

痛经里的最大元凶:子宫内膜异位症

健康知识

许多年轻女性或多或少都有过痛经体验,那种难以言表甚至撕心裂肺的痛楚让很多女性很畏惧每个月里的那几天,甚至影响到正常的生活和工作。痛经的原因有很多,其中一个就是子宫内膜异位症。

子宫内膜异位症是一个慢性疾病,需要早发现、早诊断、早治疗,不然可能会影响女性未来的受孕。治疗的目的是减轻和消除疼痛、促进和保护生育、降低和减少复发、警惕和早期发现恶变,提高女性的生命健康质量。下面我们就来谈一谈子宫内膜异位症,希望能给饱受痛经困扰的女性朋友们一些帮助。

子宫内膜异位症,顾名思义,指有活性的子宫内膜长到了子宫腔以外的身体其他部位,这些异位生长的子宫内膜会随月经周期而变化,却不能像正常的子宫内膜能够脱落排出体外,久而久之,出现一系列相关症状例如最常见的痛经。异位内膜会侵犯女性全身任何部位,以卵巢、宫骶韧带最常见,其次为子宫及其他脏腹膜、阴道直肠隔等部位,称为盆腔子宫内膜异位症。此外,有一种特殊类型,异位内膜长在子宫肌

层内,导致子宫增大、肌层肥厚,形成子宫腺肌病。

什么年龄段的人会得这种疾病

近年来,该病的发病率呈上升趋势,主要发生于生育期妇女,多发年龄为25至45岁,25%至35%的不孕患者在腹腔镜检查时发现异常病灶。

这种疾病有什么表现

子宫内膜跑到身体其他部位,常常引起一些症状,对女性造成困扰。不同病变部位具有不同的症状,20%至25%的病人无任何临床症状。

1.痛经。痛经是子宫内膜异位症最典型的症状,呈继发性伴进行性加重,常于月经来潮前1至2天开始,经期第1天最剧,以后逐渐减轻,至月经干净时消失。

2.月经异常。月经异常发生率为15%至30%,主要表现为月经量增多、经期延长或经前点滴出血,子宫内膜异位症患者可能发生卵巢功能失调,如排卵异常等。

3.不孕。子宫内膜异位症患者常伴有不孕,不孕在子宫内膜异位症的病人中发病率高达40%至50%。主要是因为子宫内膜异位症常可引起输卵管周围粘连影响卵母细胞捡拾,或因卵巢病变影响排卵。

4.性交疼痛。子宫直肠陷凹、阴道直肠隔的子宫内膜异位症可以引起性交痛(深部触痛),经期排便次数增加、疼痛(里急后

重)。在经前期最为明显。

5.其他。不同部位的子宫内膜异位症还可能出现一定程度的伴随症状。例如,病变在肠道,患者经期就会伴随出现消化道症状,比如便秘、便血、排便痛;病变在泌尿道,则会伴随血尿、尿频、尿痛等,严重时出现肾积水、肾萎缩等。腹壁瘢痕及脐部的子宫内膜异位症则出现周期性局部肿块及疼痛。如有以上症状,一定要及时到医院就诊,早发现早治疗。

怎么诊断

影像学检查:超声检查尤其是深部内异症超声,是诊断卵巢异位囊肿和膀胱、直肠子宫内膜异位症的重要方法,可确定异位囊肿位置、大小和形状,其诊断敏感性和特异性均在96%以上。血清CA125和人附睾蛋白(HE4)测定:血清CA125水平可能升高,重症更为明显,但特异性和敏感性较低。HE4可用于卵巢癌的鉴别。

