

## 健康关注

# 嗜睡乏力还长胖? 排除春困 提防甲状腺“搞事情”

●钟艳宇

春天嗜睡、没力气、体重悄悄长? 别归为“春困、换季乏力”! 这些不适可能是甲状腺的“求救信号”。

春季气温波动大、万物复苏,人体代谢随之调整,是甲状腺功能异常的高发期和暴露期,甲亢、甲减、甲状腺结节等问题都可能在此时显现或加重。北京大学人民医院内分泌科张秀英主任医师教大家春季如何自查甲状腺健康,帮您避开误区,安稳度春。

## 春天甲状腺更容易“报警”

甲状腺是人体“代谢总开关”,负责分泌甲状腺激素,调节代谢平衡。春季气温忽冷忽热,人体代谢随之波动,对甲状腺激素需求也会发生变化,原本轻微异常的甲状腺会“超负荷工作”,症状更容易凸显而被发现。

甲状腺功能亢进(简称甲亢)和甲状腺功能减退(简称甲减)都属于甲状腺功能障碍。专家提醒,甲减的症状和春季常见的“春困、换季乏力”很像,最容易被忽略。若症状持续超过两周,且没有明确诱因,比如感冒、过度劳累等,需警惕甲状腺异常。

## 甲亢 VS 甲减 症状可自查

甲亢(代谢过快)与甲减(代谢过慢)的症状反差明显,无需专业仪器,可以结合以下症状表现进行自查。但自查不能替代专业诊断,若两个及以上症状同时出现,建议及时就医检查。

甲亢属于代谢过快,耗能过多。春季体感表现为不怕冷,怕热、稍活动就出汗;精力旺盛、失眠、易急躁;吃得多、体重反降;皮肤潮湿、多汗,头发细软易脱;还可能出现心慌、手指细微颤抖等症状。

甲减属于代谢过慢,耗能不足。春季体感表现为比常人更怕冷,手脚常年冰凉;嗜睡懒动,记忆力下降;吃得少,体重却莫名增加或出现水肿;皮肤干燥、毛发稀疏,特别是眉外侧易脱;此外,还有可能便秘、精神萎靡、情绪低落等症状。

## 预警! 这些人最易中招

甲状腺异常并非随机发病,以下六

类人群患病风险更高,春季需重点警惕,出现不适及时就医。

育龄期、孕期、更年期的女性 雌激素波动影响甲状腺,春季代谢调整期,患病风险更高。

有甲状腺疾病家族史者 遗传倾向明显,患病概率比普通人高2~3倍。

长期高压、熬夜、情绪波动大者 春季肝火易旺盛,加上作息及情绪紊乱,会干扰甲状腺激素分泌。

碘摄入异常者 缺碘或过量补碘,均易诱发甲状腺问题,春季进补不当更易加重负担。

长期接触辐射者 甲状腺细胞易受损,增加异常及结节恶变风险。

50岁以上中老年人 甲状腺功能随年龄衰退,甲减症状易被误认为是换季乏力。

## 怀疑异常要做哪些检查?

怀疑甲状腺有问题,挂内分泌科,主要检查分两类:

血液检查 甲状腺功能检查是核心诊断指标,甲功三项可初步判断甲亢或甲减;需排查自身免疫性疾病,可做甲功及甲状腺相关抗体的化验。

超声检查 可视化观察甲状腺形态、结节、肿大情况,初步判断有无甲状腺肿大或缩小、甲状腺血流信号、结节良恶性等。

如怀疑甲亢或结节有自主功能,可加做甲状腺核素扫描;如结节性质不明,可能需做细针穿刺活检等进一步检查。

检查注意事项:甲功血检一般无需空腹,遵医嘱即可;检查前一天清淡饮食、忌高碘/烟酒茶;避免熬夜、剧烈运动、情绪波动;服药/保健品者需提前告知医生;着装宽松,晕针者需家人陪护。



