

正视焦虑, 规范护理以拥抱平稳心境

锡林郭勒盟安神医院 刘燕

快节奏现代生活中, 焦虑已成为许多人的常见情绪, 扰乱内心平静。作为医生, 我在诊室见过太多被焦虑困扰的人, 他们分别为健康、工作、未来担忧。但焦虑本身并非洪水猛兽, 它是人类进化形成的保护机制, 可提醒我们警惕潜在危险, 关键在于我们如何看待它, 如何以科学规范的方式与之相处, 从而拥抱平稳心境。

一、拨开迷雾: 焦虑的本来面目
要管理焦虑, 首先需要认清它的真实样貌。焦虑不同于具体的恐惧, 它往往指向未来, 指向不确定, 是一种弥漫性的不安。当焦虑来临时, 身体会进入“战或逃”的应激状态, 心跳加速、呼吸变浅、肌肉紧绷, 这是交感神经在发出警报。有趣的是, 这种反应本身是为了保护我们, 但当我们长期处于这种高度警觉中, 警报系统就会失灵, 把无害的信号也当作威胁。理解这一点至关重要, 焦虑不是性格缺陷, 不是软弱的表现, 而是大脑的警报系统过于敏感。当我们停止与焦虑对抗, 停止给自己贴上“病态”

的标签, 就已经迈出了自我疗愈的第一步。

二、生活锚点: 建立身心的稳定基础

规范护理焦虑, 离不开扎实的生活根基。我们的身体与心理是紧密相连的整体, 生理的稳定能为心理提供坚实的支撑。规律作息是首要之务, 固定的睡眠时间能帮助调节生物钟, 让神经系统的兴奋与抑制恢复节律。饮食方面, 减少咖啡因和精制糖的摄入, 避免人为加剧心慌和情绪波动。适度的有氧运动更是天然的“抗焦虑药”, 慢跑、游泳或快走时, 身体会释放内啡肽, 这种“快乐激素”能有效缓冲压力反应。

三、思维重构: 改变与焦虑的对话方式

焦虑常常源于我们对事物的解读方式。两个人在同样的情境下, 可能产生截然不同的情绪反应, 区别就在于内在的认知模式。焦虑者往往存在“灾难化思维”, 把一个普通的不适解读为大祸临头, 把一次工作失误想

象成职业生涯的终结。我们可以练习观察自己的思维, 当焦虑升起时, 问自己: 这个担忧发生的真实概率有多大? 即使发生了, 我真的无法应对吗? 有没有其他可能性? 这种认知行为疗法的核心技巧, 不是盲目乐观, 而是培养一种更平衡、更现实的思维方式。当我们学会与内心的“警报声”辩论, 焦虑就失去了它绝对的控制力。

四、当下之力: 在此时此刻安住身心

焦虑之所以消耗我们, 是因为它把心灵抛向未知的未来, 而正念练习则能把我们温柔地拉回当下。正念意味着有意识地、不加评判地觉察此刻的经验。

你可以尝试一个简单的练习: 当感到焦虑时, 将注意力带到呼吸上, 感受气流进入和离开身体的感觉; 或者进行身体扫描, 从头顶到脚趾, 逐一觉察每个部位的感受。这并非要消除焦虑, 而是改变与焦虑的关系, 从“被焦虑吞没”转变为“观察焦虑的存在”。就像坐在河边看流水经过, 我们看着

念头和感受来来去去, 却不被冲走。这种抽离的觉察, 能让我们在焦虑的浪潮中保持内在的宁静空间。

五、专业护航: 何时以及如何寻求帮助

自我调节有其限度, 当焦虑严重影响日常生活、工作或人际关系时, 寻求专业帮助不是软弱, 而是对自己负责的明智选择。精神科医生能通过系统评估, 判断焦虑的程度和类型, 排除躯体疾病导致的类似症状, 并提供药物治疗方案。心理治疗师则能通过认知行为疗法、接纳承诺疗法等, 帮助患者深入探索焦虑根源, 学习系统的应对技巧。在这里要特别强调的是“规范”二字, 避免自行增减药物, 避免依赖非正规渠道的“偏方”, 建立稳定的治疗联盟, 定期复诊沟通。规范的医疗干预, 就像在暴风雨中航行的船舶配备了经验丰富的领航员, 能帮助患者更安全地驶向平静的水域。

正视焦虑不是要彻底消灭它, 而是学会与之共处, 重建生活秩序。通过调整生活方式、重塑认知、练习正念, 必要时借助专业力量, 我们能将焦虑转化为成长契机。愿每位被焦虑困扰的朋友, 温柔坚定对待自己, 在规范调理的道路上, 逐步找回内心的安宁与力量。

