

# 中医辨证治疗头痛

□陈潇琳

生活中,头痛是极为常见的身体不适,不同人发作时的感受千差万别。在中医的认知中,头痛并非简单的“脑袋疼”,治疗的核心是辨外感与内伤,对内伤头痛要进一步细分出虚证与实证,然后辨证论治。

中医认为,外感头痛多因风、寒、暑、湿等外邪侵袭头部所致。头部为诸阳之会,经络直通体表,最易受外邪侵扰。这类头痛大多起病急、病程短、疼痛较剧烈,若得到及时治疗,缓解速度相对较快。内伤头痛是更为常见的类型,多与脏腑功能失调相关。内伤头痛实证多因邪气

内生、气机郁滞导致,虚证则因气血不足、肝肾亏虚等导致。内伤头痛往往反复发作,实证疼痛多剧烈,虚证多为隐痛、空痛且劳累后加重。

内伤头痛实证的治疗以祛邪通窍为主,虚证的治疗以补养固本为核心。内伤头痛实证主要包括肝阳上亢型头痛、痰浊型头痛、瘀血型头痛,虚证以气血亏虚型头痛和肾虚型头痛为代表。肝阳上亢型头痛多见于情绪急躁、压力大、经常熬夜人群。肝火旺盛导致肝阳上亢,上扰清窍,表现为头部胀痛(主要是两侧太阳穴),伴面红目赤、口苦口干、烦躁易

怒。肝阳上亢型头痛患者可服用天麻钩藤饮,也可在医生指导下服用天舒胶囊、养血清脑颗粒等中成药,日常要调节情绪、规律作息。痰浊型头痛因脾胃运化失常,水湿内停成痰,痰湿上扰所致,表现为胸闷恶心、食欲不振等。痰浊型头痛患者可服用半夏白术天麻汤,日常可多吃山药、陈皮等健脾化湿之物,少吃生冷油腻之物。瘀血型头痛多因气滞血瘀,跌打损伤或久病入络所致,表现为头部固定刺痛,按压加重,舌有瘀斑或瘀点。瘀血型头痛患者可服用通窍活血汤,配合针灸风池穴、太阳穴、合谷穴等穴位,止

痛效果更佳。

气血亏虚型头痛常见于体虚、过度劳累者,表现为头部隐痛绵绵、遇劳加重,伴神疲乏力、心慌气短、面色苍白。气血亏虚型头痛患者可服用八珍汤,日常可多吃红枣、桂圆、当归、黄芪等,避免过度劳累。肾虚型头痛则因肝肾亏虚、肾精不足、髓海空虚所致,表现为头部空痛、眩晕,伴腰膝酸软、耳鸣健忘、精神萎靡。肾虚型头痛患者可服用大补元煎,日常可食用枸杞、核桃、黑豆等补肾益精之物,兼顾规律作息与良好休养。

作者供职于山东省淄博市淄川区双沟卫生院)

针灸、推拿等外治法对各类

## 心脏超声检查在心衰诊断中的应用

□孔冬梅

同泵体,左心室是主要的“动力泵”,射血分数就是左心室每次收缩时能将其中的血液泵出的比例。健康人群的LVEF通常在50%~70%之间。若LVEF<50%,提示左心室收缩功能减退,这也是诊断“收缩性心衰”的关键依据。

要注意,并非所有的心衰患者LVEF都会降低。部分患者的LVEF正常,却存在心衰症状,这就是“舒张性心衰”。此时需要关注第二个核心指标——左心室舒张功能相关参数。

左心室舒张功能相关参数主要包括平均E/E'比值(这里的

E指二尖瓣口舒张早期血流峰值速度,E'指通过组织多普勒成像测量出来的二尖瓣环在心脏舒张早期的心肌运动速度)、二尖瓣血流频谱E峰(早期舒张充盈峰)和A峰(晚期舒张充盈峰)等。心脏舒张是血液回流到心室的过程,舒张功能下降意味着心室“放松”能力变差,血液回流受阻,进而导致呼吸困难等心衰症状。健康人群的二尖瓣血流频谱中E峰>A峰。若E峰<A峰,或平均E/E'比值>15,通常提示左心室舒张功能异常,是诊断“舒张性心衰”的重要依据。

