

头部颈肩按摩刮痧养生

□ 阳婷

快节奏的现代生活中,头晕头痛已经成为人们的常见健康问题。长期伏案、情绪紧张、作息紊乱等,均可能诱发头部不适。中医认为,头为“诸阳之会”“百脉所聚”,头部与颈肩经络相连、气血相通,二者通畅充盈是维持头脑清醒的关键。无须复杂的器械,掌握“先按摩、后刮痧”的中医头部颈肩养生疗法,即可有效调理气血、疏通经络,从根源上缓解头晕、头痛。

头部颈肩按摩是养生基础,能放松肌肉、疏通经络,为后续刮痧治疗做好铺垫。操作时需要遵循“先头部、后颈肩”顺序,动作柔和

舒缓。头部按摩聚焦核心穴位:百会穴位于头顶正中(两耳尖连线与头部正中中线交点),用中指或食指指腹按压,力度由轻至重,按压力度后轻揉,每次约1分钟,可以升举阳气、缓解脑供血不足引发的头晕;太阳穴位于颞部,用指腹轻揉30秒,能舒缓紧张性头痛;枕部风池穴(颈后枕骨之下肌肉凹陷处),用双手拇指同时按压并垂直上下推揉,每次3分钟,能够改善颈部僵硬。颈肩按摩需要衔接头部动作,将双手掌心搓热后,从颈后发际线出发,沿斜方肌向肩部缓慢揉捏至肩峰处,重点按压颈肩连接处

僵硬的结节,每个结节揉捏1分钟,反复进行两三次,既能放松颈肩部肌肉、改善颈部血液循环,又能规避颈椎问题诱发的头晕头痛。整套按摩每日晨起或睡前进行1次,以局部微微发热为宜,切忌用力过猛。

按摩后,进行头部颈肩刮痧,可以进一步疏通经络、缓解淤滞。建议选用牛角或砭石材质的刮痧板,这类材质温润不伤肌肤。操作前在头部颈肩涂抹少量精油或乳液,减少摩擦刺激,刮痧顺序延续“先头部、后颈肩”;头部从前额发际线开始,用刮痧板边缘以轻柔力

度向颈后发际单向刮拭,重点覆盖百会穴周围及风池穴等区域;颈肩部从颈后向肩部,肩部向手臂方向单向刮拭,顺应肌肉纹理走势,避免逆向操作。刮痧力度以皮肤出现轻微红晕或痧点为度,无须追求重痧,头部血管丰富,力度应轻柔。每次刮痧控制在10分钟内,刮完后用温热毛巾擦拭皮肤,做好保暖,1小时内避免刮痧部位受凉;体质虚弱者可以减少刮痧频率,防止过度耗伤气血。

要掌握正确的方法,避免养生误区。部分人认为刮痧越重、按摩越用力效果越好,实则可能损伤皮

肤或血管,尤其是中老年人脑血管脆弱,更应把控力度。此外,养生要顺应自然,秋季、冬季应减少耗伤阳气的行为,可以搭配慢步走等温和运动,助力气血流通。中医现经微红晕或痧点为度,无须追求重痧,头部血管丰富,力度应轻柔。每次刮痧控制在10分钟内,刮完后用温热毛巾擦拭皮肤,做好保暖,1小时内避免刮痧部位受凉;体质虚弱者可以减少刮痧频率,防止过度耗伤气血。

(作者供职于山东省日照市中医医院脑病科一病区)

骨折后如何科学护理

□ 王俊荣

骨折后的康复过程,既需要精准的医疗干预,更离不开科学的全程护理。作为连接医生与患者的重要桥梁,骨科护士会依据骨折愈合的不同阶段,提供针对性护理指导,帮助患者规避康复误区,促进骨骼与肢体功能恢复。下面,笔者将梳理骨折康复全周期的科学护理要点。

骨折初期护理核心为“消肿止痛、稳定愈合”。此阶段,护士优先开展疼痛管理,利用专业评估报告为患者制定个性化的止痛方案,避免疼痛干扰患者休息与恢复。同时,护士会指导患者正确摆放体位,如下肢骨折要抬高

