

简单易学的腹部按摩手法帮助您强健脾胃

李乃艳 重庆市武隆区中医院

中医常说“脾胃虚则百病生”，脾胃功能减弱不仅会导致消化不良、腹胀、乏力，还可能引发湿气重、脸色差等问题。其实养护脾胃不用复杂调理，每天花10分钟做腹部按摩，就能通过刺激腹部穴位和经络，促进消化、排出湿气，帮脾胃“减负”。下面分享几套简单易学的腹部按摩手法，在家就能轻松操作。

首先要做好按摩前的准备，这是保证效果的基础。按摩最好选在饭后1小时或睡前，此时肠胃负担较轻，不会因按摩引发不适。穿着宽松舒适的衣物，取下腰带，平躺或坐着都可以，以身体放松为准。按摩前洗净双手，搓热手掌（手掌发凉会刺激腹部，影响效果），准备一瓶按摩精油或护肤油（没有的话直接干按也可以，避免手部干燥摩擦皮肤）。另外要注意，刚吃完饭、肚子胀气严重、有急性腹痛或腹部手术刚愈合的人，暂时不要按摩；女性经期如果月经量较大，也建议暂停。

第一套手法是“顺时针打圈按摩”，这是最基础也最核心的手法，能直接促进肠胃蠕动。双手搓热后，重叠放在肚脐上（男性左手在下、右手在上，女性相反），以肚脐为中心，用手掌根部顺时针缓慢打圈按摩。力度要轻柔适中，感觉腹部微微发热即可，不要用力按压。按摩范围从肚脐逐渐扩大到整个腹部，再慢慢缩小回到肚脐，每次按摩100圈，大概5分钟。中医认为“顺时针为泻”，这个手法能帮助排出肠道积气和宿便，改善便秘、腹胀，特别适合吃多了不消化的人。

第二套手法是“上下推按揉腹”，重点刺激脾胃经络。双手仍然重叠，从胸骨下方的剑突位置开始，缓慢向下推按至肚脐下方的耻骨联合处，推的时候稍微用力，感觉腹部肌肉跟着轻轻颤动，然后再从下往上缓慢揉回到剑突位置，这样为一次完整动作，重复50次，约3分钟。这个手法能疏通脾胃气机，改善脾胃运化功

能，对于没胃口、饭后腹胀、嗝气反酸的人很有帮助。推按的时候要顺着身体中线，不要偏离，力度以身体能耐受为准，避免用力过猛压迫内脏。

第三套手法是“点按穴位辅助”，搭配关键穴位效果翻倍。按摩过程中可以重点点按两个健脾养胃的核心穴位，不用刻意找精准位置，大概范围即可。第一个是中脘穴，在肚脐上方4寸（大概手掌横放的宽度），用拇指指腹轻轻点按，每次按压3秒后松开，重复20次，能缓解胃痛、消化不良；第二个是足三里穴，在膝盖外侧下方凹陷处，按摩腹部时可以顺带点按，每次1分钟，能健脾和胃、调理气血。点按穴位时会有轻微酸胀感，这是正常反应，说明穴位找对了。

第四套手法是“拍腹收尾”，帮助巩固效果。完成前面的按摩后，双手握拳，用拳背轻轻拍打整个腹部，从肚脐周围开始，逐渐扩大到全腹，拍打力度要轻柔，像拍皮球一样有弹性，每次拍打30秒，能促进腹部血液循环，放松腹部肌肉，让按摩效果更好。

按摩时还有几个小技巧要记住，能让养护效果事半功倍。一是按摩时保持呼吸均匀，不要憋气，配合深呼吸能让腹部放松；二是按摩后可以喝一杯温热水，帮助脾胃运化，不要马上吃生冷、油腻食物，也不要马上躺下睡觉；三是坚持规律按摩，每天1次，连续坚持1-2个月，就能明显感觉到消化变好、腹胀减少、精神状态更足。

需要提醒的是，腹部按摩是日常养护手段，不能替代药物治疗。如果有严重的胃痛、胃溃疡、肠梗阻等疾病，还是要及时就医。另外，按摩力度要因人而异，老人、小孩和体质虚弱的人力度要更轻柔，以舒适为准；如果按摩过程中出现腹痛加重、恶心呕吐等不适，要立即停止。

