

颈椎病的少见症状

□高坤

颈椎病的常见症状有四肢麻木、无力、走路时有“踩棉花”感、手部不能完成精细动作等，这些容易识别；但是，有些颈椎病的症状比较少见，比如头痛、视物模糊、心绞痛、呼吸困难等，这些常被忽视，容易造成误诊。

头痛

颈源性头痛是一种慢性单侧头痛，疼痛首先出现在颈部或枕部，然后辐射到同侧额颞区和眶区。额颞区通常疼痛比较严重，颈部运动、疲劳或不健康的颈部姿势会加重头痛，休息后可缓解。头痛可能呈间歇性，持续数小时至数天，但在后期可能会呈持续性疼痛。颈部僵硬和活动受限，并伴有同侧肩部或上肢疼痛。大多数患者还伴有恶心、耳鸣、头晕、畏光、视物模糊、睡眠障碍等症状。其可能的机制是颈神经根向中枢可能汇入三叉神经核，当颈神经根受刺激时，引起三叉神经支配区的牵涉痛。其诊断需要有

两点关键证据：在影像学上发现颈椎间盘、小关节等结构的病变；诊断性阻滞效果较好。

在治疗上首选物理治疗，包括手法治疗、特定训练疗法，以及侧重于颈部和肩关节或上肢的低负荷耐力肌肉锻炼。有研究表明，使用物理疗法的患者在7周的随访中，大约76%的患者头痛频率降低50%以上，35%的患者完全缓解；在12个月时，72%的患者头痛频率降低50%以上。其他治疗包括药物、阻滞、手术等手段，应根据具体病情阶梯化、个性化选择。

视物模糊

研究显示，颈椎病导致的视物模糊发生率约为2.6%，其机制可能是颈椎增生的骨赘刺激颈部交感神经，导致交感神经功能紊乱，出现眼胀痛、眼干涩、视物模糊等症状；椎动脉供应脑干和枕叶视中枢的血流，交感神经功能亢进时也可导致或加重椎动脉痉挛，导致或加重脑缺血症状，致视觉相关皮层的血流减

少，加重视觉障碍。其诊断时需要进行眼科检查，排除眼部的器质性病变。

心绞痛

颈源性心绞痛又称颈心综合征、颈胸痛，是一种由颈椎功能障碍导致的类似心绞痛的一种综合征，其发病率为1.4%~16%。颈源性心绞痛确诊前，症状持续时间从2个月到90个月不等。大多数胸痛患者首诊科室通常是急诊内科或心内科，因此许多颈源性心绞痛患者无法得到及时准确诊断。

颈源性心绞痛的发病原因不明确，可能的机制有：1.神经根受刺激，C4-T1神经根通过胸内侧和胸外侧神经支配前胸壁感觉和运动功能，当神经根受到压迫时，可表现出心绞痛症状。2.钩椎关节增生，增生的骨赘顶起颈长肌，刺激邻近颈椎的交感链，影响传入心脏和冠状动脉的交感纤维，导致心绞痛。通常表现为剧烈的针刺样或压榨样前胸痛，症状可在休息时出现，也可在活动

加重，常持续30分钟以上或小于5秒，这也是与冠心病心绞痛一个很重要的鉴别点，而最重要的鉴别还是冠状动脉造影。颈源性心绞痛诊断明确的患者，首选保守治疗。有文献报道，75%的患者经过保守治疗后，其症状能得到明显缓解。对于部分诊断困难的病例，在临床特征、影像学表现和神经生理学结果不一致的情况下，尤其对于准备进行颈椎手术的患者，选择性神经根阻滞及椎间盘造影是对颈源性心绞痛进行诊断的有效工具。

呼吸困难

颈椎病引起呼吸困难的病情较为罕见。解剖机制是膈神经主要由同侧的C3-C5的神经根发出的分支组成，其中C4神经根发挥主要作用；当C4神经根存在压迫，可能导致膈神经功能受损，甚至呼吸困难。解剖上，由C4、C5神经根腹侧支组成的膈神经占52%，单独由C4腹侧支组成的膈神经占43.5%，由C3、C4、C5腹侧支组

成的膈神经占1.5%，同时由于膈神经的核团可能分布在颈椎多个节段，因此除非涉及多个平面的双侧压迫，否则症状通常是隐匿的。同时，副膈神经也对膈肌具有一定的支配功能，其存在也可能是导致其症状不典型的原因之一。C3-C5的神经根型颈椎病，尤其是对于C3/C4椎间孔狭窄的患者，比如由于偏外侧的椎间盘突出或者钩椎关节增生导致，必须认识到C4神经根受压导致膈神经麻痹的可能性。颈椎病患者多数没有明显的呼吸困难，大多数患者可能处于亚临床状态，只表现为呼吸功能受损，需要重视肺功能及动脉血气的检查。