肢体至高于心脏的位置,促进静脉回流以减轻肿胀;脊柱骨折患者要严格卧床休息,借助专用床垫维持脊柱的生理曲度,防止骨折部位受压发生移位。

此外,护士会重点观察患者骨折部位皮肤颜色、温度、感觉及末梢血液循环,及时处理石膏固定过紧、包扎压迫等问题,为骨折愈合营造稳定的环境。进入愈合中期,骨骼逐渐形成骨痂,护理重点转向“预防并发症、启动早期锻炼”。长期卧床易引发压疮、肺部感染、深静脉血栓等并发症,护士会指导患者家属配合做好皮肤护理,定时翻身、按摩受压部位,督

促患者进行深呼吸、有效咳嗽锻炼,保持呼吸道通畅;针对下肢骨折患者,还会指导其开展踝泵运动、股四头肌等长收缩锻炼,促进血液循环,预防肌肉萎缩和血栓形成。此阶段锻炼方案,需要经护士评估确认骨折部位是否稳定后进行,动作要缓慢温和,严禁暴力拉伸。

骨折后期护理:要“强化功能锻炼,帮助患者回归正常生活”。随着骨骼愈合逐渐牢固,护士会结合患者骨折部位与恢复情况,制定个性化功能康复方案,并逐步提升锻炼强度。如上肢骨折患者,指导其进行

肩、肘关节屈伸、旋转锻炼,从被动锻炼过渡至主动锻炼,恢复肢体活动能力与肌肉力量;下肢骨折患者要重视行走锻炼,从借助拐杖、助行器逐步过渡到独立行走,同时纠正异常步态。护士全程监督指导,根据患者的实际情况及时调整锻炼方案,避免因锻炼不当导致骨折延迟愈合或再次损伤。

除了分阶段针对性护理外,骨折患者的全程护理还包含心理疏导与健康宣教。骨折后患者容易产生焦虑、抑郁等情绪,护士会采用专业沟通技巧了解患者需求,给予针对性心理支持;向患者

及家属普及骨折愈合的生理过程、护理注意事项及饮食调理要点,指导患者摄入富含蛋白质、钙、维生素D及维生素C的食物,为骨骼愈合提供营养支撑,规避盲目补钙或过度忌口的误区。科学的康复护理是骨折患者恢复健康的重要保障。护士的全程参与,能帮助患者在各恢复阶段把握正确的护理方法与锻炼方向。骨折康复需要遵循“循序渐进、个体化”的原则,全程遵循医务人员指导,切勿急于求成,以实现安全高效康复。

(作者供职于山东省德州市德城区中医医院/德州联合医院)

解读心脏彩超关键指标

□ 李艳丽

心脏彩超是评估心脏结构与功能的重要检查方法,有不少人拿到检查报告后看到上面有很多专业的数据而感到困惑。其实,无须深究报告中的专业术语,聚焦核心项目即可快速掌握心脏基本状况,这些检查项目是临床诊断中的重点关注指标,能帮助初步判断心脏是否存在结构性病变或功能异常。

首先,需要关注“心房、心室大小”,心脏如同泵体,心房与心室是泵体的核心腔室,其大小直接反映心脏负荷状态。若报告提示某一心房或心室扩大,常意味着心脏长期承受额外压力,可能

与高血压、瓣膜病变、心肌梗死等多种因素相关。该指标是评估心脏结构是否正常的基础,也是后续病情判断的重要前提,需要优先查看。

其次,心室壁厚度为重要指标。心室壁相当于泵体肌肉,厚度是否正常直接影响心脏收缩功能。若提示心室壁增厚,较为常见的原因是长期高血压导致心肌代偿性增生,长期增厚可能影响心脏舒张功能,增加心力衰竭风险;心室壁变薄则可能与心肌梗死、心肌坏死等疾病相关,提示心肌功能受损,该指标与心房心室大小相辅相成,共同支撑心脏结构

