

耳鸣:耳内响起的“警报”

您是否有过这样的经历?安静的夜晚,周围一切声音几乎都消失了,却感觉耳朵里“嗡嗡”作响,像有蚊子在飞,或是吹风样的啸叫声、“咕咚咕咚”的心跳声。这种没有外界声源却能感知到的声音,就是人们所说的耳鸣。据统计,全球10%至15%的成年人受耳鸣困扰,其中1%至2%的人因严重耳鸣影响生活,难以忍受。现在,我们就来揭开耳鸣的神秘面纱,聊聊它是什么,为什么会发生,以及该如何应对。

耳鸣是什么?是幻听吗?

很多人第一次出现耳鸣时,会很紧张,“我不是不是幻听了?”其实,耳鸣和幻听有着本质的区别:幻听是大脑对不存在的声音产生“虚构感知”(比如听到有人说),通常与精神心理疾病相关;而耳鸣是听觉系统(包括外耳、中耳、内耳、听神经及大脑听觉中枢)功能异常后,产生的主观声音感受,即患者确实“听到”了声音,但周围环境中并没有对应的声源。

根据是否能被检测到,耳鸣又分为主观性耳鸣(占比超95%,只有患者自己能听到)和客观性耳鸣(如血管异常搏动、肌肉痉挛产生的声音,医生用听诊器可能听到)。

为什么会出现耳鸣?

耳鸣本身不是一种独立的疾病,而是多种潜在疾病的“信号”。它的发生机制复杂,目前医学界认为与听觉通路异常兴奋、神经重塑、心理因素等密切相关。以下是最常见的诱因:

1.听力损伤(最常见原因)

噪声暴露和年龄相关性听力下降(老年性聋)是两大主因。长期接触85分贝以上的噪音(如工厂机械声、长时间戴耳机且音量过大),会损伤内耳毛细胞(负责将声音信号转化为神经电信号),导致听觉系统“误判”并产生异常放电,引发耳鸣,易感人群甚至会导致耳聋。老年性聋则是内耳自然衰老的结果,60岁以上人群中约1/3存在不同程度

的耳鸣。

2.耳部疾病

外耳/中耳问题:耵聍堵塞、外耳道炎、中耳炎、耳硬化症等,可能通过影响声音传导间接诱发耳鸣。

内耳病变:多数突发性耳聋、梅尼埃病患者,以及耳毒性药物损伤(如某些抗生素、化疗药)等,直接损害内耳毛细胞或听神经导致耳鸣。

3.全身性疾病

血管问题:高血压、动脉硬化可能导致血流异常(如湍流),贴近耳蜗的血管搏动声被放大,引发搏动性耳鸣。

代谢异常:甲状腺功能异常、糖尿病(影响微循环)、贫血(携氧能力下降)等。

精神心理因素:焦虑、抑郁、长期压力会降低大脑对声音的过滤能力,放大“背景噪音”,形成“越焦虑越响,越响越焦虑”的恶性循环。

其他:头部外伤、颈椎病变(压迫血管影响耳部供血)、睡眠障碍等。

耳鸣需要治疗吗?关键看“是否影响生活”

很多人出现耳鸣后,第一反应是“能不能治好?”实际上,多数慢性耳鸣无法根治,耳鸣的治疗目标是减轻其对情绪、睡眠和日常生活的影响,学会与它“和平共处”。

1.这些情况需及时就医

如果耳鸣伴随以下表现,可能是严重疾病的信号,需尽快到耳鼻喉科或神经内科就诊排查:突然发生的单侧耳鸣+听力骤降(警惕突发性耳聋,黄金治疗期是72小时内);搏动性耳鸣+头痛、视力模糊(需排除血管畸形或颅内病变);耳鸣持续加重,或伴随颈部肿块、面部麻木等全身症状。

2.常见治疗方法

对症治疗:若由耵聍堵塞引起,取出“耳屎”即可缓解;中耳炎需抗感染治疗;噪声性耳鸣需远离噪音并尽早干预;药物性耳鸣需调整用药方案。

声治疗:通过雨声、海浪声、鸟鸣声、音乐或定制耳鸣掩蔽声,分散大脑对异常声音的注意力,重建听觉耐受(原理类似“习惯化”)。

药物治疗:目前无特效药,但医生可能根据症状开具改善微循环(如银杏叶提取物)、营养神经(如甲钴胺)、抗焦虑(如小剂量抗抑郁药)的药物进行缓解治疗。

中医治疗:补肾益气(六味地黄丸等)的中药,以及耳穴埋豆、针刺等中医治疗方法。

心理干预:认知行为疗法是国际公认的有效手段,通过调整对耳鸣的认知(如“它只是身体的一个信号,不会伤害我”),减少恐惧和焦虑。

生活方式调整:保证充足睡眠,避免饮用咖啡、酒类,减少压力(可通过冥想、瑜伽放松)。

关于耳鸣的日常,你了解吗?

