

眼睛干涩就是干眼症吗

□施立宪

在眼科门诊,经常有患者问:“医生,我的眼睛干涩了好多年,一直按干眼症治疗,使用了很多人工泪液,但症状始终未见减轻。”仔细检查后发现,他们真正的原因并非干眼症,而是其他眼部疾病。

眼睛干涩并不等于干眼症。干眼症的本质是泪膜稳定性下降。泪膜由3层组成——脂质层、水液层和黏蛋白层,任何一层出现问题都可能导致干眼症。然而,很多疾病的早期表现与干眼症极其相似,容易造成误诊。

结膜松弛症是最容易被误诊为干眼症的眼科疾病。随着年龄增长,覆盖在眼球表面的结膜会和皮肤一样逐渐松弛,多余的结

膜会堆积在下眼睑边缘。这不仅会堵塞泪液的排出口,还会在眨眼时反复摩擦角膜,因此患者常会出现眼睛干涩、异物感以及不自觉流泪的症状——明明眼部有明显的干涩感,却会不受控制地流泪,这正是这类疾病最具迷惑性的地方。这类患者如果只单纯使用人工泪液,往往效果甚微,症状严重时还需要进行手术治疗。

另一种常见的误诊是睑板腺功能障碍。睑板腺负责分泌油脂,锁住泪液。当腺体发生堵塞或萎缩时,泪液蒸发速度加快,导致眼睛干涩。单纯补充水液型人工泪液而不处理油脂问题,犹如向漏水的桶中倒水,仅能缓解表面症状而不能根治病因。需要强

调的是,睑板腺功能障碍在全部干眼症病例中占很大比例,但常规检查时容易被忽略,只有通过专门的睑板腺成像或挤压检查才能明确诊断。正确的治疗方法是热敷、进行睑板腺按摩,必要时进行院内物理治疗。

过敏性结膜炎常以“干眼”的形式出现。过敏导致的眼表慢性炎症会破坏泪膜的稳定性。这类患者除了眼睛干涩,通常还伴有眼痒、眼睑肿胀、分泌物增多等症状。若仅按照干眼症使用人工泪液,而未去除持续存在的过敏原,病情只会反复发作。更为隐蔽的是由眼表用药引发的“假性干眼”。长期使用含防腐剂的眼压降低药物,抗过敏药

物或抗生素眼用制剂,其中的防腐剂会逐渐损伤角膜上皮及结膜杯状细胞,进而导致泪膜的黏蛋白层被破坏。患者常误以为眼睛干涩症状加重是病情进展,实则药物本身对眼表造成的损害。

如果出现眼睛干涩症状,建议前往眼科完成全套眼表检查,检查项目包括泪膜破裂时间、睑板腺成像、结膜松弛度等评估等。单纯的眼睛干涩需要和几十种眼表疾病做鉴别诊断。特别需要注意的是,如果眼睛干涩同时伴随晨起眼部刺痛、视力波动、分泌物异常等情况,一定要警惕干眼症以外的

其他病因。

干眼症十分常见,可恰恰是因为它太过常见,反而容易让医生和患者都放松警惕,把所有眼睛干涩症状都直接归因于干眼症。有一条需要牢记的原则:如果按照干眼症的规范治疗方案治疗1个月~3个月,症状仍无明显改善,就应当重新评估诊断。

眼睛是极为精密的器官,眼睛干涩仅仅是身体给出的一个症状信号,背后的诱因却千差万别。既不要自行诊断,也不要止步于“差不多”的模糊解释。正确的诊断,才是有效治疗的第一步。

(作者供职于山东省寿光市人民医院)

规律饮食与规范用药缺一不可

□秦敏

消化性溃疡是临床常见的消化道疾病,主要指胃和十二指肠黏膜在胃酸、胃蛋白酶的作下发生炎性缺损,典型症状为周期性、节律性上腹痛,还可伴泛酸、腹胀等不适。若日常护理不到位、治疗不规范,病情极易反复,甚至可能诱发上消化道出血、幽门梗阻等严重并发症。因此,做好消化性溃疡的护理至关重要:规律饮食可为黏膜修复保驾护航,规范用药能够控制病因,只有二者相互配合,才能有效促进溃疡愈合,降低复发风险。

