

冬季肩痛频发怎么办

□詹杰

肩关节是人体活动范围较广的关节之一,容易因劳损、受凉或体质下降而发生问题。进入冬季,多地阴雨连绵,寒气夹湿,寒意透骨。不少人发现,肩痛又发作了。肩部不仅疼痛加重,还感觉格外沉重、僵硬,怕冷怕风。这很可能就是冬季典型气候诱发的寒湿阻络型肩痛。

中医对肩痛的认识

中医认为,肩痛属于痹证范畴。肩痛常因正气不足、卫外不固,导致风邪、寒邪、湿邪乘虚侵入肩部经络,使气血运行不畅,经络痹阻,“不通则痛”。冬季这种寒湿交织的环境,正是诱发和加重肩痛的关键因素。

寒邪的特点 寒性收引、凝滞,容易导致人体肩部的血管收缩,经络气血运行减缓,表现为肩部冷痛、怕凉,热敷后缓解。

湿邪的特点 湿性重浊、黏滞,空气湿度大,湿气容易侵入人体,停滞在肩关节,阻碍气机,导致肩部酸胀、沉重、活动不利、缠绵难愈。

内外相引 在冬季,人体阳气内守,卫外功能相对减弱。若本身有劳损、姿势不良、体虚,或穿衣保暖不足,寒湿之邪便容易乘虚而入,痹阻肩部经络,形成此病或加剧症状。

有哪些影响

疼痛加剧,活动严重受限 寒

湿环境会持续刺激病灶,导致患者疼痛阈值降低,做穿衣、梳头、提物等日常动作更加困难,严重者夜间痛醒,睡眠质量变差。

病程延长,易成“冻结肩” 湿性黏滞,使病情恢复得更慢。若不积极干预,关节囊粘连风险增加,关节活动度可能逐渐减小,患者可能发展为顽固的“冻结肩”,甚至肌肉萎缩。

诱发全身不适

肩为手三阳经所过之处,寒湿困阻于此,可能影响气血上荣于头面,导致患者头重、乏力,或牵连项背,引发周身不适;同时,长期疼痛容易导致患者焦虑、烦躁,诱发不良情绪,影响生活质量。

中医如何调理肩痛

中医强调整体观念与辨证论治。在肩痛的治疗中,中医打出“组合拳”,不仅着力于局部通络止痛,还重视散寒祛湿、扶助正气。

中药调理

在经典方剂(如羌活胜湿汤、桂枝加附子汤、乌头汤等)的基础上,常酌加威灵仙、防己、苍术等,以加强祛风除湿通络之力;加入黄芪、白术等健脾益气之品,以助化湿、固护正气,抵御外邪。医生会根据患者的体质、病程长短及伴随症状灵活组方。

居家简方

热敷:患者用艾叶、花椒、生

姜、威灵仙等中药材,炒热或蒸热后用布包起来热敷肩部,能散寒止痛。

足浴:用艾叶、红花、生姜等煮水泡脚,能引火下行、温暖全身,间接缓解肩部疼痛。

针灸治疗

针灸能激发经气、调和气血,是缓解肩痛的重要手段。冬季日照较少,人体阳气不足。艾灸的纯阳温热之力,能有效驱散寒湿。推荐穴位:肩髃穴、肩髃穴、肩贞穴、阿是穴等局部温通,能通利肩关节;阴陵泉穴、丰隆穴、合谷穴等远端取穴,能健脾祛湿。患者应到正规的医疗卫生机构进行温针灸或雷火灸。

推拿松解

医生采用揉、拿、滚、按、拨等手法,放松患者肩部肌肉(如斜方肌、冈上肌、三角肌等)及肩关节,配合被动活动关节,逐步改善关节功能。手法宜轻柔深透,以达到温热透达之效,促进局部血液循环,化解湿滞;切忌暴力操作,以免加重损伤。