## 甲减严把用药和饮食关

甲减患者,春季需遵医嘱调整护理,避免症状加重。

用药 长期服用左甲状腺素钠片等药物,春季人体代谢回升,对甲状腺激素的需求量可能会有所增加,症状加重时需及时复查甲功,由医生调整药量,切勿自行加药或减药。

饮食 平衡多样化饮食,可正常食用含碘盐,无需额外吃补剂;多补优质蛋白和维生素,忌生冷油腻辛辣。

其他 适度做温和运动(散步、太极拳),促进代谢,缓解症状。

## 甲状腺结节别忘定期监测

甲状腺结节检出率高,90%以上为良性,春季护理重点是定期监测、科学防护,适应季节变化。

日常护理 关注甲功变化,定期自查;做好颈部保暖,避免受凉刺激;均衡碘摄入,戒烟戒酒,规律作息、忌长期焦虑;避免频繁按压颈部,减少结节刺激。

监测建议 良性小结节(<1cm,无症状、甲功正常):每年复查1次超声;结节≥1cm或有压迫症状,每6至12个月复查超声+甲功;可疑恶性结节,可穿

刺活检,良性每3至6个月复查,恶性遵医嘱手术+术后监测;高危人群(癌家族史、放射暴露史),每3至6个月复查超声,定期查甲功+降钙素。

## 甲状腺四大常见误区

误区一 春天嗜睡长胖是换季乏力 这可不一定。这些表现很可能是甲减的信号,若持续超过两周且无明确原因的别轻易忽视,建议及时排查甲状腺问题。

误区二 得了甲减需要大量补碘 不需要。碘是甲状腺激素合成的原料,但补碘过量会加重甲状腺负担,反而诱发其他问题。日常吃加碘盐,适量吃含碘食物即可,无需刻意大量补充。

误区三 甲减症状春季加重可自行增加药量 错! 自行加药易引发药物性甲亢,出现心慌、怕热、体重骤降等问题,风险较高。正确做法是定期复查,由医生根据甲功结果调整药量。

误区四 甲状腺结节越大越易恶变、可吃食物消除结节,两个说法都不准确。结节良恶性与大小无关,主要看形态、边界、钙化等特征;目前没有任何食物能消除甲状腺结节,盲目进补可能加重病情,定期监测才是最靠谱的方式。

(据《北京青年报》)

## 健康提醒

## 肩痛莫乱治 对症处理才有效

●陈海滨

生活中,肩痛几乎是每个人都会遇到的困扰,长期伏案办公、做家务、运动不当,都可能让肩膀发出“警报”。很多人一出现肩痛就默认是肩周炎,盲目拉伸、甩臂、按摩,结果越治越疼。事实上,肩周炎和肩袖损伤是引发肩痛的两大元凶,症状相似却治法相反,错治只会加重损伤。

先来说说被大家熟知的肩周炎,医学上称为粘连性肩关节囊炎,高发人群集中在50岁左右,因此也被叫作“五十肩”。它的核心问题是肩关节周围的关节囊、韧带等软组织发生炎症、粘连,导致肩关节活动范围整体受限。肩周炎的疼痛多为钝痛,夜间和受凉后加重,甚至影响睡眠。

最典型的特征是“主动、被动活动都受限”:自己抬手、摸背做不到,别人辅助活动肩膀时,同样无法完成正常幅度的动作。病程发展有明显规律,初期以疼痛为主,中期疼痛缓解但僵硬加剧,整个病程通常持续1~2年。很多肩周炎患者会发现,连穿衣、梳头、扣后背纽扣这些日常动作都变得异常艰难。

而肩袖损伤则是肩关节周围负责活动的肌腱组织出现撕裂或磨损,高发人群不再局限于中老年人,长期重复肩部动作的运动员、重体力劳动者,以及频繁抬臂办公的年轻人,都可能患病。肩袖损伤的疼痛位置更明确,多集中在肩关节外侧,抬手到60°~120°这个区间时,疼痛会显著加剧,放下手臂后疼痛有所缓解,这一表现被称为“疼痛弧”。

