

本报副刊部主编 | 第1069期 |
2026年2月11日 星期三
本版编辑:潘嘉毅 视觉设计:戚黎明
编辑邮箱:pjy@xmw.com.cn



扫码关注新民
康健园官方微信

脑梗是健康预警,须早重视早干预

拿到体检报告后,“腔隙性脑梗死”几个字让不少人心头一紧:这是不是脑梗?会不会瘫痪?要不要马上住院?其实,脑梗的预后总体较好,致死率和致残率远低于严重脑梗,但复发率较高。它更像是身体发出的“健康预警信号”,提醒大家关注血管健康。



■ 腔梗不等于严重脑梗

首先明确答案:腔梗是脑梗的一种特殊类型,但绝非等同于“马上要发生严重脑梗”。腔梗全称为腔隙性脑梗死,特指大脑深部微小穿通动脉闭塞后形成的小脑梗死灶,病灶直径通常在2—15毫米之间,像大脑深部的“小血管堵车”。急性脑梗死大多是脑主干血管堵塞,病情进展快、症状更严重。两者严重程度和处理方式有明显区别,但都属于缺血性脑血管病的范畴,都需要得到重视。

■ 无症状腔梗暗藏风险

为何很多人查出腔梗却毫无症状?这和梗死灶的位置、数量密切相关。如果病灶位于大脑非关键区域,或者只有1—2个小病灶,多数人不会出现明显不适,仅在体检做头颅CT或MRI时偶然发现。但这并不意味着可以掉以轻心。国内外联合研究发现,内囊、岛叶、壳核等

关键位置的腔梗,会显著增加老年人轻度认知障碍的风险,脑干区域的腔梗则与非遗忘型认知障碍密切相关。2025年的一项研究精准揭示,高血压是腔梗的头号元凶,高血压会损伤内囊前肢的脑白质微结构,直接增加腔梗的发病风险。美国心脏协会的多中心研究还发现,慢性肾病是腔梗的独立危险因素,肾病风险等级越高,脑部小血管病变的负担越重,腔梗发生风险能高出3倍多。

■ 最新指南精准诊断腔梗

腔梗的诊断标准日益精准。欧洲卒中组织(ESO)最新指南显示,要结合临床症状与影像学检查才能诊断。若患者出现纯运动性轻偏瘫、纯感觉性卒中、走路不稳或说话含糊等典型症状,且卒中评分量表小于7分,结合头颅MRI发现皮质下小脑梗死灶,即可明确诊断。对于无症状者,磁共振弥散张量成像

(DTI)检查能更清晰地评估脑部小血管病变程度,通过检测弓状束等神经纤维的微结构改变,可早期预警认知功能下降风险。研究证实,腔梗病灶数量越多,神经纤维损伤越严重,认知评分越低。

■ 控风险防复发进行科学干预

应对腔梗的核心是科学干预而非恐慌焦虑。根据最新ESO指南推荐,处理原则围绕“控制危险因素、预防复发”展开。首先必须严格控制高血压,这是腔梗最主要的病因,降压需平稳缓慢,避免忽高忽低;其次,无禁忌证者应在医生指导下长期服用抗血小板药物,如阿司匹林或氯吡格雷,同时控制血糖、血脂,戒烟限酒,避免肥胖并坚持规律运动。超急性期腔梗(发病6小时内)若出现明显症状,可按指南评估后使用阿替普酶溶栓治疗,但无症状腔梗无需常规溶栓。

■ “饮食+复查”成了居家管理要点

很多患者关心饮食调理,其实核心是“控风险”:高血压患者需低盐饮食,每天盐摄入量不超过5克;糖尿病患者遵循低糖低脂原则;普通人则建议多吃新鲜蔬果、全谷物,减少高油高糖高胆固醇食物,无需刻意“进补”,均衡营养即可。定期复查也很重要,建议无症状者每6—12个月复查一次血压、血糖、血脂。如果有脑血管高危因素相关的内科疾病,例如高血压、糖尿病等,建议日常生活中密切随访关注血压及血糖变化情况,早重视、早干预,才能真正远离脑梗风险。若出现头晕加重、记忆力明显下降或肢体麻木等症状,需及时就医。

