挂神经内科还是神经外科 癫痫患者就诊的“第一道选择题”

□李 倩

“李护士长，我想看癫痫，应该挂哪个科呀？”在互联网护理咨询及生活中，时常有人问我这个问题。

用手机挂号时，看着医院网页上的“神经内科（含癫痫内科）”与“神经外科（含癫痫外科）”，很多人的第一反应是疑惑：它们有何区别？到底该怎么选？若发现挂错了号再重新挂，常常没号。有些患者干脆把相关科室都挂上号去就诊，不仅造成自身经济损失，还会造成诊疗资源浪费，甚至因为看诊科室不对，延误病情评估与治疗。

这道“选择题”看似基础，实则关乎后续诊疗流程是否顺畅。今天，我们就从临床护理和患者管理的角度，和大家聊一聊这背后的基本原则，希望能够帮助大家少走弯路。

神经内科（含癫痫内科）与神经外科（含癫痫外科）：并非“二选一”的对立关系

不少癫痫患者及其家属存在一个认识误区，认为神经内科（含癫痫内科）只管开药，神经外科（含癫痫外科）只管开刀，两者各司其职、互不相干。实际上，在国际与国内规范运行的综合癫痫中心，神经内科（含癫痫内科）团队与神经外科（含癫痫外科）团队是两个密切协作的团队。我们可以这样理解：患者从初次就诊到长期管理，是一个“诊断—查因—药物治疗—手术评估（可能适合手术的患者）—手术治疗（适合手术的患者）—术后管理（已行手术的患者）—复诊与随访”的完整链条。在这个链条中，神经内科（含癫痫内科）医生通常负责前期诊断、病因查找、药物方案制定与调整等；当患者符合药物难治性癫痫标准且影像学和电生理检查等均提示存在手术适应证时，神经外科（含癫痫外科）医生便会介入术前评估与手术；术后长期抗癫痫发作药物管理、复发监测等，需要这两个科室的医生共同参与。

决策参考：什么情况下优先挂神经内科（含癫痫内科），什么情况下建议挂神经外科（含癫痫外科）

需要明确的是，以下建议仅作为初步的就诊方向指引，不能替代专业医生的临床判断。

优先挂神经内科（含癫痫内科）的常见情形

1.初次被诊断为癫痫，或发作频率较低，使用1种~2种抗癫痫发作药物后发作得到良好控制。

2.目前的主要诉求是调整用药方案、评估药物不良反应、明确长期管理策略。

3.尚未完全明确诊断为癫痫，需要与其他发作性疾病（如晕厥、发作性睡病、心因性非痫性发作等）进行鉴别诊断。

若有以上情况，神经内科（含癫痫内科）是第一站。多数癫痫患者通过规范的抗癫痫发作药物治疗，可以获得满意的发作控制。

建议挂神经外科（含癫痫外科）的常见情形

以下情况提示患者可能需要接受外科手术评估，建议优先挂神经外科（含癫痫外科）。

1.存在药物难治性癫痫。国际抗癫痫联盟（ILAE）指出，如果患者合理选用并规律服用两种或以上抗癫痫发作药物、足量足疗程规范治疗后，癫痫发作仍未达到有效控制状态，就是药物难治性癫痫。这类患者应尽早到神经外科（含癫痫外科）进行手术可行性评估。

2.影像学检查提示明确致痫灶，如头颅MRI（磁共振成像）检查提示存在局灶性皮质发育不良、海马硬化、脑肿瘤、海绵状血管瘤、脑动静脉畸形等。

3.对于药物控制不佳的局灶性癫痫患儿，尤其是存在明确致痫灶者，早期手术干预可显著改善其神经发育预后。

不确定时怎么办

仍感到困惑的患者，最稳妥的做法是直接选择“癫痫专病门诊”或“癫痫会诊门诊”，这类门诊的医生具备癫痫全程诊疗经验，或者由神经内科（含癫痫内科）专家、神经外科（含癫痫外科）专家、儿科癫痫专家等共同出诊，进行初步临床评估，并根据需要协调相关科室资源。