肌少症合并骨质疏松用药禁忌

邓万红 北海市人民医院

一、用药安全的特殊考量

肌少症与骨质疏松常伴随出现，二者相互影响，使老年人群的骨折风险显著升高。在治疗过程中，药物选择不仅要兼顾肌肉保护与骨密度提升，更需警惕各类药物可能带来的不良影响。由于患者多为老年人，常伴随多种基础疾病，肝肾功能减退导致药物代谢能力下降，用药禁忌的把控尤为重要。一旦违反禁忌，可能加重肌肉流失、诱发骨折，甚至引发严重脏器损伤。因此，明确这一合并症的用药禁忌，是保障治疗安全、避免病情恶化的关键。肌少症合并骨质疏松的治疗药物涉及抗骨质疏松药、营养补充剂、激素替代药等多个类别，每类药物都有其特定的使用限制。临床需结合患者的身体状况、基础疾病及正在使用的其他药物，全面评估用药风险，避免因盲目用药导致不良后果。

二、抗骨质疏松药物的禁忌红线

双膦酸盐类药物是治疗骨质疏松的常用药，但存在明确禁忌：严重肾功能不全患者禁用，因药物主要经肾脏排泄，肾功能不佳会导致药物蓄积，增加肾脏损伤风险。此外，食管狭窄患者禁用口服双膦酸盐，这类药物可能刺激食管黏膜，引发溃疡或出血，服药后需保持站立或坐位30分钟以上，避免躺卧。对双膦酸盐过敏者、低钙血症患者也需禁用，否则可能诱发严重过敏反应或加重低钙症状，进一步损害肌肉功能。降钙素类药物禁用于对其过敏者，可能引发皮疹、呼吸困难等过敏反应。长期使用需警惕药物导致的骨质疏松性骨折风险升高，尤其合并肌少症时，肌肉力量不足会加剧这一风险，因此不建议长期连续使用。

三、骨质疏松的用药禁忌

骨质疏松治疗中，药物使用需严格规避特定禁忌。双膦酸盐类除严重肾功能不全外，还需注意不可与非甾体抗炎药同用，以防加重肾负担或引发胃肠道损伤。雌激素类药物禁用于乳腺癌、子宫内膜癌病史者，以及活动性肝病、血栓性疾病患者，避免刺激癌细胞或加重病情。降钙素类需关注孕妇、哺乳期女性禁用情况，以防影响胎儿。此外，长期大剂量糖皮质激素会加速骨量流

失，骨质疏松患者需慎用；抗癫痫药可能干扰钙吸收，使用时需监测骨密度并补充维生素D，用药务必遵医嘱，避免自行调整。

四、基础疾病用药与治疗药物的冲突禁忌

高血压患者常用的噻嗪类利尿剂虽能减少尿钙排泄，对骨质疏松有益，但长期使用可能导致低钾血症，加重肌肉无力，与肌少症的肌肉功能减退形成叠加效应，需定期监测血钾，必要时联合补钾药物。利尿剂会增加钙流失，加重骨质疏松，合并肌少症时应尽量避免长期使用，必须使用时需加强钙剂和维生素D补充。糖尿病患者使用的部分胰岛素增敏剂可能增加骨折风险，尤其绝经后女性合并肌少症时，肌肉保护能力下降，骨折风险更高，需权衡血糖控制与骨骼安全，必要时更换为对骨骼影响较小的降糖药。胰岛素本身可能导致体重增加，但过量使用引发的低血糖会损伤肌肉功能，需严格把控剂量。慢性肾病患者使用的钙剂补充需谨慎，肾功能不全时钙排泄减少，过量补充易引发高钙血症，加重血管钙化，因此需根据血钙水平调整剂量，避免与活性维生素D联用导致钙超载。

五、特殊人群的用药禁忌与风险防范

老年患者肝肾功能衰退明显，用药需遵循“小剂量起始、缓慢增量”原则，避免同时使用多种经同一代谢途径的药物，减少药物蓄积风险。合并认知功能障碍的患者，应选择长效制剂或周期性用药剂，避免因漏服、误服导致的用药错误。妊娠及哺乳期女性禁用大多数抗骨质疏松药和肌少症治疗药物，可能影响胎儿骨骼发育或经乳汁分泌危害婴儿健康。若妊娠期出现骨质疏松，需在医生指导下短期补充钙剂和普通维生素D，避免使用其他药物。既往有药物过敏史的患者，用药前需详细告知医生过敏药物及反应，避免使用同类药物。可能加重黏膜损伤的药物需格外谨慎，以防影响营养吸收，间接加剧肌少症。肌少症合并骨质疏松的用药禁忌贯穿治疗全程，临床需结合患者个体情况进行综合评估，在保障疗效的同时最大限度降低风险。患者及家属也应主动了解所用药物的禁忌证和注意事项，定期复诊反馈用药反应，与医生共同构建安全的治疗方案，避免因用药不当导致的病情恶化。