规律饮食是溃疡愈合的基础,核心原则为定时定量食用温和、易消化的食物,同时减少外界刺激,避免饥饱不均;溃疡活动期可调整为少食多餐,每日进食4餐~5餐,每餐保持七八分饱即可,这样既能防止空腹状态下胃酸过度腐蚀溃疡面,也可避免暴饮暴食加重胃部负担。选择软烂温和的食物,如小米粥、软面条、蒸蛋等。这类食物既可以为人体补充所需的蛋白质与维生素,又不会损伤溃疡黏膜。烹饪方式优先选择蒸、煮、炖、烩,需严格禁食辛辣、过酸、油炸、坚硬、粗糙的食物,同时远离咖啡、浓茶、酒精与碳酸饮料,这类饮品会刺激胃酸大量分泌,加重黏膜充血水肿,延缓溃疡愈合。此外,进食时要细嚼慢咽,睡前2小时~3小时不要进食,严格戒烟,同时避免吸入二手烟,因为尼古丁会延缓黏膜修复。这些细节能持续为溃疡愈合创造稳定的良好环境。

规范用药是控制病情、预防复发的关键,必须严格遵医嘱执行,不可自行根据症状增减药量或停药。临床常用于治疗消化性溃疡的药物包括抑酸药、胃黏膜保护剂、根除幽门螺杆菌药物等。其中,质子泵抑制剂需在餐前30分钟服用,可强效抑制胃酸分泌,为黏膜修复创造有利条件;胃黏膜保护剂多在餐前或睡前服用,能够在溃疡表面形成保护膜,阻挡胃酸对溃疡面的侵袭。幽门螺杆菌阳性患者需按要求完成10天~14天的四联疗法,治疗期间不可漏服药物或擅自停药,否则容易诱导细菌耐药,大幅增加后续治疗难度。胃溃疡的常规疗程多为6周~8周,十二指肠溃疡为4周~6周,即使疼痛、泛酸等不适症状已经消失,也需要服满整个疗程,避免溃疡未彻底愈合导致反复发作。用药期间,需留意身体反应,若出现不适需及时就医,同时避免自行服用阿司匹林、布洛芬等损伤胃黏膜的药物。

除饮食与用药外,日常护理还需兼顾情绪与病情监测。长期焦虑、熬夜会诱发胃酸分泌紊乱,加重溃疡,因此应保持作息规律、情绪稳定,避免过度劳累。同时需密切观察症状变化,若出现呕血、黑便、剧烈腹痛等情况,提示可能出现出血、穿孔等并发症,需立即就医。胃溃疡患者疗程结束后应复查胃镜,幽门螺杆菌根除治疗后4周复查呼气试验,以确认治疗效果。

消化性溃疡的护理没有捷径可走,规律饮食能够帮我们筑牢胃黏膜保护屏障,规范用药可直接针对病因促进溃疡愈合,二者相辅相成,缺一不可。

(作者供职于山东阳光融和医院有限责任公司)

抗菌药物滥用的危害与正确使用方法

□王梅

许多人在出现发热或喉咙肿痛症状时,会习惯性地乱用抗菌药物,甚至自行购买服用。殊不知,过度、盲目地使用抗菌药物会加快细菌耐药性发展,使细菌的耐药性越来越强,不仅会对身体健康造成损害,严重时甚至会危及生命,最终还会形成严重的公共健康安全隐忧。只有坚持“按需用药、科学用药”,正确使用抗菌药物,才能在达到治疗效果的同时避免其他不良后果。

滥用抗菌药物最核心的危害是加速细菌耐药性的产生。每一次不规范使用抗菌药物,都会给病原体进化出耐药性创造条件。过度使用广谱抗菌药物还会破坏体内正常菌群平衡,让耐药菌获得生长优势,进一步助长多重耐药菌的滋生。人体感染多重耐药菌后治疗难度极大,不仅会提高医疗成本,还会使患者同时面临高发病率与高死亡率的风险。