这类心衰在老年人、高血压患者中较为常见,容易被忽视。医生可通过心脏超声检查发现这类心衰,避免漏诊。

除了收缩功能和舒张功能指标外,心脏结构指标也能为中心衰诊断提供重要线索。一是左心室舒张末期内径(LVEDD)。若LVEDD数值增大,说明左心室长期超负荷而扩张,是心脏功能受损的“代偿性表现”。二是室壁厚度。高血压性心脏病患者常出现室壁增厚,进而影响舒张功能,最终发展为心衰。

此外,通过心脏超声检查,医生还能观察心房的大小、瓣膜的形态(如瓣膜反流)、心包的情

况等,找到心衰的病因,如瓣膜病、心脏病等引发的心衰。

需要强调的是,在诊断心衰时,医生并非只看心脏超声检查结果,而是结合患者的症状、病史和多项检查结果进行综合分析。

心脏超声检查存在一定的局限性,对于肥胖或肺部气体过多(如肺气肿、胸腔积液)的患者,图像质量可能受到影响。此时,需结合脑钠肽(BNP)检测、心脏磁共振成像(CMR)等手段,进一步明确诊断。

作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

调整治疗方案,切勿自行停药或更改剂量。

对于抗疟药、抗寄生虫药等其他常见药物,漏服后的处理方式相对明确:通常建议在发现漏服后尽快补足漏掉的剂量,之后继续按原计划服药。但若漏服时间较长,由于这类药物的治疗方案多具有明确的疗程和剂量要求,需结合药物特性及具体治疗方案进行调整,以免因剂量不足而影响疗效。若误服双倍剂量,需要立即联系医生,由医生处理。

总之,在不确定如何处理药物漏服或多服问题时,要及时咨询医生或药师。为减少失误,建议使用药盒、手机闹钟等工具,养成规律服药的好习惯。

作者供职于河南省信阳市潢川县人民医院)

结果采取相应措施。多数抗抑郁药的疗效依赖于稳定的血药浓度。漏服后无须过度焦虑,需根据漏服时间和频率科学处理。一般来说,若发现漏服的时间较短,及时补服即可;若发现时距离下次服药时间很近,则直接跳过漏服剂量,正常服用下一次剂量。需要注意的是,抗抑郁药不宜频繁漏服,否则可能影响治疗效果,甚至导致症状反复。若不慎服用双倍剂量,无须恐慌,应密切观察是否出现头晕、恶心、心慌等不良反应,同时及时告知医生,由医生根据具体情况

## 药物漏服或多服怎么办

□张银秋

在日常生活中,药物漏服或多服的情况时有发生。很多人遇到这种情况时会手足无措,要么盲目补服,要么干脆跳过。这样做有可能影响治疗效果,甚至有健康风险。实际上,不同药物的作用机制、代谢规律不同,补救方法也存在差异。

抗癫痫药是需要严格遵医嘱服用的一类药物,漏服或多服都可能诱发癫痫,务必谨慎处理。漏服了怎么办?大多数抗癫痫药有明确的补服时间窗:如果发现漏服时距离原定服药时间不超过2小时,应立即补服漏掉的剂量,

之后按原计划正常服药即可;如果漏服时间已超过2小时且距离下次服药时间较近,就不能盲目补服全部剂量,需根据具体药物的种类进行调整——部分药物可补服一半剂量,部分药物则需直接跳过漏服剂量,待下次服药时按常规剂量服用,避免短时间内体内药物浓度过高。若不慎多服,如误服双倍剂量,要立即联系医生,由医生评估是否需要调整后续服药时间,是否需要减少剂量,或采取其他干预措施。

直接口服抗凝药主要用于预防血栓,其作用与出血风险密切

相关,漏服和多服的处理核心在于平衡疗效与安全。漏服后,最佳选择是尽快补服,但若发现时已接近下次服药时间,则直接跳过漏服剂量,按原计划服用下一次剂量,绝对不能为了补回剂量而一次性服用双倍药量。如果漏服时间较长,由于不同抗凝药的半衰期和治疗窗差异较大,需结合具体药物特性制定补服策略,此时最好咨询医生或药师。多服的风险相对更高,误服双倍剂量后,要第一时间联系医生。医生通常会评估出血风险,必要时进行血液凝固功能检测,根据检测