看懂影像报告：关键术语轻松解

曾指政 桂林医科大学第一附属医院

在临床检查中，影像报告是医生诊断病情的重要依据，也是普通人了解自身身体状况的重要载体。然而，报告里“结节”“钙化”“占位性病变”等专业术语，常让读者陷入困惑与焦虑。实际上，这些术语都有明确的医学定义，掌握核心解读逻辑，就能读懂这份“身体图像说明书”，既不忽视健康风险，也不被片面术语误导。临床常用的影像检查包括X光、CT、核磁共振（MRI）、超声等，不同检查的报告表述各有侧重，但核心术语的解读规则相通，是理解报告的关键。

一、核心认知：区分客观描述与诊断意见

一份完整的影像报告包含检查部位、影像表现、诊断意见三大核心部分，这是解读的基础。“影像表现”是医生对图像的客观记录，比如“左肺上叶可见直径5mm类圆形结节，边界清晰”，仅描述病灶的形态、大小和位置，不涉及性质判断；“诊断意见”则是结合临床症状、病史给出的专业判断，比如“左肺上叶小结节，考虑良性，建议年度复查”，这是需要重点关注的结论性内容。

二、高频术语：结节与肿块的解读要点

“结节”是影像报告中最高频的术语，指检查部位出现的圆形、类圆形异常病灶，直径通常小于3厘米，可出现在肺部、甲状腺、乳腺等部位。结节不等于恶性肿瘤，其性质分为良性与恶性：良性结节多由炎症、增生、囊肿引发，表现为形态规则、边界清晰、生长缓慢，如肺部炎性结节、甲状腺胶质结节；恶性结节则常形态不规则、边缘有毛刺、内部密度不均，可能伴随分叶、胸膜牵拉等特征。解读结节需重点关注大小、形态、密度：直径小于6mm的肺部小结节，良性概率超95%，只需遵医嘱定期复查；若结节直径大于8mm，且出现毛刺、分叶等特征，需进一步做增强扫描或病理活检。与结节相对的“肿块”，指直径大于3厘米的占位性病灶，良性肿块如脂肪瘤、子宫肌瘤，边界清晰、密度均匀；恶性肿块如肺癌、肝癌病灶，多边界模糊、侵犯周围组织，需及时排查。

三、特征描述：钙化、强化与占位性病变

“钙化”是组织内钙盐沉积形成的影像特征，在X光和CT上表现为高密度亮点，多与炎症愈合、组织退变相关，比如肺结核治

愈后肺部的钙化灶、乳腺纤维瘤的粗大钙化，这类钙化基本为良性标志。但细小沙粒样钙化需警惕，尤其在乳腺、甲状腺报告中，沙粒样钙化常是恶性肿瘤的特征之一，需结合其他指标综合判断。

“占位性病变”是易引发焦虑的术语，指正常组织中出现的异常“占位”结构，涵盖囊肿、肿瘤、血肿、脓肿等。其中囊肿是最常见的良性占位，超声下表现为“无回声区”，CT和MRI上为低密度/低信号影，如肝囊肿、肾囊肿，大多无需治疗，定期观察即可；肿瘤性占位则需通过增强扫描区分良恶性，增强扫描中“强化”是关键指标——恶性肿瘤血供丰富，会出现“明显强化”“不均匀强化”，良性血管瘤多为“渐进性强化”，囊肿则无强化表现。

不同部位还有专属特征术语：肺部“磨玻璃影”可能是早期炎症或肺纤维化，也可能是早期肺癌，需随访观察变化；骨骼“骨质增生”“退行性改变”是骨骼老化的正常表现；脑部“腔隙性梗死”多为小血管堵塞所致，控制血压、血糖即可预防进展。

四、临床应用：影像报告的参考价值与注意事项

影像报告是临床诊断的重要参考，但病理活检才是判断病变性质的“金标准”。比如肺部结节的影像特征（仅能提示良恶性倾向，最终需通过穿刺活检或手术切除后的病理检查确认。此外，报告解读需结合患者年龄、病史、症状，比如吸烟史、家族肿瘤史会影响肺部结节的风险评估，这也是医生解读报告的重要依据。

拿到报告后，应先看诊断意见，再结合术语含义理解影像表现，避免自行诊断；若报告提示“建议进一步检查”，需及时做增强扫描、病理活检等，切勿拖延；对于良性病变的随访建议，需严格遵守复查时间，比如肺部小结节每6-12个月复查一次，确保及时发现病变变化。

结语：读懂报告，做健康的“明白人”

