

流感高发季来袭——

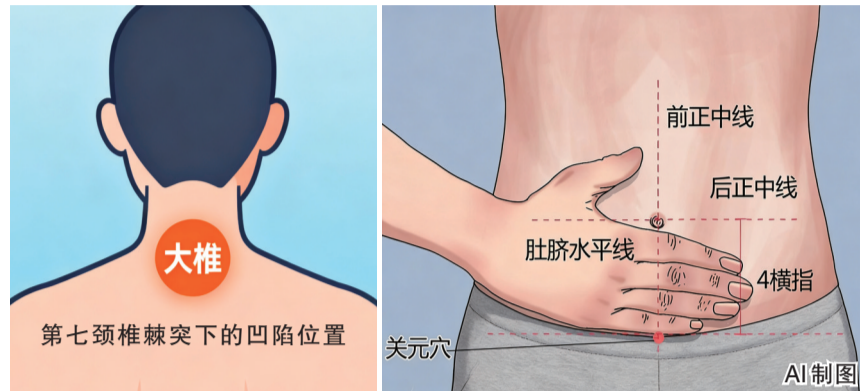
清热解毒药和秋梨膏不是人人都能吃

□ 科普时报记者 史诗

在国家卫生健康委近日召开的新闻发布会上,中国疾病预防控制中心病毒病所研究员王大燕透露,目前全国共有17个省份流感活动处于高流行水平,门急诊就诊的流感样病例患者中流感病毒检测阳性率达到51%,该数值未超过近3年最高水平。

大雪节气后,天气日渐寒冷,慢性呼吸系统疾病进入容易加重的阶段。平日里,不少人发烧时会自行服用清热解毒类药品,咳嗽时则习惯选用秋梨膏缓解症状,这些做法是否科学?

中国中医科学院西苑医院主任医师樊茂蓉表示,一发烧就习惯性服用清热解毒药物的做法并不完全正确。从中医角度分析,这类药物仅对风热犯肺或热毒内蕴的人群有效,具体表现为发烧同时伴有咽喉肿痛、咳嗽、咳黄痰、大便干、舌红苔黄等症状。若是着凉引发的风寒犯肺,出现发烧伴鼻塞、流清鼻涕、打喷嚏、怕冷、无汗等情况,此时服用清热解毒药物不仅无效,还可能加重不适,不如煮一碗生姜苏叶汤来疏散风寒、退热。她特别提醒,脾胃功能偏弱的人群,比如吃一点凉食就容易拉肚子,即便因病情需要服用清热解毒药,也要注意保护脾胃,可搭配饮用茯苓山药粥,以此祛湿健脾,维护脾胃功能



正常运转。

而面对干咳就喝秋梨膏润肺止咳的习惯,樊茂蓉也指出其局限性。秋梨膏更适合阴虚燥咳的情况,这类咳嗽通常表现为无痰或痰极少,严重时咳嗽还可能伴有少许血丝,同时伴随五心烦热(双手心、双足心及胸口五处自觉烦热)、口干舌燥、舌红少苔等症状。北方冬季寒冷多风,若咳嗽是由风邪犯肺引起,症状多为咽喉发痒引发咳嗽,且咳嗽呈阵发性,这时用苏叶、防风煮水饮用,能起到疏散风邪止咳的作用。由此可见,食疗缓解咳嗽同样需要辨证论治,不能一概而论。

此外,针对冬季慢性呼吸系统疾病,如哮喘、慢阻肺病、支气管扩张症

等容易反复发作或加重的问题,樊茂蓉推荐了两个保健穴位——大椎穴和关元穴。关元穴位于肚脐下三寸处,将四指并拢的宽度即为三寸;大椎穴则在第七颈椎棘突下的凹陷位置。这两个穴位可采用悬灸的方式保健,艾灸时需保持适当高度,每次艾灸10-15分钟,每周进行两次即可,能够起到温肾升阳、驱寒固表的作用,有助于减少慢性呼吸道疾病患者病情反复或加重的次数。

需要注意的是,艾灸并非人人适宜。热性体质人群——表现为大便黏腻,或是阴虚肺燥人群——表现为干咳无痰、大便偏干、舌红等,都不适合采用这种艾灸保健方法。

《延伸阅读》

关注流感重症信号

解放军总医院第五医学中心呼吸与危重症医学科主任苑鑫提醒,感染流感后需警惕以下危险信号:

关注呼吸状态,留意呼吸次数是否增多、是否出现气促,若经皮氧饱和度(指脉氧)数值低于93%,属于危险信号;

观察神经系统状态,留意神志是否出现异常改变;

关注泌尿系统情况,观察尿量是否明显减少;

留意消化道反应,观察是否出现厌油腻、恶心、呕吐等表现。

若怀疑感染流感,切勿随意用药,应牢记三点关键原则:

1.奥司他韦不可自行用作预防用药。该药物仅对服药期间的病毒暴露有防护作用,停药后保护效果随即消失,且长期服用易诱导病毒产生耐药性,仅适用于确诊后的短期应急治疗;

2.把握用药黄金时间。应在症状出现后的48小时内服药,才能有效缩短病程、降低重症发生风险;

3.严格按体重调整剂量。儿童用药剂量需根据体重精准计算,切勿擅自加量或中途停药,避免造成病毒耐药。

麻醉会影响大脑吗? 这些真相帮你驱散恐惧

□ 贺广宝 王凯

从日常手术的麻醉管理,到门诊无痛人流胃肠镜检查、无痛人流,再到无痛分娩、疼痛诊疗等,麻醉技术的应用场景越来越广泛。但每当医生提及“是否需要全身麻醉”,很多人都会心生忐忑:麻醉药会不会影响大脑?接受全身麻醉后会不会变傻?

