

偏头痛找上门, 中医巧治不再犯头疼

忠县中医医院 徐智慧

很多人的生活都受到偏头痛的困扰, 突然发生一侧的头部胀痛或跳痛, 在发作时恶心想吐、烦躁失眠。每次发作数十分钟不等, 持续数日, 熬夜、压力大、情绪波动、换季受风等均可导致偏头痛的发生。其反复发作, 缠绵难愈, 给工作和生活带来严重影响。

西医对于本病多以止痛, 缓解神经为主, 治标不治本。中医认为: 辨证论治、固本溯源从根源调理脏腑气血不仅能快速解除病痛, 更能有效杜绝复发。因此, 是偏头痛调理之首选方式。

一、溯本求源: 偏头痛的主要病因

偏头痛属于中医的“头风”或“偏头风”。在《黄帝内经》中有“诸风掉眩, 皆属于肝”的论述, 也就是说, 出现头部疼痛、眩晕之症大多与肝脏失和有着很大的关系。头为诸阳之会, 清阳之府, 五脏六腑的精华之气, 清阳之气汇聚于此。若气血郁滞、脏腑失调, 经络不利、清阳不升、浊阴不降, 则可引起头痛。

中医学认为, 导致偏头痛的因素主要有三种: 一是肝郁。由于当代社会压力, 人们的不良情绪压抑使肝疏泄功能障碍而气机不畅。气为血帅, 气滞则血瘀, 致使头部的经脉不通则痛。此病的特点多随情绪波动而发作。二是血虚。由于劳累过度, 夜生活过多和脾弱, 使气血化生有碍而导致头部失养。疼痛空痛隐痛为主, 遇劳加重。三是风寒痰湿, 因外受风寒和食生冷, 致脾胃运化水湿的功能紊乱而产生痰湿而使清窍受到蒙蔽, 阻碍了经脉而引发沉重等痛感。大多数人并非单独由一种原因导致发病而是多种混合所致, 即虚实夹杂, 气血失调所致。

二、辨证分型: 针对性调治告别反复头痛

中医治疗偏头痛是因人而异的, 通过辨别不同的症状, 将其分为几个类型, 采取相应的中药调理才能达到标本兼治的效果。主要有三种类型的偏头痛。

肝郁气滞证最为多见, 常见于工作压力大的中青年。以一侧头顶部

胀痛、跳痛为主症, 疼痛与烦躁焦虑情绪有关, 并在情绪激动易怒时加剧, 兼胸闷肋胀、失眠多梦、口苦咽干。调养原则: 疏肝理气, 通络止痛。可代茶饮玫瑰花、菊花、柴胡, 可以柔肝缓急、清利头目; 饮食忌食辛辣燥热之品以免助火生痰。

气血不足者多见于体弱、过劳及产后之人, 中老年也常见。头痛隐隐、空痛, 屡发不止, 遇劳累、熬夜加重, 兼神疲乏力, 面色苍白, 头晕心悸, 食少纳呆。调理重在补气养血、健脾升阳。可多吃红枣、桂圆、山药、黄芪等温补之品, 平时多煮黄芪红枣粥, 山药排骨汤, 益气养血润泽头部经络。本型多见于形体肥胖, 久坐少动, 饮食肥甘, 脾胃虚弱之人。头痛特点为头沉而胀痛或觉头部昏沉不清, 如以肩裹之, 伴胸闷纳呆、腹胀、疲乏乏力、四肢沉重、遇阴雨天及受凉诱发等症。治疗当健脾利湿, 化痰通络为主。生活中宜食茯苓、薏米、陈皮等; 忌食生冷油膩食物, 减少生湿之品。

三、中医外治: 简便有效的止痛

良法

简便易行使者穴位按摩成为首选的方法, 重点按压四大止痛穴位。位于耳廓正前方, 当眉梢与目外眦连线中点的凹陷处即是太阳穴, 轻轻揉打圈可以立时缓解胀痛症状; 处于后颈枕骨下凹陷处是风池穴, 可起到疏风通络、改善脑供血的作用; 在耳尖上直入发际处的率谷穴是调理偏头痛的要穴, 可有效消除偏侧头部疼痛不适的症状; 合谷穴位于手背第一掌骨间上方之虎口处, 通过按压可发挥疏风止痛、调和气血的作用。每种穴位均应按压3-5分钟, 直到出现酸胀感为止, 在发病之时进行按压可即时达到止痛的效果。

对于虚寒、痰湿、气血亏虚导致的偏头痛, 可进行艾灸治疗。以风池、百会、足三里、三阴交等穴位为主, 温和灸15分钟, 2~3次/周。可温通经络, 温补气血, 祛除痰湿, 使头部气血畅通, 减少头痛的发生。肝郁火旺者不宜此疗法, 以免加重内热。

刮痧以通络适用于气滞血瘀、外感风寒所致偏头痛。可轻刮后颈沿经络, 自太阳穴至耳后, 见淡红色痧即出, 立可即疏通郁结经络, 祛除外邪毒之邪而速愈偏头痛, 刮痧后注意避风御寒, 免受寒邪入侵而加重病情。

脑部影像检查揭秘: 头痛、头晕时该选CT还是MRI?