结果采取相应措施。

多数学抗抑郁药的疗效依赖于稳定的血药浓度。漏服后无须过度焦虑,需根据漏服时间和频率科学处理。一般来说,若发现漏服的时间较短,及时补服即可;若发现时距离下次服药时间很近,则直接跳过漏服剂量,正常服用下一次剂量。需要注意的是,抗抑郁药不宜频繁漏服,否则可能影响治疗效果,甚至导致症状反复。若不慎服用双倍剂量,无须恐慌,应密切观察是否出现头晕、恶心、心慌等不良反应,同时及时告知医生,由医生根据具体情况

## 如何看懂出院小结

□唐艳

出院时拿到的那张薄薄的出院小结,可不是一张简单的“出院证明”,它是连接住院治疗与居家康复的“桥梁”,记录着你住院期间的核心诊疗信息,更是后续复诊、转诊的重要依据。很多人拿到手后,看着上面的专业术语和密密麻麻的文字,往往一头雾水。其实,只要抓住几个核心部分,就能轻松读懂上面的信息。

一份规范的出院小结,会清晰地列出患者的基本信息与诊疗概要,这是读懂它的基础。这里面有你的姓名、性别、年龄、住院天数和科室等信息,还有入院时间、出院时间、入院

诊断和出院诊断。这部分的核心是出院诊断。将出院诊断与入院诊断进行对比,可以清晰地看出诊疗过程中病情的变化趋势和进展方向。

诊疗过程部分包括住院期间的关键治疗动作:是否做过手术、手术的日期、具体术式、术中有没有出现特殊情况、术后恢复情况;记录所做的重要检查、用药方案和康复治疗方

案等。对于手术患者来说,这部分内容尤为重要。接下来的出院医嘱与用药指导是居家康复的“行动指南”,也是出院小结里需要重点关注的内容。它通常分为健康指导、

出院带药、康复指导几个部分。其中,出院带药信息一定要仔细看,包括药品名称、服用剂量、具体用法、需要服用的疗程。这些信息直接关系到用药安全,很重要。

出院医嘱内容会根据患者的具体情况个性化调整。例如,子宫内肿瘤患者的医嘱可能包含生活方式调整建议、复发预警信号的识别(如异常出血、腹痛等),以及治疗远期影响的应对策略(如定期随访、激素替代治疗等);早产儿的出院医嘱则会明确喂养方案(如母乳喂养频率、配方奶的选择)、家庭监测的重点(如体

重增长、体温变化、呼吸频率等),以及预防接种的时间安排。这些个性化指导是康复期的“专属攻略”,患者及其家属需严格遵循,以确保治疗效果和预后。

随访与后续计划是保障康复效果、及时发现问题的“重要防线”,这部分内容直接关系到出院后的健康管理。出院小结里会明确告知患者随访的时间、地点、负责医生和联系方式。不同疾病的随访要求存在显著差异。如对肿瘤患者会特别强调终身随访的重要性,同时写明每次随访的间隔时间和必须做的检

## 高血压危象的紧急应对方法

□冯志鹏

### 高血压危象是什么

高血压在我国成年人中的发病率高达27.5%。高血压突然演变为高血压危象,会非常危险。本文介绍高血压危象的紧急应对方法,以及急诊科如何在关键时刻守护我们的血压安全。

高血压危象是指短时间内血压急剧升高,通常收缩压超过180毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)和/或舒张压超过120毫米汞柱,并伴有心、脑、肾、眼等重要靶器官急性损害的一组临床急症。当舒张压显著升高(如≥140毫米汞柱)或收缩压显著升高(如≥220毫米汞柱)时,无论是否出现症状,均

应视为高血压危象,需立即就医评估是否存在靶器官损害,并启动紧急干预。除血压水平和升高速度外,靶器官受累程度是关键判断依据。在并发急性肺水肿、主动脉夹层、心肌梗死或脑血管疾病等的情况下,即使血压仅中度升高,也应纳入高血压危象范畴。在血压未显著升高但存在靶器官损害时,也有可能发生高血压危象。高血压危象是高血压致死的主要原因之一。

### 急诊科如何应对

及时明确诊断:当患者出现高血压危象时,需要在急诊科进行明确诊断,包括是否出现脑血管意外等严重并发症。

急诊科医生会通过详细询问病史、体格检查和必要的辅助检查(如心电图检查等)进行综合判断。

快速降压:高血压危象的紧急处理关键在于快速、平稳降压,以减轻靶器官损害。常用的静脉降压药物包括硝普钠、乌拉地尔、尼卡地平、硝酸甘油等,这些药物能够迅速起效,将血压降至安全范围。急诊科医生会根据患者的具体情况选择合适的药物和剂量,并在用药过程中持续监测血压。

