

推拿能缓解腰椎间盘突出症吗

□李远明

腰椎间盘突出症是较为常见的脊柱疾病，多因久坐、长期姿势不良或外伤导致。患者常出现腰痛、下肢放射性疼痛、麻木等症状，严重影响患者的生活质量。在众多治疗方法中，推拿因其便捷性和非侵入性受到关注，但是不少人将推拿的疗效存在误解，甚至因不当操作加重病情。本文将结合医学原理，解析推拿治疗腰椎间盘突出症的适用情况与常见误区。

推拿的作用机制

推拿的核心作用 推拿是通过手法作用于人体经络、肌肉和关节，旨在调节气血、疏通经络、缓解痉挛。针对腰椎间盘突出症，推拿的主要目标是减轻神经根压迫，改善局部血液循环、缓解肌肉紧张，从而缓解疼痛和活动受限。

手法分类与科学依据 推拿手法可以分为松解类和整复类。松解类手法主要包括揉法、滚法、推法等，放松腰部肌肉，使紧张的肌肉得到舒展，减少对神经根的压力。整复类手法则试图调整椎间关节位置，恢复脊柱的生物力学平衡，常用的有旋转复位法、斜扳法等。但是需要注意的是，整复类手法需要由专科医生操作，盲目应用整复类手法可能会加重损伤。

推拿的适用情况

早期或轻度患者 对于病程较短、症状较轻(如仅有腰痛，无下肢放射性疼痛等)或间盘突出程度较轻的患者，推拿是一种有效的辅助治疗方法。此时，椎间盘对神经根的压迫相对较轻，推拿可以放松腰部肌肉，减轻肌肉对椎间盘的牵拉力，改善局部新陈代谢，促进炎症吸收。在这种情况下，推拿作为辅助治疗，效果较为显著，能够缓解患者的疼痛症状。

无神经根严重受压者 若患者未出现马尾神经综合征或严重下肢无力，推拿可通过减轻椎间盘对神经根的刺激，缓解疼痛和麻木。马尾神经综合征是一种严重的并发症，表现为大小便功能障碍、会阴部感觉异常等；一旦出现这些症状，说明神经根受压严重，推拿可能无法获得理想的治疗效果，甚至可能加重病情。而对于无神经根严重受压的患者，推拿可以调整脊柱周围的软组织平衡，减轻椎间盘对神经根的压迫，使神经根恢复正常的功能，但是需要定期评估神经功能，避免延误治疗时机；一旦发现症状加重或出现新的神经功能障碍，应及时调整治疗方案。

合并肌肉紧张或筋膜粘连者

长期腰椎间盘突出症，可能导致腰背部肌肉代偿性紧张，形成筋膜粘连。肌肉为了保护受损的椎间盘，会不自觉地处于紧张状态，久而久之，肌肉和筋膜之间就会形成粘连，影响肌肉的正常收缩和舒张。推拿可松解粘连的组织，通过手法的作用，分离粘连的筋膜和肌肉，恢复肌肉的弹性，从而间接减轻椎间盘压力。

推拿的禁忌与风险

急性期或严重突出者 在腰椎间盘突出急性发作期(如突发剧烈腰痛伴下肢放射痛等)，椎间盘可能处于高度水肿状态，此时推拿可能加重炎症反应，甚至导致椎间盘碎片移位，压迫神经。因此，在急性期应避免推拿，患者应以卧床休息、药物治疗等为主，待病情稳定后再考虑推拿治疗。

合并骨质疏松或脊柱肿瘤者 骨质疏松症患者骨密度降低，推拿力度不当可能导致椎体压缩性骨折；对脊柱肿瘤患者而言，推拿可能促进肿瘤扩散。此类患者需要通过X线检查、CT(计算机层析成像)检查或MRI(磁共振成像)检查排除禁忌证后，再考虑推拿治疗。