综上所述，颈椎病的少见症状需要引起重视。医务人员通过研究与经验积累，以往认识的偏差与谬误不断得到纠正。对门诊患者的头痛、视物模糊、心绞痛、呼吸困难等，脊柱外科医生也不再会简单地告知“与颈椎无关”了。

(作者供职于河南省人民医院)

疝气的发病原因

在生活中，很多人对疝气缺乏了解。其实，疝气的存在会影响人的正常生活。对于疝气的治疗和护理，大家不能忽视。

不论男性还是女性，大人还是小孩，都可能会出现疝气。儿童出现疝气的原因包括儿童的腹腔血管比较短、容易哭闹、运动量比较大等。同时，成年人也有可能会出现疝气，这可能与便秘或者长期阵发性咳嗽有一定的关系。

疝气的术后护理

- 患者手术后平卧6小时~8小时(麻醉后抬头易引起头痛)，切口用盐袋压迫，防止出血。
- 保持切口清洁、干燥，以免造成感染。如果伤口敷料渗血，患者及家属要及时告诉医务人员。
- 如果患者术后6小时仍未排尿，应当及时联系医务人员，进行排尿处理。
- 患者咳嗽时，应当捂住腹部，避免腹压造成伤口疼痛。
- 患者术后当天禁食禁水，次日进流食或遵医嘱。
- 患者做疝气手术后的饮食时间也需要注意，一般要等到排气后才能吃一些流质食物，肠道完全通畅后再逐渐恢复普通饮食。疝气患者手术后的饮食应以清淡为主，避免油腻，应选择容易消化和吸收的营养食物；多吃瘦肉、牛奶等高蛋白食物，这样既增加营养，又能促进伤口恢复；多吃各种蔬菜、水果等富含膳食纤维的食物，不仅可以治疗消化不良，还能摄取足量的维生素，促使伤口愈合，并且能够保证大便畅通，减少疝气复发；多吃一些含锌的食物，比如木耳、猪皮、猪蹄等，提高细胞修复功能；吃一些鱼油等含脂肪的食物，因为鱼油具有抗炎作用，有助于伤口愈合。
- 一般来讲，疝气术后10天~14天即可洗澡。如果有出血、感染等情况，或者切口愈合延迟，洗澡时间也要延期。这也是医务人员建议患者术后7天复查的原因。根据正常的恢复速度，腹部切口7天就愈合了。复查时，若医务人员检查后确定切口没有问题，患者就可以放心洗澡了。患者洗澡时应选择淋浴，注意不要揉搓切口。如果是需要拆线的切口，就要找医务人员处理。
- 疝气的切口属于一类切口，从理论上讲不必换药，术后48小时揭开敷料观察即可。但是，由于脐部特殊，可能会出汗较多，医务人员一般建议患者术后3天(手术当天不算，次日为第1天)更换一次敷料；如果切口渗血，可以适当用碘伏消毒。

总之，一些不良习惯和特殊食物不利于疝气术后恢复，患者应尽量避免。患者要保持心情愉快，不抽烟，不喝酒，不要吃辛辣、油腻等刺激性食物，以免加重肠胃负担。

(作者供职于新乡天佑中医院外科)

疝气患者手术后如何护理

□张汇敏

肺结核患者怎样“吃”才能更健康

□寇冠娜

结核病患者一般会出现食欲减退、体重下降等症状。这些症状的出现与机体的营养平衡受到破坏、营养物质补充不及时有关。同时，结核病的出现与一直无法治愈和机体营养状况较差有关。那么，肺结核患者应该遵循什么样的营养摄入原则，为机体提供足够的营养、辅助疾病的治疗、促进恢复健康呢？肺结核患者怎样“吃”才能消除营养不良状况呢？

结核病与营养之间的关系

结核病是由结核分枝杆菌

感染引起的传染性疾病，可以出现在全身，但以肺部的疾病最常见，也就是肺结核。肺结核在历史上出现的时间非常早，古代医生将其称为“肺癆”。结核病属于消耗性疾病，许多患者因为得了结核病而逐渐出现营养不良。

结核病与营养不良之间的关系是双向的。其他身体情况一样的肺结核患者要比正常人消耗的营养多，而且因为服用相关的治疗药物使肠道功能紊乱，对营养物质的吸收功能下降，容易出现营养不良。患者如果营养不良，体内酶、染色体等多种