滥用抗菌药物会诱发各类不良事件,包括艰难梭菌感染、真菌二重感染以及多种药物不良反应。新生儿阶段若不合理应用抗菌药物,可扰乱新生儿尚未建立完善的肠道菌群平衡,增加新生儿坏死性小肠结肠炎、支气管肺炎等不良等严重并发症的发生风险。因此,只有合理规范地使用抗菌药物,才能最大程度发挥其治疗作用,减少不必要的后遗症。所有人都应当树立正确的用药观念,切不可随意使用抗菌药物,必须严格遵照医嘱规范用药,只有如此,才能有效遏制抗菌药物滥用。

总之,合理应用抗菌药物,关系到每个人的身体健康,也与全社会的公共卫生安全息息相关。错误、不规范地使用抗菌药物,只会陷入“耐药性加剧→药效下降→用药升级→药物完全失效”的恶性循环;而规范、正确地使用抗菌药物,则能最大程度发挥其治疗作用,减少不必要的后遗症。所有人都应当树立正确的用药观念,切不可随意使用抗菌药物,必须严格遵照医嘱规范用药,只有如此,才能有效遏制抗菌药物滥用。

(作者供职于山东省临沂市费县中医院)

明确的医学指征,避免因担心感染而盲目用药。

医疗机构应当组建专门的抗菌药物管理团队,制定标准化抗菌药物临床应用指南并提供临床应用指导,同时对违规开具、滥用抗菌药物的行为进行严格监管审查,以此规范指导临床合理使用抗菌药物,减少抗菌药物滥用的情况。

患者应遵从医嘱治疗并配合医生完成病原学检查。在病原学检查结果出来前,医生通常会结合当地致病菌耐药情况与药敏背景给予经验性治疗,待结果明确后再调整为目标治疗。患者除了必须遵从专业医生的指导、配合诊疗,在日常使用抗菌药物时还须牢记以下注意事项:不要自行购买抗菌药物,也不要一出现感冒发热就使用抗菌药物;必须严格遵医嘱用药,不要随意增减药量,也不要擅自改变用药时长;不可随意停药,也不可认为抗菌药物“越高级越好”“越贵越好”,避免不必要的滥用。

既往病史:曾患冠心病、脑梗死或有颈动脉斑块的患者。下肢动脉硬化闭塞症被称为“沉默的杀手”,其早期症状常伪装成普通劳累或风湿,让人掉以轻心。但血管堵塞不会自行消失,只会随着时间的推移愈发加重。

下肢动脉超声检查是一种精准、快捷、无创的检查手段,犹如照亮黑暗角落的探照灯。它能帮助我们在灾难发生前发现隐患,通过药物控制、生活方式干预或微创手术等方式,重新疏通血管。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

磁共振成像诊断脑梗死的优势

□付其昌

磁共振成像(MRI)是利用磁场与无线电波生成人体内部结构高清图像的医学检查技术,不存在电离辐射。磁共振成像就像一台高精度的“水质探测仪”,通过探测人体内水分子在不同环境下的磁信号变化,“绘制”出身体内部的精细结构图像,是诊断脑梗死等神经系统疾病的“金标准”。

磁共振成像诊断脑梗死的优势

脑梗死是大脑供血血管发生堵塞,进而导致脑组织缺血、缺氧的疾病。磁共振成像能够拍摄出脑组织极为精细的影像,尤其擅长捕捉脑组织含水量与分布的变化,在脑梗死的临床诊断中发挥着至关重要的作用。

超早期识别病灶:弥散加权成像(DWI)序列对脑梗死后细胞内水分子扩散受限的

改变高度敏感,通常在发病后30分钟~60分钟就能清晰显示病灶,其检出时间远早于CT(计算机层析成像)平扫等检查,是确诊超急性期或急性期脑梗死的关键依据。

精准评估缺血半暗带:灌注加权成像(PWI)序列可显示血流减慢的缺血半暗带,结合DWI明确的梗死脑组织,能够精准识别血流灌注不足但尚未完全坏死的脑组织——缺血半暗带,而这正是临床抢救的最终目标。