操作方法不当的潜在危害 非专业人员施术，可能因手法生硬、

用力过猛导致患者软组织损伤，甚至引发椎动脉夹层、脊髓损伤等严重后果。椎动脉夹层可能导致脑部供血不足，引发患者头晕、昏迷等症状；脊髓损伤，可能导致瘫痪等严重后果。因此，推拿必须由具备资质的医生操作，并严格掌握适应证。患者在选择推拿治疗时，一定要选择正规的医疗机构和有资质的医生。

常见误区解析

误区一：推拿能“根治” 腰椎间盘突出症 推拿无法使突出的椎间盘回纳，其作用限于缓解症状、改善功能。若患者期望通过推拿治愈腰椎间盘突出症，可能因忽视日常保养而导致病情反复。

误区二：推拿力度越大效果越好 过度追求“酸爽感”，可能导致肌肉过度拉伸，反而加重炎症。有效推拿应以患者耐受为度，手法轻柔渗透，避免暴力操作。

误区三：所有推拿机构都可靠 部分非正规场所，可能以“保健推拿”为名行医疗之实，缺乏专业资质和急救设备，存在安全风险。患者应选择正规医院或康复机构，确保医生具备执业资格。

推拿的联合治疗与日常管理 与物理治疗的协同 推拿可与

牵引、理疗联合应用，增强疗效。牵引通过拉伸脊柱减轻椎间盘压力，理疗则促进局部血液循环，三者结合可缩短恢复周期。

核心肌群训练的重要性 长期依赖推拿而忽视肌肉锻炼，可能导致病情反复。患者应在医生指导下进行腰背肌、腹肌训练，增强脊柱的稳定性，减少椎间盘负荷。

生活方式调整 避免久坐。纠正不良姿势：弯腰提重物时，需要先蹲下使物品靠近身体，再用腿部力量起身，避免直接弯腰发力。控制体重以减轻脊柱压力。睡眠时选择硬板床，保持脊柱的自然曲度，这些措施与推拿相辅相成，共同促进康复。

推拿作为腰椎间盘突出症的辅助治疗手段，其疗效取决于病情的严重程度、操作的规范性及患者的依从性。科学认知推拿的适用证与禁忌证，避免盲目追求“快速治愈”，同时结合物理治疗、运动康复和日常管理，才能实现长期症状控制与功能恢复。若症状持续加重或出现神经功能障碍，患者应及时就医，必要时考虑手术干预。让我们以科学的态度对待健康，共同迈向更加美好的生活!

(作者供职于广东省中医院)

警惕前列腺增生信号

□胡跃世

夜深人静，本应是深度睡眠、恢复精力的黄金时间，但有多少年过50岁的男性，却不得不一夜一次地从温暖的被窝中爬起，步履蹒跚地走向卫生间?很多人把这归结于“年纪大了，自然现象”，只是个“老毛病”，忍一忍就过去了。但是，频繁起夜的背后，很可能是一个名为前列腺增生的疾病在向您发出的“报警”信号!

为什么前列腺增生的“警报”是起夜

前列腺是男性特有的性腺器官，大小形状如一颗栗子，包裹着尿道，宛如关卡般把守着尿道的上游。它的主要功能是分泌前列腺液，构成精液的重要组成部分。而前列腺增生(BPH)，顾名思义，就是前列腺随着年龄增长而慢慢长大了。这是一种常见的良性疾病，50岁以上的男性发病率超过50%，

80岁以上的男性发病率可高达83%。当增生的前列腺组织挤压穿行其中的尿道时，就会引发一系列排尿障碍，医学上称为下尿路症状。

“出口”堵塞(排尿期症状) 尿线变细，排尿费力，排尿等待，排尿滴沥不尽。

“仓库”失稳(储尿期症状) 尿频(白天小便次数增多)、尿急(一有尿意就憋不住)、夜尿(夜间频繁起夜)。

前列腺增生患者为什么频繁起夜呢?白天，患者处于站立或坐立状态，增生的前列腺在重力作用

下对尿道的压迫相对较重。而夜间平躺时，腹部脏器和血液对前列腺的压力减轻，肾脏产生的尿液量相对增加，导致夜尿频繁。

因此，夜尿次数增多是前列腺增生早期的典型症状之一，是一个不容忽视的健康警报。

除了起夜，还有这些“报警信号”