它和肩周炎最大的区别在于活动受限的差异:肩袖损伤患者主动活动受限,被动活动基本正常。自己因为肌腱损伤无力抬臂,但在他人辅助下,肩关节可以完成正常的活动范围。此外,肩袖损伤还常伴随肩部无力、抬臂时出现弹响,急性损伤还可能明显的外伤史,若拖延不治,肌腱



撕裂会越来越严重。

正是因为两者病理机制不同,处理原则完全相反,这也是肩痛不能乱治的关键原因。肩周炎的治疗核心是松解粘连,在疼痛可耐受的范围内,适度进行爬墙、钟摆运动等功能锻炼,配合热敷、理疗,帮助拉开粘连的软组织,恢复关节活动度。

但肩袖损伤恰恰禁忌盲目拉伸和剧烈运动,尤其是暴力甩臂、过度抬手的动作,会让本就受损的肌腱撕裂更严重。急性期需要严格制动休息,搭配冰敷缓解炎症,小的撕裂可通过保守治疗修复,大的撕裂则需要通过手术缝合肌腱,术后再逐步开展康复训练。

很多肩痛患者久治不愈,根源就是混淆了两种病症。出现肩痛后,不要自行判断治疗,建议及时到骨科或运动医学科就诊,通过体格检查、磁共振等检查明确诊断。

肩膀是人体活动度最大的关节,日常养护也至关重要:避免长时间保持同一姿势,每隔一小时活动肩部;运动前做好热身,避免突然发力;注意肩部保暖,防止受凉受寒。

(据《大河健康报》)

## 贴心呵护

## 当心! 高血糖可能悄悄“偷走”你的听力

●刘婷 李欣

很多人都知道,糖尿病会损伤心、脑、肾、眼、脚。长期高血糖,会损伤血管,引发脑梗、脑梗;会损伤肾脏,导致尿毒症;会损害眼睛,导致视网膜病变甚至致盲;还可能致糖尿病足,严重者需要截肢。但很多人并不知道,高血糖还可能悄悄“偷走”听力。

门诊中,经常有老“糖友”(糖尿病患者)抱怨:“得了糖尿病,耳朵也背了。”难道血糖高还会影响听力?这二者之间真的有关联吗?

这还真不是错觉。事实上,听力下降是糖尿病常见却极易被忽视的并发症之一。有研究表明,“糖友”出现听力问题的概率是常人的4倍以上。而且,无论是低频还是高频声音,“糖友”的听觉敏锐度都明显不如常人,尤其在高频听力上损伤更严重。不仅如此,血糖控制越差,听力受损越重。数据显示,与听力正常的“糖友”相比,重度听力损失者的平均糖化血红蛋白高出近1个百分点。简单说,血糖越高,听力越容易“打折”。

那么,高血糖是如何“偷走”听力的呢?主要有三个“帮凶”:

## 一、微血管病变

内耳的听觉神经细胞依赖微血管供血。高血糖会让内耳血管管壁、毛细血管基底膜增厚,管腔变窄甚至闭塞,像水管生锈一样,导致内耳“营养不良”,听觉细胞功能衰退。

## 二、神经病变

高血糖会直接损害听神经,让声音传不到大脑,就像电话线漏电,声音越传越弱。

## 三、线粒体损伤

高血糖会破坏细胞的“能量工厂”——线粒体,导致听神经细胞因“缺血”而受损、坏死。

(据《光明日报》)

## 心梗急救需把握黄金时间

●吴凤献



心肌梗死(简称心梗)抢救的黄金时间非常短暂,每延误1分钟,就有大量心肌细胞不可逆死亡。未采取正确急救措施,会导致患者送医时错过最佳治疗窗口。这样的案例在急诊室屡见不鲜。因此,掌握科学的急救流程,是挽救生命的关键。

## 心肌梗死的预警信号

很多人误以为心肌梗死的症状只有胸口剧痛,其实不少患者的初始症状隐蔽且不典型,容易被忽视或误判,进而错过最佳呼救时机。我们必须牢记以下典型及不典型信号,出现任何一种都要高度警惕。