完整性的评估。

再次,“瓣膜形态及反流情况”亦为核心指标。心脏瓣膜相当于泵体阀门,控制血液单向流动。检查报告中常将其描述为“二尖瓣、三尖瓣、主动脉瓣、肺动脉瓣”四大主要瓣膜的形态是否正常,有无狭窄、关闭不全及反流现象。瓣膜狭窄会导致血液流动受阻,加重心脏泵血负担;瓣膜关闭不全会引发血液反流,增加心脏负荷。即便为轻度反流,若伴随瓣膜形态异常也需要重视,中重度反流常提示瓣膜病变较明显,可能需要进一步干预。

接着,核心功能指标“左心室

射血分数”必须重点关注,该指标直接反映心脏泵血效率,是评估心脏收缩功能的重要依据,报告一般会明确标注,数值在正常范围则提示心脏收缩功能基本正常,低于正常范围则提示泵血能力下降,可能存在心力衰竭等问题。人们一般无须记忆具体指标数值,重点关注报告标注的“正常”“降低”及对应临床提示即可。

最后,“室壁运动情况”需要优先查看,在正常状态下心脏收缩时各段室壁会同步协调运动,若报告提示某段室壁运动减弱、消失,甚至反向运动,多提示该区域心肌存在缺血、坏死或心肌梗

变,对判断心肌梗死部位与范围、评估心脏病严重程度意义重大,也是评估心脏收缩功能协调性的关键依据。

需要强调的是,上述指标仅用于初步判断,不能替代专科医生解读。各项指标相互关联,需要结合具体情况综合分析,拿到报告后应及时交由医生进行解读,医生会结合这些核心指标、年龄、病史、症状等信息给出准确诊断及后续建议。切勿仅凭单一指标自行判断病情,更不能随意调整用药或治疗方案。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

膝关节内侧与外侧各有一块纤维软骨,即半月板,它如同“缓冲垫”,能吸收运动冲击力、稳定膝关节,保障关节活动顺畅。随着年龄增长,半月板会自然退变;而运动不当、意外扭伤等外力冲击,也可能直接引发半月板损伤。半月板损伤后,不少人会纠结于手术治疗或保守治疗的选择;其实,二者并无绝对优劣之分,核心在于“对症匹配”——需要结合损伤的具体情况、个人的身体状态及活动需求综合判定。

保守治疗并非“消极等待”,而是通过科学干预促进受损的半月板自行修复,适用于损伤较轻、病情稳定的患者。从损伤类型来看,范围小、位置靠近半月板边缘的损伤,因边缘区域血供相对丰富、修复能力较强,是保守治疗的适用对象。此外,年龄较大、日常活动量低,或合并严重基础疾病、无法耐受手术的患者,选择保守治疗也更安全。其核心原则为“减负+修复”,一方面需要让膝关节充分休息,避免深蹲、爬楼梯、剧烈运动等加重关节负担的动作,必要时借助护具限制关节过度活动,减少半月板的进一步磨损;另一方面,要配合规范的康复训练,重点锻炼股四头肌,通过增强肌肉力量稳定膝关节,为半月板修复创造良好的力学环境。同时,患者可以在医生指导下进行物理治疗,促进局部血液循环、缓解疼痛肿胀,助力损伤修复。保守治疗需要长期坚持,并且定期复查;若患者症状加重,要及时调整治疗方案。

手术治疗的目的是:修复或优化半月板功能,避免损伤持续加重引发膝关节退变、软骨磨损等并发症,适用于损伤较严重、保守治疗效果不佳的患者。例如,撕裂范围大、损伤位置在半月板中间区域(血供极差,自行修复难度极高),或损伤后出现膝关节频繁卡顿、不稳,严重影响日常活动的患者,需要考虑手术干预;而年轻、活动量高的患者,因后续运动需求较高,及手术修复半月板,能更好地保留膝关节功能,避免影响生活质量。目前,临床常用的半月板手术多为微创手术,兼具创伤小、恢复快的优势,具体手术方式要结合损伤情况确定。损伤可修复者,通过手术缝合撕裂部位,促进伤口愈合;损伤严重无法修复者,需要部分切除损伤组织,保留健康的半月板组织,避免损伤组织在关节内摩擦引发不适。无论采用何种手术方式,患者术后均需要配合系统性的康复训练,帮助膝关节功能恢复。