影像报告并非晦涩的“天书”，掌握核心术语的解读逻辑，区分客观描述与诊断意见，就能摆脱对专业术语的恐惧。结节、钙化、占位性病变等术语，只是医生对图像的专业表达，其医学含义需结合临床综合判断。

中老年男性夜尿增多背后隐藏的前列腺问题

包聪聪 重庆市西区医院有限公司

相信很多中老年男性都有过这样的困扰，即“晚上起夜3次以上，觉都睡不安稳”“刚躺上床就想上厕所，尿量不多却总感觉尿不尽”。夜尿增多看似是小麻烦，实则可能是前列腺增生的“信号兵”。作为中老年男性的常见疾病，前列腺增生发病率高，随着年龄增长逐渐升高，50岁以上男性发病率超50%，80岁以上更是高达83%，而夜尿增多往往是其最早出现的典型症状。

前列腺位于男性盆腔中央，像一个“栗子”包裹着尿道，是排尿的“必经之路”。随着年龄增长，体内激素水平变化会导致前列腺组织增生和肥大，就像不断膨胀的“气球”，逐渐压迫尿道，让尿道变窄、变细。这会直接影响排尿功能，而夜尿增多正是最直观的表现——增生的前列腺会刺激膀胱，让膀胱容量变小，即使只有少量尿液也会产生强烈尿意，导致夜间频繁起夜。

除了夜尿增多外，前列腺增生还会带来一系列连锁问题。白天可能出现尿频、尿急，刚上完厕所没多久又想尿；排尿时尿线变细、排尿费力，需要用力才能排出，甚至出现排尿中断的情况；部分患者还会有尿不尽感，排尿后总觉得膀胱里还有残留尿液。这些症状不仅影响日常生活，长期下去还可能导致膀胱功能损伤、尿路感染，严重时甚至会引发肾积水，威胁肾功能。

很多中老年男性认为，夜尿增多是“年纪大了的正常现象”，或是碍于面子不愿就医，这种想法很容易延误病情。其实，判断夜尿增多是否与前列腺增生相关并不复杂：如果每晚起夜次数≥2次，且持续超过1个月，同时伴随尿频、尿急、排尿不畅等症状，就需要及时到泌尿外科检查。常用的检查项目包括泌尿系超声、残余尿测定等，超声可以清晰看到前列腺的大小、形态，判断增生程度，残余尿测定则能评估膀胱排空功能，这些检查无创且操作简便。

前列腺增生的干预需要根据症状轻重和增生程度而定，并非所有患者都需要立即用药或手术。对于症状较轻、不影响生活的患者，可先通过生活方式调整改善：睡前1-2小时少喝水，不喝浓茶和酒精饮料，减少尿液生成；避免久坐、憋尿，每天适当运动，如快走、太极等，促进盆腔血液循环；控制体重，少吃辛辣刺激食物，减少前列腺充血。

如果生活方式调整后症状没有改善，就需要在医生指导下进行药物治疗，常用药物包括α-受体阻滞剂、5α-还原酶抑制剂等，这些药物能放松前列腺平滑肌、缩小前列腺体积，从而缓解排尿困难和夜尿增多。对于前列腺增生严重、药物治疗无效，或出现尿潴留、肾积水等并发症的患者，则需要考虑手术治疗，目前微创外科手术创伤小、恢复快，能有效解决尿道压迫问题。

需要提醒的是，中老年男性出现夜尿增多，除了前列腺增生，还可能与糖尿病、高血压、尿路感染等疾病相关，因此不能盲目判断，必须通过检查明确病因。另外，前列腺增生是慢性进展性疾病，需要长期管理，即使症状缓解也应定期复查，根据病情变化调整治疗方案。

夜尿增多并不是小事，更是身体发出的健康预警。中老年男性不必为此焦虑，更不应回避就医，早发现、早评估、早干预，就能有效控制前列腺增生的进展，避免并发症发生，守护好夜间睡眠和排尿健康。

斜弱视患者配镜原则

聂宇锋 梧州爱尔眼科医院

斜弱视是儿童期视觉发育异常的常见疾病，配镜并非简单“矫正视力”，而是通过精准光学干预，改善屈光状态、调整眼位、刺激视觉中枢发育的核心治疗手段。错误配镜不仅无法缓解病情，还可能加重视功能损伤、加剧斜视程度，甚至延误黄金康复时机。本文结合临床经验，梳理核心原则，为家长和患者提供科学参考。