功能锻炼

在疼痛缓解期,循序渐进的康复锻炼非常重要。冬季室外湿冷,推荐以下可以在室内完成的运动项目。

钟摆运动:弯腰,健手扶桌,

患肩自然下垂,轻轻前后、左右摆动,利用惯性活动关节,不费大

力。

爬墙运动:面对或侧对墙壁,手指如“走路”般向上爬,至微痛处保持,每天争取高一点儿,每日记录高度。

毛巾操:双手在背后拉住毛巾两端,健侧向上拉,帮助患侧进行内旋、后伸动作。

八段锦:“两手托天理三焦”“左右开弓似射雕”等招式,有助于舒展肩臂、调和气血。

生活调理很重要

避寒保暖,防湿为先

患者可以选择“洋葱式”穿衣(内层速干排汗,中层保暖,外层防风防水)。冬季天气湿冷,衣物、被子需要常晒或使用烘干设备,保持干燥。患者应佩戴保暖衣帽护肩,尤其在早晚和户外活动时;夜间睡觉时将肩部盖严,可以用暖水袋热敷肩部。

居家环境,避湿保温

患者应减少寒湿暴露,如洗浴后迅速擦干身体和头发,立即进入温暖的房间;避免在风口或潮湿的地面久坐;合理使用取暖设备(如空调、电暖器等),提高室内的温度,降低相对湿度,将湿度保持在50%~60%,避免空气过于干燥。

姿势正确,避免劳损

患者应避免长时间伏案、单侧提重物或过度使用肩关节。使用电脑办公时,患者应注意桌椅

高度,保持肩臂放松。

善用食材,温通化湿

患者适宜食用温性食物,如生姜、葱白、桂圆、羊肉、韭菜、核桃等;适量食用健脾祛湿之品,如薏苡仁、赤小豆、山药、茯苓等;适量饮用药茶,如生姜红枣茶等,或咨询医生配制适合自己体质的代茶饮;慎食生冷瓜果、冰镇饮料及过于甜腻的食物,以免助湿生痰。

情志舒畅,树立信心

肩痛治疗常常需要一个缓慢的过程,同时冬季日照稀缺,容易使人情绪低落。因此,患者保持积极的心态非常重要。患者可以选择听音乐、散步交流、阅读等方式,放松心情。在天气晴朗的午后,患者可以到户外短时活动,多接触阳光,吸收阳气,保持气血调和。

肩通一身轻,气血自流通

从日常保暖到适度锻炼,从饮食调理到情绪平和,每一步都是走向康复的重要一环。中医通过中药、针灸、推拿、锻炼、生活调理等方式,既能缓解疼痛、改善功能,又能调理体质、预防复发。患者应及时到正规的中医康复科就诊,在专科医生指导下,制定个体化的康复方案。

(作者供职于广东省中医院/广州中医药大学第二临床医学院康复科)

超声检查是甲状腺结节的“首选侦察兵”

□路爱青

在体检时,有的人在看到报告时有所担忧:甲状腺结节是否安全?事实上,要想判断甲状腺结节的性质,超声检查可以视为“第一道侦察岗”,可以帮助患者快速了解结节的情况。

近年来,甲状腺结节的检出比例持续增加,这与大众健康意识的增强和影像学技术的进步密不可分。在这一过程中,超声检查以显著的优势,已经成为甲状腺结节筛查与性质鉴别的首选方式。

为什么超声检查是甲状腺结节的“首选侦察兵”?首先,超声检查无创无辐射,利用超声波成

像,不用注射造影剂,也没有X线等辐射危害,适合各类人群(包括孕妇、儿童等),并且可以反复检查。其次,超声检查便捷高效,检查过程仅需10分钟~15分钟,当场就能获得初步结果,不用长时间等待。最后,超声检查的分辨率高,能清晰显示结节的大小、形态、边界、内部回声、血流信号等细节,为判断结节的性质提供关键依据。