有一些人存在“手术比保守治疗更有效”的认知误区,实则不然。轻度损伤,经规范的保守治疗可获得良好的治疗效果,无须过度医疗;严重损伤,若一味坚持保守治疗,不仅无法修复损伤,还可能加重病情,增加后续治疗难度;而轻度损伤患者如果盲目手术,会让患者承受不必要的创伤与经济负担。总之,半月板损伤的治疗方案选择,关键在于通过检查明确损伤部位、范围及程度,再结合年龄、活动需求等综合判断。无论选择哪种治疗方式上,患者都要严格遵循医生指导,配合规范的康复训练,才能在较大程度上保留膝关节功能,争取早日回归正常生活。

(作者供职于山东省潍坊市中医院)

变,对判断心肌梗死部位与范围、评估心脏病严重程度意义重大,也是评估心脏收缩功能协调性的关键依据。

需要强调的是,上述指标仅用于初步判断,不能替代专科医生解读。各项指标相互关联,需要结合具体情况综合分析,拿到报告后应及时交由医生进行解读,医生会结合这些核心指标、年龄、病史、症状等信息给出准确诊断及后续建议。切勿仅凭单一指标自行判断病情,更不能随意调整用药或治疗方案。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

细菌性痢疾的抗菌药选择与防控

□ 郭静

细菌性痢疾是由志贺菌属细菌引起的肠道传染病,典型症状为腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重,病情严重时可引发脱水、休克,甚至危及生命。抗菌药物是治疗该病的核心手段,但是盲目用药不仅疗效欠佳,还可能诱发耐药性、肠道菌群失调等问题。因此,掌握科学的抗菌药物选择方法,对提升治疗效果、减少不良反应至关重要,而明确诊断则是合理用药的前提。

细菌性痢疾的确诊,需要结合流行病学调查结果、临床症状及实验室检查结果。医生一般会采集患者的粪便标本进行细菌培养及药敏试验,这是选药的“金标准”,能精准明确致病菌对药物的敏感性,避免使用无效药物。需要特别提醒的是,部分患者仅凭典型症状自行用药,难以区分细菌性痢疾与病毒性肠炎、阿米巴痢疾等其他肠道疾病,易延误治疗时机或加重病情。

治疗细菌性痢疾,需要优先选用针对性强的一线抗菌药物,常用类别包括喹诺酮类药物、头孢菌素类药物等,其适用人群及药理特点各有差异。喹诺酮类药物(如左氧氟沙星、环丙沙星)对志贺菌属抗菌活性强,口服吸收好,起效快,是成年人细菌性痢疾的首选药物之一;但是,因喹诺酮类药物可能影响软骨发育,18岁以下青少年及孕妇禁用。儿童、孕妇等特殊人群,优先选用头孢菌素类药物,其中第三代头孢菌素(如头孢曲唑、头孢地尼)抗菌谱广且对志贺菌属敏感,对胎儿及儿童的安全性更高。磺胺类药物(如复方磺胺甲噁唑)曾是治疗该病的常用药,但是近年来对志贺菌的耐药率显著上升,

目前仅作为二线备选药物,使用前需要确认患者无磺胺类药物过敏史。

患者需要严格遵循规范用药原则,杜绝滥用与误用。一是足量足疗程用药。患者需要在医生指导下按剂量服用抗菌药物,不可自行减量或停药。细菌性痢疾的抗菌治疗疗程一般为5天~7天,即便症状明显好转,也需要完成全疗程治疗,防止病情复发或产生耐药性。二是避免盲目联合用药。仅在药敏试验提示单一药物无效或存在混合感染时,才可以联合使用多种抗菌药物,以降低不良反应发生率。三是重视辅助治疗。抗菌药物治疗期间需要同步配合补液(口服补液盐或静脉补液)、对症治疗(如解痉止痛、调节肠道菌群),促进患者康复。