腹腔镜检查:是目前国际公认的子宫内膜异位症诊断的最佳方法,除了阴道及其他可直视部位的病变外,腹腔镜检查是确诊盆腔子宫内膜异位症的标准方法。

如何治疗

子宫内膜异位症的治疗,应结合患者年龄、症状、病变部位范围以及是否有生育要求,加以全面考虑。

1.药物治疗。主要为激素疗法,采用药

物来对抗或抑制卵巢的周期性内分泌刺激。适用于年轻、有生育要求及病变轻者。

2.手术治疗。腹腔镜手术是首选的手术方法,目的是切除病灶、恢复解剖。适用于药物治疗后症状不缓解、局部病变加剧或合并不孕的患者、较大的卵巢子宫内膜异位囊肿患者。

3.高强度聚焦超声消融治疗(HIFU)。作为一种新型的无创疗法,具有不开刀不流血无疤痕的优势,适用于部分有症状的单层子宫壁厚度≥30mm的子宫腺肌病,以及腹壁疤痕子宫内

膜异位症患者,进行该治疗前需经过定位、磁共振等评估。

如何预防

子宫内膜异位症的确切病因目前尚不明确。目前认为,经血逆流可能是导致内膜种植的主要原因,要关注例假是否正常,月经期间避免剧烈运动、重体力劳动及性生活,防止经血逆流。适龄婚育,尤其是伴有痛经者晚婚女性,应尽早生育。做好避孕,尽量避免人工流产。避开经期做妇科手术,子宫内膜种植于盆腔甚至腹壁,导致盆腔或腹壁出现周期性疼痛。对于女性来说,健康的生活方式很重要,定期妇科检查也很重要,当发现月经异常或上述其他症状时,一定要积极就医,及早治疗。

(天长市人民医院 李元芹)

中风不是绝症:急诊介入取栓,黄金时间抢回生命

健康关注

中风发病通常较为急促,患者可能在日常活动中突然出现肢体瘫痪、言语不清、意识障碍等典型症状,病情进展迅速。大众常将中风直接等同于脑出血,实际临床中,80%至90%的中风为缺血性中风,核心病因是脑血管被血栓堵塞,导致脑组织供血中断。当脑组织缺血缺氧后,每分钟就有近200万个脑细胞死亡,需要明确的是,中风并非不可救治。通过及时、规范的治疗,许多患者能够获得良好的恢复。

认清中风危害,别错失生命良机

很多人对中风存在认知误区,认为高龄人群发病难以避免,或症状较轻时可自行缓解,这类错误认知极易延误最佳救治时机。脑组织对氧气与血液供应需求极高,缺血后会快速出现功能损伤,且脑细胞坏死具有不可逆性,盲目等待与居家观察会持续加重脑组织损伤,给后续康复留下严重隐患。

部分家属发现患者症状相对轻微时,

选择先观察或暂缓送医,等到症状明显加重后再紧急就诊,往往已经错过关键救治窗口。中风救治的核心原则是快速恢复脑部血流,救治时间越早,存活的脑组织数量越多,患者肢体、语言等重要功能恢复的可能性也就越高。时间延误越久,患者出现严重残疾、死亡的风险会呈倍数显著升高。

当出现疑似中风症状时,无需过度恐慌,但应立即采取规范行动,第一时间拨打120急救电话,送往具备成熟卒中救治能力的医疗机构,为后续精准治疗争取宝贵时间。

何为急诊介入取栓? 核心救治原理详解

急诊介入取栓是急性缺血性中风的核

心救治手段,属于微创介入手术,与传统开颅手术相比,创伤更小、靶向性更强、安全性更高。传统开颅手术需切开头皮、去除颅骨,手术创伤大、风险较高,对位置较深的脑血管病变处理难度较大,术后恢复周期也更长。

介入取栓手术操作路径清晰精准,医生在患者股动脉部位进行穿刺,形成2至3毫米的微小穿刺入口,将微导管沿血管通路送至脑部血栓堵塞部位。在数字化医学影像设备引导下,经验丰富的医师可快速精准完成操作,为血管再通赢得关键时间。导管到达血栓位置后,可通过取栓支