1.多数耳鸣与听力下降相关(尤其是高频听力损失),但耳鸣本身不会直接导致耳聋。不过,如果耳鸣伴随听力骤降,需警惕突发性耳聋,这类情况确实可能影响听力,需紧急治疗。

2.长期忽视严重耳鸣可能导致焦虑、抑郁,甚至影响社交和工作,即使无法完全消除,通过科学管理也能显著改善生活质量。

3.助听器主要针对听力下降人群,若耳鸣合并听力损失,佩戴合适的助听器可能通过放大环境声“掩盖”耳鸣(即“声治疗”的一种),但单纯耳鸣患者不一定需要。

耳鸣是身体的“提醒”,别让它变成“心结”

耳鸣就像身体发出的“警报”,提醒我们关注身心健康、潜在疾病。它的出现未必意味着严重问题,但需要我们对认真对付,及时排查病因。如果你正被耳鸣困扰,不妨先记录下它的特点(何时出现、声音类型、持续时间、加重/缓解因素),带着这些信息找专业医生沟通,找到最适合自己的管理方案。

(滁州市中西医结合医院 魏景旺)

导管室里的“火眼金睛”:影像技师的作用

每一台介入手术的成功,都离不开默契配合的医护团队。当人们聚焦主刀医师的精准操作时,一群身着厚重铅衣的身影正默默守护在影像屏幕前——他们就是导管室影像技师,凭借精湛技术和敏锐观察力,用精准成像为介入诊疗保驾护航,成为守护患者生命健康的重要力量。

导管室是介入诊疗的核心阵地,集检查、诊断、治疗于一体,主要开展冠状动脉造影、支架植入、血管内超声检查等微创介入手术。与传统手术不同,介入手术无需大开刀,通过人体自然血管或微小切口将导管、导丝等器械精准送达病变部位,全程依赖实时影像引导。而影像技师正是这份“精准导航”的打造者和守护者,工作贯穿术前、术中、术后全流程,每一个环节都容不得丝毫马虎。

术前筹备,影像技师是精准诊疗的“规划师”。介入手术的核心是“精准定位”,前提是全面掌握患者病变情况。影像技师需提前梳理患者既往CT、MRI等影像资料,参与术前讨论,协助评估病变的位置、范围、性质及解剖关系,共同规划最优手术路径。同时,全面调试数字减影血管造影(DSA)、血管内超声(IVUS)等核心设备,校准参数,检查高压注射器及影像传输系统,确保设备正常运行。此外,结合患者体型、病变特点及肝肾功能,设定合适的曝光参数与对比剂注射方案,规避过敏及肾损伤风险,为手术筑牢基础。

术中操作,影像技师是实时导航的“领航员”,更是风险防控的“安全员”。手术中,影像技师全程坚守岗位,精准操作设备,实时捕捉清晰影像为术者导航。以冠状动脉介入手术为例,医师将导管送入冠状动脉开口后,影像技师通过DSA实时减影成像,清晰显示导管、导丝走行,精准定位血管狭窄位置及程度(以直径或面积狭窄率评估),协助判断器械是否到位。在IVUS检查中,将超声探头通过指引导管置入血管,实时获取横截面影像,识别斑块性质与血管壁结构,测量关键参数,为支架选择和治疗方案制定提供核心依据。

这双“火眼金睛”既能捕捉病变细微特征,也能及时发现术中风险。影像技师密切观察影像变化,一旦发现血管痉挛、夹层、血栓,对比剂外渗等异常,会立即反馈术者并标注定位,协助调整治疗方案,避免严重并发症。同时,遵循辐射防护“正当化、最优化、个人剂量限值”三原则,在保证影像清晰度的前提下优化参数,缩短曝光时间,合理使用防护用品,最大限度减少辐射暴露,筑牢手术安全防线。

术后复盘,影像技师是疗效评估的“质检员”。手术结束后,影像技师系统整理、分析、归档影像资料,为疗效评估和后续治疗提供依据。细致研判支架植入后的DSA及IVUS影像,评估支架贴壁、膨胀情况,判断有无残余狭窄(通常要求<20%)、夹层等问题,协助确认手术效果。将影像资料规范存储并