典型症状最常见于胸部,多表现为胸骨后或左胸部的压榨样、紧缩样疼痛,就像有重物压在胸口,持续时间通常超过15分钟,休息或含服硝酸甘油也无法缓解。这种疼痛还可能放射到左肩、背部、颈部、下颌甚至上腹部,同时伴随胸闷、气短、大汗淋漓、呼吸困难等症状。

更需要警惕的是不典型症状,这类症状在老年人、女性及糖尿病患者中尤

为常见。患者可能仅表现为上腹部不适,被误以为是胃病;也可能是单纯的下颌痛、颈后痛或后背痛,容易与颈椎病、肩周炎混淆;还有部分患者没有疼痛,仅出现不明原因的极度乏力、头晕、心慌,甚至突然晕厥。一旦出现上述任何异常,都要第一时间联想到心肌梗死的可能,切勿拖延。

## 黄金时间内的急救步骤

一旦怀疑心肌梗死,每一步操作都至关重要,核心原则是“快速呼救、保持患者稳定、等待专业救援”。

第一步:立即拨打120,清晰说明情况。这是所有操作的前提,切勿自行驾车送医。拨打120时,要准确告知接线员患者的位置、症状(如胸口压榨痛10分钟、后背痛伴大汗)、患者年龄及既往病史(如有高血压、糖尿病),并保持电话畅通,方便救援人员联系。同时,可让身边的人到路口接应救护车,缩短救援人员寻找时间。

注意:禁止自行驾车送医,搀扶患者行走,用力拍打患者背部。

第二步:让患者保持舒适姿势,解开束缚。如果患者意识清醒,能够自主呼吸,可让其平躺,头部略微垫高;如果患者有呼吸困难,可让其半坐着靠在床头或椅子上,减轻心脏负担。同时,解开患者衣领、腰带、围巾等束缚物,保持呼吸通畅。

若患者随身带有硝酸甘油,在血压正常(不偏低)的前提下,可让其舌下含服1片,若5分钟后症状无缓解,可再含服1片,最多含服3片。

第三步:监测意识与呼吸,必要时心肺复苏。在等待救护车期间,要时刻观察患者状态。如果患者突然意识丧失、呼吸停止或脉搏消失,需立即进行心肺复苏:让患者平躺于坚硬平面,施救者双手交叉按压患者胸骨中下段,按压深度5~6厘米,频率每分钟100~120次,持续按压至救护车到达并接管患者。需要注意的是,若身边有自动体外除颤器(AED),可在专业人员指导或按AED语音提示操作,为患者进行除颤,进一步提高抢救成功率。

## 这些急救误区要规避

误区一:服阿司匹林或硝酸甘油不分情况

阿司匹林虽能预防血栓加重,但并非所有情况都适用,若患者患有出血性

疾病,或对阿司匹林过敏,服用后可能导致严重出血;硝酸甘油若在血压偏低时服用,会进一步降低血压,加重休克风险。

误区二:让患者活动一下或喝口水、吃点东西

部分人误以为活动能缓解不适,补充能量能撑住,其实这些做法会加重心脏耗氧量,加速心肌坏死。心肌梗死发作时,患者需绝对休息,任何不必要的活动都可能加重病情;同时不宜进食、喝水,避免在病情恶化或需要手术时引发呛咳或误吸。

误区三:等待症状缓解再就医

有些患者抱有侥幸心理,认为可能是累了休息一下就好,或担心麻烦别人而选择硬扛,这是最危险的做法。心肌梗死的损伤是不可逆的,拖延时间越长,坏死的心肌面积越大,后续出现心力衰竭、心律失常等并发症的风险也越高,甚至可能导致猝死。无论症状是否缓解,只要怀疑心肌梗死,就必须立即就医。

总之,心肌梗死急救的关键在于早识别、快呼救、正确处置。牢记以上知识不仅能保护自己,也能在关键时刻帮助身边的人。同时,日常做好高血压、糖尿病、高血脂的控制,戒烟限酒、规律运动,才能从根本上降低心肌梗死的发生风险。(据《家庭医生报》)