蒋天放(上海市第八人民医院神经内科副主任医师) 图 IC

靶向治疗让甲状腺眼病从难治转为可控



医疗前沿

甲状腺眼病是一种与甲状腺疾病密切相关的器官特异性自身免疫性疾病,发病率居成人眼眶病首位。临床表现为眼球突出、眼皮过肿、眼周红肿胀痛、视物重影,严重者还会视力下降甚至失明。患者遭受视功能障碍、颜面外观畸形和生活质量下降的多重打击,工作、生活乃至社交都受到影响,承受着重重的心理负担。

除了甲亢外,大部分甲状腺眼病的病例源于Graves病,还有少数与桥本甲状腺炎或甲状腺肿瘤相关。有些患者眼部症状先出现,再发

现甲状腺问题。有些患者在疾病早期以为是睡眠不足引起的肿胀,其实甲状腺眼病是一种独立的眼部疾病。患者中女性更多发,但男性、老年人和吸烟者病情往往更严重,吸烟(包括二手烟)是明确的高危因素。

国内甲状腺眼病药物治疗首选以糖皮质激素冲击疗法为主,治疗效果有限,不良反应明显。靶向药物填补了临床需求,替妥尤单抗N01通过精准靶向IGF-1R,阻断信号通路激活,从病因层面干预甲状腺眼病的病理进程,实现对疾病的“病因阻断”治疗,由难治转为可控。不少中重度活动期患者获得了纳入医保后的药物处方,在减轻用药负担的同时,逐渐恢复

了健康外观。

作为我国最大的眼眶病诊疗中心,上海交通大学医学院附属第九人民医院周慧芳教授率先牵头组建涵盖眼科、内分泌、普外、放射科等十余个学科的甲状腺眼病多学科联合诊疗(MDT)团队,通过开设绿色诊疗通道、开展多学科联合门诊和手术、制定个性化方案,切实解决患者跨科室奔波等诊疗痛点。去年9月,中国工程院院士范先群牵头成立中国甲状腺眼病诊疗联盟,首批成员单位覆盖国内57家单位,持续推广标准化诊疗规范、深化多学科协作,开展多中心临床研究、培养专科人才等工作,引领我国甲状腺眼病诊疗领域的技术创新与理念革新。 凌溯



专家点拨

绝大多数人一生中都会经历腰痛,调查显示,腰痛的患病率仅次于感冒。腰痛特别好发在起床时、弯腰搬物或者伏案久坐之后,因此很多人认为腰痛的原因跟受伤、姿势有关,而忽略了肥胖这个导致腰痛的主要风险因素。

■ 肥胖者腰背痛风险高

肥胖尤其是中心性肥胖,腰部和脊柱的负担增加,容易引发慢性腰肌损伤,从而较体重正常人更容易出现腰痛。肥胖通过生物力学负荷、系统炎症和体态改变增加了腰肌劳损概率,提升了腰痛的风险。一项来自挪威近2万人的队列研究显示,无论男女,腰痛的风险都随着身体质量指数(BMI)值的升高而增加。由于肥胖者腰部肌肉需承受更大压力来维持身体平衡和正常活动,如直立站立时腰椎承受的压力约为体重的1.5倍左右;当体重每增加1千克,腰椎多承受约1.5千克的压力,增加了腰痛的风

腰痛“胖”惹祸 首要是减重

险,尤其是青少年肥胖患者腰痛风险更高。

肥胖引起的骨骼肌炎症和纤维化的病理变化,导致肌肉纤维变性、粘连,加速腰肌劳损发展。肥胖常常伴随代谢紊乱,影响腰部肌肉的营养供应和代谢平衡,使肌肉修复能力下降,更容易出现劳损。由于身体灵活性和协调性下降,肥胖者在日常活动中更易出现姿势不正确的情况(如弯腰驼背、跷二郎腿等),这些不良姿势会增加腰部肌肉的异常受力,诱发腰肌劳损。

■ 管理体重减轻腰痛

中医学认为,肥胖者多痰湿体质,与脾胃运化水谷精微物质的功能失调有关,因此对于肥胖者的腰痛管理,首先要合理饮食,控制每日热量摄入,避免高糖、高油食物摄入,适当补充具有健脾祛湿作用的食物如薏米、红豆、山药等,或者使用一些疏肝理气的药食同源的中药如茯苓、香附、郁金等。