物质的合成就会受到阻碍，细胞的分化、增殖也会受到影响，导致机体免疫系统功能降低，增加患者体内结核分枝杆菌活跃的可能性，影响治疗及预后。因此，在治疗结核病时，患者一定要注意营养物质的摄取，促进疾病痊愈，防止复发。

肺结核患者如何饮食

高热量食物：因为肺结核患者有长期低热、盗汗等症状，而且消耗快，所以需要比正常人摄取更多的能量，这样才能满足机体需求，主要是含淀粉的碳水化

合物。如果患者营养吸收效果差，可以使用营养剂。

高蛋白饮食：营养不良在很大程度上是因为体内蛋白质的含量少，无法保障机体的组织正常生理活动而出现相应的症状。患者要积极补充蛋白质，可以食用蛋、奶、瘦肉等富含蛋白质的食物。如果患者肾功能不全，就要根据肾衰竭的具体情况减少蛋白质的摄入量，避免对肾脏功能造成太大的负担，从而加重病情。

增加维生素、纤维素及微量元素摄入量：维生素、纤维素及

微量元素是人体进行生命活动的重要基础物质，虽然人体所需的量较少，但是这些物质不能满足人体需求时也会影响机体的功能，可以通过食用蔬菜、水果、动物的肝脏等来摄取相关物质。

总之，肺结核患者在患病期间要均衡饮食，保证营养物质的摄入量，改善营养不良状况，辅助治疗。当然，许多药物如果与某种食物一起食用可能会降低疗效，因此患者一定要遵医嘱，禁食相关食物，避免疗效降低。

(作者供职于长垣市人民医院感染性疾病科)

应对甲流 正确选择对乙酰氨基酚和布洛芬

□邓丽颖

流感患者一旦出现发热情况，如果物理降温效果不好，腋下温度超过38.5摄氏度的患者还是要使用退热药的。目前，世界卫生组织推荐的安全性较高的退热药是对乙酰氨基酚和布洛芬。那么，这两种药中哪一种退热效果好呢？是用一种药，还是两种药物交替服用呢？

对乙酰氨基酚和布洛芬都有解热镇痛作用，而且副作用比较小。在通常情况下，患者发热时，选择其中一种药物退热就可

以，不建议两种药物交替服用。但是，仔细对比，这两种退热药还是有区别的。

对乙酰氨基酚和布洛芬的相同点

- 对乙酰氨基酚和布洛芬都具有解热镇痛的作用，安全性高，副作用小。
- 服药期间不得饮酒，不得饮用含有酒精的饮料。
- 用于止痛不得超过5天，用于解热不得超过3天。

对乙酰氨基酚和布洛芬的不同点

- 对乙酰氨基酚是首选退热药，适用于2个月以上的儿童和成年人；布洛芬适用于6个月以上的儿童和成年人。
- 对乙酰氨基酚无抗炎作用；布洛芬有抗炎作用。
- 对乙酰氨基酚服用后30

分钟开始降温，比布洛芬见效快；布洛芬单次剂量作用较强，降温维持时间较长。

5. 孕妇可以服用对乙酰氨基酚，而布洛芬禁用于孕妇及哺乳期妇女。

6. 这两种药的用法不同。

对乙酰氨基酚：儿童常用剂量为每公斤体重10毫克~15毫克，12岁以上儿童及成年人常用剂量为一次0.5克。

布洛芬：儿童常用剂量为每公斤体重5毫克~10毫克，12岁以上儿童及成年人常用剂量为一次0.2克。

(作者供职于辉县市人民医院药学部)

单纯疱疹的症状及治疗方法

□蒋博

单纯疱疹的症状

单纯疱疹分为原发性和复发性两种，主要有以下几种类型。

皮肤疱疹：好发于皮肤黏膜交界处，以唇缘、口角、鼻孔周围等处多见。水疱壁薄，疱液清亮，短期内自行溃破、糜烂、渗液，2天~10天干燥、结痂，脱痂后不留瘢痕。

口腔疱疹：疱疹和溃疡出现在口腔黏膜、舌部、牙龈、咽喉，可波及食管。患者局部疼痛、拒食、流涎，可伴发热及颌下淋巴结和(或)颈淋巴结肿大。儿童与青年人多见。

生殖器疱疹：男性多发生于龟头、包皮、冠状沟、阴茎，亦可累及阴囊；女性多见于大小阴唇、阴蒂、阴道、宫颈，也可累及尿道。有肛交史的同性恋者可引发疱疹性直肠炎。

眼疱疹：表现为单疱性角膜炎、结膜炎，大多出现在单侧，常伴患侧眼脸肿胀、水肿及耳前淋巴结肿大，反复发作可致角膜溃疡、浑浊，甚至穿孔致盲。

疱疹性瘰疬：病毒可经手指上皮肤破损处进入或由于职业及其他原因直接进入手指表皮内，疱疹病毒性发生于末端指节，深入甲床形成蜂窝状坏死；局部疼痛剧烈，常伴有发热、肘窝和腋窝淋巴结炎。