传输至PACS系统,方便后续随访复查,为患者长期康复管理提供支撑,同时做好设备清洁消毒、保养维护及记录工作,保障设备稳定运行。

有人认为影像技师只是“按按钮、拍影像”,实则不然。一名合格的导管室影像技师,需要具备扎实的医学知识、熟练的操作技能和敏锐的观察力,精通影像诊断学、解剖学等专业知识,熟练掌握DSA、IVUS等设备操作规范,能根据手术类型和患者个体差异灵活调整方案。在医院的导管室,影像技师坚持“精准、严谨、安全”的原则,定期开展培训和病例讨论,学习新技术新规范,全力提升成像质量和操作效率。

日复一日,影像技师身着重达10余公斤的铅衣,在辐射环境中坚守数小时,汗水浸透衣襟也毫无怨言。影像技师不直接参与手术,却用每一幅清晰影像、每一次精准引导为手术成功奠基。影像技师不常直面患者致谢,却用专业与坚守守护每一位患者健康。每一台介入手术的顺利完成,都离不开影像技师的默默付出。

导管室里的“火眼金睛”,没有惊天壮举,却在平凡岗位上书写责任与担当。作为一名在县人民医院导管室工作的影像技师,我深知职责重大,只有秉持更加严谨务实的态度,精进技能、优化流程,用更清晰的影像、更精准的操作,才能为介入诊疗提供有力支撑。

(来安县人民医院 朱冉)

脑梗突发似“暴风雨”,急救护理撑起“保护伞”

脑梗,又称脑卒中,是脑部血管堵塞,导致脑组织缺血、缺氧,坏死的急性脑血管疾病。它发病急、进展快、致残率高、死亡率高,就像一场突如其来的“暴风雨”,短短几分钟内就可能夺走一个人的健康甚至生命。临床护理经验表明,脑梗突发后的黄金急救时间仅为4.5小时,正确的急救护理能极大降低致残率和死亡率,为患者争取生机。

第一步:快速识别脑梗,抓住“黄金急救信号”

牢记“FAST识别法”,30秒快速判断:这是国际通用的脑梗识别方法,简单易记,人人可学。F(Face):观察面部,是否有单侧嘴角歪斜、面部不对称;A(Arm):抬起双臂,是否有单侧手臂无力、无法抬起或抬举后下垂;S(Speech):听言语,是否有说话含糊不清、口齿不清,或无法正常表达、听不懂他人说话;T(Time):一旦出现以上任何一种症状,立即拨打120,记录发病时间,争取黄金救治时间。

警惕非典型症状,避免遗漏:并非所有脑梗患者都会出现明显的肢体、言语异常,部分患者会出现非典型症状,如突发剧烈头痛、头晕,且持续不缓解;突发视物模糊、眼前发黑,短暂失明后恢复;突发意识呕吐、走路不稳,像喝醉酒一样;突发意识模糊、嗜睡、反应迟钝等,这些症状同样不容忽视,尤其是老年人、有基础疾病的人群,出现此类症状需立即警惕。

第二步:脑梗突发,第一时间科学急救(自救+互救)

立即呼救,精准告知信息:第一时间拨打120急救电话,清晰告知接线员“患者疑似脑梗,目前的症

状(如单侧肢体无力、言语不清)、发病时间、具体位置”,同时告知患者是否有高血压、糖尿病、房颤等基础疾病,以及是否服用过药物,避免医护人员延误救治。若身边有其他人,可安排一人拨打120,另一人留在患者身边,全程守护。

现场护理,规避二次伤害:在120医护人员到场前,做好现场护理,切勿盲目搬动患者。一是让患者平躺,头部偏向一侧(避免呕吐物堵塞气道,导致窒息),解开衣领、腰带、领带,保持呼吸道通畅;二是不要随意搬动患者的头部、肢体,尤其是怀疑脑出血的患者,搬动可能加重出血,造成二次损伤;三是不要给患者喂水、喂药、喂食物(包括降压药、降糖药),避免呛咳、误吸,也不要用手掐人中、拍打患者,这些行为毫无意义,还可能加重病情;四是密切观察患者的意识、呼吸、脉搏,若患者出现呼吸、心跳停止,立即进行心肺复苏,直到医护人员到场。

第三步:急救后护理,为康复打下基础

医院期间护理:遵医嘱做好各项护理,密切观察患者的生命体征、意识状态、肢体活动情况,若出现病情变化(如肢体无力加重、意识模糊),及时告知医护人员;配合医护人员做好用药护理,按时、按量服用药物(如抗血小板药、降压药、降糖药),不得擅自停药、减药;做好皮肤护理,定时为患者翻身、拍背,避免压疮和肺部感染;做好口腔护理,保持口腔清洁,预防口腔感染。

