

失眠的心理行为治疗

□李 红

失眠是一种常见的病理、生理现象。人们在大赛前夕、考试前夕等情况下可有不同程度的失眠,这种偶尔的失眠是一种合理的生理、心理反应,不必感到紧张。但是,当失眠的严重程度或持续时间,以及与客观的事件或处境不相称,并且损害身体、心理、社会功能时,则为失眠的疾病状态,应积极治疗。

失眠的治疗方法主要包括非药物治疗和药物治疗,患者经常优先选择非药物治疗,但是有时仍需要服用药物,综合治疗是最常用的方法。常见的几种非药物干预治疗方法如下:

睡眠卫生教育

- 一、保持规律的就寝和起床时间,即使前一晚没睡好也不要补觉,避免白天打盹儿。
- 二、调整不良作息习惯,如睡眠时间不规律,午睡或白天卧床时间过多,经常熬夜等。
- 三、改善睡眠环境,控制卧室的温度、噪音及光线。
- 四、规律进餐,夜间避免过度饮用饮料,减少咖啡、浓茶的摄入,避免饮酒。

刺激控制疗法

床、卧室只作为睡觉及相关活动的用途,要避免在床上从事与睡眠不相关的活动(如看电视、玩手机、思考问题等)。如果躺在床上超过20分钟难以入睡,就应该起床,改变环境,随手做一些

小事情,直到瞌睡再上床。睡不着,闭上眼睛躺在床上等着睡眠不可取。

睡眠时间限制疗法

失眠的人往往会花费很多时间躺在床上,但是其睡眠时间并非实际睡眠时间,这反而会影响睡眠的动力,使睡眠效率下降。因此,应根据自身情况设定上床和起床时间,可在治疗开始前1周~2周填写睡眠日记,记录每天上床时间、起床时间、总睡眠时间等,并以此为基础,根据实际需要设定每天起床和上床时间,最开始设定的卧床时间应不小于5小时。

认知疗法

主要目的是改变失眠者对睡眠、失眠的不当想法,从而减少其对睡眠的担心、焦虑情绪,降低其持续过度活跃的心理状态。

对睡眠不切实际的期望(我以前倒头就睡,睡8小时~10小时,现在达不到这种状态,肯定会对我的身体有害)、灾难化失眠的后果(今晚睡不好,明天什

么也干不好)等,这些是失眠得以继续维持的原因,也是失眠恶化的因素,我们要转换这种信念,改变不合理认知,重建睡眠信念。

放松疗法

可根据自身情况选择一种放松技能,如肌肉渐进式放松训练、冥想放松、正念疗法等。应在整洁的环境中坚持练习,改善机体的紧张状态,通过不断练习,让身体达到一个真正的放松状态,有利于睡眠。

音乐疗法

轻柔舒缓的音乐可降低个体的交感神经兴奋,转移注意力,缓解焦虑紧张情绪。音乐的选择需要考虑到不同人群的特点,如个体的年龄、音乐偏好、音乐素养、文化背景等。

在失眠障碍的干预中,经常会使用不同

组成形式的多模式疗法。但需要注意的是,如果患者无法从中获益或病情复杂,要及时到医院精神科就诊,规范治疗。

运动疗法

主要以中高强度的有氧运动与中等强度的抗阻力运动来治疗失眠,如步行、快走、游泳、打太极拳、跳广场舞等。一般要求成人每周至少锻炼5次,每次至少进行30分钟中等强度的有氧运动。运动时间以白天为宜,睡前3小时应避免大量运动。

(作者供职于郑州大学第一附属医院精神医学科)



转氨酶高为什么不能献血

河南省红十字血液中心 苗 军

血液是生命之源,维持着人体活力与健康,同时也是疾病救治中的特殊“药品”。

无偿献血是临床用血的主要来源,但是经常有献血者因为在献血前初筛时被查出转氨酶偏高而被建议暂缓献血。许多人对此感到困惑,平时自己定期献血,偶尔高一次怎么就不合格了呢?下面就来了解一下转氨酶高为什么不能献血。