心梗并非只有胸痛: 不典型症状需立刻急诊就医

内江市第二人民医院 晏源源

一、当心梗学会“伪装术”: 你以为是胃病, 可能是心脏在求救

你有没有想过, 心梗这个“杀手”其实是个优秀的演员? 在多数人印象中, 心梗发作像电视剧里那样——主角突然捂住胸口, 表情痛苦, 缓缓倒地。但现实中的心梗, 更像会“七十二变”的伪装者, 它可能假扮成胃痛、牙疼、肩膀酸, 甚至只是让你觉得“最近有点累”。

更可怕的是, 这种“假扮”常骗过患者和家属。数据显示, 我国每年约有100万人因心梗丧命, 每延误1分钟就有近20万心肌细胞死亡。误诊、漏诊的重要原因之一, 就是很多人不知道心梗的“剧本”远比想象中丰富。

二、心梗的“经典人设”: 胸痛+大汗

我们先来认识心梗的“标准长相”。典型症状是胸骨后或胸前区出现压榨性、紧缩性的剧烈疼痛, 像有人在胸口重重打了一拳。这种疼痛持续超过15-20分钟, 休息或含服硝酸甘油也不缓解, 常伴有大量汗淋漓、呼

吸困难、恶心呕吐, 甚至有“大难临头”的濒死感。

疼痛还会“跑”——不仅限于胸部, 可能放射到左肩、左臂内侧、脖子、下颌甚至牙齿。如果有这些“标配”症状, 别犹豫, 立刻打120。

三、心梗的“变身术”: 意想不到的信号

近三分之一的梗发作症状并不典型, 尤其是女性、老年人和糖尿病患者。这些“非典型症状”就像心梗的“障眼法”, 让人防不胜防。

1. “胃病型”心梗: 吃胃药根本没用。上腹部胀痛、烧心、恶心呕吐, 很多人第一反应是“老胃病犯了”。但如果吃了不干净的东西, 胃药毫无效果, 且劳累后加重, 那很可能是心脏在“声东击西”。曾有年轻程序员饭后“胃痛”就医, 结果查出急性下壁心肌梗死。2. “牙痛型”心梗: 说不清哪颗牙在疼。突然出现一侧下颌或牙齿持续酸痛, 去口腔科检查却没问题。心脏和牙齿的神经在脊髓中有“共享通路”, 大脑有时会“接错线”。

这种牙痛常与体力活动或情绪激动有关, 活动时加重, 静息时反而缓解。

3. “疲劳型”心梗: 整个人像被抽空。不明原因的极度疲劳, 休息后也无法缓解。当心肌缺血时, 心脏泵血能力下降, 人就会觉得“说不出来的不对劲”。美国心脏协会明确将异常疲劳列为心梗前最突出的信号之一, 尤其在女性中更常见。4. “憋闷型”心梗: 躺下就喘不上气。夜里躺下就胸闷、透不过气, 必须坐起来大口喘气。背后可能是心脏泵血吃力, 肺部开始淤血。5. “冷汗型”心梗: 没发烧却全身湿透。突然冒出大量黏腻冷汗, 脸色苍白, 伴随恶心、头晕。心梗时心肌严重缺血会刺激自主神经, 导致这种“反常出汗”, 尤其在饭后、清晨或情绪激动后突然出现时更要警惕。

四、谁是心梗的“偏爱”对象?

心梗看似突如其来, 但往往“偏爱”特定人群: 吸烟者、肥胖人群、高血压/高血脂/糖尿病患者、长期熬夜久坐的人、精神压力大的人, 以及有早发冠心病家族史的人。

特别提醒: 年轻人别以为自己是“免死金牌”。数据显示, 25-45岁中青年占心梗患者的比例已达13.5%。连续加班、靠吸烟提神、顿顿高油外卖, 这些行为正在让心梗年轻化。

五、保命三步法: 停、呼、等

一旦怀疑心梗发作, 请按以下顺序行动: 立即停止一切活动, 坐下或平躺。任何活动都会加速心肌坏死, 千万别“忍一忍”或自己开车去医院。第一时间拨打120。准确告知地址和症状, 告诉接线员“患者疑似心梗, 需要胸痛中心支援”。安静等待救援。松开衣领保持呼吸通畅。如果血压不低且医生开过硝酸甘油, 可舌下含服1片, 5分钟后未缓解可再服1片, 最多不超过3片。不确定时不要乱吃药。

记住两个黄金时间: 发病后120分钟内是救治黄金期, 每延迟1小时死亡风险增加10%。宁可虚惊一场, 不可错过时机。

结语: 别把心梗的早期信号当成“忍一忍就过去的毛病”。学会识别这些“不典型”警报, 关键时刻能救你一命。健康无小事, 当你不确定时, 去医院做个心电图, 花不了多少时间, 却可能避免一场灾难。

大量饮水配合跳跃运动, 当真能把结石跳下来吗?