查找“罪犯血管”与明确病因:磁共振血管成像(MRA)序列可在无创条件下显示脑血管的解剖结构,初步定位引发脑梗死的狭窄或闭塞血管;血管壁成像(VWI)序列则能进一步清晰地显示血管壁形态,明确血管狭窄的病因,比如动脉粥样硬化斑块、

血管炎、动脉夹层等,这对制定后续治疗方案至关重要。

评估脑小血管病(沉默的预警):磁共振成像对腔隙性脑梗死、脑微出血病灶的检出灵敏度很高,这类病灶常是“无症状、或仅表现为头晕、认知功能下降”的脑小血管病影像标志物,是未来发生严重卒中(中风)的重要预警信号。

磁共振成像检查的注意事项

磁共振成像基于磁场成像,没有辐射,有以上诸多优势。但因其依赖强大的磁场成像,在检查过程中存在诸多注意事项。磁性物质是磁共振成像检查中的“红线”,它在强大的磁场环境下会被吸引,未被吸引的铁磁性物质可能因发热导致患者被灼伤,同时还会干扰磁共振成像检查,导致图像报废。

肺癌发现时为什么多是中晚期

□卞春荣

在临床工作中,我经常遇到这样的情况:患者因咳嗽、胸痛到医院就诊,CT(计算机断层成像)报告上赫然标注“肺部占位,考虑肺癌”,进一步检查后,往往已经发展到中晚期。此时,患者及其家属往往难以理解:“我平时身体很好,怎么刚发现就这么严重了?”

这并非个例。据统计,我国约75%的肺癌患者在确诊时已处于中晚期,错过了根治手术的最佳时机。为什么肺癌如此擅长“隐藏”自己?究竟有哪些肺癌的早期信号被我们忽略了?

肺的“沉默”特性:一个不会喊痛的器官

肺部内部本身没有痛觉神经末梢,当肺组织深处出现早期小肿瘤时,患者几乎不会感觉到任何疼痛。即使这个“沉默”的器官已经埋下病变隐患,也依然能维持正常运转。只有当肿瘤生长到一定大小,侵犯胸膜、压迫气管时,

才会引发明显的咳嗽、胸痛或呼吸困难,而发展到这个阶段时,病情往往已经不属于早期了。

早期信号:为何容易被“合理化”

肺癌并不是完全没有早期信号,只是这些信号很容易被人们忽视。持续性干咳是肺癌最常见的早期表现。但咳嗽本身是生活中十分常见的症状,感冒、吸烟、换季都可能引发咳嗽。咳嗽时,很多人认为“不就是咳嗽,吃点药就好了”,任由病情拖延。尽管止咳药暂时缓解了咳嗽的症状,肿瘤却已经在体内悄然生长。

痰中带血丝是肺癌的另一个危险早期信号。哪怕只是偶尔出现,人们也常把它归为上火或咽喉炎发作。肿瘤表面血管丰富且质地脆弱,咳嗽时很容易发生破裂出血,因此,哪怕只出现过一次痰中带血,也需提高警惕。

不明原因的体重下降与乏力更是更容易被人们忽略的肺癌早期信号。现代人往往会把这类症状归因为“工作太忙”或者劳累导致的正常现象。但实际上,肿瘤细胞会大量消耗人体的营养物质,最终导致身体持续性消瘦。

还有一种容易被忽略的情况,就是同一部位反复发作肺炎。如果同一个肺叶反复出现感染,很可能是肿瘤堵塞支气管引发的,但多数人会把这种情况归结为“体质差,容易感冒”,不会联想到肺癌。

筛查意识不足:最大的“隐形杀手”

即使已经出现早期信号,很多人也不会主动做进一步检查。常规胸片对早期肺癌的检出能力十分有限,直径小于1厘米的肺部结节往往无法被发现,低剂量螺旋CT筛查才是肺癌早期筛查的“金标准”。