柳州市柳城县人民医院 黄秀斌

生活中几乎每个人都经历过头痛、头晕、熬夜、劳累、受凉或是莫名的脑部不适, 常常让人担心脑血管、大脑组织出现问题。很多人就医后, 会被医生建议做脑部CT或核磁共振(MRI)检查。绝大多数人都不清楚这两项检查的区别, 不知道自己该做哪一种, 甚至觉得“MRI更贵就更好、更全面”。其实两种检查各有优势, 对症选择才最科学。今天为大家详细拆解头痛头晕的脑部检查选择技巧, 帮大家避开检查误区, 精准排查病因。

首先我们要明确, 脑部CT和MRI的成像原理完全不同, 适配的病症场景也天差地别。脑部CT利用X射线断层扫描成像, 检查速度快、分辨率高, 擅长观察骨折、出血、钙化等高密度病变, 是急诊脑部检查的首选。而核磁共振MRI依靠磁场成像, 无辐射, 对软组织和神经、脑组织、细微病变的显像效果更佳, 适合慢性脑部不适的精细检查。

很多人突发头痛、头晕, 最担心

的就是脑出血、脑外伤等急性。这种情况下优先选择脑部CT。CT最大的优势就是极速、精准排查急性病变, 针对高血压引发的脑出血、蛛网膜下腔出血、脑部骨折、急性脑梗早期出血、脑部肿瘤钙化等问题, 能够在几分钟内清晰成像, 结果直观准确。

在临床急诊中, 只要是突发剧烈头痛、头晕, 伴随呕吐、肢体麻木、外伤撞击头部等症状, 医生都会首选CT检查。这是因为急性脑血管病凶险, 需要快速明确病灶, 为急救争取时间。同时CT检查价格更低、适用人群广, 体内有金属植入物、佩戴起搏器无法做MRI的人群, 都可以正常做CT检查。但CT也存在明显短板, 它对大脑软组织、微细水肿、微小梗死灶、神经损伤的辨识度较差。对于慢性、反复性的头痛头晕, CT往往看不出异常, 这时就需要选择脑部MRI。

日常长期熬夜、反复头晕胀痛、阵发性眩晕、头部昏沉不适, 且无外伤、无突发剧痛的慢性症状, 大多适合做

核磁共振。MRI没有辐射, 对人体无伤害, 能够清晰显示大脑白质、脑神经、脑血管、微小缺血灶、轻微脑水肿等CT无法识别的微细病变。

像长期脑供血不足、陈旧性脑梗塞、轻微脑动脉硬化、前庭功能异常引发的头晕、神经性头痛、脑部微小肿瘤等慢性问题, 只有通过MRI才能精准筛查。对于中老年人、长期失眠、三高人群的脑部精细体检, MRI是最佳选择。

很多患者存在一个典型误区: 不管什么头痛头晕, 直接要求做最贵的MRI。其实完全没有必要, 盲目选择检查不仅浪费时间, 还可能延误急症诊断。突发剧烈头痛、疑似出血、头部外伤, 慢做MRI、快做CT; 长期反复头晕、慢性头部不适、想精细排查脑病, 优先做MRI。

除此之外, 大家最关心的辐射问题也可以统一解答。脑部CT存在微量电离辐射, 单次正规医疗检查的辐射剂量极低, 远低于人体伤害阈值,

偶尔一次检查不会损伤身体, 无需过度恐慌。而MRI全程依靠磁场成像, 零辐射, 孕妇、儿童、体质虚弱人群, 在病情需要时均可安全检查。

同时两类检查都有明确禁忌。CT不建议短时间内频繁重复检查; MRI严禁体内有钢钉、心脏起搏器、金属假体、人工耳蜗的人群检查, 幽闭恐惧症患者、重度躁动人群也不适合做核磁共振。

很多人疑惑, 为什么有的患者做完CT还要再做MRI? 这是因为CT先快速排除致命急性病变, 若结果正常但症状持续存在, 说明无出血、骨折等问题, 大概率是微小缺血、神经、脑血管慢性问题, 需要MRI进一步精细确诊, 两种检查互补, 才能避免漏诊。

总之, 头痛头晕的检查没有绝对的好坏, 只有是否适配。急症重排查选CT, 慢病细筛查选MRI。就医时无需自行纠结检查项目, 更不要盲目追求高价检查, 如实告知医生自身症状、发病时长、身体基础病史, 遵从医嘱对症检查, 就是最高效、最安全的就医方式。正确区分影像检查优势, 既能节省就医成本, 也能更精准的找到病因, 为后续治疗提供可靠依据。

化疗药、靶向药、免疫药怎么选? 肿瘤药师一次讲清

松原市中医院 吴莲波

中国医科大学 丁韦序

临床常有患者拿着检查单焦虑咨询, 纠结化疗、靶向、免疫哪种更好, 总想直接选副作用最轻的方案。部分患者盲目追捧免疫药, 执意更换治疗方案; 也有人惧怕化疗带来的身体损伤, 十分抗拒该疗法。事实上三类药物没有绝对优劣, 适用人群、作用原理、适配病情各不相同, 下面通俗梳理三者区别与选择思路。

1. 化疗药、靶向药、免疫药是怎样杀灭肿瘤的?