其实,现代麻醉早已不是简单让患者失去意识,而是融合了镇静催眠、镇痛和肌肉松弛三大核心要素的系统工程,其精准度堪比为大脑量身定制的“导航仪”,能在阻断疼痛的同时,最大程度保护神经功能。

精准监测: 麻醉医生的“大脑导航”利器

麻醉技术的精准化,离不开监测设备的突破性发展。当代麻醉医生手中有个关键“秘密武器”——脑电双频指数监测仪,它能将大脑活动转化为0-100的量化数值,实时反馈患者的意识深度。

临床实践中,医生会通过调节麻醉药物剂量,将这个数值稳定在40-60的“黄金区间”:既有效阻断手术痛觉信号向大脑传递,又能避免神经功能被过度抑制。这种如同调节收音机音量般的精准控制,是过去麻醉技术完全无法企及的。

药物迭代: 让麻醉更安全的“进化之路”

麻醉药物的不断更新换代,为认知保护提供了坚实保障。1846年,乙醚麻醉的出现开启了现代麻醉的新纪元;20世纪70年代,依托咪酯、丙泊酚等药物实现了神经抑制的平稳可控,其中丙泊酚对认知功能的影响相对较小,已成为临床常用的静脉麻醉药;如今的新型阿片类药物更能精准作用于特定神经受体,减少对大脑的全局影响,不过这类药物在高龄患者中的使用仍需格外谨慎。

2023年,《柳叶刀》发布的研究进一步证实:健康成年人接受单次常规麻醉后,认知功能在术后72小时内就能恢复到术前的基线水平,不存在长期损害风险。

术后认知波动: 麻醉不是唯一“元凶”

尽管技术不断进步,“麻醉会让人变傻”的担忧仍困扰着不少患者。这份焦虑并非空穴来风,医学上确实存在“术后认知功能障碍”,这是一种以记忆力减退、注意力不集中为特征的术后并发症。但最新医学研究明确指出,这种障碍是多种因素共同作用的结果,麻

醉并非唯一元凶。

大量研究证实,以下因素与术后认知功能障碍的关联更为紧密——

年龄因素:65岁以上人群的发病风险是年轻人的3.2倍,这与老年人大脑代谢率下降、神经修复能力减弱的自然退化过程密切相关。

手术创伤:心脏手术、大关节置换等重大手术会引发全身炎症因子风暴,这些物质可能突破血脑屏障,干扰负责记忆的海马体功能,这是导致认知障碍的核心诱因之一。

基础疾病:高血压、糖尿病患者的脑血管本身存在微损伤,会放大麻醉药物的神经影响,形成“1+1>2”的风险叠加效应。

麻醉管理:过深麻醉(脑电双频指数低于40)会增加老年患者的发病风险,但在精准调控下,麻醉反而能通过控制手术应激反应降低风险。

全周期防护: 现代医学如何应对认知挑战

随着研究深入,术后认知功能障碍的发生机制已逐渐清晰:手术创伤激活免疫系统后,部分炎症因子会像“失控的卫兵”一样,误伤海马体的神经细胞;同时,麻醉药物可能暂时性影响神经细胞间的“通信系统”,导致记忆力

出现短期波动。

为此,现代医学已构建起“术前-术中-术后”全周期保护体系:术前为高危人群做风险预警和认知培训;术中通过脑电双频指数监测精准控制麻醉深度,避免低血压和过深麻醉的“双低”情况,同时输注右美托咪定等药物减少炎症因子释放,这种药物常用于手术中或重症患者的镇静,安全性较高;术后使用胆碱酯酶抑制剂加速患者认知功能恢复。

更令人安心的是,术后认知问题远没有大家想象的那么严重:健康成年人接受单次全身麻醉后,长期认知损害的发生率不足0.01%;3岁以上儿童接受3小时内的全身麻醉,不会影响智力发育;即便老年患者出现认知障碍,90%也能在6个月内恢复。

如今,患者还能与医生共同制定个性化麻醉方案——年轻人可追求快速苏醒,老年患者可侧重认知保护,这些需求都能通过精准麻醉技术实现。

了解这些医学知识,下次面对麻醉建议时,我们或许能少一分恐惧,多一分安心。而麻醉医生术前那句“您对麻醉有什么顾虑”,更蕴含着对每个生命认知尊严的深切尊重。

(作者均系上海市嘉定区中心医院麻醉科副主任医师)