如果您除了起夜，还伴有以下任何一项症状，都应高度警惕前列腺增生。

尿频尿急 白天上厕所次数远超8次，一有尿意就必须马上解决。

“开关”失灵 开始排尿时需要等很长时间，结束时滴滴答答尿不干净。

“水压”不足 尿线变细，射程变短，有时甚至中断。

收到“警报”后，应该怎么办 及时就医，明确诊断。患者千万不要自行判断或羞于启齿!请前往正规医院的泌尿外科就诊。

科学治疗，改善生活。根据诊断结果和症状的严重程度，医生会制定个性化的治疗方案。

轻度症状 睡前限水：睡前2小时尽量不要大量饮水，避免喝咖啡、浓茶，以

及含酒精等利尿饮品。

精神放松：避免精神紧张，减轻心理压力。

避免久坐：久坐会压迫前列腺，加重充血症状。

局部保暖：避免受凉，寒冷会使交感神经兴奋，加重排尿困难。

严重情况或出现并发症

微创手术目前是主流的手术治疗方式，如经尿道前列腺电切术或激光术，像挖土豆一样从内部切除增生的前列腺组织，创伤小、恢复快、效果立竿见影。

年过50岁的男性频繁起夜绝非理所当然的“老毛病”，它是身体发出的善意提醒。正视这个“报警信号”，及时寻求专科医生的帮助，是守护自身健康、保障晚年生活质量的关键一步。

(作者供职于南阳市中心医院泌尿外科)

手术室里的“温度保卫战”

□张爱东

手术室是现代医学的“核心战场”，但是许多患者在术后回忆时，常提到一个共同的感觉——冷。这种寒冷并非错觉，而是手术室环境、生理反应与医疗操作共同作用的结果。

手术室环境：低温的必然选择

手术室对温度和湿度的控制极为严格。根据国际标准，手术室温度通常维持在20摄氏度~25摄氏度，湿度控制在40%~60%。这一设定并非为了“冷酷”，而是基于多重医学考量。