(1) 化疗药: 化学疗法所用药物好比全城消灭队伍, 随着血液循环散布全身后, 会显著抑制各类快速分裂增殖的细胞。肿瘤细胞增殖活跃度极高, 自然成为药物主要清除目标; 但人体内新陈代谢更新速度的健康细胞, 包括毛囊组织、消化道内壁黏膜、骨髓造血干细胞, 也会同步受到药物损伤, 脱发、肠胃不适、血液白细胞指标偏低等各类不良反应由此产生。该类药物不存在专属识别位点, 临床适用病症覆盖范围最为广泛, 多数实体肿瘤以及血液系统恶性肿瘤, 在疾病各个分期阶段均可选用。既能够配

合外科术后辅助干预, 清除体内残留的微小肿瘤组织; 也可应用于晚期患者, 缩小肿块尺寸, 减轻肿瘤诱发的疼痛感。

(2) 靶向药: 罹患肿瘤的人群大多更倾向选择靶向类药物, 不过在临床沟通环节, 医护人员都会提前告知患者, 该治疗方式虽具备高度精准性, 但使用标准却十分严苛。靶向药如同搭载定位系统的狙击器械, 只会针对携带特殊基因突变的肿瘤细胞展开清除, 不会大面积损伤周边正常机体组织, 严重脱发、剧烈反胃等强烈不适感会大幅降低。启动靶向干预的必备条件为完成基因筛查检测, 确认体内存在能够匹配的变异位点, 肺部恶性肿瘤高发的EGFR基因、肠道肿瘤多见的RAS基因都属于典型对应位点。倘若未检出适配的基因变异, 服用靶向药剂很难产生抗癌成效, 只会造成无谓的经济消耗。

(3) 免疫药: 很多普通人将免疫疗法视作对抗肿瘤的新一代核心手段, 在日常健康科普中常观闻其作用路径: 免疫类药物不会直接杀灭肿瘤

细胞, 而是解除病灶对人体免疫细胞形成的压制作用, 唤醒机体内部T淋巴细胞, 依靠人体自身免疫系统分辨并清除病变细胞。其起效路径和化疗、靶向两类药剂存在根本差异, 部分患者刚用药时无法观察到肿块缩小, 少数人群还会出现病灶短期内轻微扩张的现象, 这是免疫细胞被激活后产生的正常反应。该疗法引发的不良反应以各类免疫相关炎症为主, 和化疗带来的消化道损伤、骨髓造血功能抑制两类副作用有着明显区分。

2. 药物挑选中, 不同病情对应不同药物

(1) 优先选择化疗药物的情况。我经常对刚刚诊断为中期肿瘤且需要术后辅助治疗的患者, 化疗是非常基础的。因为早中晚期肿瘤手术后, 往往会残留肉眼不可见的微小细胞, 化疗药覆盖面广, 能够降低复发风险。此外, 没有找到基因突变或无靶向可用的晚期患者, 化疗属于基础方案。针对肿瘤进展速度较快的情况, 如存在全身多处转移且需要短时间内抑制病灶时, 化疗治疗效果更好。

(2) 优先选取靶向药的情况。当基因检测报告过程中存在明确可用药的靶点, 这种情况优先选择靶向药治疗。常见的情况: 肺癌晚期患者EGFR突变、乳腺癌HER2阳性, 这种情况优先选择靶向单药, 或者和温和化疗药物进行联合。如果患者年龄偏大且身体素质较差, 再或者对高强度化疗不耐受的老年, 只要存在用药靶点, 可以选择低毒性靶向药。居家患者可通过口服进行治疗, 并非需要全程住院治疗。但也需注意, 靶向药存在耐药性, 若复发病灶, 需要更换用药方案。

(3) 优先选择免疫药的情况。当无基因靶点, 化疗效果不佳的晚期实体瘤患者或者肿瘤微环境适合免疫激活且检测PD-L1存在高表达患者, 单纯使用免疫药既能获得一定效果。但固体肿瘤, 如肝癌、食管癌、黑色素瘤也有固定免疫适应症, 一线方案包括免疫单药、免疫联合化疗, 但存在免疫起效慢情况, 但如患者体质差且存在免疫疾病, 不建议使用, 可能会出现脏器炎症。