控制性降压:在降压过程中,需要注意血压下降的速度和幅度,避免血压变化过快或血压过低导致脑供血不足和其他并

发症。一般情况下,初始阶段前1小时血压下降幅度不宜超过治疗前的25%,并在接下来的2小时~6小时内将血压逐渐降至安全水平。

去除诱发因素:高血压危象的发作往往与情绪激动、精神刺激、疼痛刺激等诱因有关。因此,在紧急处理过程中,需要让患者保持情绪稳定,避免血压再次升高。急诊科医生和护士会给予患者必要的心理支持,帮助患者稳定情绪。

监测生命体征:在降压过程中,需要持续监测患者的生命体征,包括血压、心率、呼吸频率等,以便及时发现并处理异常情况。另外,医生还会关注患者的

意识状态、瞳孔变化等,以评估病情进展。

吸氧与心肺复苏:高血压危象可能会引起呼吸困难和心律失常,甚至导致心脏骤停。因此,必要时,需要给予患者吸氧,以维持正常的呼吸功能。对于出现心脏骤停的患者,需要立即进行心肺复苏术,以恢复自主循环和呼吸功能。

总而言之,高血压危象是一种严重的临床急症,需要急诊科迅速介入和紧急处理。在日常生活中,我们要保持健康的生活方式,有高血压时合理用药,积极预防高血压危象。

作者供职于山东第一医科大学第一附属医院)

传统认知中大脑被视为实体组织,实则其被脑脊液浸润,形成动态的液体环境。脑脊液像“液体软垫”,可为大脑减震。脑脊液含有微量葡萄糖、氨基酸、电解质等营养物质,可为神经细胞提供能量和代谢原料。脑脊液还参与清除脑组织代谢产生的有害物质,如乳酸、二氧化碳等,维持中枢神经系统内环境的清洁与稳定。一旦脑脊液的产生、循环或吸收出现问题,脑室内的脑脊液就会异常增多,导致脑室扩张,这就是我们常说的脑积水。脑积水会压迫脑组织,损伤神经功能。

脑积水的形成,本质上是脑脊液的“收支平衡”被打破,主要有3个原因。第一个原因是循环通路梗阻,就像下水道堵了一样,中脑导水管等脑脊液流通的狭窄通道被先天畸形、肿瘤或脑出血后的血凝块堵住,脑脊液排不出去,只能在脑室里越积越多,这就是梗阻性脑积水。第二个原因是吸收障碍,脑脊液能流到蛛网膜下腔,但负责将其“回收”进静脉系统的蛛网膜颗粒罢工了——炎症、出血后的纤维化会破坏它的功能,导致脑脊液“只进不出”,形成交通性脑积水。第三个原因是脑脊液分泌过多,超出身体的处理能力。

那么,脑脊液异常增多该怎么办?目前,外科手术是主要治疗手段。

最常用的是脑脊液分流术。医生通过一套分流装置,把脑室内多余的脑脊液引流到腹腔、心腔等部位,让身体自然吸收。其中,脑室-腹腔分流术应用最广泛,但这种方法并非一劳永逸——可能出现分流管堵塞、感染等情况,也可能出现引流过度或不足的问题。

对于部分梗阻性脑积水患者,内镜下第三脑室造口术是更好的选择。医生通过内镜在第三脑室底部开一个小口,让脑脊液绕过梗阻部位,直接流入蛛网膜下腔,相当于给脑脊液开辟了一条“新通道”。有时还会联合脉络丛烧灼术,减少脑脊液的生成。

药物治疗还处于探索阶段,暂时没有特效药。相关研究表明,一些药物能针对性解决问题:布美他尼可以抑制脉络丛的离子转运,减少脑脊液分泌;米诺环素、依达拉奉等药物能抗氧化,保护受损的脑组织和室管膜细胞。对于脑出血或术后脑积水,可通过腰椎穿刺术、腰大池置管术把血性脑脊液引流出来。术后脑积水是颅脑手术后,由于脑脊液的产生、循环或吸收障碍,导致脑室内脑脊液异常积聚,引起脑室扩张和颅内压增高的一种病理状态。

脑积水的危害不容小觑,它会压迫脑组织引发头痛、呕吐、视物模糊,甚至导致步态不稳、认知下降、大小便失禁。脑积水并非不治之症,关键在于早发现、早干预。医生会根据患者的年龄、病因和病情,选择合适的治疗方案。随着医学技术的进步,靶向脑脊液分泌、炎症反应的新型药物正在研发中,未来脑积水患者将会有更多治疗选择。