抑制细菌繁殖 低温环境可减缓微生物的活性，降低术后感染风险。

保障设备稳定 精密仪器(如麻醉机、监护仪)对温度敏感，过高的温度可能导致仪器性能出现波动。

减少人员出汗 医务人员穿着无菌手术服，低温可避免汗液污染手术区域。

然而，这一环境对完全暴露且无法自主调节体温的患者而言，直接导致热量快速流失。

麻醉药物

全身麻醉会显著干扰人体的体温调节机制。

血管扩张 麻醉药物使外周血管舒张，体表热量通过皮肤散失的速度加快。

代谢抑制 在麻醉状态下，身体产热能力下降约30%，而手术操作本身(如切开组织)也会带走局部热量。

体温感知障碍 患者失去意识后，无法通过颤抖等自主反应维持体温，导致热量持续流失。

研究结果显示，全身麻醉后1

小时内，患者的核心体温平均下降0.5摄氏度~1.5摄氏度，且下降速度与手术时长正相关。

手术操作

在手术过程中，多项操作会加速患者体温下降。

脏器暴露 在开腹、开胸等大手术中，内脏器官直接暴露于空气中，每小时可降低约0.5摄氏度。

液体输注 未经加温的液体经静脉输注(如晶体液、血液制品)会直接降低核心体温。每输入1升室温液体，体温约下降0.25摄氏度。

消毒剂蒸发 术前皮肤消毒使用的碘酊、酒精等液体挥发时，会带走皮肤表面热量。

身体反应

当体温降至36摄氏度以下

时，人体会启动一系列应激反应。

凝血功能下降 血小板活性降低，增加术中出血风险。

药物代谢减缓 麻醉药物和抗生素的半衰期延长，可能影响术后苏醒和感染控制。

寒战反应 术后苏醒期，患者可能因体温过低出现不自主颤抖，进一步增加耗氧量和心脏负担。

应对策略

主动加温设备 充气式加温毯：通过循环热水或空气，覆盖患者非手术区域。

液体加温器：将输注的液体预热至37摄氏度左右。

辐射加温灯：用于局部皮肤保温(需要避免灼伤)。

环境优化

手术室门禁管理，减少人员频繁进出导致的温度波动。

提前预热手术台，缩短患者接触冷金属表面的时间。

监测与干预

持续监测食管或鼻咽温度，当体温低于36摄氏度时，立即启动加温措施。

对新生儿、老年人等体温调节能力弱的患者，采取更积极的保温措施。

手术室的低温环境是医学需求与人体生理的博弈结果。通过精准的环境控制、麻醉管理、操作规范及加温技术，现代医疗已能将对低体温风险控制 在安全范围内。正确理解这一过程，不仅能帮助患者缓解焦虑，更能体现“医患共同参与、科学应对”的健康理念。

(作者供职于河北医科大学第三医院手术室)

在医院，经常有一些患者拿着医生开的X线检查、CT(计算机层析成像)检查、MRI(核磁共振)检查单犹豫要不要做检查，担心有较强的辐射。帮助大家更好地了解X线、CT、MRI的辐射问题。

辐射本质，电离与非电离的区别

对于放射科各种影像学检查辐射风险，需要从物理本质上区分。X线检查、CT检查都属于电离辐射检查，主要是借助高能电磁波穿过人体组织，根据不同组织下高能电磁波衰减情况形成相对应的图像。电离辐射会对原子结构造成破坏，还有可能引起DNA(脱氧核糖核酸)突变。因此，X线检查、CT检查具有一定辐射危害。MRI则是通过强大的磁场、射频脉冲等，激活人体氢质子，形成共振成像，在此过程中是不会出现电离辐射的，这也是MRI与X线检查、CT检查的核心区别。

从技术层面看，X线检查相当于平面快照，通过一次曝光获取二维图像；CT检查是通过断层扫描，借助X线管环绕身体旋转，多次曝光后获取三维图像，从这一角度看，相同检查部位的CT检查辐射剂量要高于X线检查。MRI检查的无辐射优势是儿童、孕妇等敏感群体的优先检查选项；但是，MRI检查具有严格的禁忌证，体内有金属植入物的群体无法接受MRI检查。

对比剂量，辐射量级用数据说话

把控辐射风险的关键是量化剂量，国际上利用单位毫西弗直观体现辐射对人体的影响情况。普通的X线检查辐射剂量水平相对较低，一般情况下，四肢X线检查的单次辐射剂量大约是0.001毫西弗~0.01毫西弗，相当于在自然环境下受到的1小时~3小时辐射；单次胸部X线检查的辐射剂量大约为0.1毫西弗；单次腹部X线检查的辐射剂量大约是0.54毫西弗，这些辐射剂量对人体的风险相对较低。

CT检查的辐射剂量相对比较高，但是具有明显的部位差异。成年头部单次CT检查的辐射剂量大约是2毫西弗，单次胸部CT检查的辐射剂量大约是7毫西弗，单次腹部及盆腔CT检查的辐射剂量约为10毫西弗。需要注意的是，随着现代影像技术发展，低剂量CT技术的应用在很大程度上降低了辐射剂量，如肺癌筛查中采用低剂量胸部CT检查，辐射剂量不到常规CT检查的一半。儿童对辐射的敏感性高于成年人，在相同的检查项目中，儿童辐射风险更高。因此，儿童需要尽量避免做CT检查。当然因疾病治疗需求，医生建议儿童做CT检查时，家长也应该遵照医嘱检查，避免延误治疗时机。