居家康复护理:患者出院后,居家护理的核心是“康复训练+基础疾病管控”。康复训练方面,在医生或康复师指导下,循序渐进开展肢体训练(如

关节活动、走路练习)、言语训练(如发音练习、朗读练习),避免过度劳累,逐步恢复肢体和言语功能;基础疾病管控方面,严格控制血压、血脂、血糖,定期监测,遵医嘱服药,养成良好的饮食、作息习惯,避免脑梗复发;同时,关注患者的心理状态,避免患者因肢体残疾产生自卑、抑郁情绪,给予陪伴和鼓励。

预防为先:做好两点,减少脑梗突发风险

管控基础疾病,定期体检:高血压、高血脂、糖尿病、房颤等是脑梗的主要诱因,需严格遵医嘱服药,定期监测指标,将血压、血脂、血糖控制在正常范围内;每年定期进行体检,检查脑血管、心电图等,及时发现潜在风险,提前干预。

养成良好生活习惯,规避诱发因素:日常生活中,戒烟戒酒,避免长期熬夜、过度劳累;饮食清淡,减少高盐、高油、高糖食物摄入,多吃新鲜蔬菜、水果、粗粮;适度运动,每周进行3至4次有氧运动,如快走、慢跑、太极拳等,增强体质;保持平和心态,避免情绪大起大落,减少脑梗诱发风险。

脑梗突发如“暴风雨”,来势汹汹、危害巨大,但它并非不可应对——快速识别症状,科学开展急救,做好后续护理,就能为患者撑起一把生命“保护伞”,极大降低致残率和死亡率。脑梗的急救,分秒必争,每一个正确的操作,都可能挽救一条生命、一个家庭。愿每一个人都能掌握脑梗急救护理知识,在关键时刻既能保护自己,也能伸出援手,为身边的人撑起生命的希望,远离脑梗带来的痛苦与遗憾。(合肥市第八人民医院 王文娟)

“冠”注健康 ——别让你的心脏“油管”堵成早高峰!

朋友,你是否有过这种体验:爬个琅琊山,才到半山腰就觉得胸口发紧,像被什么重物压住了?吃碗全椒羊肉面,满足地抹抹嘴,心脏却开始“突突”抗议?别慌,这可能不是因为你了,而是你的心脏“油管”——冠状动脉,正在悄悄发出求救信号!

心脏的“王冠”和它的中年危机

让我们把心脏想象成一座豪华别墅。冠状动脉,就是给别墅供水供电的“黄金管道”。年轻时,这管道光滑如琅琊山涧的清泉,畅通无阻。但随着岁月流逝,加上你常年用高盐板鸭、油腻腰花、深夜小烧烤不断“滋养”,管道内壁开始沉积“水垢”(医学上叫动脉斑块)。这斑块啊,比滁州老城区的早高峰还难对付。它会悄悄长大,让血管从“双向八车道”堵成“乡间小土路”。直到某天,一块斑块突然破裂——砰!就像滁城的南谯北路突然封了半幅路,后面的血液车队全堵死了。这就是心肌梗死,心脏别墅的“全面停工停电”。

典型症状识别指南:

真·心绞痛:像有头大象坐在胸口,疼痛还会“串门”到左肩、下巴。
假·胃痛:胸口疼别让昨晚的小龙虾背锅,心脏和胃虽然住上下楼,但投诉的部门不一样。

滁州护“冠”三件套

1.饮食:跟盐巴“谈判”
咱们滁州人烧菜,盐勺一抖就是半锅。但你知道吗?每天5克盐是健康上限(约一啤酒瓶盖)。下次炒菜时,想象一下盐罐子上坐着个迷你交警,对你喊:“够了!再放就超速了!”
本地化替换方案:把咸板鸭换成清蒸鱼;用香菜、蒜末、花椒提味,骗过你的舌头;火锅蘸料从“酱油海洋”变成“醋和蒜泥”的清爽组合。

2.运动:给血管做“广播体操”
别指望电梯里的几步路能锻炼心脏。心脏喜欢的是规律的有氧运动,比如:在琅琊绿道快走,假装在追赶醉翁的脚步;跳广场舞时,把《最炫民族风》跳成真正的心肺训练;最简单的是每天晚饭后散步30分钟,步数不求两万,但求坚持。

