



# 警惕慢阻肺的“呼吸警报”

□南方医科大学南方医院 屈理慧 赵海金

日常生活中,人们常将“上接气喘”归咎于年龄增长,将“长期咳嗽”视为吸烟或烹饪引发的小毛病。殊不知,这些被忽视的日常不适,可能是慢性阻塞性肺疾病(以下简称慢阻肺)的早期信号。

“慢性阻塞性肺疾病在全球致死原因中位居第三,但其诊断率却极低。这是一种可防可治的疾病,然而普遍存在的漏诊、误诊问题,导致患者无法获得规范治疗,或接受了错误治疗。”南方医科大学南方医院呼吸与危重症医学科主任刘来昱指出。凡是出现呼吸困难、气短,持续8周以上的慢性咳嗽或咳痰,有反复下呼吸道感染史和/或危险因素接触史的患者,均应考虑慢阻肺的可能。

“早期正确诊断慢阻肺具有重要公共卫生意义。诊断和治疗越早,临床结局越好,包括症状改善、肺功能维持及生活质量提升。”南方医科大学南方医院呼吸与危重症医学科主任医师赵海金介绍。



## 1 致病因素: 烟草烟雾是首要危险因素

慢阻肺的发生是多种环境因素与个体因素长期相互作用的结果。除明确的遗传因素(如 $\alpha$ 1-抗胰蛋白酶缺乏症)外,以下环境暴露是主要致病原因:烟草烟雾是全球公认的慢阻肺首要危险因素,包括主动吸烟或被动吸入二手烟;室内外空气污染涵盖职业性粉尘(如煤矿、水泥、纺织粉尘)和化学物质(如蒸汽、刺激性烟雾)的长期暴露,以及室内空气污染(如厨房油烟、燃烧生物燃料取暖或

烹饪产生的烟雾);儿童期严重的反复呼吸道感染可能影响肺部发育,增加成年后患病风险。

在众多危险因素中,吸烟是导致慢阻肺的首要个人行为危险因素。刘来昱表示:“当烟草烟雾进入肺部,就像呼吸通道内正在发生持续的‘破坏性施工’。烟雾中的有害物质会直接损伤气道黏膜,引发持续性炎症反应,这正是慢阻肺发生发展的核心机制。”

研究显示,吸烟者发生慢阻肺的风险是非吸烟者的3~5倍。烟草烟雾首先灼伤气道内黏膜,导致负责清洁功能的纤毛倒伏失效,同时激活炎症反应,逐渐破坏支撑气道弹性的肺泡壁,最终形成“肺气肿”。烟草刺激会使气道壁增厚、黏液分泌增多,如同隧道变窄且堆满障碍,导致空气进出困难。

特别提醒:戒烟可显著延缓疾病进展,改善患者预后。

## 3 规范用药: 守住呼吸健康“生命线”

对慢阻肺患者而言,规范用药是守护呼吸功能、维持生活质量的“生命线”。不少患者仅在气促时用药,症状稍缓解便停药,这会导致病情在不知不觉中加重。坚持规范用药,能像“消防栓”一样持续控制气道炎症,保持呼吸通畅,预防病情急性加重,保护肺功能不再快速下滑。需牢记以下三点:遵医嘱,不擅自停药,即使自我感觉良好,也需每日坚持用药;学技巧,正确吸入,熟练掌握吸入装置的使用方法,确保药物精准到达肺部;定期复查,按时返回医院复诊,便于医生根据病情优化治疗方案。

## 2 核心信号: 气喘、气短可能是肺部在“求救”

很多人将“上接气喘、走路吃力”归咎于年龄增长或身体疲劳,实则很可能是慢阻肺发出的重要警报。随着年龄增长,活动后出现轻微气短属于正常现象,但如果气短程度明显超过同龄人,甚至在平地行走,从事简单家务时都感到呼吸费力,就需高度警惕。慢阻肺导致的气短会进行性加重,从最初爬楼气喘,发展到平地行走需频频歇脚,最终连穿衣、洗澡等日常活动都会成为负担。当爬楼气喘、走路跟不上同伴成为常态时,很可能是肺功能在发出求救信号。

人体的肺如同精密的“换气系统”,慢阻肺会悄悄破坏这一系统:

气道逐渐狭窄,肺泡弹性下降,导致新鲜空气进出受阻。由此,日常活动变得吃力,呼吸仿佛戴着无形“枷锁”。这种肺功能下降具有渐进性和不可逆性。

若满足以下任一情况,需高度警惕慢阻肺引发的肺功能下降:年龄40岁以上;长期吸烟,或长期接触厨房油烟、粉尘;存在慢性咳嗽、咳痰症状,或气短程度明显超过同龄人;频繁出现爬楼气喘、走路费力的表现。特别提醒:40岁以上,长期吸烟或接触油烟粉尘的人群,应正视“气短”这一信号,建议尽早到呼吸科进行肺功能检查,该检查是诊断慢阻肺的“金标准”。

## 4 呼吸康复: 科学训练重拾顺畅呼吸

“气不够用”是慢阻肺患者的常见困扰,而通过科学的呼吸康复训练,可有效改善部分“丢失”的呼吸功能。呼吸康复的个性化训练计划,核心在于重拾正确的呼吸方式:缩唇呼吸是像吹口哨般缓慢呼气,防止小气道过早塌陷,帮助肺部充分排气;腹式呼吸是吸气时腹部鼓起,呼气时腹部收缩,调动膈肌参与呼吸,提高呼吸效率。每天坚持练习10~15分钟,就能显著改善气促症状。在专业指导下进行适度有氧运动(如平地步行、太极拳),可打破“越喘越不动,越不动越喘”的恶性循环。临床数据显示,坚持康复训练的患者,日常活动能力明显提升,急性加重导致的住院次数也显著减少。

当呼吸不再轻松,当爬楼成为负担,切勿简单将其归咎于衰老。每一次异常的气喘与咳嗽,都是肺部发出的求救信号。从识别早期症状到规范治疗,从坚持呼吸康复到远离烟草危害,守护呼吸健康的每一步都至关重要。总之,要正视慢阻肺,积极应对疾病挑战,守护好每一次自由呼吸的权利,让生命在顺畅呼吸中绽放活力。

合理营养是保障健康、防治疾病、提高生活质量的基石,对延缓衰老、延长寿命尤为重要。老年人常面临牙齿脱落、胃肠功能减弱、肌肉衰减、体脂增加等生理变化,同时也是糖尿病、高血压、高血脂等慢性病的高发群体,多病共存的情况亦不鲜见。

因此,老年人更需注重合理营养。本文结合中国营养学会老年营养分会发布的《中国老年人平衡膳食宝塔(2024)》,为大家分享如何科学安排老人的一日三餐。

## “一到七”数字诀 精准把控老人饮食分量

《中国老年人平衡膳食宝塔(2024)》虽直观易懂,但落实到具体饮食安排中,不少家庭仍感到困惑。为此,本文总结出简单好记的“一到七”数字口诀,帮助大家精准把控老年人的饮食分量。需要注意的是,糖尿病、肾病等特殊疾病患者,应在医生指导下调整饮食。

- 1个拳头大的水果:优先选择应季、新鲜水果,注重品种轮换。
- 2盘蔬菜:坚持餐餐有蔬菜,其中一盘建议为深色叶菜,另一盘搭配瓜类、茄子、菌类等,保证种类多样化。
- 3勺植物油:每日烹调油量不超过3勺(约25~30g),优先选用橄榄油、菜籽油、山茶油等植物油,避免使用动物油和椰子油。
- 4拳头杂粮饭:焖饭时可加入紫米、黑米、燕麦、糙米等全谷物,或红豆、绿豆等杂豆,使其占主食总量的1/3左右。
- 5份优质蛋白:每天保证摄入1个鸡蛋,1杯300ml牛奶(或酸奶),以及一掌心左右的禽畜肉(优选瘦肉),少食肥肉;此外,还应搭配一份水产品(如深海鱼、虾)和大豆制品。豆腐质地细软、钙含量高,是补充优质蛋白的优选。
- 6种调味品:针对老年人味觉、嗅觉退化、口味偏重特点,可善用葱、姜、蒜、醋等天然调味品提味,减少盐的摄入。建议每日食盐摄入量不超过5g。
- 7杯白开水:老年人对口渴的感知减弱,易发生隐性缺水。建议少量多次饮水,每天分7~8次饮用,每次100~200ml,总量约1500~1700ml。