转氨酶是催化人体内氨基酸与酮酸之间氨基转移的一类酶,是人体代谢中相当重要的催化剂,普遍存在于心肌、脑、肝、肾等组织器官。

转氨酶种类很多,其中以谷丙转氨酶(ALT,俗称谷丙)和谷草转氨酶(AST,俗称谷草)两项最为重要。血站的献血初筛检测针对的是ALT。ALT在人体组织器官中的含量从高至低依次排序为:肝、肾、心肌、脑、骨骼肌等。当这些组织器官发生病变或受到损害时,均可引起血液中转氨酶水平不同程度的升高。例如,当肝细胞受到有毒物质的毒害,发生变性、坏死、中毒时,转氨酶就会释放入血液中,导致血清转氨酶升高。在肝功能检查化验中,转氨酶高说明肝功能受损,急性肝炎患者血清转氨酶明显高于正常人。

为了保证血液质量,确保临床输血安全,在无偿献血前,血站都会对献血者

的血液进行初筛,献血后还要在血站检验科进行更加严格的检验。由于转氨酶的水平可以比较敏感地反映肝脏功能是否受到损伤,通过对转氨酶的初步检测,就可以把献血人员中可能患有肝脏疾病者排除在第一道关口之外,从而保证捐献血液的质量安全。但是,献血时被告知转氨酶偏高,需要暂缓献血,并不代表肝脏一定出现了问题。事实上,很多情况下转氨酶水平正常与否,并不能完全反映肝脏功能的好坏。导致转氨酶升高还有其他一些原因,下面我们将转氨酶升高的原因梳理一下。

转氨酶升高一般可以划分为非病理性和病理性两大类。

非病理性的原因:饮酒、食用油膩食物,导致肝脏负担增加;过度劳累,没休息好,睡眠不佳;急性软组织损伤,剧烈运动;日常服用的药物所产生的副作用;营养不足,饮食结构不合理。这些生理性原因经过采取戒酒限油,充分休息、停用药物、补充营养、改善饮食结构等措施,转氨酶一般情况下都能够恢复到正常。但是如果纠正了这些诱发的因素之后,转氨酶仍然不能恢复到正常,就要考虑是不是因为某些疾病导致的转氨酶升高,我们称之为病理性肝损伤。

病理性的原因:肝脏疾病患者,特别是病毒性肝炎、肝硬化、脂肪肝等;其他

脏器疾病患者,如胆管、胆囊及胰腺疾病患者等;药源性或中毒性肝损伤,以及药物过敏,如服用了会损伤肝脏的红霉素、四环素、安眠药、解热镇痛药、避孕药,以及半夏、槟榔、青黛等,但是在停用这些药物后,转氨酶水平则会很快恢复正常;长期酗酒导致酒精肝,或饮食结构不合理导致脂肪肝等。

在这些病理性原因里,首先要警惕病毒性肝炎。无论是甲型肝炎、戊型肝炎这些消化道传播的急性肝炎,还是乙型肝炎、丙型肝炎这些体液传播的慢性化肝炎,都可以引起转氨酶升高。如果转氨酶升高,同时查到病毒阳性,尤其是乙型肝炎、丙型肝炎病毒阳性,就要积极抗病毒治疗,阻断病情进展;否则转氨酶长期居高不下,说明有持续的肝损伤存在,病情就有可能慢慢进展,严重的可导致后期的肝硬化,甚至肝肿瘤。

如果排除了病毒性肝炎,还要警惕

是不是酒精肝、脂肪肝,这两种肝病在近几年发病率有逐年升高的态势,跟生活方式和饮食结构有很大关系。这些情况的治疗除了借助药物之外,最根本的治疗方法就是要去除损伤肝脏的因素,适量运动,戒

酒,健康膳食,积极减重等,一般都会有明显的恢复效果。

因此,如果献血的时候,发现转氨酶轻度升高,应结合自身情况,初步分析转氨酶升高的可能因素,不必过度惊慌,后续定期体检监测,一般情况下都能通过转变生活方式获得良好效果。但如果发现转氨酶骤然升高,甚至高至正常值上限的数倍、数十倍,并伴随有相应的临床症状,如肝区疼痛、恶心乏力、黄疸等,就有可能是病理性的,一定要进行系统检查和治疗,找出病因,积极配合治疗。

另外,转氨酶偏高的人群,建议多吃维生素C和维生素E含量高的食物,维生素C含量较高的食物主要是瓜果蔬菜,而维生素E含量较高的食物主要是坚果类。注意高蛋白饮食,促进肝细胞的修复与再生,推荐鱼、虾和蛋,尤其是鱼类,含有丰富的蛋白,易消化;还可多食用菌类提高免疫力,如木耳、香菇、蘑菇等。



