缓解患者口渴焦虑，并减少术后恶心呕吐发生率，这与传统“滴水不沾”的认知有所不同。

三、常见认知误区有哪些？

误区一：“禁食时间越长越安全。”这种认识是错误的，过度禁食会导致脱水、低血糖、胰岛素抵抗及术后恢复延迟，反而增加感染风险。有的手术患者前一

夜吃完晚饭就开始禁食禁饮，那样也是不对的，在术前禁食水时间过长容易发生低血糖和由于饥饿过度状态不佳情绪烦躁等。所以严格遵循禁食禁饮时间，可以在麻醉以后减少恶心、呕吐的发生率，从而减少误吸、窒息的可能，这样才能安全高效地进行手术。

误区二：“喝点牛奶没关系，比吃饭安全。”这是一个极其危险的认知误区。牛奶虽然呈液态，但其成分中含有大量蛋白质和脂肪，这两种营养物质会显著延缓胃排空速度。研究表明，牛奶在胃内的排空时间与固体食物相当，通常需要6小时以上才能完全进入肠道。更重要的是，牛奶与胃酸混合后会形成凝块，一旦反流误吸，这些凝块会堵塞气道，比清水更难清除，造成的化学性肺炎和机械性梗阻更为严重。临床上看，牛奶、配方奶、含奶咖啡等乳制品，必须严格按照固体食物标准，术前禁食6小时以上，绝不能心存侥幸。

误区三：“局麻手术不用禁食。”这是一个流传甚广但隐患极大的错误观念。患者常认为“我只是打个局部麻醉，意识清醒，不需要禁食。”然而，手术和麻醉的风险永远存在变数。首先，局麻过程中可能出现药物过量或过敏反应，导致惊厥、意识障碍甚至呼吸心跳骤停，此时必须紧急改为全身麻醉或进行气管插管，饱胃状态将让抢救陷入极大被动。其次，手术范围可能扩大、时间可能延长，或患者因紧张疼痛无法配合，临时需要改全麻完成手术。再者，某些部位局麻(如眼科、口腔科)本身就on易刺激迷走神经引发恶心呕吐，胃内容物反流风险并不低。

误区四：“孩子饿不得，偷偷喂点，一会儿食物就消化，胃部也空了。”这同样是一个常见的认知误区。婴幼儿的解剖生理特点决定了他们更易发生误吸：贲门括约肌发育不完善，胃呈水平位，喉头位置较高，这些特点使反流本身就更频繁；一旦发生误吸，小儿气道更窄，少量异物即可完全阻塞，且代偿能力弱，缺氧进展极快，几分钟内就可能造成不可逆脑损伤甚至死亡。同时，儿童胃排空时间并不比成人短，固体食物同样需要6—8小时。所谓“消化快”是误解——婴幼儿代谢旺盛指的是能量消耗快，而非胃排空快。

术前禁食禁水，看似简单，实则关乎生命安全。只有正确理解这一规范，远离认知误区，严格遵守分阶段的禁食禁水要求，才能更好地保障麻醉安全，为自己与家人负责。