就诊前的准备工作：提高诊疗效率的关键

挂对号是第一步

就诊前做好准备，同样能显著提高医生评估的效率和准确性，比如准备一份规范的“发作日记”。建议患者家属详细记录以下信息：

发作日期与具体时间。

发作前患者的状态（如清醒、困倦、刚睡醒、是否有情绪波动或熬夜等）。

发作时的具体表现（包括意识是否丧失、有无眼神呆滞或口咽自动症、肢体抽搐的起始部位和扩散顺序等）。

发作持续时间（可用手机秒表粗略计时）。

发作后的状态（是否感到疲劳，有无头痛、言语混乱、肢体无力等）。

如果有条件，可以用手机拍摄发作视频，更有助于医生诊疗。

这份“发作日记”对神经内科（含癫痫内科）医生调整药物方案、判断疗效至关重要，也为神经外科（含癫痫外科）进行致痫灶定位提供重要线索。

携带既往关键检查资料

携带脑电图尤其是长程视频脑电图检查资料。

头颅MRI原始影像非常重要，但部分患者就诊时只携带报告。癫痫病灶常较隐匿，需要专科医生在MRI原始影像上逐层分析，普通报告可能遗漏关键细节。需要提醒的是，常规MRI检查有时不足以显示微小的致痫灶，医生可能会建议补充高分辨率薄层MRI或特定的癫痫专用扫描序列。这并非“重复检查”，而是临床需要，目的是发现微小病灶。

结语：做对就诊的“第一道选择题”

之所以要把这道“选择题”讲清楚，是因为现实中不少患者在这个环节走过弯路。有人坚持在神经内科（含癫痫内科）看病多年，却没有做过手术评估，不知道自己有没有手术的可能性；有人连规范用药都没有尝试过，病因不明的情况下就来寻求手术治疗。了解疾病，挂对号，意味着更短的等待时间、更高效的检查、更科学的治疗。希望这篇来自临床一线的科普文章，能够帮助癫痫患者做对就诊的“第一道选择题”。

（作者供职于首都医科大学附属北京天坛医院神经外科学中心癫痫中心病区）

中医『治未病』的三层含义

□杭德胜

日常生活中，很多人习惯身体出现明显不适或查出疾病之后，才想到找医生看病。

中医很早就提出了“治未病”这一独特的健康观念，其核心思想可概括为防病大于治病。这一理念根植于中医理论体系，贯穿健康维护、疾病预防、临床诊疗及病后康复的全过程，并非单纯的养生概念，而是一套完整的健康维护体系。

不少人会把中医“治未病”简单理解成没病的时候吃补品，这是一种误解。中医“治未病”有三层含义，分别是未病先防、既病防变、瘥后防复。三者层层衔接，始终把预防放在优先位置。中医看待疾病，立足于正气与病邪的关系。正气充足，身体抵御外界致病因素的能力就强，不容易受病邪侵扰；正气亏虚，失衡慢慢累积，疾病就有了发生的条件。因此，未病先防，就是在身体处于健康状态时，主动养护正气，减少致病因素的影响，从源头减少生病的可能性。

未病先防的落实，大多藏在日常起居之中。中医重视顺应自然节律安排生活，随四季寒暑调整作息、增减衣物，不长期熬夜耗损气血；饮食讲究有节制、有规律，避免长期偏嗜寒凉、厚味之物，以保护脾胃这一气血生化之源；同时，重视情绪平和，长期情志失调会扰动脏腑气机，慢慢造成身体内在失衡。适度活动有助于气机舒展、气血流通，也是养护正气的重要方式。重视调养，不是为了短期改善某一种症状，而是为了维持身体内在的平衡状态。

