

打哈欠引起的关节脱位，你会防范吗？

潮州市吴兴区织里镇卫生院 李艳

在打哈欠或大笑时，嘴巴突然无法闭合的情况时有发生。很多人觉得这只是暂时的“掉下巴”，缓一缓就能恢复，不必特意就医。实际上，这是颞下颌关节半脱位的典型症状，若反复出现、拖延处置，会造成关节囊与韧带的不适松弛，逐步发展为习惯性脱位，最终可能需要手术干预。认清发病逻辑，重视规范处置，做好日常防护，才能避免小问题演变成长期健康困扰。

一、打哈欠为何会引发关节半脱位

颞下颌关节结构精密且活动范围有限，当张口幅度超出生理极限时，就可能出现关节结构移位，打哈欠正是最常见的诱发场景。

1. 关节结构的生理特性：颞下颌关节由关节窝、关节头与关节盘共同构成，正常张口时，关节头在关节窝内滑动并伴随轻微转动。当张口幅度过大，关节头向前滑过关节窝最高点，若周围肌肉与韧带无法将其拉回原位，就会卡在关节窝前方，形成半脱位，导致嘴巴无法闭合。

2. 张口失控是直接诱因：打哈欠时面部肌肉处于不受控的放松状态，张口幅度往往超出日常可控范围。除此之外，大笑、大口进食、长时间张口接受口腔操作等，也都可能因张口过度诱发半脱位。

3. 易感人群更易反复出现：并非所有人都会出现这类问题，关节韧带天生偏松弛、长期有单侧咀嚼习惯、存在颞下颌关节紊乱基础的人群，以及老年人群因肌肉韧带退行性松弛，关节稳定性相对更弱，出现半脱位的概率更高。

二、处置不及时可造成不可逆损伤

很多人初次出现关节半脱位时，要么自行强行复位，要么等待自行回位，觉得只要嘴巴能合上就万事大吉。正是这种轻视的态度，让急性损伤逐步发展为慢性问题，最终造成难以逆转的关节功能损伤。

1. 初次损伤修复不全埋下隐患：半脱位发生时，关节囊、周围韧带与肌肉都会受到牵拉损伤，即便关节复位，受损软组织也需要足够时间制

动修复。若复位后立刻恢复正常张口、咀嚼硬物，韧带与关节囊无法充分愈合，会变得更加松弛，关节稳定性下降，后续很容易再次脱位。

2. 反复发作形成习惯性脱位：随着脱位次数增加，关节结节因反复摩擦出现磨损，关节囊松弛程度不断加重，脱位的诱发阈值越来越低。发展到习惯性脱位阶段，轻微张口动作就可能引发脱位，影响正常说话、进食，还会带来持续的心理负担。

3. 陈旧性脱位需手术干预：若脱位后长时间未能复位，关节周围软组织会出现粘连、增生，关节内部结构发生器质性改变，形成陈旧性脱位。此时单纯手法复位已无法奏效，往往需要手术调整关节结构，且术后也很难完全恢复原本的活动度与稳定性。

三、科学应对才能守护关节健康
颞下颌关节半脱位的防控，关键在于及时处置与提前预防，出现症状时采取正确的处理方式，日常做好关节养护，就能最大限度降低复发风险，避免病情迁延加重。

1. 发作后第一时间规范复位：一

旦出现张口后无法闭合、局部酸痛、言语不清的情况，不要强行咬合或是自行暴力复位，以免造成关节结构的二次损伤。应尽快前往正规医疗机构，由专业人员通过标准手法复位，确认关节位置准确，避免错位愈合。

2. 复位后严格制动促进修复：关节复位后的修复期是降低复发率的关键阶段，需严格遵医嘱限制张口幅度，打哈欠时用手托住下颌，短期内进食软食，避免咀嚼硬物与过度牵拉关节。充足的制动休息能让受损组织充分愈合，最大程度恢复关节稳定性。

3. 良好养护降低脱位风险：平时养成良好咀嚼习惯，避免长期单侧咀嚼、咬食硬物，减少关节的侧向负荷；存在颞下颌关节紊乱的人群及时干预调理；老年人群注意面部保暖，避免寒冷刺激引发肌肉痉挛。日常打哈欠时有意识控制张口幅度，从源头减少脱位的发生可能。