眼疱疹：表现为单疱性角膜炎、结膜炎，大多出现在单侧，常伴患侧眼脸肿胀、水肿及耳前淋巴结肿大，反复发作可致角膜溃疡、浑浊，甚至穿孔致盲。

疱疹性结膜炎可用0.1%碘苷眼药水、1%阿昔洛韦眼药水及0.1%利巴韦林眼药水滴眼，1次/2小时。复发性患者，可用3%阿昔洛韦眼膏与0.1%地塞米松滴眼液联合治疗，这样比单独使用抗病毒药物见效快、疗效好，并且疗程更短。

全身治疗：可口服核苷类抗病毒药物进行治疗。除核苷类抗病毒药物外，非核苷类抗病毒药物亦可选用，如利巴韦林、异丙肌苷、聚肌胞、干扰素等，可与核苷类药物联合使用。

新生儿疱疹：因出生时接触生殖道分泌物而被感染。宫内感染的胎儿可早产，或先天畸形，或智力发

育障碍。新生儿感染后，轻者仅为口腔、皮肤、眼部疱疹，重者呈中枢神经系统感染，甚至呈全身播散性感染。

播散性单纯疱疹：多发生于6个月至3岁的儿童，亦可见于原发性或继发性免疫功能低下者，刚开始表现为重症疱疹性口龈炎、食管炎、外阴阴道炎、高热、惊厥，继而全身发生广泛性水疱，引起疱疹性肝炎、脑炎、肺炎、胃肠炎，以及肾上腺功能障碍等内脏损害。

治疗方法

局部治疗：以收敛、干燥，防止继发感染为主，可外用3%酞丁胺霜、3%阿昔洛韦眼膏及2%甲紫溶液局部涂搽，每天三四次即可。若有继发感染，可用0.5%新霉素软膏、0.5%金霉素眼膏或莫匹罗星软膏、达维邦乳膏等。有糜烂渗出时，可用3%硼酸溶液、1%醋酸铝溶液局部湿敷，可以使皮损干燥、疼痛减轻或消失，缩短病程。

疱疹性结膜炎可用0.1%碘苷眼药水、1%阿昔洛韦眼药水及0.1%利巴韦林眼药水滴眼，1次/2小时。复发性患者，可用3%阿昔洛韦眼膏与0.1%地塞米松滴眼液联合治疗，这样比单独使用抗病毒药物见效快、疗效好，并且疗程更短。

全身治疗：可口服核苷类抗病毒药物进行治疗。除核苷类抗病毒药物外，非核苷类抗病毒药物亦可选用，如利巴韦林、异丙肌苷、聚肌胞、干扰素等，可与核苷类药物联合使用。

新生儿疱疹：因出生时接触生殖道分泌物而被感染。宫内感染的胎儿可早产，或先天畸形，或智力发

关注帕金森病“冻结步态”

□姚晓利

什么是“冻结步态”

“冻结步态”是帕金森病患者临床表现中常见且最具有致残性的病理步态，多发生于疾病的中晚期，易导致跌倒、外伤、抑郁，严重影响患者的生活质量和社交功能。“冻结步态”被定义为“企图行走时或前进过程中步伐短暂、突然中止或明显减少”，主要表现为运动的短暂时阻滞，步态常呈非对称性，单侧下肢偶发起始，患者起始犹豫，不能行走或行走时感觉自己的脚像被地板吸住一样，抬脚、迈步困难，一般持续数秒钟，严重时患者在任何时候行走均会出现这些症状，需要他人或拐杖辅助，可伴有一定程度的双腿颤抖。随着病情进展，“冻结步态”发作越来越频繁，导致跌倒。经常“冻结步态”发作的患者可能更不愿意走路，从而降低活动水平和社会互动。

“冻结步态”是一种非特异性症状，多见于帕金森病、血管性帕金森综合征、帕金森叠加综合征等，也是大脑中与脊髓相连的区域，基底前脑区在

始犹豫”之外，一些患者在走过狭窄的通道或门口时，试图上下电梯，转弯或改变方向，以及在繁忙的人群中行走时可能会出现“冻结步态”。情绪刺激还可以触发“冻结步态”，例如在匆忙忙时，试图穿过繁忙的道路，急于接听电话，消除焦虑或恐惧。