中医“治未病”的第二层含义既病防变，是指在疾病发生后尽早干预，防止病情加重或传变——对已病者而言，预防的不是发病，而是恶化。当患者已经出现不适或明确患病之后，中医不仅着眼于当下的症状，还会留意疾病的发展、传变趋势，及时干预，阻止病情加重，避免病变影响到其他脏腑。疾病的发展有自身规律，如果干预不及时，小病容易缠绵难愈，复杂程度和调理难度都会增加。及早干预、阻断进展，同样是中医“治未病”思想的体现。

第三层含义为瘥后防复，也就是病情好转、基本痊愈之后的调养。很多人在症状消失后就认为身体已经完全康复，立刻恢复以往影响身体健康的习惯，很容易造成病情反复。疾病初愈阶段，脏腑正气还处在逐步恢复的过程中，根基尚弱，需要一段时间的调护巩固，以扶助正气，消除残留的失衡状态，减少疾病复发的机会。这也是防病思想的延伸，是健康管理中不可缺少的一环。

防病大于治病，并不是否定疾病发生之后治疗的价值。患病之后规范诊治，解除病痛、恢复健康，同样重要。只是相较发病之后再投入精力治疗，提前做好养护，对身体的影响更小，也更符合长期维护身体健康的目标。治疗是被动应对问题，而中医“治未病”是主动管理健康，把健康的主动权掌握在自己手中。

中医的“治未病”思想，提醒我们健康重在日常养护，预防优先于救治。坚持顺应自身状态调养，顾护正气，防患于未然，是中医“治未病”留给我们最朴素也最珍贵的健康启示。

（作者供职于山东省邹城市峄山镇卫生院中医科）

脑肿瘤的早期预警信号

□张振宇

脑肿瘤包括胶质瘤、脑膜瘤等，症状与其所在的部位、大小及生长速度有关。部分患者早期症状并不明显，容易将身体变化归因于疲劳、睡眠不足或年龄增长，未引起重视，从而延误治疗。了解脑肿瘤的早期预警信号，有助于及时发现异常，尽早就医。

为什么脑肿瘤会发出预警信号

颅腔空间有限。脑肿瘤生长及周围脑组织水肿，可能使颅内压力升高，引起头痛、恶心、呕吐等症状。脑肿瘤影响不同脑区或神经的功能，可能会导致运动、感觉、语言等方面的障碍。即使脑肿瘤是良性的，也会因压迫重要神经结构而影响身体健康。

哪些症状需要提高警惕

1.头痛的特点发生变化：头痛反复发作，或原有头痛逐渐加重，尤其伴随呕吐、视物模糊时，需引起重视。部分患者晨起头痛明显。但并非所有脑肿瘤都会引起头痛，多数头痛也并非由脑肿瘤造成。

2.癫痫发作：患者可表现为突然意识丧失、全身抽搐，也可仅出现一侧面部或肢体反复抽动，或短暂发愣、反应异常。成年人首次出现类似表现，应及时查明原因。

3.视力或听力发生变化：视物模糊、看东西重影、视野范围缩小，以及一侧听力逐渐下降等，可能与相关神经受到影响有关。如果症状持续加重，应及时到医院检查。

4.肢体活动及平衡能力下降：一侧手脚逐渐无力、麻木，拿东西不稳，或行走时容易偏斜、失去平衡，提示运动、感觉或协调功能受到影响。

5.语言及认知功能改变：出现说话不流利、言语理解障碍，或记忆力、注意力明显下降，不能简单归因于年纪大。

6.性格和行为发生变化：逐渐变得淡漠、易怒，或做事判断力下降，这些变化有时会与脑部病变有关。患者家属发现异常变化后，应提醒患者就医。

出现相关症状就是脑肿瘤吗

上述症状也可由偏头痛、眼部疾病、脑血管疾病等引起，不能仅凭某种表现判断患有脑肿瘤。需要注意新近出现、持续存在或逐渐加重的症状，尤其是多种症状同时出现时。部分脑肿瘤早期无明显症状，因此没有头痛也不能完全排除脑肿瘤。