## 三个实用建议 助力解决老人吃饭难题

针对家中老人咀嚼、吞咽或消化功能下降的问题,提供以下三个实用建议。

食材烹制:掌握以下小技巧,可制作出质地细软的“适老软食”。多采用炖、煮、蒸、焖、烩等烹饪方式,适当延长烹调时间,确保食物软烂易嚼;食材切小切碎,制作肉丸或肉饼时,可将肉类剁碎,加入蛋清及胡萝卜、马蹄等碎粒;也可多选豆腐、鱼茸、虾滑、羹

# 手把手教你为长辈 做好一日三餐

□广州市第一人民医院 黄月星 魏星

易消化食材;土豆、红薯、淮山等薯类煮熟后可压成泥,作为早餐既营养又美味;杂粮类建议提前加水浸泡2~3小时再蒸煮;坚果类可碾碎成粉,加入奶制品或杂粮粥中食用。

餐具升级:为老人准备一套合适的辅助餐具,如助食勺、防洒碗/盘、流食杯等,材质建议选择隔热防摔的硅胶或实木,切实为老人进餐提供便利。

氛围营造:耐心陪伴老人进餐,避免催促,鼓励其充分咀嚼;平日多准备老人喜爱的食物,精心搭配不同形状和口感的菜品,增添进餐的乐趣,提升老人用餐幸福感。

## 食谱示范 营养均衡的一日三餐

大家不妨尝试亲手为家中长辈准备一顿科学搭配、营养均衡的健康膳食。营养师推荐的一日三餐食谱如下:早餐:牛奶燕麦鸡蛋粥(鲜牛奶200ml,鸡蛋1个,燕麦20g)、小肉包1个;上午加餐:酸牛奶100ml;午餐:杂粮软米饭(紫米30g,白米70g)、清蒸鱼腩(草鱼腩100g,去骨)、水煮菜心100g、冬瓜汤100g;下午茶:香蕉土豆泥(香蕉1条,熟土豆100g);晚餐:蒸软杂粮饭(红豆30g,白米70g)、苦瓜炒肉片(苦瓜100g,瘦肉25g)、小葱拌豆腐100g、娃娃菜汤100g。

膳食宝塔提供的是普遍性指导原则,并非针对个体的量身定制方案。特别是合并多种慢性疾病、身体状况较差或已出现营养不良的老人,建议及时前往医院营养科就诊,在专科医师指导下调整饮食,或适当口服营养补充制剂,以更好地保障健康。

(医学指导:广州市第一人民医院临床营养科主治医师 林寒潇)

# 读懂乙肝“两对半” 告别“肝”扰不尴尬

□郭莉 甘弘利 肖丽娜 曾铮

病毒性肝炎是全球重大公共卫生问题之一。在我国,乙型肝炎(简称“乙肝”)因高感染率、慢性化风险及严重并发症,成为威胁全民健康的重要挑战。其病毒主要通过血液、母婴和性接触传播。

感染后若未及时发现,约2.1%~2.6%的感染者会出现反复肝炎活动,长期进展可导致肝硬化,1%~15%的患者可能发展为肝癌。2025年,国家疾控局等部门联合印发《中国防治病毒性肝炎行动计划(2025-2030年)》,明确到2030年乙肝、丙肝患者诊断率和治疗率均达80%以上。实现这一目标的关键,在于提升公众对核心检测指标的认知,破除知识误区,主动做好防控。本文结合权威指南与临床共识,以通俗语言解读乙肝“两对半”检测,助力公众科学应对肝炎威胁。

病毒复制活跃度及机体免疫状态,具体包括①乙肝表面抗原(HBsAg)、②乙肝表面抗体(HBsAb)、③乙肝e抗原(HBeAg)、④乙肝e抗体(HBeAb)、⑤乙肝核心抗体(HBcAb)。其“两对半”的命名逻辑为:①与②构成一对(表面抗原与表面抗体),③与④构成一对(e抗原与e抗体),⑤为核心抗体单独为“半对”——因对应的核心抗原(HBcAg)隐藏在病毒内部,常规检测难以检出,核心抗体遂成为判断感染痕迹的关键指标。简言之,这五项指标可分别明确“是否存在病毒”(HBsAg)、“病毒复制是否活跃”(HBeAg、HBsAb)、“机体是否有免疫力”(HBsAb、HBeAb)、“机体是否有免疫力”(HBsAb、HBeAb),掌握其检测逻辑便能快速读懂检测报告。