总之，打哈欠引发的颞下颌关节半脱位，从来不是无关紧要的小问题，每一次脱位都是对关节稳定性的损伤。面对这类问题，既不必过度恐慌，也不能轻视拖延，初次发作就规范处置、做好修复，日常养成养护关节的习惯，就能有效避免病情反复，守住关节的正常功能。细微的生活习惯调整，往往能规避很多远期的健康风险。

老花眼不是病？揭秘眼球里的“变焦镜头”如何失灵

广西壮族自治区南溪山医院（广西壮族自治区第二人民医院）眼科 李维纳

很多中老年人发现，读书看报时手臂越伸越长，手机字体越调越大，总会自我安慰一句：“没事，老花眼嘛，不是病。”这句话只对了一半。老花眼（老视）确实不是一种病理状态，而是人体机能自然衰老的生理现象。然而，这种“衰老”的本质，是我们眼内内部一枚精密的“变焦镜头”彻底失灵了。理解这种失灵，不仅能帮我们坦然接受老花，更能警惕那些伪装成老花的致盲眼病。

这枚“变焦镜头”，就是晶状体。它形似双凸透镜，清澈透明，富有弹性，就嵌在瞳孔的后方。在我们年轻时，晶状体外面裹着一层极薄的囊袋，囊袋上连接着一圈细小的肌肉——睫状肌。这套组合，构成了一套全自动变焦系统。

当我们看远处时，睫状肌放松，连接晶状体的悬韧带绷紧，晶状体变得相对扁平，屈光力减弱，远处的平

行光线正好聚焦在视网膜上。而当我们想把视线从远处移到近处书本时，大脑会发出指令，睫状肌瞬间收缩，悬韧带随之松弛，富有弹性的晶状体便依靠自身的弹性“鼓”了起来，变得中间厚、边缘薄。这种形态的改变，增加了晶状体的屈光力，使得近处物体反射来的散射光线也能精准汇聚在视网膜上。这一过程，在光学上被称为“调节”。

然而，衰老是不可逆的。大约在40岁以后，晶状体这个“镜头”开始发生质的变化。它的核心逐渐硬化，像一块原本Q弹的果冻慢慢变成了硬糖，弹性越来越差。与此同时，包裹晶状体的囊袋也逐渐增厚、变硬，失去了以往的柔韧性。睫状肌的力量也会随着年龄增长而减弱。

于是，当我们需要看近处物体时，睫状肌虽然还在努力收缩，但已经“拉不动”或者“挤不扁”那颗硬化的晶

状体了。晶状体无法变凸，屈光力不足，近处的光线就无法聚焦在视网膜上，而是聚焦在了视网膜的后面。这就导致了视近物模糊、疲劳、酸胀。这就是老花眼发生的核心机制——调节能力的丧失。所以，老花眼不是“病”，而是“硬件老化”。它不像青光眼那样眼压升高损伤视神经，也不像白内障那样晶状体混浊阻挡光线，它仅仅是“对焦失败”。这也是为什么老花眼看远处依然清晰，唯独近处不行。

正因为老花眼是生理性衰退，目前没有任何药物或保健品能逆转这一过程。所谓的“治愈老花”都是伪科学。佩戴老花镜，本质上是配了一枚“外挂”凸透镜，代替已经失去弹性的晶状体，手动补足那部分缺失的屈光力，帮助光线重新聚焦在视网膜上。

但这里有一个至关重要的警示：老花眼的症状（视近模糊）有时也是某些眼病的“烟雾弹”。比如，糖尿病

视网膜病变可能导致晶状体渗透压改变，引起屈光度变化，造成短期内老花加深；白内障早期，晶状体吸水膨胀或混浊，也会影响调节功能；甚至某些眼底病，也可能表现为阅读困难。

因此，当出现老花症状时，第一件事不应是随意在小摊上买副成品眼镜凑合，而是应该去医院进行一次全面的眼科检查。这不仅是验光配镜的需要，更是为了排除青光眼、白内障、糖尿病视网膜病变等隐患。

此外，虽然老花不可逆转，但我们可以延缓它的到来或减轻症状。避免长时间近距离用眼，防止睫状肌痉挛；保证充足的光照，减少晶状体调节的负担；均衡饮食，摄入富含维生素和抗氧化物质的食物，有助于保护晶状体和视网膜的健康。

总之，老花眼是眼球“变焦镜头”自然老化的结果，它提醒我们身体这台精密仪器的零件正在磨损。正视它，科学地矫正它，并借机排查眼底隐患，才是对待老花眼最理性的态度。毕竟，清晰的视野，无论远近，都是晚年生活质量的重要保障。