何时就医及如何检查

首次出现抽搐、突然剧烈头痛、意识障碍，或突然发生一侧肢体无力、言语不清，应立即拨打120或及时到医院就医。

医生会结合患者的病史及神经系统检查结果，判断是否需要进行头颅MRI（磁共振成像）或CT（计算机层析成像）检查。要明确脑肿瘤的类型，还需要进行病理检查。

总而言之，要重视脑肿瘤的早期预警信号。若对这些早期预警信号掉以轻心，等到脑肿瘤压迫关键脑区才就医，不仅手术难度增加，还有永久性偏瘫、失语甚至脑疝等风险。

（作者供职于郑州大学第一附属医院神经外科）

腰椎术后 养护脊柱防复发

□赵 骞

不少人认为，手术治疗腰椎间盘突出症可实现彻底治愈，一劳永逸，这是常见误区。手术主要解除神经压迫，缓解疼痛、麻木，却无法让腰椎回到原本的健康状态。术后腰椎稳定性下降，腰背肌肉力量偏弱，养护不当易诱发腰椎间盘再次突出，加快腰椎退变，造成腰痛反复发作。坚持脊柱养护，规避损伤风险，能巩固手术治疗效果，助力康复。

术后误区：认为静养就能尽快康复

术后，不少患者存在卧床静养的片面认知，认为持续静养可加快腰椎恢复。其实，卧床时间过长，会引发腰背肌肉与核心肌群的失用性萎缩，造成肌力明显减退。腰椎的稳定性七成依赖肌肉支撑，三成依靠骨骼与韧带。肌肉力量衰减后，应力将集中于腰椎间盘与韧带，增加复发风险。长期制动还会减慢腰部血供，造成韧带僵硬、粘连，引发腰部乏力、僵硬，延长康复时间。术后养护不宜持续静卧，应循序渐进开展活动，适度发力，在保护腰椎的基础上逐步激活核心肌群。

日常起居：注意脊柱养护的细节

术后半年，是康复与预防疾病复发的关键阶段。日常起居姿势会直接影响腰椎的恢复质量，因此需重视体态管理。坐姿养护最关键，需杜绝瘫坐、跷二郎腿、含胸久坐等加重腰椎负担的行为，保持腰背挺直、臀部紧贴座椅，借助靠垫支撑腰部，双脚平稳落地，坐三四十分钟后需起身活动5分钟，舒缓腰肌、释放腰椎压力。站立行走时，需挺胸收腹、双肩放松，避免大步快走与蹦跳，以减少腰椎震荡。睡觉时优选硬度合适的床，以仰卧、侧卧为主，不要俯卧，晨起侧身屈膝缓慢起身，杜绝腰部突然发力。

避免二次损伤：保护腰椎这样做

术后需避免突然负重与过度弯腰，此类行为是腰椎间盘突出症复发的主要诱因。术后一年内，应杜绝弯腰搬重物、俯身劳作、长时间弯腰清洁等动作，捡拾物品时需屈膝下蹲，保持腰背平直，依靠腿部发力，减轻腰部负荷。同时，需做好腰部防寒保暖。寒冷刺激易引发腰肌痉挛、循环不畅，造成腰部僵硬疼痛，加速腰椎退变。日常需避开冷风直吹，随季节增减衣物。可在久坐、行走时佩戴护腰，休息时及时取下，这是因为长期依赖外物支撑会造成腰背肌肉萎缩，不利于腰椎长期稳定。

科学锻炼：强化核心肌群，稳固腰椎

肌肉是腰椎天然的防护屏障。待术后创面愈合、疼痛减轻后，可在医师的指导下开展康复训练，强化核心肌群，从源头降低复发风险。术后早期可练习腹式呼吸，直腿抬高，激活腰背与下肢肌肉，预防肌肉萎缩。康复中期可逐步开展五点支撑、小燕飞等训练，提升腰背肌肉力量，改善腰椎的稳定性。训练时应缓慢发力，不可过量，同时避开跑步、跳绳等剧烈运动，防止腰椎因遭受冲击与扭转而发生损伤。