抗体滴度越高保护力越强,阴性提示为乙肝病毒易感人群。

乙肝e抗原(HBeAg)阳性提示病毒复制活跃、传染性强,血液中病毒载量较高;乙肝e抗体(HBeAb)阳性表示病毒复制减慢或趋于静止,传染性相对较弱,病情多处于稳定状态,但不代表病毒已完全清除。

乙肝核心抗体(HBcAb)阳性表示曾经或当前感染过乙肝病毒,如同“终身免疫印记”,即便病毒已清除,该抗体仍可长期阳性,是区分“从未感染”与“隐性感染”的重要依据。

中华医学会肝病学会《慢性乙型肝炎防治指南(2022年版)》强调,乙肝“两对半”需结合五项指标的组合结果综合判断,其中“大三阳”和“小三阳”是临床最常见的指标组合模式。

日常接触不会传播,感染风险主要来自非正规纹身、共用牙刷、血液制品污染等血液暴露行为。

误区二:认为乙肝携带者无症状就无需管理,实际“无症状”不代表“无风险”,长期病毒感染可能导致肝纤维化、肝硬化,部分携带者需遵医嘱治疗,且需每6~12个月定期复查。

误区三:认为乙肝患者一定会得肝癌,实际规范抗病毒治疗可使5年肝癌发生率降低60%以上,早发现、早治疗并坚持定期随访是降低肝癌风险的关键。

## 全民防控:守护肝脏健康

乙肝防控需全民参与,共筑肝脏健康防线。接种疫苗是重要手段,新生儿应在出生24小时内接种首剂乙肝疫苗,全程3针接种后保护率达95%以上,成人高危人群(乙肝患者家属、免疫功能低下者、医务工作者等)若抗体阴性需及时接种或补种;定期检测不可或缺,普通人群每1~2年检测一次乙肝“两对半”,高危人群每6~12个月检测乙肝“两对半”并结合肝功能、肝脏超声评估;乙肝患者需定期复查HBV-DNA、甲胎蛋白、肝脏弹性检测等;规范治疗是核心,慢性乙肝患者需长期遵医嘱抗病毒治疗,不可擅自停药或换药,治疗期间应避免饮酒、吸烟,保持规律作息与清淡饮食;同时需消除歧视,给予乙肝患者及感染者更多理解与包容,营造无歧视的社会环境,避免因隐瞒病情而延误治疗。

病毒性肝炎防控是全社会共同参与的“全民战役”。《中国防治病毒性肝炎行动计划(2025-2030年)》为防控工作指明了方向,而读懂乙肝“两对半”,破除知识误区、主动做好防护,是每个公民的责任。愿每个人都能掌握肝炎防控知识,以科学态度对待乙肝,以积极主动保护肝脏,共同迈向“无肝炎”的健康未来。

(作者单位:广东省人民医院、中山大学附属第三医院、中山市第二人民医院、广东省人民医院)

## 乙肝“两对半”:检测的“黄金标准”

拿到体检报告上的乙肝“两对半”结果,不少人面对阳性(+)、阴性(-)符号往往困惑不已。乙肝“两对半”又称乙肝五项,是检测血液中乙肝病毒血清学标志物的核心项目,可精准判断是否感染乙肝病毒。

## 指标解读:快速读懂报告

乙肝表面抗原(HBsAg)阳性为感染乙肝病毒的直接证据,提示病毒当前存在或曾经感染,阴性则未检测到该抗原,需结合其他指标综合判断;乙肝表面抗体(HBsAb)阳性表示体内存在保护性抗体,可通过接种乙肝疫苗或感染后自愈获得,



## 重点区分:“大三阳”与“小三阳”

“大三阳”的组合结果为乙肝表面抗原(+),乙肝e抗原(+),乙肝核心抗体(+),提示病毒复制活跃、传染性较强,可能处于急性发作期或慢性活动期,需进一步检测肝功能及乙肝病毒核酸(HBV-DNA),若指标异常应及时遵医嘱启动抗病毒治疗。

“小三阳”的组合结果为乙肝表面抗原(+),乙肝e抗体(+),乙肝核心抗体(+),提示病毒复制减慢、传染性相对较弱,但并非“无需干预”,部分患者可能存在病毒变异,需定期监测肝功能、HBV-DNA及肝脏超声,警惕肝纤维化、肝硬化进展。