几种易被误诊的颈椎病

□韦中阳

颈椎病颇为常见,临床表现甚为复杂,在基层医院易于造成误诊。现结合临床工作经验,略陈浅见,以期有益于颈椎病的诊断和治疗。

无症状型颈椎病的诊断

目前,不少医者对于颈椎病的概念,多来自神经根型颈椎病,一提起颈椎病总是先想到“脖子痛”,有不少学者也把有无“颈肩臂痛”作为确诊或否定颈椎病的主要依据。而不少放射专家与临床专家进行探索,将没有临床表现而有典型颈椎病CT或MRI(磁共振成像)表现者称为“无症状型颈椎病”。也有专家主张,只有影像改变而无症状者,不能诊断为颈椎病,只能称“颈椎退行性变”。还有专家提出,这些只有影像改变而无临床症状者属于生理性老化,即随着年龄的增长而出现的正常生理变化。

按照以往的概念,颈椎间盘退行性变,引起颈、肩、臂、手疼痛或麻木,统称为颈椎病。这一概念现在看来显然有失偏颇,但是至今在基层医院仍有深刻影响。

临床研究表明,有颈、肩、臂、手痛者,多是轻型颈椎病,而重型颈椎病(椎动脉型、脊髓型)和大部分交感神经型者多无明显的颈肩痛,甚至颈肩部无不适感

觉,表现为运动麻痺,常因下肢活动不灵或瘫痪、头晕、耳鸣等就医。这些患者易被误诊为脊髓性肌萎缩症、肌萎缩侧索硬化、梅尼埃病、脑动脉硬化症、脊髓空洞症、多发性硬化症等。近几年,经CT或MRI检查确诊的颈椎病,高达54%~75%无颈肩臂痛等相关症状,若按传统观点,这些患者必被列入“无症状型颈椎病”。因此,明确“有颈椎病的CT或MRI检查所见而无颈椎病症状”的观点,是推动重型颈椎病研究向纵深发展的理论基础,要警惕把其他类似疾病误诊为颈椎病。

以肩周炎为主要症状的诊断

肩周炎又称肩关节周围炎,俗称五十肩,顾名思义发病多在50岁左右。肩周炎起病多为隐匿性,常在受凉后出现肩部疼痛,夜间加重,向患侧侧卧痛剧,肩部肌肉痉挛,活动受限。经数月或数月后疼痛逐渐缓解,肩部活动在数月或一年后可自然恢复。肩周炎的病因尚不清楚,治疗亦缺乏短期内有效的方法。

临床上发现,颈椎病同时患有肩周炎和一些久治不愈的肱骨外上髁炎(又称网球肘)患者,于颈椎定点复位,颈部痛点封闭及牵引治疗后,不仅颈椎病的症状和体

征消失,而且肩周炎及肱骨外上髁炎未经治疗亦在较短时间内获得良好改善,从而表明两者之间有一定联系。

颈椎病及肩周炎均为中年以后的多发病,二者并存早为一些医者所注意,但认识不一致。有人认为肩周炎是肩关节退变性与创伤性炎症过程在临床上的表现,还有人认为肩周炎与颈椎病对神经根压迫有发病机理上的联系,是颈椎病的一种临床表现。而最新的观点认为,颈椎病产生的肩臂痛,可能是因神经根受刺激,也可能是颈椎间盘源性疼痛。

以吞咽困难为主要症状的诊断

颈椎病所致的吞咽困难,其临床特点是阵发性进水、进食不畅,胸骨后烧灼痛,这种吞咽困难及胸骨后烧灼痛与颈椎的位置有密切关系,而且时轻时重,经常发作往往又自行缓解。X线及食管钡餐造影可见颈5~7椎体前缘明显之骨赘压迫食管,造成不完全性梗阻。

引起吞咽困难的原因是颈椎间盘组织退行性变,继发椎体前缘骨质增生。当这种骨质增生达到一定程度时,超过食管本身所能承受的缓冲和代偿时才出现吞咽困难。颈椎病所致的吞咽困难临床较少见,除吞咽困难外,尚有颈椎病的