架或抽吸导管完成血栓清除。取栓支架可对血栓进行稳定抓取并完整移除,抽吸导管可直接抽吸血栓,两种方式均以快速清除堵塞、恢复脑部血液正常供应为目标。

该技术具备微创、精准、高效的突出特点,手术无需开颅,不破坏正常脑组织,仅针对病变血管与血栓进行靶向操作。多项国际临床研究证实,针对大血管闭塞导致的急性缺血性中风,介入取栓的血管再通率可达较高水平,整体治疗效果显著优于单纯静脉溶栓。

介入取栓有明确的适用范围,主要用于于心源性血栓、大动脉血栓导致的颈内动脉、大脑中动脉等大血管闭塞。若血栓位于细小末梢血管、血栓已机化陈旧,或影像学检查显示大面积脑梗死,取栓治疗获益有限。患者入院后,医生会通过CT、CTA等检查快速评估,综合判断是否符合取栓手术指征。

把握黄金救治时间,筑牢救命关键防线

中风救治中,时间与脑组织功能密切相关。既往介入取栓的推荐时间窗为发病6小时内,随着影像学评估技术的进步,部分符合条件的患者,时间窗可延长至16至24小时,但这并不意味着救治可以延迟,尽早开通血管仍是核心原则。

公众需掌握中风核心识别要点:出现口眼歪斜、单侧肢体无力、言语不清等症

状时,立即拨打120,优先选择具备介入取栓能力的卒中中心。患者送

往医院后,医疗机构会快速完成影像学检查与病情评估,确定治疗方案。

在此过程中,家属应配合医生快速完成决策,减少沟通与等待时间。黄金救治时间是保障救治效果、提升康复质量的关键,需要公众、急救系统与医疗机构协同配合,构建高效的救治链条。

早识早治, 取栓技术点亮康复希望

中风并非绝症,急诊介入取栓技术为急性缺血性中风患者提供了有效的救治选择,能够帮助更多患者脱离生命危险、回归正常生活。该技术的救治效果,依赖于完整的卒中救治体系,包括公众早期识别、急救快速转运、医院精准治疗三个核心环节。普通公众无需掌握手术操作细节,但应牢记三项关键内容:掌握中风典型症状、出现症状立即拨打120、送往具备取栓能力的卒中中心。及时识别、快速送医、规范治疗,能够最大程度降低中风带来的损伤,帮助患者实现更好的康复效果。

(重庆通医疗健康集团有限公司安庆一一六医院 李清清)

憋气者的生活自救指南:慢阻肺的长期管理

健康提醒

患上慢性阻塞性肺疾病就像是在参加一场没有终点的马拉松,不仅每一步都走得沉重,甚至连呼吸都变成了需要精打细算的体力活。很多人在确诊后会感到迷茫甚至绝望,觉得未来的日子只能在无尽的憋气和咳嗽中度过。其实大可不必如此悲观,虽然受损的肺部组织无法完全逆转,但是通过科学合理的长期管理,完全可以把生活主动权重新握回在自己手中。只要掌握了正确的方法,哪怕是带着受损的肺,同样不会因为突如其来的气短而惊慌失措。

戒烟是延缓病情的第一步

烟草中的有害物质是导致肺功能持续恶化的主要元凶。很多人觉得既然已经患病了,现在戒烟可能也无济于事。这种想法实际上忽略了肺部的自我修复能力,虽然无法让肺部重回年轻状态,但是只要掐灭烟头,肺功能下降的速度就会立刻减缓。持续吸烟会不断刺激气道产生炎症,

让原本就狭窄的通道变得更加堵塞。

对于尝试过多次却依然失败的人来说,单凭个人意志力去对抗烟瘾确实是一件非常痛苦的事情。现在许多地方都开设了专业的戒烟门诊,医生会根据个人的依赖程度提供科学的戒烟方案。通过使用一些临床上证实有效的戒烟辅助药物,可以大幅度减轻戒断期间产生的烦躁和焦虑。

学会正确使用吸入药物

吸入剂是控制这种疾病的核心武器,但是很多人在用药时存在着极大的误区。药物通常被分为长期控制和急救缓解两大类,前者需要每天定时服用以维持气道的稳定,后者则是在突发严重气短时用来救急的。很多人一看到症状有所缓解就会擅自停用长期控制药,结果导致病情反复发作。