为什么我扎你的手，却能治你的胃？——针灸取穴的逻辑

柳州市中医医院外科外治中心 张丽婷

在针灸科门诊，几乎每一位胃病患者都问过同样的问题：“医生，我胃不舒服，你为什么要扎我的手？”这个问题问得好。手和胃，一个在人体最上方，一个在躯干中央，看起来毫无关联。但针灸偏偏就要“舍近求远”——胃痛不扎肚子，反而扎手。这背后，藏着针灸取穴最核心的逻辑。

一、经络：一张贯通全身的“隐形网络”

要理解为什么扎手能治胃，首先要认识人体内一张看不见的网——经络系统。

两千多年前的《黄帝内经》就已经记载了经络的分布。经络内连脏腑，外络肢节，是气血运行的通道。可以把它想象成一张遍布全身的“信息高速公路网”，每一根“公路”都有固定的路线，连接着特定的脏腑和部位。

而穴位，就是这张“公路网”上的关键节点。刺激某个穴位，信息就会沿着经络这条“公路”传导到它所连接的脏腑，从而调节脏腑的功能。

二、循经取穴：病在远，穴在近
基于经络学说，针灸医生生出一条最基本的取穴法则——循经取穴，也

叫远道取穴法。它的核心逻辑是八个字：“经脉所过，主治所及”。意思是：某条经络循行经过的部位生了病，就可以在这条经络上的穴位（无论远近）进行治疗。

《黄帝内经·灵枢》里把这个道理讲得很清楚：“病在下者取之；病在上者高取之”。针灸古籍《灵枢·官针》中还有专门的“远道刺”：“病在上，取之下，刺府输也”。也就是说，上半身的病，可以取下半身的穴位来治。

古人甚至把这些经验编成了口诀，世代相传。其中最著名的就是《四总穴歌》——“肚腹三焦留，腰背委中求，头项寻列缺，面口合谷收”。短短二十个字，把全身主要病症的远道取穴规律概括得清清楚楚。

三、扎手治胃，到底扎的是哪个穴？

回到开篇的问题：胃痛扎手，到底扎哪个穴？

答案是——合谷穴。
合谷穴在手背第一、二掌骨之间，约当第二掌骨桡侧中点处。它属于手阳明大肠经。而大肠经和胃经同

属“阳明”，在经络理论中属于“同名经”，有着密切的联系。更关键的是，大肠经“从缺盆上颈贯膈，入下齿中”，其循行路线经过口面部——所以《四总穴歌》说“面口合谷收”，牙痛、面瘫、头痛等头面疾病都可以取合谷穴治疗。

但合谷穴调理胃肠的作用，同样被历代医家广泛验证。在治疗胃中宿食停滞不化等脾胃问题时，古人就常取手足阳明经的合谷和足三里配合使用。

四、现代科学怎么看？——神经在“搭桥”

如果说经络是古人的“理论模型”，那么现代医学则为这个模型找到了实实在在的的物质基础——神经系统。

研究发现，多数穴位恰好位于神经末梢密集的区域。合谷穴正处于手背的神经干附近。针刺合谷穴时，产生的信号会沿着神经传导至中枢神经系统。

更关键的是信号汇聚。现代神经科学发现，来自手部分合穴的传入信息，来自胃部胃部的传入信息，可以在大脑的同一区域——岛束核——汇聚。

岛束核是调控内脏功能的重要中枢，针刺合谷穴能够激活岛束核中与胃相关的神经元，从而调节胃的运动功能。

复旦大学脑科学研究所的研究进一步揭示，针刺下肢足三里区域可以特异性激活深筋膜感觉神经元，通过迷走神经通路调控内脏功能。这一机制同样适用于解释上肢穴位对胃的调节作用——躯体感觉信号通过神经通路传导至中枢，再由迷走神经等内脏神经将调节指令“下发”到胃，形成一条完整的“躯体-内脏反射弧”。

也就是说，扎手和治胃之间，是神经系统在“搭桥”。手部的针刺信号沿着神经“上达”大脑，大脑再把调节指令“下发”到胃——手和胃之间，通过神经系统建立了一条看不见的“专线”。

五、结语

下次到针灸诊室，若医生扎手部穴位治胃病无需诧异。循经取穴、远道取穴，历经两千年临床验证，是古代医家实践总结的智慧。现代研究也从神经传导、中枢整合等角度佐证其机理。手部银针可调养胃部，看似奇妙，实则是中医经络理论与现代神经科学的临床融合。