其他临床表现。因此,在中老年人出现吞咽困难时,除食管癌、食管憩室等食管疾病外,还应想到颈椎病所致的吞咽困难的可能。

以眼部症状为主要症状的诊断

在临床上,颈椎病能引起眼痛、眼胀、畏光、流泪、斜视、复视、瞳孔大小不等、视物模糊、失明等,对这些眼部症状往往在颈椎定点旋转复位后,患者主诉突感视物清晰,眼胀痛、畏光、流泪消失,方逐渐意识到系颈椎病所为。

以交感神经综合征为主要症状的诊断

交感神经型颈椎病的临床表现多种多样,在临床上主要表现为心律不齐、心动过速或过慢、心前区疼痛,血压增高或偏低,出汗异常,畏寒肢冷,局部皮肤苍白或发红,皮温偏低,皮肤刺痛、肿胀、疼痛,其疼痛区域不一定按神经节段分布,还有乳房胀痛、月经不调、不孕等。上述症状与交感神经综合征很难鉴别,故常被误诊为神经症或自主神经功能紊乱。颈椎病常有椎间盘变性、椎间孔变小、骨质增生、颈椎失稳等因素,造成压迫或刺激而引起反射性的交感神经症状。

(作者供职于安阳市人民医院骨一科)

疫情防控做好「加减乘除」

□张伟平

近期,全国本土聚集性新冠肺炎疫情呈现点多、面广、频发的特点,疫情形势依然严峻复杂。各地始终坚持“外防输入、内防反弹”总策略和“动态清零”总方针,科学研判、精准施策、统筹调度,坚决果断采取措施,加大核酸检测、流调溯源、隔离管控等工作力度,抓实抓细疫情防控各项工作,坚决筑牢疫情防控屏障。

目前主要流行的奥密克戎变异株传播速度更快、隐匿性更强,无症状感染者人数多、比例高是本轮疫情的明显特点,很多感染者感染后短时间内没有表现出临床症状。越是在这个时候,越不能掉以轻心,越不能不加以防备。我们每个人都是自己健康的第一责任人,在工作生活中要牢记“加减乘除”,切实做好防护工作。

加——加强个人防护。首先要接种疫苗,接种完全程疫苗,包括打好加强针(尤其是60岁以上老年人群)。其次要科学佩戴口罩,室内经常通风,养成勤洗手的习惯。再次,外出要牢记“一米线”,主动扫码,注意测温。从外地归来要严格执行社区、单位报备制度,按照规定做好核酸检测。居家也要有防护意识,尽量“一人一室”。养成分餐制,使用公勺、公筷等,咳嗽、打喷嚏时要用纸巾或肘袖遮挡,不随地吐痰。

减——减少聚集,减少外出,减少流动。非必要不出门,非必要不出区,非必要不出县,更要减少跨省流动。人多的地方不去,能不开的会议不开,必须开的会议尽量在线上召开。在工作生活中尽可能避开密闭场所、密闭空间。“婚事缓办,他事简办,能不办的就不办”。

乘——乘势而为,创新生活方式。学会线上办公,学会线上生活,掌握新的生活生存技巧。年轻人可做点简单的家务,老年人可学学使用智能手机。音乐能使心情舒畅,读书能增加智慧。注意做好形体锻炼,“管住嘴、迈开腿”,多和家人、朋友、同事视频联系交流,有规律作息。

除——除去烦恼。注意心理健康,保持科学、健康、乐观的心态。不信谣、不传谣,听从政府安排,自觉遵守防疫要求,多一些相互理解、相互配合。注意公告内容,远离负面信息。

(作者供职于河南省卫生健康委)

四肢脂肪肉瘤的治疗方法

□李 坡

脂肪肉瘤是一种来源于脂肪细胞及向脂肪细胞分化的间叶细胞的恶性间叶组织肿瘤,可以发生在身体的任何部位,主要见于四肢与腹膜后,其次在头颈部、腹壁、胸壁,但极少发生于内脏器官。脂肪肉瘤约75%发生在四肢深肌层,20%发生于腹膜后,发病年龄为50岁~65岁,年轻患者少见,男女发病比例基本相当。

脂肪肉瘤可分为高分化脂肪肉瘤、去分化脂肪肉瘤、黏液性/圆细胞脂肪肉瘤、多形性脂肪肉瘤等。其中,高分化脂肪肉瘤最常见,去分化脂肪肉瘤侵袭性最强,黏液性/圆细胞脂肪肉瘤对化疗最敏感。

