



科学抗“帕”，让爱不再颤抖

帕金森病的发病根源，是大脑黑质区多巴胺能神经元的进行性退化。很多人把“手抖”当作唯一标志，等到出现震颤才就医，往往已错过最佳干预窗口。

比“手抖”更早的预警信号

1. 动作迟缓——最核心的诊断信号

走路时单侧手臂摆动减少、穿衣系扣缓慢费力、写字越写越小(“小写征”)，这些表现往往比手抖更具早期诊断价值。

2. 极易忽视的“隐匿前驱信号”，部分非运动症状可比典型运动症状早5-10年出现：

嗅觉减退：对饭菜香、花香的感知变得迟钝；
顽固性便秘：长期排便困

难，需警惕神经系统退变可能；

睡眠行为异常：夜间大喊大叫、拳打脚踢，甚至坠床。

3. 情绪与体态改变

不明原因的持续情绪低落、焦虑，或走路前倾、驼背、肢体僵硬，别简单归为“年纪大了”。

早识别、早诊断、早规范治疗，是延缓疾病进展、守护生活质量的关键。

科学治疗：生活依然属于你

确诊帕金森，天就塌了

吗？绝不是。虽然目前尚无根治，但规范治疗下，患者完全可以长期维持高质量生活。

抓住“药物蜜月期”：早期规范用药(如左旋多巴)能有效改善症状。医生遵循“细水长流，不求全效”原则，精准调控剂量，延长药物黄金有效期。

手术是重要武器——但有严格门槛：中晚期若药物疗效波动，脑深部电刺激术(DBS)可显著改善症状。但DBS并非人人适用，需满足药物疗效明确但出现严重波动、

无严重认知障碍等条件，经多学科团队严格评估。

“三分靠药，七分靠练”：太极拳、八段锦、专业步态与平衡训练，能有效延缓病情、预防跌倒。

消除偏见：比疾病更冷的，是世俗的眼光

许多患者承受着比躯体病痛更沉重的负担。由于面部肌肉僵硬形成的“面具脸”，或是动作迟缓带来的不协调，他们常被误读为“冷漠”“古怪”。谁能看见面具下那颗依然炽热的心？

请多一分理解，少一分偏见。帕金森病不传染，早期认知功能大多保留。他们的头脑依然清醒，内心依然温热，依然渴望被看见、被接纳。

请多一分耐心，少一分催促。在超市收银台前、在斑马线上、在公交车门前——当您遇到行动迟缓的老人，请等一等。不要催促“快点”，因为那颤抖的双腿并非不愿奔跑，而是身体的“运动开关”已不听使唤，他们正拼尽全力，追赶这个快节奏的世界。

(山东医药大学附属医院 神经内科 董瑶瑶)

疼痛不等于“忍忍就好” 长期忍痛对身体危害大

很多人觉得，喊痛是“矫情”，忍痛才是“坚强”。尤其是老年人、术后患者和慢性病患者，宁可咬牙硬扛，也不愿主动说痛、主动止痛。

作为一名疼痛护理科普者，我想认真地告诉您：长期忍痛，不是坚强，而是在悄悄摧毁您的健康。

短期忍痛， 身体先拉响警报

当您开始忍痛的那一刻，身体已经在报警了。

心血管系统立刻反应——心率加快、血压升高，很多人疼时会感觉心慌、胸闷。对于高血压、冠心病患者，这种应激反应甚至可能诱发心梗或脑梗。

呼吸又浅又快。因为怕牵动伤口，很多人不敢深呼吸、不敢咳嗽。结果痰液淤积在肺里，肺部感染风险直线上升。这也是手术后患者最怕“不动、不咳、不呼吸”的原因。

消化系统受抑制，引起恶心、腹胀、食欲下降。长期下来，营养不良、免疫力降低接踵而至。

肌肉也在受罪。为了“保护”疼痛部位，身体会让周围肌肉持续紧张僵硬，时间一长，颈肩腰背痛加重，关节活动受限。

疼痛是失眠的头号推手。入睡困难、夜间惊醒，形成“疼痛→失眠→更痛”的恶性循环。

长期忍痛， 是在透支全身器官

1. 神经系统被“改写”
长期持续的疼痛刺激，会让中枢神经发生病理性改变。神经变得“过于敏感”

——原本不痛的小刺激，也会被大脑解读为剧烈疼痛。这就是“中枢敏化”。即使原发病治好，疼痛却留下来，变成一辈子的困扰。

2. 免疫系统“罢工”

疼痛会释放大量应激激素，抑制免疫细胞活性。长期疼痛的患者伤口愈合变慢，术后恢复期拉长，容易发生感染。忍痛，不是在“硬扛”，而是在“消耗”免疫力。

3. 身体“生锈”