帕金森病“冻结步态”有三种亚型：1.双腿僵硬，克服步行阻滞而出现双腿交替颤抖；2.拖步曳行；3.完全不能运动较为少见。

病理生理机制

“冻结步态”的病理生理机制目前尚未完全明确，研究者认为与额叶皮质受损、基底节-脑干环路异常、皮质基底节环路异常、感知过程受损等因素有关。帕金森病患者由于基底节受损，导致运动的自动性减弱，大脑高级功能更多地参与步态中，以代偿基底节功能，而大脑高级功能受损可引起“冻结步态”，其中额叶皮质受损引起“冻结步态”的相关研究较多。脑干是大脑中与脊髓相连的区域，基底前脑区在

乙酰胆碱的产生中起着重要作用，乙酰胆碱是神经释放的一种神经递质，向其他细胞(神经元、肌肉和腺体)发送信号。丘脑参与意识、睡眠、感官等过程；大脑皮层在记忆、注意力、知觉、意识、思维、语言和意识中起着关键作用。与正常人相比，“冻结步态”患者右侧丘脑内乙酰胆碱转运体的表达明显减少。

治疗方法

药物治疗：“冻结步态”主要出现在“关”期时，通过调整左旋多巴剂量、改变左旋多巴剂型使患者维持在“开”期状态，是目前较常规的治疗方法。“冻结步态”只发生在“开”期状态是罕见的，治疗较“关”期难，左旋多巴被认为对“开”期“冻结步态”无效或加重“冻结步态”。此时减少多巴胺剂型可能减轻症状，但同时会带来震颤等其他帕金森病症状的加重。5-羟色胺受体激动剂坦度螺酮、选择性5-羟色胺再摄取抑制剂、血清素α₁受体拮抗剂等均有报道对部分“冻结步态”患者有效，但是需要大量的临床或

研究实践观察疗效。

深部脑电刺激治疗：内侧苍白球刺激对异动症和症状波动效果较好，对左旋多巴反应性“冻结步态”也有一定的作用。但是效果不持久；单侧和双侧丘脑底核刺激均可缓解“冻结步态”，双侧更有效。丘脑底核—深部脑电刺激可明显改善“关”期“冻结”，对“开”期则不明显。深部脑电刺激治疗主要适用于减少“关”期的“冻结步态”，但是对于多巴胺药物治疗抵抗者，深部脑电刺激治疗没什么效果，甚至出现反作用。

康复训练：感觉训练通过外界或便携式传感器为患者提供节律性听觉、视觉、触觉或精神刺激，弥补本体感觉缺失，调整帕金森病患者的步态异常率，减少“冻结步态”。物理训练方法包括各种拳操、舞蹈和器械练习，比如平板路车训练，也可以进行肢体拉伸放松练习，平板运动训练能改善帕金森病患者的运动状态、步态协调性，还可以降低“冻结步态”的发生次数。医务人员可指导患者在平板上前方、后方

不全、凝血机制或血小板功能障碍者慎用。

6. 这两种药的用法不同。

对乙酰氨基酚：儿童常用剂量为每公斤体重10毫克~15毫克，12岁以上儿童及成年人常用剂量为一次0.5克。

布洛芬：儿童常用剂量为每公斤体重5毫克~10毫克，12岁以上儿童及成年人常用剂量为一次0.2克。

(作者供职于辉县市人民医院药学部)

及侧方进行行走训练，对患者的起步速度、平衡功能、步态协调性进行有针对性的强化训练，帮助患者调整步速、步长，增强运动自动性、协调性和平衡感，使患者的步态得到有效改善，以减少“冻结步态”发作次数。

此外，机械辅助锻炼很有必要，可使用拐杖、助步器、轮椅等进行辅助锻炼。拐杖可以提供支撑，以维持患者的身体平衡，适合病情较轻的患者使用；助步器的支撑面积较大，但患者的步速无法改善；而带动力的轮椅对晚期无法行走的患者很有帮助。选择合适的辅助器械对于患者非常重要，因为不合适的器械不仅不能帮助患者改善行动困难状况，还可能造成危险。对于有认知功能障碍的患者，选择辅助器械时应非常谨慎。

当帕金森病患者出现“冻结步态”时，医务人员应根据患者的病情调整治疗方案，同时结合康复治疗改善患者的临床症状，提高其生活质量。(作者供职于郑州大学附属郑州中心医院神经内科)