不少人拍完胸片,看到报告上显示“未见明显异常”就

放心了,直到几个月后症状加重再经CT检查时,才发现肿瘤已经长大数据。

高危人群:最需要“主动出击”

肺癌高危人群主要包括以下几类:长期吸烟者、有肺癌家族史者、存在职业粉尘暴露史者及慢性阻塞性肺疾病患者。对这类人群而言,正确的做法是:即使没有任何症状,也应当每年定期做一次低剂量螺旋CT筛查。

早期肺癌若能通过手术切除,患者5年生生存率可达80%以上,而晚期肺癌的这一数据不足10%。请别再把咳嗽当成无关紧要的小问题,也别轻易把痰中带血丝简单归结为上火。请重视身体发出的信号,主动做一次低剂量螺旋CT筛查,也许就能在肿瘤还处于“沉默”阶段时,将它扼杀在摇篮里。

(作者供职于山东省曹县人民医院)

下肢动脉超声检查揭开腿麻腿痛真相

□董欣

许多年长者或长期吸烟、患有糖尿病的人群,常面临这样的困扰:走一段路后,小腿就酸痛难忍,必须停下休息片刻才能继续前行;在寒冷的冬夜,双脚冰凉麻木,无论如何保暖都难以恢复温暖。

面对这些症状,很多人的第一反应是“年纪大了,腿脚不灵便了”或“腰椎不好”。于是,贴膏药、按摩,甚至盲目补钙。其实,在这些看似普通的症状背后,可能隐藏着一个沉默却危险的“堵”局——下肢动脉硬化闭塞症。而揭开这个真相的“金钥匙”,正是下肢动脉超声检查。

被误读的腿痛:不只是疲劳,更是缺血的警报

下肢动脉犹如为双腿输送氧气和营养的“高速公路”。随着年龄增长,加上高血压、高血脂、高血糖等不良因素的影响,血管壁会逐渐堆

积起类似水垢的斑块。这些斑块会导致血管壁变硬、管腔变窄,严重时甚至完全堵塞。当血管狭窄到一定程度,肌肉运动时无法获得充足的血液供应,就会引发缺血性疼痛,医学上称为“间歇性跛行”,这是下肢动脉闭塞症最典型的早期信号。若不及时干预,病情会进一步发展成静息痛,甚至出现足部溃烂、发黑坏死,最终可能面临截肢风险。更可怕的是,患下肢动脉闭塞症,往往意味着心脑血管发生梗死的风险显著增加。

为什么首选下肢动脉超声检查

面对腿麻腿痛症状,如何进行确诊?虽然CT(计算机断层成像)血管造影和数字减影血管造影具有较高的精准度,但它们或存在辐射风险,或属于有创检查,不适合作为初步筛查手段。此时,下肢动脉超声检查凭借其独特优势,成为医生诊断中的“侦察兵”。首先,其无创且安全。该检查无需打针、无辐射,利用高频声波能清晰呈现血管内部结构。其次,其结果直观且可动态观察。该检查不仅能测量血管内径、观察斑块的性质,还能通过彩色多普勒血流成像技术实时查看血液流动的速度和方向,以及血管堵塞部位、堵塞程度等信息。最后,其性价比高且可重复。该检查可反复进行,适用于监测病情的变化或评估治疗效果。

哪些人应尽快做下肢动脉超声检查

不要等到腿脚发黑才就医。如果您属于以下高危人群,且出现腿凉、麻木、行走疼痛等症状,建议尽早进行下肢动脉超声检查:

年龄因素:65岁以上的老年人;基础疾病:患有糖尿病、高血压、高脂血症的人群;不良习惯:长期吸烟者(吸烟是下肢动脉病变的极强危险因素);既往病史:曾患冠心病、脑梗死或有颈动脉斑块的患者。下肢动脉硬化闭塞症被称为“沉默的杀手”,其早期症状常伪装成普通劳累或风湿,让人掉以轻心。但血管堵塞不会自行消失,只会随着时间的推移愈发加重。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