值得警惕的是,近年志贺菌耐药性呈上升趋势,部分菌株已经对多种抗菌药物产生耐药性,这与抗菌药物不规范使用(如自行用药、随意换药、未完成疗程)密切相关。因此,患者务必在医生或药师指导下使用抗菌药物,不盲目追求“高级药”“广谱药”。同时,日常需要做好个人卫生,勤洗手、不饮用生水、不吃生冷不干净的食物,从源头预防细菌性痢疾。

总之,在治疗细菌性痢疾时,抗菌药物的选择,应以明确诊断为基础,结合患者的年龄、体质、药敏试验结果等因素综合考量,同时严格遵循规范用药原则。唯有科学合理用药,才能有效控制感染、减少不良反应,切实守护肠道健康。

(作者供职于内蒙古自治区乌鲁木齐市海泊湾区中医医院药剂科)

半月板损伤对症治疗策略与康复要点

□ 马文杰

糖尿病眼底病变的预警信号

□ 范真

作为眼科医生,我常遇到因忽视眼底检查而错失最佳治疗时机的糖尿病患者。事实上,糖尿病引发的眼底病变是工作年龄人群致盲的主要原因之一。只要采取科学的管理方法,多数视力损害可以有效预防。

高血糖对眼底的损害呈渐进式发展趋势。视网膜就像眼睛的“感光底片”,布满细密的毛细血管网,长期血糖失控会让这些血管经历三重损伤:渗漏期,血管壁变薄,血液中的水分和蛋白质渗出,引发视网膜水肿;患者可能出现视物模糊;出血期,脆弱的血管容易破裂,血液侵入玻璃体腔形成“血雾”,导致视力骤降;增殖期,因视网膜缺氧,会释放生长因

子诱发异常新生血管,这类血管如同脆弱的“杂草”,极易破裂出血,同时形成纤维瘢痕,牵拉视网膜引发脱离。而黄斑区作为视网膜的核心感光区域,一旦受累会直接损伤中心视力,患者可能出现直线扭曲、门框变形或眼前固定黑影等症状。

眼底病变早期大多无症状,出现以下表现时要高度警惕病变信号:飞蚊症突然加重,眼前黑影数量激增且伴随闪光感,提示视网膜受牵拉;视力“时好时坏”,血糖波动时的短暂改善实为视网膜水肿、屈光度改变造成的假象;夜间视力下降,由周边视网膜缺血导致较暗环境的适应能力减弱;视野缺损(如黑色窗帘遮挡部分

视线),可能是视网膜脱离的前兆。

科学防控需要抓好以下几个关键点:血糖管理是基础,将糖化血红蛋白控制在7%以下可以显著降低病变风险,同时要避免血糖剧烈波动——这种波动的危害不亚于持续高血糖,若合并高血压、高血脂症时需要一同干预,三者会协同损伤血管。

定期筛查要做到“早筛查、全项目”:1型糖尿病患者确诊5年后每年检查眼底,妊娠期或青春期发病的1型糖尿病患者需要缩短至每3个月~6个月检查1次;2型糖尿病患者确诊后应立即进行筛查,包括散瞳眼底照相、光学相干断层扫描、荧光素血管造影(明确

渗漏部位)。

治疗需要遵循“分阶段精准干预”的原则:渗漏期以改善微循环为核心,利用药物延缓病情进展;增殖期采用全视网膜激光光凝术封闭缺血区域,减少新生血管生成;黄斑水肿需要进行玻璃体腔内注射抗VEGF药物(靶向血管内皮生长因子,如雷珠单抗、康柏西普、阿柏西普等),多数患者视力可得改善;出现重度玻璃体积血、视网膜脱离时,需要实施玻璃体切割手术,术后患者保持俯卧位以促进视网膜复位。