因为怕痛不敢动，肌肉力量每周下降约5%-10%，关节僵硬粘连，下肢血流变慢还会形成深静脉血栓——血栓脱落跑到肺里，是致命的肺栓塞。对术后、骨折、长期卧床的患者来说，“怕痛不动”的伤害往往大于疼痛本身。

4. 心脑血管“压力山大”

长期处于疼痛应激状态，血压持续偏高、心脏负荷超载。高血压更难控制，冠心病更容易发作。长期慢性疼痛，已被证实是心血管疾病的独立危险因素。

5. 精神世界“崩塌”

最隐蔽也最伤人的，是心理上的崩溃。长期疼痛患者焦虑、抑郁的发生率极高。他们不是“想不开”，而是被日复一日的疼痛折磨得精疲力竭。很多人会说：“我不是怕死，我是怕这样没完没了

地疼下去。”疼痛，真的会把人逼到绝境。

疼痛护理的核心观念： 能止痛，就不必忍

世界卫生组织已将疼痛列为第五大生命体征——与体温、脉搏、呼吸、血压一样重要。疼痛需要被主动评估、主动管理、主动治疗。

能止痛就不必忍。及时干预、规范用药，远比硬扛到最后用大剂量药物去“压”更安全、更有效。

越早处理越容易控制。慢性疼痛、癌痛、术后痛，早期介入可以阻断“中枢敏化”进程，避免急性痛转为慢性痛。

主动说痛，准确描述痛。用0-10分评分，用“针刺样、烧灼样、过电样”等词汇告诉医护真实感受。

非药物方法同样重要。冷热敷、呼吸放松、体位调整、分散注意力，都是疼痛护理的有效帮手。

疼痛不是需要战胜的敌人，而是身体发出的求救信号，需要去倾听、回应、解决。

从今天起，不要再对疼痛说“忍忍就好”。对自己温柔一点，及时止痛，科学护理，才是真正的坚强。

(山东医药大学附属医院 疼痛科 王金燕)

产前超声不是万能的 这些事，孕妈妈一定要心里有数

很多孕妈妈以为，只要做了产前超声，孩子有没有问题就能看得一清二楚。如果医生说“没看到异常”，就觉得万事大吉了。

特别能理解这种心情。但真相是：产前超声确实很强大，但它真的不是万能的。

“超声啥都能查出来” 这个想法是怎么来的？

探头往肚子上一放，屏幕上就能看到宝宝的小手小脚、在翻身、在打哈欠，那种感觉太神奇了。不知不觉就会把超声当成一双“透视眼”。

但实际上，超声检查更像是在光线很暗的房间里，透过一扇模糊的毛玻璃去看一个一直在动的小人儿——能看清大轮廓，但细节真没那么容易。

为什么有些问题， 超声“看不见”？

根据2025年发布的《中国产科超声检查指南》，超声检查有“级别”和“时间”限制。

1. 有些部位太小，超声“看不清”

单纯唇裂能看到，但单纯腭裂(上颌里面裂了)很难看到。手指、脚趾经常握成小拳头，很难数清有几根。耳朵的形状、大小也难看清楚。

2. 有些问题是“长着长着才出现”的

脑积水、心脏问题、肠道梗阻，可能大排畸时还好好的，等到28-32周才慢慢表现出来。所以医生会安排“小排畸”补上这个时间差。

3. 宝宝不配合，医生也没辙

如果宝宝趴着、脸朝里或一直动来动去，探头就看不到那个部位。如果宝宝“不配

合”，这次检查就可能有一部分“显示不清”。

4. 超声看的是“结构”，不是“功能”

超声能看到心脏的形状，但看不到它的功能——比如心脏的“小门”有没有漏血，需要等宝宝出生后听心音才能判断。同样，超声也查不出智力、听力、视力及代谢病。

那超声还能信吗？ 当然能！

超声是目前最安全、最靠谱的产前筛查手段，只是它有自己的边界。

给孕妈妈的 3条实用建议

1. 抓住两个关键时间点
11周-13周+6天：NT检查，早期发现结构异常的重要机会

20-24周：Ⅲ级系统产前超声检查，整个孕期最全面的一次结构筛查

2. 别把B超当成“保证书”
医生说“未见异常”，不等于“绝对没问题”。如果医生怀疑有异常，也别慌，很多问题需要多次复查或出生后随访。

3. 检查前做足功课
大排畸耗时较长，记得提前预约。如果宝宝不配合，别焦虑，出去走走、吃点东西，再回来试试。

(山东医药大学附属医院 超声医学科 于妍洁)