长期养护：远离复发困扰

脊柱养护是长期工程，术后不可松懈，不可在短期康复训练后放松。术后应规律作息，规避久坐久站与过度劳累，控制体重，减轻腰椎负荷，同时坚持适度训练，维持腰背肌肉力量与腰椎生理曲度。腰部出现酸痛、僵硬时，应及时休息并热敷，不可持续劳作。一旦发生下肢麻木、放射痛，需尽快就医，及早干预，防止症状持续加重。

（作者供职于北京市中关村医院）

老年人骨质疏松如何正确补钙

□云爱华

骨质疏松是老年人高发的代谢性骨病。补钙是骨质疏松的基础防治手段，但补钙不等于单纯服用钙片，还要遵循规范方案、配合综合干预。

坚持食补优先

老年人应当以膳食补钙为主，钙剂仅作为补充。

推荐老年人每日元素钙摄入量控制在1000毫克~1200毫克，不可盲目加量。奶类是膳食补钙的优选食物，牛奶、酸奶的钙含量稳定、吸收利用率高，建议每日摄入300毫升~400毫升奶制品；同时，搭配卤水豆腐、豆干等豆制品，油菜、西蓝花等深绿色蔬菜，以及鱼虾、芝麻等食材，构建均衡的高钙膳食结构。

日常饮食还需同步保证优质蛋白质供给。蛋白质是骨基质合成的重要原料，长期摄入不足会影响钙沉积。同时，养成低盐饮食习惯，每日食盐摄入量控制在5克以内，减少高盐食物、浓茶、浓咖啡、碳酸饮料的摄入，避免加速尿钙流失。需要明确的是，骨头汤的钙含量极低，脂肪、嘌呤含量偏高，不能作为补钙食物。

按需选用钙剂

当老年人通过膳食补充的钙长期达不到推荐标准，或已经确诊骨质疏松，可在医师或药师的指导下选用钙剂。

临床常用钙剂主要分为碳酸钙与柠檬酸钙两类。碳酸钙元素钙占比高、性价比好，但依赖胃酸溶解吸收，适合胃肠功能尚可、无长期抑酸药服用史的老年人，建议随餐服用；柠檬酸钙不依赖胃酸，对胃肠道刺激小，适合胃酸分泌减少、容易便秘、长期服用胃药的老年人。服用钙剂应遵循少量分次原则，单次补充元素钙不超过500毫克，分早晚服用，睡前补钙更利于夜间骨代谢调节。服药期间观察自身反应，如果持续出现便秘、腹胀，应及时调整钙剂种类或剂量。有肾结石病史、高钙血症的老年人，不可自行补钙，必须完善检查后让医生评估。

同步补充维生素D

钙进入人体后，需要维生素D介导才能被肠道吸收、转运至骨骼。缺乏维生素D时，大量补充的钙难以沉积入骨，还会增加尿路钙化风险。65岁以上老年人维生素D每日推荐摄入量为600IU（国际单位），缺乏人群可在监测下短期加量补充，定期复查血清25-羟维生素D水平，维持在适宜区间。获取维生素D的方式包括户外日晒与膳食、制剂补充，在阳光温和时段每日户外活动15分钟~30分钟，暴露手臂、面部皮肤，促进皮肤合成维生素D；在日照不足的冬春季，行动不便的老年人可食用蛋黄、深海鱼类或服用维生素D补充剂。注意，隔着玻璃晒太阳无法达到合成效果。

配合运动与防跌倒管理

靠补钙和补充维生素D不足以逆转骨量流失，力学刺激是维持骨密度的重要因素。老年人可根据自身健康状况选择适宜运动，优先推荐快走、太极拳、八段锦等负重有氧运动，每周坚持3次~5次，每次30分钟左右；肌力训练能够增强四肢、腰背肌肉力量，提升骨骼受力阈值，减少跌倒风险。运动需循序渐进，有骨关节病、心脑血管病的老年人要咨询医生，避免剧烈、负重过大的运动。跌倒是老年骨质疏松患者发生骨折的最直接原因。居家环境做好防滑改造，移除地面障碍物，夜间保障照明，必要时使用助行器，降低意外跌倒风险。