超声检查鉴别结节的良性、恶性,主要看这几个核心指标。

第一是形态与边界。良性结节,多为圆形或椭圆形,边界清晰,光滑,就像“规整的小疙瘩”;恶性结

节,常表现为形态不规则,边界模糊,甚至出现“毛刺状”凸起,如同“杂乱的荆棘”。第二是内部回声。良性结节,多为均匀的高回声或等回声;恶性结节,则以低回声为主,内部回声不均匀,还可能出现微小钙化点(这是恶性结节的重要特征之一)。第三是血流信号。良性结节的血流信号,相对稀少、规则;恶性结节的血流信号,通常丰富、紊乱。此外,超声检查还会关注结节的纵横比,若纵横比大于1,即结节“竖着长”,恶性的风险会显著升高。

许多人拿到超声检查报告时,一看到“结节”“钙化”等描述

就很紧张,实际上不必过分担忧。体检报告一般将甲状腺结节分为1级~6级。1级~2级通常为良性结节,一般不用干预;3级的良性概率较高,建议定期复查;4级提示存在一定的恶性可能,需要进一步检查确认;5级~6级则恶性风险显著升高,患者应尽快进行治疗。即使是4级甲状腺结节,也并非均为恶性,其性质需要通过穿刺活检等检查明确诊断。

需要提醒的是,超声检查的准确性与检查医生的经验密切相关。因此,患者应到正规医院的内分泌科或甲状腺外科就诊。对于有甲状腺疾病家族史、颈部放

射暴露史等高危因素的人群,应定期进行甲状腺超声检查。若发现甲状腺结节,患者应遵循医生建议,定期随访或进一步检查,切勿自行用药。

总之,甲状腺结节并不可怕,超声检查作为“首选侦察兵”,能帮患者精准识别结节的性质。在日常生活中,患者应保持良好的心情,坚持合理饮食,避免过量辐射暴露。即使检查出恶性甲状腺结节,大多数患者的病情进展缓慢、预后良好,经过规范治疗通常可以获得理想的效果。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

肿瘤标志物升高只是“预警信号”

□何翠娥

“体检发现肿瘤标志物升高,是不是得了癌症?”这是很多人拿到体检报告后的第一反应,随之而来的是焦虑与恐慌。事实上,肿瘤标志物升高与癌症不能画等号,其临床意义需要结合多方面因素综合解读。

肿瘤标志物的核心价值是“预警信号”,而非确诊依据。简单说,肿瘤标志物升高,虽然可能是肿瘤发生、发展或复发的预警,但是也可能源于良性疾病或正常生理状态。因此,单独一项指标升高,不能等同于得了癌症。

肿瘤标志物的主要作用,是作为肿瘤的辅助诊断线索,但是

需要结合具体标志物类型和临床检查结果综合判断。不同标志物与特定肿瘤的关联性不同,比如AFP(甲胎蛋白)升高,多见于肝细胞癌、卵黄囊瘤等;CEA(癌胚抗原)升高,常见于结直肠癌、胰腺癌等消化道肿瘤;CA125(糖类抗原125),常作为卵巢癌的监测指标,也可见于肺癌、肝癌等。然而,这些标志物的特异性有限,不能仅凭数值升高而下结论。

在临床诊断中,肿瘤标志物的升高幅度和动态变化远比单一数值更重要。例如,血清AFP≥400纳克/毫升,在排除妊娠、慢性肝病等因素后,才高度提示肝癌;

若只是轻度升高,要持续观察其变化趋势,并结合肝功能、影像学检查等鉴别诊断。CA125超过35单位/毫升、CA199(糖类抗原199)超过22单位/毫升,只是潜在风险信号,而非确诊依据。