特别提醒,“大三阳”不等于病情严重,“小三阳”也不代表无需管理,病情轻重需结合肝功能指标、影像学检查及临床症状综合评估。

## 破除误区:科学认识乙肝

误区一:认为乙肝可通过日常接触传染,实际共餐、握手、拥抱等无血液暴露的

# 养肝不复杂 作息是关键

□中山大学孙逸仙纪念医院 房诗婷 刘文琴 黄睿

深夜的办公室里,键盘敲击声此起彼伏;凌晨的卧室中,手机蓝光映照无数张疲惫的面庞。当人们沉浸于熬夜加班的工作节奏或碎片化的娱乐时间时,人体最沉默的器官——肝脏,正承受着超负荷的工作压力,悄无声息地影响着健康状态。

中山大学孙逸仙纪念医院肝胆外科主任医师房诗婷提醒,长期熬夜会对肝脏造成不可逆的损伤,规律作息、保持充足睡眠,是呵护肝脏的关键所在。

## 肝脏:强大却藏着脆弱

肝脏是人体唯一具有再生功能的实质器官。这个重约1500g的“化工厂”,每天默默执行着500多项生理任务,包括分解毒素、合成凝血因子、调节血糖、代谢脂肪等。令人惊讶的是,其工作效率极高,在正常负荷下,仅需调动1/4的肝细胞即可完成各项工作。

然而,强大如肝脏,也有脆弱的一面。由于肝脏痛觉神经分布极少,即便70%的肝细胞受损,身体也可能无明显不适,甚至肝功能化验指标仍可能显示正常。这一特性使得肝病极具隐匿性,早期不易被发现,往往确诊时已进入中晚期,错失最佳治疗时机。

因此,保护肝脏健康,不能仅依赖身体的“报警信号”,还应主动关注、定期检查,做到防患于未然。

## 熬夜:肝脏的“隐形杀手”

人体的每一个细胞都有自己的“生物钟”,肝脏亦不例外。肝细胞中的“时钟基因”调控着解毒、代谢等重要功能,23:00~3:00是肝脏的“黄金修复期”。在此期间,深度睡眠会触发肝脏开启“修复模式”,助力修复白天受损的肝细胞,清除体内有害毒素。

经常熬夜则会打破肝脏的正常“生物钟”,迫使肝细胞在修复期继续“加班”——如同让一台精密机器不停机检修却持续运转,必然导致故障率

升高。熬夜期间产生的过量脂质过氧化物等代谢产物,会直接损伤肝细胞膜,诱发炎症反应,造成肝细胞损伤。

房诗婷指出,长期熬夜导致的肝脏时钟基因功能紊乱及肝细胞损伤,可能引发脂肪肝、肝炎、肝硬化,甚至肝癌等疾病的发生与发展。美国肝病研究协会(AASLD)的调研数据显示,经常熬夜的人士肝功能转氨酶异常率是正常作息者的3.2倍。

尽管肝脏有强大的代偿功能,在一定范围内的超负荷运转不会表现出“异常”,但每一次熬夜,都在悄悄累积肝细胞的损伤。长此以往,肝脏可能从“亚健康”状态逐渐发展为无法挽回的“罢工”。

## 养肝:从健康生活起步

为保证肝脏按昼夜规律正常“工作”,房诗婷建议建立科学的作息时间表:尽量在23:00前做好睡眠准备,最晚不超过00:00进入睡眠状态,以保障充足的深度睡眠时间,让肝脏规律开启“修复模式”,完成受损细胞的修复与毒素清除。中医理论同样强调,23时是晚睡的极限,子时(23:00~1:00)至丑时(1:00~3:00)是肝胆经“当值”修复的关键期,此时熟睡方能助力肝脏完成代谢与解毒工作。

除规律作息外,合理的饮食结构对肝脏健康亦至关重要。避免暴饮暴食,减少高脂、高糖食物摄入,可减轻肝脏代谢负担;同时,多吃富含膳食纤维和抗氧化物质的食物,如新鲜蔬菜、水果、全谷物等,有助于保护肝细胞。

此外,坚持适量运动也是养肝的关键。有氧运动不仅能促进新陈代谢,还能帮助消耗多余脂肪,有效预防脂肪肝。

别再让健康“肝”着急。从今天开始,关注肝脏,关爱自己,用科学的生活方式为肝脏健康保驾护航。

(医学指导:中山大学孙逸仙纪念医院肝胆外科主任医师 房诗婷)