（作者供职于山东省第三荣军优抚医院）

发现皮肤错构瘤别恐慌

□郑 燕

很多人出生时身上就有淡黄色的小斑块，或头皮上有不长头发的光滑区域，常被家长当成普通胎记而忽视。其实，这很有可能是皮肤错构瘤中常见的皮脂腺痣，属于先天性良性皮肤病变。

皮肤错构瘤是皮肤附属器发育异常形成的“良性畸形团”，多在出生时或婴幼儿期出现，好发于头皮、面颈部。新生儿发病率约为0.3%，男女发病率相当。

皮肤错构瘤的本质是局部体细胞嵌合突变导致正常皮肤结构（如皮脂腺、毛囊、血管等）的比例和排列发生紊乱。除最常见的皮脂腺痣外，临床还可见表皮痣、结缔组织痣等同属皮肤错构瘤范畴的皮损，部分沿皮肤线条呈条带状分布，可累及大片皮肤。多数为局部体细胞嵌合突变所致，单发病灶一般不具备遗传倾向，只有广泛多发及合并骨骼、眼部等全身异常时，才需要进一步做遗传相关评估，排查相关综合征。

皮肤错构瘤的典型表现为淡黄色或黄褐色斑块，表面光滑或略粗糙，头皮处常伴局部无毛发症状。进入青春期后，受体内雄激素水平变化影响，皮损可能逐渐增厚、变粗糙，呈疣状或乳头状瘤样外观，颜色也会加深，部分患者可出现继发感染或破溃出血。

皮肤错构瘤多为良性、恶变率极低。长期随访发现，少数皮脂腺痣可继发良性或恶性肿瘤，但恶变为鳞状细胞癌的情况罕见。因此，定期随访和必要的活检有助于早期发现继发肿瘤。该病不具有传染性，与孕期饮食无关，也不会因日常摩擦而突然恶变。家长不必因此自责。该病属于胚胎发育过程中的偶发事件，与后天养育方式无关。

高频超声可评估皮损的深度、范围，以及皮损与周围组织的关系，为制定手术方案提供参考。对于可疑继发肿瘤的皮损，可行皮肤病理检查以明确诊断。病理检查是判断病变性质的“金标准”。

很多人会混淆普通色素痣与皮肤错构瘤。普通色素痣以黑素细胞增生为主，而皮肤错构瘤是毛囊、皮脂腺等多种皮肤附属器排列紊乱，二者来源不同，处理原则也存在差异，不可一概而论。

日常无需过度焦虑，只需定期观察。若出现斑块快速增大、破溃出血、颜色突变、边界不清等情况，应及时就医。治疗以手术完整切除为主。应完整切除皮损及其下方的部分皮下组织，必要时行皮片移植或皮瓣转移修复创面。也可根据病变情况选择激光、冷冻等治疗方法，彻底去除后复发率较低。需要注意的是，激光、冷冻更适合表浅微小病灶；对于增厚明显、面积偏大的皮损，单纯激光治疗很难清除深部组织，容易出现残留复发，且无法获取完整组织做病理检查，容易漏掉潜在的异常改变，需要医生严格把握适用条件。

患者术后应注意保持创面清洁干燥，避免发生感染；定期复查，观察有无复发。面部少做大表情，防止切口裂开、变宽。拆线后新生皮肤对紫外线十分敏感，需要做好防晒，优先用帽子、敷料贴等进行物理遮挡，减少炎症后色素沉着，条件允许时可使用硅酮类制剂预防瘢痕增生。

总之，发现皮肤错构瘤后，科学监测、理性对待，既不忽视也不恐慌。家长若发现孩子有类似皮损，不必过度紧张，可及时带孩子到正规医院皮肤科就诊，由专业医生评估是否需要干预。

（作者供职于河南省人民医院）