肩周炎的科学康复方法

□田增源

“肩膀抬不起来、穿衣费劲、梳头困难、痛得睡不着”,这是很多肩周炎患者都有过的共同困扰。不少人把这些不适误认为普通的肌肉劳损,要么硬扛着不做任何处理,要么盲目按摩、用力拉伸,反而导致病情进一步加重。其实,肩周炎并不是“忍一忍就能好”,只有进行科学的康复干预,才能帮助肩膀逐步恢复灵活,彻底摆脱疼痛困扰。

肩周炎的核心病理机制是肩关节周围的肌腱、韧带、滑囊等软组织发生无菌性炎症,进而导致关节粘连及活动受限。该病常见于中老年人,长期伏案工作者、产后女性等人群。其典型症状除了抬肩困难,还伴随肩周酸痛与刺痛,夜间疼痛加剧,严重时甚至影响日常穿衣、吃饭。肩周炎具有自限性,但这并不意味着可以放任不管。若不进行科学干预,可能会导致关节粘连加重,留下长期活动受限的后遗症。

不少人在应对肩周炎时,容易陷入两大常见误区。

误区一:硬扛疼痛,强行抬肩。强行拉伸或用力抬肩,会加剧软组织损伤,加重炎症和粘连,甚至可能导致肌腱撕裂。

误区二:盲目按摩、正骨。不专业的按摩力度过大,会刺激炎症部位,而正骨若操作不当,可能损伤肩关节软骨,适得其反。正确的做法是,先明确诊断,再针对性开展康复训练,必要时配合药物或物理治疗。

肩周炎的科学康复核心是“循序渐进、松解粘连、缓解炎症、恢复功能”,其实施分为3个阶段。新手可从基础阶段开始,逐步推进至后续阶段。

第一阶段:急性期(疼痛明显,抬肩严重受限)。此阶段的重点是缓解疼痛,减轻炎症,并避免粘连加重。此时的治疗以休息为主,应避免提重物、过度抬肩等动作,可在医生的指导下外用抗炎镇痛药膏,或进行热敷,以促进局部血液循环,缓解肌肉痉挛。同时可进行简单的被动活动,例如让人辅助,缓慢将肩关节抬至患者能承受的最大角度,停留3秒~5秒后缓慢放下,每组10次,每日2组。

第二阶段:缓解期(疼痛减轻,可进行轻度主动活动)。此阶段的重点是松解粘连,逐步恢复肩关节活动度。推荐3个简单易操作的训练方法。

手指爬墙:面对墙壁站立,手指贴墙,缓慢向上爬行,直到感觉肩部轻微牵拉感,停留5秒后缓慢放下,每组10次,每日2组~3组。

毛巾拉伸:将毛巾放在身后,双手各抓住毛巾两端,下方手臂发力,缓慢向上拉动上方手臂,感受肩部后侧的牵拉,每组8次,每日2组。

钟摆运动:身体保持前倾姿势,手臂自然下垂,以肩关节为活动中心,缓慢进行前后、左右方向的摆动,每组10次,每日2组。运动过程中需避免用力过猛。

第三阶段:恢复期(疼痛基本消失,活动度明显改善)。本阶段的重点是强化肩部肌肉力量,巩固康复效果并预防复发。可进行抗阻训练,比如用弹力带做外旋、内旋动作,以增强肩关节周围肌肉的稳定性。此外,也可做靠墙夹背练习:后背贴墙站立,双臂自然下垂,将肩胛骨向后及中间方向夹紧,停留5秒后放松,每组15次,每日2组,以改善肩部肌肉失衡情况。

此外,日常预防亦至关重要。对于长期伏案工作者,建议每工作1小时起身活动肩部并进行简单拉伸;应避免长期单侧负重,注意肩部保暖以防受凉。产后女性需避免过早提重物,应循序渐进恢复肩部活动。若肩部疼痛持续超过1个月且抬肩严重受限,建议及时就医,排除肩袖损伤等其他问题。

肩周炎的康复没有捷径,也不能急功近利。遵循科学的康复方法,循序渐进、坚持训练,大多数患者都能逐步恢复肩关节功能,摆脱疼痛的困扰。

(作者供职于广东省普宁市人民医院)