记住:清晨6点前别急着冲出门锻炼,那是血管的“起床气”最大时段,容易出事。

“口干”的背后: 身体与心理的双重煎熬

“嘴里像铺了一层粗糙的砂纸,吃饭时一定要喝汤,否则难以咽下,夜里要喝三四次水,更让人崩溃的是,越干越焦虑,越焦虑越睡不着。”52岁的王女士在确诊干燥综合征后,不仅要忍受持续的身体干燥,更被挥之不去的焦虑情绪困扰。她尝试的各种治疗效果甚微,逐渐变得情绪低落、敏感易怒,甚至害怕与人交流,担心说话多了口干失礼,害怕别人看到自己干裂的嘴唇和蛀牙,直到风湿免疫科医生提醒她:“干燥综合征不仅是身体的‘干旱’,长期折磨更会引发心理危机,焦虑抑郁其实是很多患者的‘隐形症状’。”

干燥综合征作为一种累及多种外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫病,核心病理是免疫系统“误攻击”腺体,导致口干、眼干等全身性干燥症状。临床中发现,干燥综合征患者的心理问题发生率远高于普通人群,其中焦虑发生率高达45%,抑郁发生率约为30%,但这些问题常被口干、眼干等显性症状所掩盖。这些心理问题不仅会加重身体不适,还会影响治疗依从性,形成“身体不适→心理问题→症状恶化”的恶性循环,成为患者康复路上的“隐形障碍”。

干燥综合征患者的心理问题并非凭空产生,而是疾病特征、治疗过程、社会环境等多方面因素共同作用的结果。

1.持续不适的“躯体折磨”:口干、眼干、皮肤瘙痒等症状并非暂时的“上火”,而是持续性、不可逆的折磨。患者可能因为口干无法正常进食、说话,因为眼干害怕强光,不敢出门,因为皮肤瘙痒整夜难眠。干燥综合征的症状会渗透到日常生活的每一个细节,从吃饭、说话到睡眠,患者连最基本的生理需求都难以顺畅满足,这种长期的“失控感”会逐渐消磨心理韧性,进而引发焦虑症状。更严重的是,部分患者会出现肺间质纤维化、肾小管酸中毒等内脏受累表现,担心病情恶化,陷入“会不会失明”“会不会影响寿命”的过度担忧中,长期下来诱发抑郁。

2.治疗过程的“漫长与不确定”:干燥综合征目前尚无根治方法,治疗核心是改善症状,控制和延缓因免疫反应引发的组织器官损害。很多患者像王女士一样,经历过“多次就诊、多种治疗、效果甚微”的过程,从最初的满怀希望到逐渐失望,甚至怀

3.情绪:当个“淡定”的滁州人
心脏最怕你:为了一句“你瞅啥”准备干架(血压瞬间飙升);刷到孩子成绩单时“眼前一黑”;打麻将清一色自摸时狂喜乱舞。

学学醉翁亭的那份悠然:“血压高了不要紧,看看山水平心情。”

当心脏“油管”真要维修时

重要声明,如果出现持续胸痛,别做这三件事:自己开车去医院;让家人慢慢收拾行李(这不是国庆出游);先发个朋友圈问“在线等,急”(网友不能替你做支架)。

正确操作:立刻拨打120,说出那句魔法咒语:“我胸痛,怀疑心梗。”滁州的胸痛中心网络会启动绿色通道,医生们已经准备好给你的血管“疏通交通”了。

冠脉造影检查,其实就是给心脏血管拍个高清纪录片。你会躺在像一个太空舱的机器上,医生通过屏幕就能看到你的血管哪里堵了,堵了多少。别怕,这不是开胸手术,只是微创操作,创伤比切个阑尾还小。

支架不是“魔咒”,是“救命稻草”

很多人听到支架就色变,觉得“放了支架人就废了”。大错特错!这就像:

隧道里塌方了,支架就是那根顶住岩石的钢梁。

家里水管锈穿了,换个新接头才能继续用水。

放了支架后,你不仅能正常生活,还能:继续爬琅琊山(循序渐进);吃大部分美食(在医生指导下);跳广场舞当最靓的仔。

唯一的“代价”:要按时吃药(抗血小板药就像给支架“防锈涂层”),定期复查。这可比因为心梗住进CCU划算多了!

最后,送你一份心脏健康自测小笑话:

1.爬三层楼就喘如风箱?警告!
2.看血压计数字像看股票一样紧张?警告!
3.认为养生是退休后才该考虑的事?重度警告!

记住:冠心病这玩意儿,不挑年龄、不挑性别,专挑那些“觉得还早”的人下手。从今天开始真正“冠”注你的心脏——毕竟,这世上最浪漫的事,就是和你的小心脏一起,健康的蹦跳到九十岁。健康生活,从下一顿饭、下一步路、下一次深呼吸开始。

(滁州市第一人民医院 陈钰钰)