用药的效果不仅取决于药物本身,还取决于吸入的操作是否标准。很多患者虽然每天都在按时服药,但是由于吸入方式不对,药物其实只停留在口腔和咽喉部位,并没有真正进入肺部深处。在吸入药物之后应当保持屏气状态至少五秒钟,这样才能让药效有充分的时间在气道内发挥作用。每次用完药之后还要记得及时漱口,以减少药物在口腔内的残留。

病情是在不断发生变化的,因此用药方案也绝对不能一成不变。每隔一段时间就应当去医院复查一次肺功能,让医生根据最新的检查结果来调整用药的剂量或者更换更合适的药物种类。

每天做呼吸训练来“省气”

对于经常感到气不够用的人来说,学会如何高效呼吸能够省下不少体力。缩唇呼吸法是一种非常实用的技巧,用鼻子吸气之后,将嘴唇稍微撅起,留下一个小缝隙,然后像吹灭蜡烛一样缓慢地将气呼出。这种方法能够增加气道内的压力,防止呼气时气道过早塌陷,从而让肺部积存的废气能够更充分地排出体外。

除了改变呼气的口型,改变呼吸的动力源也同样重要。腹式呼吸要求放松原本紧绷的肩部肌肉,在吸气的时候尽量让肚子鼓起来,而在呼气的时候则要让肚子陷下去。这种方法能够充分调动横膈肌的运动,用最少的能量换取最大的通气量。开始练习时可以把手放在腹部,以此来感受腹部的起伏变化。

警惕急性加重, 早识别早处理

这种疾病最怕的就是病情在短时间

内突然恶化,医学上称之为急性加重。每天留意自己的身体状况是一件非常重

要的事情,可以观察咳嗽的频率是否增加,喘息的程度是否比平时更加严重。此外,当发现痰液的颜色从平时的白色变成了脓性黏稠的黄色,或者痰量在两三天内突然明显增多,这就是身体发出的警报信号。

为了应对这些突发状况,家里应当随时备好医生开具的急救药物以及家庭氧疗设备。提前和家人一起制订好一份详细的应急就医计划,写明最近的医院地址以及紧急联系人的电话。在发现加重信号的第一时间就按照计划前往医院就诊,千万不要抱着再等一天看看的心态,早发现早治疗往往能够避免发展到需要住院抢救的严重程度。

慢阻肺的对抗是一场需要耐心与智慧

的持久战,但这绝不意味着生活质量就要

彻底向疾病妥协。通过戒烟来切断源头伤害,正确使用吸入制剂来维持气道稳定,再

加上每日坚持的呼吸训练与合理的体力分

配,就能在现有的肺功能基础上发掘出最

大的潜力。掌握了这些日常自救的科学方

法,不仅能够有效减少急性发作的次数,更

能让自己在呼吸之间重新找回轻松与从

容的步调。

(弋山县人民医 院 段娜)

健康科普

身边有肺结核患者,本人也做结核菌素试验(PPD),结果为阳性。这时候很多人慌了:是不是被传染了?是否要立即服药预防?感染结核菌并不一定意味着会得结核病,全球大约有四分之一的人体内存在结核菌,但是只有不到5%到10%的人会在一生中真正发病。绝大多数感染者体内细菌处于休眠状态,不传染、无症状。盲目吃药没有必要,但是某些人确实需要预防性治疗。

先搞清楚:感染≠发病

1.潜伏感染:细菌在“睡觉”,结核菌进入人体后,如果免疫力足够强,就会被免疫系统关起来,处于休眠状态,这时你没有任何症状,不咳嗽、不发烧、不盗汗,CT也正常,而且不传染给任何人。绝大多数PPD阳性者为这种类型。