1.先散瞳验光：获取精准屈光数据是前提

斜弱视患者配镜的首要原则是“精准验光”，儿童青少年眼调节能力极强，常规验光易受调节干扰导致度数偏差，散瞳验光是必做步骤。散瞳可麻痹眼内调节肌肉，消除调节痉挛，真实反映眼球屈光状态。医生会按年龄和屈光类型选择散瞳方式：低龄儿童（3-6岁）或高度远视、散光患者多用长效散瞳剂，确保调节完全麻痹；年龄稍大（7-12岁）或轻度屈光不正者可用中短效散瞳剂，减少对日常活动的影响。散瞳后需等待调节功能恢复，其间避免强光刺激，可佩戴遮阳帽或墨镜。验光需测量球镜、柱镜度数及轴位，结合眼位检查评估屈光与斜视的关联。

2.兼顾视力矫正与眼位改善：配镜不止“看清楚”

配镜的核心目标是“矫正屈光+调整眼位+促进双眼视功能发育”，不同类型斜弱视配镜侧重点不同。远视合并内斜视患者，需足矫远视度数，通过光学矫正放松调节肌肉，减少内斜视程度，帮助双眼视轴平行。尤其是3—6岁视觉发育黄金期的患儿，足矫能最大程度放松调节，避免大脑长期抑制弱视眼，影响康复。过度降低远视度数会导致内斜视持续存在。近视合并外斜视患者，配镜以“矫正视力至正常下限”为原则，避免过矫。过度矫正会加重外斜视，日常近距离用眼较多的学龄儿童，需精准把控度数，既保证看黑板清晰，又不加重看近时的眼位偏斜。弱视患者无论是否合并斜视，配镜需确保弱视眼获得清晰视觉刺激。存在屈光参差时，需完全矫正双眼度数，缩小视物差距，避免大脑抑制弱视眼，为后续训练奠定基础。

3.个性化适配：拒绝“一刀切”配镜

每个患者的年龄、屈光状态、眼位类型、视功能水平都存在差异，因此配镜时必须遵循“个性化”原则。低龄儿童视觉发育可塑性强，配镜优先保证清晰刺激，度数宜足不宜欠；学龄期儿童需平衡视力需求与用眼负担，避免配镜不当导致视疲劳或度数加深。高度散光患者需精准矫正轴位，否则会视物变形、头晕，影响佩戴依从性；屈光参差过大者，框架镜可能出现物像大小不等，可在医生指导下选择隐形眼镜或特殊镜片。镜架尺寸需适配脸型，避免压迫鼻梁、耳廓；对于好动的低龄儿童，镜架可选择柔软防滑的材质，镜腿带防滑套，减少运动时滑落或破损的风险；镜片优先选择耐冲击、轻便的材质，可加硬镀膜提升耐磨性，延长使用寿命。

4.坚持佩戴+定期复查：动态调整是关键

配镜后“坚持佩戴”和“定期复查”是确保效果的核心，切勿随意摘戴或长期不调整度数。佩戴时长需遵医嘱：远视合并内斜视患者通常需全天佩戴，除睡眠以外的所有时间；单纯弱视或轻度斜视患者可按需调整，但需注意因频繁摘戴导致视功能波动。部分患儿可能因佩戴不适或美观问题抗拒戴镜，家长需耐心引导，告知戴镜的重要性，可选择颜色鲜艳、款式可爱的镜架，提高孩子的接受度。建议每3-6个月复查一次，检查视力、屈光度数、眼位、双眼视功能等。儿童眼球发育快，屈光状态和眼位可能变化，需及时调整镜片度数，避免过矫或欠矫。若镜片磨损、镜架变形，需及时更换，避免影响视觉质量。复查时需告知医生佩戴情况、用眼习惯及视力变化，为调整方案提供依据。

5.配镜与综合训练协同：提升康复效果

斜弱视治疗是“配镜+训练”的综合过程，配镜为康复提供基础，科学训练能进一步促进视觉中枢发育，二者缺一不可。配镜后1-2周内可启动针对性训练：弱视患者可进行遮盖疗法、精细目力训练等，刺激弱视眼打破大脑抑制；斜视患者可配合眼肌调节、融合训练，帮助眼位稳定。避免“只配镜不训练”或“只训练不配镜”，需在医生指导下将二者有机结合，根据复查结果动态调整训练强度和方式，确保配镜矫正与功能训练形成互补，加速视功能康复。

斜弱视患者配镜是科学严谨的治疗过程，需遵循“散瞳验光、兼顾视力与眼位、个性化适配、坚持佩戴、定期复查、协同训练”的核心原则。家长需选择正规眼科机构，由专业医生完成全流程，并严格遵医嘱干预。通过科学配镜和规范治疗，绝大多数患者视功能可显著改善，避免因配镜不当导致终生视觉遗憾。