临床选择，科学决策实用指南

在选择影像学检查时，需要结合患者的具体情况来确定。外伤急诊优先选择X线检查，如怀疑骨折可先通过X线检查，必要时再进行CT三维重建。肺部疾病筛查可选择低剂量CT；儿童及孕妇检查可优先选择X线检查、MRI检查。孕早期胎儿对辐射十分敏感，要尽量避免CT检查；儿童头部外伤需要影像学检查时，可先考虑MRI检查，需要做CT时可采用低剂量技术。此外，对于慢性病患者，需要控制好检查频率，如肺结节患者应定期进行CT随访，建议两次检查间隔时间在半年以上，检查时尽量选择在同一家医院，方便病灶变化对比。

(作者供职于广东省佛山市顺德区第五人民医院/佛山市顺德区龙江医院放射科)

如何区分心脏病与肺病

□郭慧明

在临床工作中，笔者几乎每天都能遇到因胸闷、胸痛、咳嗽就诊的患者，其中不少人错把心脏病当成肺病治疗，或把肺病误判为心脏问题，耽误了最佳干预时机。事实上，心脏与肺脏共用胸腔，功能相互依存，肺部疾病也会加重心脏负担，二者引发的不适当高度重叠，正确的做法是既看到它们的重叠，又要抓住差异。

胸闷气短是较易混淆的信号，若胸闷常在活动后加重，比如爬一会儿楼梯就喘不过气，休息5分钟~10分钟后逐渐缓解，同时伴随胸口有“压迫感”，甚至牵连左肩、下颌隐隐作痛，大概率是心脏发出的预警，常见于冠心病、心力衰竭。这类患者多有高血压病、糖尿病、高血脂等基础病，或长期吸烟、熬夜，本质是心脏供血不足，心肌缺氧引发不适。

而肺部问题导致的胸闷，常伴随呼吸深度和频率的改变，比如感觉“吸不上气”，必须用力深呼吸才舒服。同时，可能有咳嗽、咯痰，甚至出现嘴唇发紫，常见于慢性阻塞性肺疾病、哮喘或肺炎。比如哮喘患者的胸闷多在接触变应原后突然发作，伴随“喉间哮喘音”；肺炎患者则可引发发热、咯黄色脓痰，这是肺部炎症导致气体交换受阻的典型表现。

胸痛的细节差异，更是区分心肺问题的关键。心脏引发的胸痛多为压榨性、紧缩性疼痛，位置常在胸骨正中间或左侧，持续时间一般3分钟~5分钟；若超过20分钟且疼痛剧烈，可能是急性心肌梗死，需要立即拨打急救电话。这类胸痛常和情绪激动、劳累相关。

而肺部问题的胸痛多和呼吸、咳嗽相关，比如深呼吸时胸口刺痛，咳嗽时疼痛加剧，位置常不固定，可能在左侧也可能在右侧，常见于胸膜炎、气胸。气胸患者多是瘦高体型的年轻人，常在剧烈运动、咳嗽后出现胸痛，伴随呼吸困难，感觉“胸口像破了一个洞”；胸膜炎患者的胸痛则多为针刺样，随呼吸起伏明显，部分人还会伴随低热、盗汗等症状。另外，肺尖部的肿瘤可能压迫神经，引发肩部、背部疼痛，常被误判为肩周炎；若疼痛持续加重且伴随体重下降，患者需要及时做胸部CT检查。

咳嗽、咯痰不只是肺部问题，也可能是心脏发出的求救信号。门诊中很多患者认为咳嗽就该看呼吸科，却不知道慢性心力衰竭也会引发长期咳嗽，尤其夜间平躺时加重，坐起来后逐渐缓解，咯出的痰多为白色泡沫痰，严重时可能带粉红色血丝。这是因为心功能下降后，肺部血液回流受阻，形成“肺淤血”，肺泡里渗出液体刺激呼吸道，引发咳嗽。