对于肥胖者腰痛,不推荐剧烈的大运动量活

动,以免造成关节的损害。建议办公族久坐腰痛者采用靠墙静蹲的方法,锻炼核心肌群力量,减轻腰痛。做法是背对墙站立,双脚距离墙面一个脚掌,肩部、腰部和臀部紧贴墙面,慢慢下蹲,保持大腿和小腿夹角约90°,一次5—10分钟即可。循序渐进,坚持锻炼,还有助于防止膝关节退变。

■ 中医出招应对腰痛

如果出现了腰痛,可以揉按手部的经外奇穴“腰痛穴”来治疗。“腰痛穴”位于手背第2、3掌骨间及第4、5掌骨间,腕背侧远端横纹与掌指关节的中点处,揉按有酸胀感后,持续5—10分钟。“腰痛穴”属于手针疗法,手是经络之气生发和布散之所,五脏六腑及各器官组织通过十二经脉之气,均能在手上寻找到相应的反应点。点按“腰痛穴”具有疏通局部气血、行气散瘀止痛的作用,能缓解腰部肌肉酸痛。

郭嘉 赵咏芳(主任医师)(上海中医药大学附属曙光医院骨科)

血小板数超标生乱 守护变堵塞添麻烦

一提及血小板增多症,就会联想到“内耗”,那些原本守护血管、帮助止血的“卫士”,偏偏一路“内卷”到数量超标,反倒给身体添了大麻烦。临床上前来咨询血小板增多症的人很多,有必要把这个病的来龙去脉说清楚,让大家心里有底,不担心不过虑。

正常血小板数量在 $100 \times 10^9/L$ — $300 \times 10^9/L$ 之间,超过 $450 \times 10^9/L$ 就算超标。超标分两种情况。继发性增多属于“被动内卷”,比如感染、炎症,或者刚做完手术,血小板会临时“扩招”应急,等原发病好了就会回归正常。原发性增多则是骨髓出了问题,是一种骨髓增殖性肿瘤。造血干细胞基因突变,开启了“疯狂生产”模式,半数以上和JAK2V617F基因突变有关。高发于中老年人,男女发病率差别不大。

很多人早期感觉不明显,直到体检才发现异常,但身体早已给出提示。最常见的是莫名疲劳、乏力,总觉得没精神,可能是血小板数量超标在捣乱。牙龈出血、流鼻血成常态,甚至出现血尿、消化道出血,提示过多的血小板的聚集能力下降。更危险的是血栓,手脚发麻疼痛,甚至腹痛呕吐,可能是血管被堵,严重时导致肺栓塞、脑梗或肾栓塞,威胁生命。50%—80%的人会有脾增大,摸肚子能感觉到硬块,这是过多的血小板“撑大”了具有储存和清除血小板功能的脾脏。

怀疑身体有问题时千万别拖延,完成一套检查就能分辨清楚。先查血常规,看血小板计数,通常飙到 $(1000—3000) \times 10^9/L$,是初步筛查的关键。再做血涂片和骨髓活检,显微镜下能看到血小板聚集成堆,还有巨型血小板,骨髓里巨核细胞明显增多,这是诊断的“金标准”。最后查JAK2V617F、MPL、CARL等基因突变,基因检测能帮助医生区分类型、制定方案。

规范治疗与科学调养能把“跑偏”的血小板拉回正轨。低危的年轻人若没症状,不用吃药但要定期复查。60岁以上或有心血管病史的高危人群采用药物控制,比如阿司匹林预防血栓,严重时需打干扰素或化疗药。继发性的只要治好原发病,血小板就会“退潮”。饮食上多吃新鲜蔬果,少吃多刺、坚硬、油炸食物,避免刺激消化道,避免出血风险。原发性血小板增多症属于惰性肿瘤,规范治疗后中位生存期10—15年以上,转化成白血病的概率很低。就像病友说的,把它当作“长期室友”,定时复查,遵医嘱,不会影响生活质量。

血小板增多症不可怕,可怕的是忽视征兆和盲目焦虑。早发现、早检查、早管理,让那些“内卷”的血小板回归本职,生活照样能过得踏实又舒心。 邓剑青(上海市中医医院血液病科)