除了辅助诊断,肿瘤标志物更核心的价值在于疗效监测、预后判断及复发转移预警。肿瘤治疗后,若标志物水平下降,通常提示治疗有效;若不降反升,则可能意味着治疗无效或肿瘤进一步发展。在预后判断上,肿瘤标志物水平常与肿瘤侵袭性相关,比如非小细胞肺癌患者围手术期CEA水平较高,往往预示临床结局较差。

在复发转移监测中,肿瘤标志物甚至能“早于”影像学检查发现异常。以卵巢癌为例,CA125升高作为“生化复发”的信号,可能比临床影像学检查发现病灶早2个月~6个月;肝癌患者术后AFP急剧升高,可能提示肿瘤复发、转移或手术切除不完全。

需要注意的是,很多非肿瘤性因素也会导致肿瘤标志物升高。在良性疾病方面,慢性肝炎、肝硬化会导致AFP升高,胆道梗阻、胰腺炎会引起CA199升高,慢性胰腺炎、结肠炎可能让CA50(癌抗原50)升高。在生理状态下,孕妇因胎儿肝细胞分泌AFP,也会出现该指标生理性升高,这

些情况都与癌症无关。

面对肿瘤标志物升高,正确的做法是保持理性,避免恐慌。医生会结合肿瘤标志物的种类、升高幅度、动态变化趋势,以及影像学检查结果、病理检查结果、个人临床背景进行综合判断。

总而言之,肿瘤标志物升高只是一个“预警信号”,而非“癌症判决书”。它的临床解读具有复杂性,不能依赖单一指标而下结论。科学认识肿瘤标志物的意义,理性对待指标波动,遵循专科医生的指导,才是守护健康的正确方式。

(作者供职于山东省淄博市中心医院)

手术前为什么要禁食禁饮

□张云飞

手术前,医务人员会反复叮嘱患者:“今晚零点后禁食禁饮,连一口水都不能喝!”但是许多患者对此不重视,认为“少吃一点儿没关系”。然而,这看似“不近人情”的要求,实则是保障患者安全、避免致命风险的核心环节。麻醉医生用专业视角揭示:禁食禁饮背后,藏着关乎生命的医学逻辑。

麻醉药物为何让胃成为“不定炸弹”

麻醉药物会全面抑制人体的保护性反射,包括咽喉部的吞咽反射和气道的咳嗽反射。在正常情况下,食管与气管在咽喉处有“阀门”机制——吞咽时食物进入食管,咳嗽时异物被排出食管。在麻醉状态下,这道“阀门”会失灵,若胃内残留食物或液体,就可能反流至咽喉部,从而呛入气管和肺部。