作者供职于山东省泰安市中医医院)

## 关节脱位的应急处理方法

□孙卫强

关节脱位是临床常见的运动损伤,多由外力冲击、运动不当或意外跌倒引发。从手腕到脚踝,有关节一旦脱位,若识别不及时、处理不当,可能加重损伤,影响后续功能恢复。掌握正确的识别方法和应急处理技巧,能为功能恢复奠定良好的基础。

手腕部作为上肢活动最频繁的区域,是腕关节脱位的高发部位。发生脱位时,患者会明显感觉手腕剧痛,无法正常弯曲、旋转,触摸时能感觉到骨移位异常。应急处理的核心是立即停止手腕活动,避免二次损伤。可用硬纸板、杂志等临时固定手腕,固定时动作轻柔,避免按压肿胀部位,随后患者应尽快前往医院就诊。需注意,切勿自行尝试复位,以免损伤周围血管和神经。

肘关节脱位多因摔倒时手掌撑地,肘关节过度伸直所致。典型表现为肘关节剧烈疼痛、肿胀明显。肘关节呈半屈曲状,无法正常伸直和弯曲,外观上可看到肘关节畸形,患者常因疼痛无法自主活动手臂。应急处理时,应让患者保持安全且舒适的姿势,用衣物或毛巾包裹肘关节,避免碰撞,同时用夹板或硬纸板固定肘关节于半屈曲位,固定后及时送医。若脱位伴皮肤破损,需先简单清洁伤口,再进行固定,然后将患者转运至医院。

髌关节脱位属于严重损伤,多由车祸、高处坠落等强大外力导致,分为前脱位和后脱位。患者会出现髌关节剧烈疼痛,无法站立和行走,

患肢长度可能发生变化。后脱位时,患肢典型表现为屈曲姿势不当或意外跌倒引发。从手腕到脚踝,有关节一旦脱位,若识别不及时、处理不当,可能加重损伤,影响后续功能恢复。掌握正确的识别方法和应急处理技巧,能为功能恢复奠定良好的基础。

手腕部作为上肢活动最频繁的区域,是腕关节脱位的高发部位。发生脱位时,患者会明显感觉手腕剧痛,无法正常弯曲、旋转,触摸时能感觉到骨移位异常。应急处理的核心是立即停止手腕活动,避免二次损伤。可用硬纸板、杂志等临时固定手腕,固定时动作轻柔,避免按压肿胀部位,随后患者应尽快前往医院就诊。需注意,切勿自行尝试复位,以免损伤周围血管和神经。

肘关节脱位多因摔倒时手掌撑地,肘关节过度伸直所致。典型表现为肘关节剧烈疼痛、肿胀明显。肘关节呈半屈曲状,无法正常伸直和弯曲,外观上可看到肘关节畸形,患者常因疼痛无法自主活动手臂。应急处理时,应让患者保持安全且舒适的姿势,用衣物或毛巾包裹肘关节,避免碰撞,同时用夹板或硬纸板固定肘关节于半屈曲位,固定后及时送医。若脱位伴皮肤破损,需先简单清洁伤口,再进行固定,然后将患者转运至医院。

髌关节脱位属于严重损伤,多由车祸、高处坠落等强大外力导致,分为前脱位和后脱位。患者会出现髌关节剧烈疼痛,无法站立和行走,

患肢长度可能发生变化。后脱位时,患肢典型表现为屈曲姿势不当或意外跌倒引发。从手腕到脚踝,有关节一旦脱位,若识别不及时、处理不当,可能加重损伤,影响后续功能恢复。掌握正确的识别方法和应急处理技巧,能为功能恢复奠定良好的基础。

手腕部作为上肢活动最频繁的区域,是腕关节脱位的高发部位。发生脱位时,患者会明显感觉手腕剧痛,无法正常弯曲、旋转,触摸时能感觉到骨移位异常。应急处理的核心是立即停止手腕活动,避免二次损伤。可用硬纸板、杂志等临时固定手腕,固定时动作轻柔,避免按压肿胀部位,随后患者应尽快前往医院就诊。需注意,切勿自行尝试复位,以免损伤周围血管和神经。

## 脑脊液异常增多的原因和治疗

□马善军

作者供职于山东省文登整骨医院)