日常护眼,防控病变:改善用眼习惯,每次使用电子设备40分钟,休息5分钟,避免在黑暗环境中看手机;在饮食上,多摄入蔬菜、

羽衣甘蓝等深色蔬菜补充叶黄素,每周吃2次三文鱼、沙丁鱼等深海鱼,获取Omega-3多不饱和脂肪酸;运动时避开蹦极、拳击等剧烈项目,防止玻璃体牵拉视网膜;户外活动佩戴防紫外线眼镜,减少光线对眼底的损伤。特别提醒,即便视力检查结果正常,若眼底检查发现“无灌注区”(缺血区域)也需要立即治疗。视力检查结果正常,并不代表眼底健康,定期散瞳检查才是诊断的“金标准”。

糖尿病对眼睛的损伤具有不可逆性,采取“控糖、筛查、治疗”的方法,绝大多数患者能终身保持一定的视力。

(作者供职于山东省青岛市中医医院)

钡餐检查在消化道疾病诊断中的应用

□ 李筱倩

钡餐检查是消化道疾病诊断中常用的影像学检查方法。其原理是让患者口服钡剂(硫酸钡混悬液),借助X线成像技术,清晰地显示食管、胃、肠道等消化器官的形态、结构及功能状态,为临床诊断提供直观且可靠的依据。

做钡餐检查前,患者应严格遵守医生的要求,做好准备工作,确保检查结果精准。一是患者必须保持空腹状态。患者检查前需要禁食禁水,避免食物与钡剂混杂干扰观察,保证消化道完全清空。二是检查前需要先拍摄腹部立位X线片,排查是否存在消化道穿孔及肠梗阻。这两种病症均为钡餐检

查的绝对禁忌证。消化道穿孔时,钡剂漏入腹腔可能引发严重感染;肠梗阻时,钡剂会进一步加重梗阻症状,危及患者健康。

检查流程规范有序,需要患者积极配合:患者要先口服产气粉,使气体充盈胃腔,为细致观察胃内结构创造条件;随后,再服用调制好的钡剂(硫酸钡与水混合制成的糊状混悬液)。在检查过程中,患者需要在医生指导下,依次完成左转身、右转身、平躺、侧卧、俯卧等体位调整;医生会在患者的不同体位下进行X线拍摄,全面捕捉钡剂在消化道内的分布、流动轨迹,完整记录检查全程。检查结束后,患者需

要大量饮水,促进钡剂排出体外;期间,患者排出白色粪便为正常现象,无须过度担忧。

在X线成像视野下,钡剂能清晰勾勒出消化道轮廓,随着依次通过食管、胃、十二指肠、小肠、大肠并最终排出体外,动态呈现消化道的完整走行及功能状态。通过观察钡剂的充盈、流动及黏膜涂布情况,可以精准识别多种消化道病变:若消化道壁出现向外凸出的龛影缺损,多提示存在溃疡;钡剂充盈区域出现缺损(即充盈缺损),可能是肿瘤、息肉或显著增生性病变所致;管腔异常狭窄、钡剂通过受阻,多由肿瘤压

迫、术后瘢痕挛缩或炎症牵拉引起,狭窄部位的上游常因内容物积聚出现管腔扩张;根据钡剂的推进速度及消化道的蠕动状态,可以评估其运动功能——正常蠕动为规律有序的收缩,若出现蠕动过快、过慢、紊乱或反流,多提示存在炎症刺激、神经调节紊乱或下游梗阻。钡剂均匀涂布于消化道内壁时,能清晰显示黏膜纹理,纹理粗大、扭曲,提示黏膜下水肿或慢性炎症;若纹理中断、消失,或伴随消化道壁僵硬,则需要警惕肿瘤组织侵蚀。

总体而言,钡餐检查可以提供消化道全局、动态、立体的影像

学报告,在显示器官整体形态、运动功能及管壁僵硬程度方面,具备直观且不可替代的优势。但是,需要注意在诊断早期微小病变(如早期胃癌)、识别黏膜颜色等细微变化,以及获取组织样本进行病理活检等方面,精准度与直接性不及胃镜。因此,钡餐检查与胃镜并非竞争关系,而是互补的诊断手段,临床需要结合患者年龄、症状、身体状况等具体情况,合理选择单一检查方法或多种检查方法联合应用,以提升诊断准确率。

(作者供职于山东第一医科大学第二附属医院)