危险后果

窒息:胃内容物堵塞气道,患者可能在几分钟内因缺氧而死亡。

吸入性肺炎:酸性胃液灼伤肺

部组织,引发高热、咳嗽、呼吸衰竭,住院期间可能延长数周,死亡率显著升高。

化学性损伤:固体食物残渣可能划伤食道黏膜,导致长期肺功能受损。

不同食物的“危险等级”与禁食时间

禁食禁饮并非“一刀切”,而是根据食物类型和消化速度计算。

清水 排空速度最快,术前2小时可少量饮用(100毫升以内)清水。

母乳 含乳糖易消化,术前4

小时禁食。

牛奶 蛋白质含量较高,术前

6小时禁食。
淀粉类食物 如米饭、馒头,术前6小时禁食。

高脂高蛋白食物 如肉类、油炸食品等,消化速度最慢,术前8小时禁食。

局部麻醉也需要禁食禁饮

有的人认为,局部麻醉不用禁食禁饮,但是麻醉医生强调:局部麻醉患者同样需要遵守禁食禁饮规则。禁食禁饮原因包括以下几个方面。

术中转换麻醉方式 若局部麻

醉效果不佳需要改为全身麻醉,胃

内食物会成为致命隐患。

疼痛或紧张引发呕吐 手术刺

激,可能导致患者突然呕吐,增加误吸的风险。

特殊手术部位 如颈部、口腔手术,即使局部麻醉也可能因体位改变导致胃内容物反流。

禁食禁饮期间口渴、饥饿怎么办

长时间禁食禁水,可能引发口干、头晕等不适。

口渴 用棉签蘸水湿润嘴唇,或使用润唇膏。

饥饿 通过静脉输注葡萄糖溶液补充能量,避免血糖波动。

焦虑 与医务人员沟通,必要时使用抗焦虑药物。

这些细节关乎患者生命安全

如实告知医生饮食史 若禁食

禁饮期间偷吃零食或饮水,患者必须第一时间告知医务人员,宁可推迟手术也不能隐瞒。

摘除假牙、饰品 活动义齿,可能在麻醉插管时脱落而误入气道。金属饰品,可能造成电灼伤。

术后过早进食 全身麻醉清醒后,患者需要先摄入清水,无呕吐后再逐步过渡到流食、软食,避免过早进食引发呛咳。

家属陪同 术后24小时内,患者应禁止驾驶机动车或签署重要文件。患者家属要密切观察患者的意识恢复情况。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院麻醉科)

家庭药箱是许多家庭的“健康储备库”,不少人会把所有药品随意堆放在一起。然而,药品混放绝非小事,可能引发药效下降、成分变质,甚至产生有害物质,给健康带来潜在的风险。本文主要介绍不能混放的药品类型及原因,帮助大家建立科学的药品存储习惯。

第一,易吸附气味的药品与有特殊气味的药品不能混放。药品的成分复杂,部分药品具有疏松的物理结构,容易吸附周围环境中的气味分子,从而影响药效。比如,常用的维生素类药品(尤其是维生素C)性质不稳定,若与风油精、清凉油、藿香正气水等具有强烈挥发性气味的药品放在一起,挥发性成分会被维生素吸附,导致维生素氧化分解,降低药效。硝酸甘油等急救药品对气味敏感,吸附异味后可能影响药效,甚至无法起到急救作用。因此,这类药品需要单独密封存放。

第二,外用药品与口服药品必须严格分开存放。这是容易被人们忽视也是比较危险的药品混放情况。外用药品(如碘伏、酒精、红花油、红霉素软膏等),大多含有刺激性成分,部分还具有毒性,若与口服药品混放,一旦拿错服用,会对口腔、消化道造成严重刺激,甚至导致中毒。比如,不慎将碘伏当作口服液服用,会腐蚀口腔和胃黏膜,导致胃黏膜充血、水肿、糜烂;误服红花油,可能引发恶心、呕吐、腹痛等中毒症状。因此,家庭药箱应单独划分“外用区”和“口服区”,并在外用药品包装上醒目标注“外用,切勿口服”。

第三,特殊管理药品需要单独存放,严禁与普通药品混放。这类药品包括精神类药品、麻醉类药品及降糖药、降压药等,需要严格控制剂量的药品。精神类药品和麻醉类药品具有成瘾性,若与普通药品混放,可能被儿童或无关人员误拿误用,引发严重后果;降糖药、降压药等药品的服用剂量直接关系到病情控制,混放后若拿错剂量或品种,可能导致血糖、血压剧烈波动,诱发心脑血管意外。因此,这类药品应放在上锁的抽屉或柜子中,由专人管理,同时做好服用记录。

第四,需要特殊储存条件的药品不能与常规药品混放。部分药品对温度、湿度有严格的要求。比如胰岛素,需要冷藏保存,若与常温存放的药品混放在室温环境中,会导致药品失效,无法起到降糖作用;益生菌制剂、生物制品等,同样需要冷藏保存,常温混放会破坏其活性成分;硝酸甘油、亚硝酸异戊酯等药品,需要避光保存,若与阳光直射的药品混放,会加速其成分分解,降低药效。因此,这类药品应严格按照说明书要求的条件单独储存,避免混放。