邵水县人民医院 王鸿立

体检发现肾结石后, 不少人第一反应就是“多喝水、多跳跳, 把结石排出来”。事实上, 大量饮水配合跳跃运动确实是临床推荐的保守排石手段, 但绝非人人适用, 用错了反而可能加重病情。弄清适用条件和正确方法, 才能既有效又安全地辅助排石。

一、喝水加跳跃排石的科学原理

大量饮水与跳跃运动辅助排石有明确医学依据。结石能否自然排出, 取决于大小、形态、位置及尿路通畅度, 喝水和跳跃从不同角度创造排石条件。大量饮水的核心是“冲刷效应”。每日饮水两千至三千毫升, 尿量维持在两千毫升以上, 既能稀释成石物质、减少晶体沉积, 又形成持续水流推动小结石下移。临床显示, 直径小于5毫米的结石约六成可保守排出。

跳跃运动的原理是“重力震动效应”: 身体震动促使结石依靠重力下移, 松动与肾黏膜的粘连, 帮助其进入输尿管; 跳绳、蹦跳、踮脚都可, 其中跳绳摆动幅度大, 效率更高, 同时运动还可刺激输尿管平滑肌蠕动, 增强

推送能力, 帮助结石向膀胱移动。

这两种方法只是辅助手段, 不能替代正规治疗。结石本身条件才是排出关键, 不符合适应症时再怎么努力也无济于事。

二、哪些情况适合保守排石

并非所有肾结石都能靠喝水跳跃解决, 必须同时满足以下条件, 才可在医生指导下尝试。

①结石足够小。这是最核心条件。直径小于6毫米、尤其是小于4毫米的结石排出概率高。成年人输尿管最窄处仅二至三毫米, 6毫米已是保守排石上限, 超过极易卡压造成梗阻。②形态规则光滑。表面光滑、圆形或椭圆形结石更容易通过。形态不规则、带棱角的结石易划伤黏膜引发出血疼痛, 排出难度大增。③位置有利。肾中上盏或肾盂结石比下盏结石易排出。下盏结石因重力方向与输尿管开口相反, 单纯跳跃难以奏效, 需配合特殊体位。④尿路通畅无并发症。输尿管无狭窄畸形, 无明显肾积水、感染、发热, 肾功能正常。中度以上肾积水

说明已有梗阻, 多喝水反而升高肾内压力、加重损伤。

另外, 单颗结石比多发结石更适合保守治疗。同一部位多发结石, 即使体积不大, 同时排出概率也较低, 还易在输尿管内堆积形成“石街”造成梗阻, 需医生评估后确定方案。

三、盲目排石的风险要警惕

不满足条件就盲目喝水跳跃, 不仅排不出结石, 还可能带来健康风险。

①结石嵌顿引发肾绞痛。较大结石卡在输尿管狭窄处, 引起剧烈痉挛, 出现刀割样疼痛, 伴恶心呕吐, 严重时需急诊止痛。②梗阻加重肾积水。结石堵塞导致尿液淤积, 肾盂压力升高, 长期压迫肾实质可能造成肾功能不可逆损伤。③诱发尿路感染。尿液淤积使细菌繁殖, 引发感染甚至肾盂肾炎, 出现发热寒战。感染与梗阻互为恶性循环, 严重时致脓肾、感染性休克。

四、科学排石的正确方式

经医生评估符合条件, 也需采用科学方法才能事半功倍。

①饮水讲方法。每日两千至三千毫升温水分次饮用, 晨起、睡前各五百毫升, 白天每两小时补充三百至五百毫升, 保持尿量均匀充足。勿用浓茶、咖啡、碳酸饮料替代。②运动要适度。可选跳绳、原地跳、踮脚、爬楼梯, 每次十至十五分钟, 每天两至三次。以身体耐受为宜, 疼痛时立即停止。膝关节不好者选低冲击的踮脚跳。③配合药物更佳。医生可能开具α受体阻滞剂松弛输尿管平滑肌、扩张管腔, 提高排石率。疼痛明显时用解痉药, 避免痉挛阻碍下移。部分中成药也可辅助排石, 但需在中医辨证指导下使用, 不可自行盲目服用。④定期复查。每七至十四天复查超声, 观察结石位置和积水变化。两至四周未排出或积水加重, 及时调整方案, 考虑体外碎石或手术。

结石排出后也不能掉以轻心, 肾结石复发率较高, 坚持足量饮水、调整饮食结构、定期体检复查, 才能有效预防结石再生。总而言之, 喝水加跳跃是小结石保守治疗的有效手段, 但适用范围严格。发现结石先就医检查, 由医生判断能否保守治疗。符合条件科学实施, 不符合切勿硬撑, 及时规范治疗才是护肾正道。