2.活动性结核:细菌在“搞事”。免疫力下降时,休眠的细菌会被激活,在肺里繁殖,导致咳嗽、咳痰、发热、盗汗、消瘦,这时才需要正规抗结核治疗,有传染性。

3.从感染到发病的危险。潜伏感染者一生中发展成活动性结核的风险大约是5%至10%,而80%以上的人在感染后的头五年内就会发病,并不是今天感染明天就会发病,也不是感染了就一定要吃药。

5类人群需要预防性治疗

根据国内外指南,以下人群感染后发病风险高、预防性治疗获益明确。

1.与肺结核病人有密切接触的5岁以下儿童。儿童的免疫系统还不健全,一旦感染结核菌,很容易迅速发展成重症结核(结核性脑膜炎等),病死率高,因此接触过传染性肺结核患者并且PPD阳性的人都应该进行预防性治疗。

2.HIV感染者或艾滋病患者。此类人群免疫力严重下降,潜伏感染后每年发病率为5%至10%,是普通人的几十倍,一旦确诊为潜伏感染,应立即进行预防性治疗。

3.与活动性肺结核患者有密切接触的、新近感染的学生等。学生群体聚集程度高,新近感染(即最近1年内PPD从阴性变为阳性的病例)发生率最高。因此学生中确诊新近感染的需要预防性治疗。

4.准备使用免疫抑制剂的高危人群。包括肿瘤环因因子拮抗剂用于治疗类风湿、强直性脊柱炎等疾病,器官移植或者骨髓移植,长期透析,长期大剂量使用糖皮质激素或者矽肺患者,这些治疗会抑制免疫系统,使休眠的结核菌复活。治疗前筛查潜伏感染并给予预防性用药,为标准程序。

5.医务人员及其他高风险职业人群。结核科、呼吸科、检验科医务人员长期接触感染环境,根据具体情况及机构政策决定是否进行预防性治疗。

预防性治疗怎么做,安全吗

1.方案简单、周期短。预防性治疗多采用一种药物,疗程3个月到9个月,比治疗活动性结核简单得多,常用的有单用异烟肼6至9个月,或异烟肼加利福平3个月(每周一次),或单用利福平4个月。

2.保护效果明显。预防性治疗结束后,发病风险可以降低60%到90%。

3.副作用小。少数人会出现肝功能异常、皮疹、胃肠不适等不良反应,但是大多数是轻度的,停药后会自行消失。服药前、服药期间定期查肝功能,医生会全程观察。

什么情况下不需要吃药

健康成年人只是PPD阳性但是没有高危因素(无密切接触史、无免疫力低下、无特殊用药需求)的不需要进行预防性治疗,可以每年进行体检观察,出现症状再处理。已经得过活动性结核并完成规范治疗者无需再预防,PPD阳性但是胸部CT提示陈旧性结核病灶(说明早年感染并已自愈或者治愈),不需要额外预防。

接触后应该做的3件事

第一步:先排查有没有活动性结核。接触后3到8周到医院做PPD或者γ-干扰素释放试验,拍胸部CT,CT正常、无咳嗽发热等

症状的才是“潜伏感染”,才考虑预防。第二步:对照上面5种情况,看自己是否属于高危人群。属于且有强烈意愿的,去医院结核科或者呼吸科开药。不属于的,安心观察即可。

第三步:无论是否服药,以后每半年或一年复查一次,由于大部分发病发生在感染后5年以内,而且以头两年的风险最高。定期复查是最好的保障。

接触过结核病患者,PPD阳性并不意味着一定要立即吃药。感染不是疾病,盲目恐慌比细菌本身更危险,弄清楚自己是潜伏感染还是活动性结核,再看是否属于需要预防的5类高危人群——5岁以下儿童、HIV感染者、新近感染的学生、准备用免疫抑制剂者、高风险医务人员,如果不属于以上情况,则正常生活、定期观察即可;如果属于以上情况,则预防性治疗安全有效,值得做。先确定,再决定,不吃药,不漏掉保护自己的机会。

(无为市人民医 院 金涛)

投稿邮箱:czrb9012@163.com

接触过结核病人要吃药预防吗?这几种情况才需要