第五,不同剂型的药品也应分开存放。比如片剂、胶囊剂与散剂、颗粒剂混放时,散剂和颗粒剂的粉末可能会附着在片剂、胶囊的表面,不仅可能影响药品的纯度,还可能因粉末吸入呼吸道而引发不适。液体药品(如糖浆、口服液等),若发生渗漏,会污染周围的药品,导致药品无法使用。

(作者供职于山东省泰安市泰山区肿瘤医院)

急性心梗的早期症状

□张卫

急性心肌梗死(简称急性心梗)是常见的危重心血管疾病,发病急、进展快,死亡率高。只要能及时识别急性心梗的早期症状,在“黄金120分钟”内采取规范的救治措施,就能降低死亡风险。

急性心梗的早期“蛛丝马迹”

急性心梗并非毫无预兆,多数患者发病前会出现各类症状,包括典型表现和不典型表现,需要患者高度警惕。

典型症状以胸部不适为主,大多发生在胸骨后或左胸部,表现为胸部发闷、压迫感、紧缩感(部分患者觉得有重物压在胸口),持续时间通常超过15分钟,休息或含服硝酸甘油无法缓解。这种不适可能逐渐加重,范围也会扩大,甚至蔓延至左肩、左臂、颈部、下颌部,部分人还会放射到背部。

不典型症状容易被患者忽视,常见的有不明原因的大汗、乏力、呼吸困难,可能伴随咳嗽、喘息,类似哮喘发作。部分患者会出现上腹部不适,比如胃痛、腹胀、恶心、呕吐,容易误判为肠胃疾病。

有的患者会出现头晕、头痛、心慌,严重时会出现晕厥。这些症状在老年人、糖尿病患者中较常见。

需要注意的是,部分患者可能没有明显的疼痛,仅表现为极度虚弱、呼吸困难。这种无痛性心梗更具隐蔽性,危害更大,尤其要引起老年人的重视。

“黄金120分钟”的核心救治要点

急性心梗发生后,心肌细胞会以每分钟大量坏死的速度受损,并且这种损伤不可逆转。发病后的120分钟是救治的“黄金时间”,每延迟一分钟,心肌细胞坏死的范围就会扩大,救治成功率也会下降。

第一步,患者要立即停止所有活动,平躺休息,保持安静,减轻心脏的负担。如果患者处于站立或走动状态,需要立即坐下或躺下,避免因体力消耗加重心肌细胞缺血;同时,解开衣领、腰带,保持呼吸道通畅,不要随意移动患者。

第二步,拨打急救电话,明确告知医务人员患者的症状、所在位置、联系方式,不要自行判断症状轻重。患者家属不要自行开车送患者到医院,途中颠簸和延误可能导致患者病情恶化。

等待救护车期间,不要给患者喂水、喂食,避免呕吐物堵塞气道。如果患者有硝酸甘油,并且没有药物过敏、血压过低等情况,可让患者舌下含服一片硝酸甘油;若5分钟后症状没有缓解,可以再含服1片,最多不超过3片。不要给患者服用止痛药、阿司匹林等药物,以免掩盖病情或引发不良反应。若患者突发心脏骤停,可以由具备急救知识的人进行心肺复苏,直到救护车到达。

常见误区

部分人认为,症状轻、持续时间短就不用在意;其实,轻微症状可能是心梗的早期信号,拖延后会迅速加重病情。有人觉得,年轻人不会得心梗,忽视身体发出的预警。近年来,心梗发病有年轻化趋势,长期熬夜、过度劳累、饮食不规律等,都可能诱发心梗。另外,不要依赖“偏方”或等待症状自行缓解。心梗属于急症,没有自行痊愈的可能性。

急性心梗虽然凶险,但是可防可治。牢记早期信号,同时做好日常预防,就能降低急性心梗的发病风险,守护心脏健康。

(作者供职于山东第一医科大学第二附属医院心脏重症监护室)

这些药品不能混放

□刘停停