

# 别让“侧弯”偷走孩子的挺拔

家有娃的家长,若发现孩子走路歪身、坐姿含胸驼背或肩膀一高一低,别简单归为“坏习惯”,背后可能是儿童青少年脊柱侧弯这一易被忽视的健康隐患。作为儿科护理工作者,我见过因早期忽视而使轻微侧弯发展为畸形的案例,这不仅影响孩子形体美观,还会压迫内脏、影响发育,留下终身遗憾。儿童青少年时期是脊柱侧弯高发期,也是矫正黄金期。今天这篇科普教您揪出侧弯信号、科学预防,守护孩子“挺拔脊梁”。

## 脊柱侧弯的定义与成因

脊柱侧弯指脊柱偏离正常中线,向一侧弯曲成“C”形或“S”形畸形,是常见骨骼肌肉疾病,发病率为2%~3%,女孩发病率高于男孩。青春期骨骼快速发育时,侧弯进展会加快。很多家长以为侧弯只有先天遗传原因,实则临床上80%以上是特发性脊柱侧弯,与后天不良姿势、缺乏运动、脊柱受力不均有关。孩子长期低头看电子产品、歪坐趴桌、单肩背书包、侧睡、跷二郎

腿,或缺乏运动致背部肌肉力量弱,都会让脊柱“跑偏”,这些小习惯是“隐形杀手”。

## 早期症状与自查方法

脊柱侧弯早期症状隐蔽,易被忽视,错过最佳矫正时机。身体会发出“求救信号”,家长可通过自查发现。一是看静态姿势:让孩子自然站立脱衣,观察肩膀、肩胛骨、腰线、骨盆情况。二是做简单动作:让孩子弯腰90度双手下垂,从后方观察背部是否高低不平,即“前屈试验”,若有“剃刀背”畸形,侧弯较明显。此外,留意孩子日常表现,如腰背痛、走路姿势怪、衣服领口或裤腿不对称等,应及时检查。脊柱侧弯筛查最好从3岁开始,学龄期和青春期建议每6个月自查一次。

## 科学诊断与干预方案

发现孩子有脊柱侧弯迹象,家长别惊慌,勿信网传“正骨复位”“偏方矫正”,应及时带孩子到正规医院骨科、康复科就诊,通过X光片明确侧弯角度和类型。医学上,轻度侧弯(角度小于10度)以居家干预和定期复

查为主;中度侧弯(10~20度)需在医生指导下进行康复训练和佩戴矫形支具;重度侧弯(角度大于40度)可能需要手术治疗。对于轻度侧弯,家庭护理和干预是核心,可引导孩子做康复训练,纠正不良姿势,选择合适书包。需佩戴支具的孩子,家长要做好心理疏导,定期复查调整支具。

## 日常预防与健康习惯培养

提前预防是守护孩子脊柱健康的根本,关键在于日常生活细节,需要家庭、学校、孩子三方配合筑起“防护墙”。首先要培养孩子良好姿势,从坐姿、站姿、走姿到睡姿全程规范:坐姿端正,站姿挺胸收腹,走路抬头挺胸,睡姿尽量仰卧,枕头高3~5厘米。其次,严控电子产品使用时间,每天不超过1小时,看屏幕时与眼睛平视,每30分钟起身活动。再次,让孩子多做户外运动,如游泳、跳绳等,游泳最适合保护脊柱,建议每周至少运动3次,每次超过30分钟。另外,重视孩子书包重量和桌椅高度,及时调整课桌椅,学校可增加脊

柱健康课程。最后,定期带孩子体检,将脊柱检查纳入常规项目。

## 青春期高发期与常见误区

特别提醒青春期孩子的家长,女孩月经初潮前后、男孩变声期是脊柱侧弯高峰期,应加强观察和筛查。同时避免两个误区:一是认为“孩子长大后自然会矫正”,二是过度焦虑。

## 家庭与社会的共同责任

脊柱侧弯危害大,不仅影响外观、自信,还会压迫心肺、影响发育。作为儿科护理工作者,我见过因脊柱侧弯受影响的孩子和追悔的家长。防治并不复杂,家长细心发现异常、耐心引导习惯、用心陪伴运动,就能避免侧弯。守护孩子脊柱健康是家庭和社会的责任,让我们用科学方法为孩子脊柱保驾护航,让孩子昂首挺胸迎接未来,不让“侧弯”留下遗憾。