手术治疗

1.对于可切除病灶,未发生转移,首选手术广泛切除或根治性切除;若肿瘤侵犯主要血管,患者接受截肢,则首选截肢,或局部广泛切除+血管置换,或局部边缘切除+血管外膜剥离+放疗。

2.对于转移患者,若转移灶可以切除,则首选原发灶广泛切除+转移灶切除;若转移灶主要血管受累,可进行原发灶广泛切除+转移灶切除+血管置换;若转移灶不可切除,则要进行原发灶边缘及以上切除放疗。

3.对于非计划手术的患者,若切缘阴性,可选择观察;若切缘阳性,可选择再次手术切除;若为转移灶切缘阳性,不可切除,可选择放疗。

放射治疗

1.术前放疗,又称新辅助放疗,主要用于Ⅱ~Ⅲ期不可切除,或预期难以达到理想外科切缘,或可能造成肢体功能损伤的患者。新辅助放疗有助于获得更高的R0切除率(指肿瘤根治性手术切除),从而提高局控率、延长总生存率,并保留肢体功能。对于可切除的Ⅲ期软组织肉瘤患者,也可以考虑进行术前放疗和化疗。对于局部复发病灶,如未接受过放疗并且可手术切除,可考虑在术前放疗。

2.术后放疗,术后辅助放疗与单纯手术比较,虽然无法提高总生存率,但是显著改善了高级别软组织肉瘤的局部控制率。术后复发再次术后的放疗适应证,也可参考上述推荐。

3.同步放疗和化疗,对于ⅢA期(T2N0M0, G2/G3)或ⅢB期(T3/T4N0M0, G2/G3)患者,同步化疗可能增加射线对肿瘤细胞的杀伤效应,并减少远处微转移。

化疗

1.术前化疗,又称新辅助化疗,主要用于肿瘤巨大、累及重要脏器、与周围重要血管神经关系密切、预计手术切除无法达到安全外科边界或切除后会造重大机体功能残障,甚至危及生命的高级别软组织肉瘤患者。其中,黏液性/圆细胞脂肪肉瘤,中高度敏感;多形性脂肪肉瘤,中度敏感;去分化脂肪肉瘤,不敏感。术前化疗方案可以选择A(多柔比星)、AI(多柔比星+异环磷酰胺)等。为争取降期,联合化疗的方案在术前化疗中值得推荐,但是术前化疗方案需要根据患者的情况,对治疗的耐受性和意愿综合制定。一项临床研究探索了根据软组织肉瘤亚型选择不同的术前化疗方案,建议黏液性/圆细胞脂肪肉瘤选择由贝替定。

2.术后化疗,对于I~Ⅱ期患者伴有高危因素时或Ⅲ期患者可以继续化疗治疗。

3.转移或复发的不可切除患者的化疗,目前非特指型软组织肉瘤的二线治疗没有公认的化疗方案,可以参照病理类型进行选择,脂肪肉瘤可以选择曲贝替定或艾立布林。艾立布林被美国食品和药物管理局批准用于脂肪肉瘤的二线化疗,与达卡巴嗪相比,中位OS(总生存期)由8.4个月提高到15.6个月。曲贝替定被美国食品和药物管理局批准用于脂肪肉瘤的化疗,与达卡巴嗪相比,中位PFS(无进展生存期)由1.5个月提高到4.2个月(P<0.001),而且分层分析显示对平滑肌肉瘤和脂肪肉瘤均有效,在脂肪肉瘤中以黏液性/圆细胞脂肪肉瘤疗效更佳。但曲贝替定较达卡巴嗪并没有带来OS上的获益。

靶向治疗

通常情况下,靶向治疗用于不可切除或晚期软组织肉瘤的二线治疗。因为一些特殊病理亚型由于缺乏标准、有效的一线化疗方案,所以特定的靶向药物可以考虑用于特定类型不可切除或晚期软组织肉瘤的一线治疗,如CDK4(细胞周期依赖性激酶4)抑制剂哌柏西利可以用于高分化/去分化脂肪肉瘤的一线治疗。

MDT(多学科联合会诊)协作讨论制定方案,是目前肿瘤治疗较常见的治疗模式,有助于在保证医疗安全的前提下提高患者的治疗效果、生活质量,以及治疗满意度。

(作者供职于郑州大学附属肿瘤医院)