而肺部疾病的咳嗽、咯痰更具“特异性”：慢性阻塞性肺病患者多为长期慢性咳嗽，晨起咯痰明显，痰为白色黏液状，感冒后会加重，咯黄色脓痰；支气管扩张患者的痰则分层，上层为泡沫，中层为黏液，下层为脓液，且反复咯血；肺结核患者的咳嗽多伴低热、乏力、咯血，痰中常带血多为鲜红色。还有一种肺栓塞，部分患者不会出现典型的胸痛、咯血，仅表现为不明原因的咳嗽、呼吸困难，尤其长期卧床、手术后的群体，若突然出现这类症状，需要立刻做肺动脉检查，避免延误治疗时机。

心脏病和肺病是相互牵连、共同影响的两类疾病，及早识别危险信号并及时就诊，是降低心肺疾病危害的关键，使更多人能够在日常生活中守护自己的心肺健康。

(作者供职于河南省胸科医院)

你了解影像学检查吗

□张晓琳

脊柱骨折患者的居家护理

□牛娜

在生活中，意外总是猝不及防地降临。当你或身边的人遭遇脊柱骨折，除了及时就医，家庭护理也很重要。

了解脊柱骨折

脊柱骨折是一种常见的骨科创伤，其发生率占所有骨折的5%~6%。在所有脊柱骨折中，胸腰段的骨折较为常见，而颈椎和腰椎次之，胸椎较少。这种骨折常常合并发脊髓或马尾神经的损伤。脊柱骨折患者多为男性青壮年，主要由间接外力引起，如从高处跌落时臀部或足部先着地，这种冲击性外力向上传递至胸腰段，导致骨折发生。

在临床中，脊柱骨折患者通常会出现以下症状。

脊髓损伤

脊柱骨折常合并脊

髓损伤，患者可能出现感觉、运动功能丧失，以及大小便排泄障碍等症状。

家庭护理

俗话说“三分医，七分护”。脊柱骨折的护理是一项细致入微的工作。

首先，在协助患者翻身时，应采用平卧翻身法，即保持患者的身体在同一轴线上整体转动，避免扭曲或侧翻，这样可以防止骨折部位受到进一步损伤。

其次，由于脊柱骨折患者通常需要长时间卧床休息，家人应注意检查患者身体受压部位，如骶尾部、脚跟等处，防止出现褥疮。这些部位由于长时间受压，血液循环不畅，容易出现皮肤破损。因

此，要定期为患者翻身、按摩，保持皮肤清洁干燥。

再次，为了防止患者肌肉萎缩和关节僵硬，患者应适度进行康复训练。这些训练包括“五点支撑”和“小燕飞”动作，可以帮助患者锻炼核心肌群，提高脊柱的稳定性。同时，鼓励患者多喝水，定时排尿，预防泌尿系统感染。

在饮食方面，患者多摄入高蛋白食物，如鱼肉、鸡肉、豆腐等，以促进骨折部位愈合；同时，避免摄入辛辣、油腻的食物，以免影响消化功能和加重病情。

最后，严密观察患者的病情变化，注意是否有肺部感染、泌尿系统感染等并发症的出现。一旦发现异常情况，应及时采取措施进行

治疗，确保患者的生命安全和康复进程。

除了以上护理措施，家属还要加强对患者的心理护理。应及时了解患者的心理状态，给予安慰和支持，帮助患者树立信心，积极配合治疗。

面对脊柱骨折这样的严重伤病，家庭护理的重要性不言而喻。通过科学的家庭护理措施，我们不仅可以缓解患者的痛苦，还能加速康复进程，帮助他们早日恢复正常生活。请注意，这些建议仅供参考，具体护理方案还需要在医生指导下进行。在任何情况下，如有疑虑或病情恶化，请立即就医。

(作者供职于河北医科大学第三医院创伤急救一病区)