(作者:李慧敏 华安县医院 主管护师)

# 消化道早癌筛查 不同人群筛查频率不同

胃癌、食管癌、结直肠癌等消化道癌症是福建省高发恶性肿瘤,发病率、死亡率均居前列。其早期症状隐匿,确诊时多为中晚期,早筛查、早干预能显著提升治愈率。不同人群患病风险差异大,筛查时间与频率需精准匹配,以下是基于权威指南的精简筛查方案。

## 普通风险人群:40岁启动常规筛查

无肿瘤家族史、无慢性消化道疾病、无不良生活习惯且无症状者,40岁后发病率显著上升,需按时启动筛查。

上消化道(食管、胃):筛查金标准为胃镜(可直接观察黏膜、取活检)。首次筛查无异常,每3~5年复查;发现轻度萎缩性胃炎,缩短至每2~3年一次。

下消化道(结直肠):首选结肠镜(可同步切除癌变前息肉);初筛可选粪便潜血或免疫化学试验。结肠镜无异常者每5~10年复查,粪便试验需每年一次,阳性者及时做结肠镜。

## 高危风险人群:提前筛查,加密频率

高危人群需提前5~10年启动筛查,缩短复查间隔,具体分类如下:

肿瘤家族史人群:直系亲属(父母、子女、兄弟姐妹)患消化道癌,或有遗传性息肉病,患病风险升高。

筛查建议:直系亲属50岁前患病者,筛查年龄提前至30~35岁,每2~3年查对应部位内镜;家族性腺瘤性息肉病患者,每年查一次结肠镜。

幽门螺杆菌感染人群:幽门螺杆菌为一类致癌物,长期感染可能诱发萎缩性胃炎、肠化生,增加胃癌风险(注意检查前需停用胃药、抗生素2~4周)。

筛查建议:阳性者先遵医嘱进行根除治疗。根除成功后,胃镜下仅表现为浅表性胃炎,可考虑每3~5年复查胃镜及幽门螺杆菌检测;根除前已存在萎缩、肠化生等病变,则每2~3年复查胃镜。根除失败者需调整方案,根据胃黏膜状况缩短复查间隔。

不良生活习惯人群:长期吸烟饮酒、高盐或腌制或熏烤饮食、饮食不规律、久坐不动者,黏膜损伤风险高。

筛查建议:35岁启动筛查,上消化道每2~3年查胃镜,下消化道每3~5年查结肠镜,同时调整生活习惯。

慢性消化道疾病及癌前病变人群:巴雷特食管、中重度萎缩性胃炎伴肠化生、溃疡性结肠炎、结肠息肉等,均为高危病变。

筛查建议:巴雷特食管、中重度萎缩性胃炎患者每1~2年查胃镜;溃疡性结肠炎患者每1~2年查结肠镜(病情活动者每年一次);结肠息肉切除后,单个小息肉术后1~3年复查,多个或腺瘤性息肉术后6个月至1年复查。

## 特殊人群补充

70岁以上老年人:此阶段消化道肿瘤发病率达高峰。身体状况良好、预期寿命较长的老年人,可持续筛查直至75~80岁;合并严重基础疾病、预期寿命有限或内镜耐受度差者,应由医生

综合评估风险与获益,必要时选择无创检查或终止筛查。

消化道手术史人群:胃癌术后每1~2年查胃镜;结直肠癌术后初期复查较密集(如术后1年),无异常后续可延长至每1~3年一次,具体频率由主治医生根据手术及病理结果制定。

无症状≠无病变:早癌多无明显症状,切勿因无症状拒绝筛查,特别是有粪隐血阳性、肿瘤标志物升高时。

内镜是金标准:胃镜、结肠镜准确率高于影像学检查,可同步活检和治疗。

个性化评估:以上为通用建议,具体方案需由消化内科医生结合自身情况制定。

遵循科学筛查时间表,定期检查,是应对消化道早癌最有效的手段。与医生保持沟通,制定最适合自己的筛查方案,才能真正做到防患于未然。

(作者:郭仙斌 福州大学附属省立医院 消化内镜中心)