

也说“梦的解析”，读懂恶梦发出的信号

■王宇 张云云

门诊中，常有患者因为失眠来就诊，也有患者因为睡眠中经常做恶梦而就诊。有些人会觉得诧异，经常做恶梦是一种疾病吗？做恶梦也要看医生？要说明的是，正常的梦境活动是保证机体正常活力的重要因素之一，而恶梦是引起极度不安或惊恐不已的梦境体验。恶梦的产生除了和心理背景有关，也可能提示不甚健康的躯体生理状况。



“刺激”是梦的重要成因

做恶梦发生在睡眠中，睡眠是维持机体健康必不可少的生理过程，其重要性仅次于呼吸和心跳。

人类的正常睡眠有两个时相，即“非快速眼动睡眠（NREM）时相”，在NREM期，大部分神经细胞活动降低；“快速眼动睡眠（REM）时相”，在REM期，脑电活动与觉醒时相似。在正常人的一夜睡眠中，有4-6个NREM/REM周期。

梦是在睡眠中产生的，人在睡眠时，脑细胞进入休息状态，但有些脑细胞没有完全休息，微弱的刺激会引起它们的活动而引发梦境。做梦是一种正常的、必不可少的生理和心理现象，每个人每天的睡眠中都做梦，只是有人记得清楚，有人记不清楚。研究发现，在快速眼动睡眠（REM）时相被唤醒的人，有80%正在做梦，在非快速眼动睡眠（NREM）时相被唤醒的人，仅有7%正在做梦。

正常的梦境活动，是保证机体正常活力的重要因素之一，是协调人体心理世界平衡的一种方式。恶梦，是引起极度不安或惊恐不已的梦境体验。梦境各种各样，其形成因素极为复杂，普遍认为“刺激”是梦的重要成因。这些刺激包括：

- ①机体的外部刺激，如风吹树叶的沙沙声产生下雨的梦境；
- ②躯体的内部刺激，如口渴了，会梦到在找水喝；
- ③白天心理活动的继续，所谓的“日有所思，夜有所梦”；

- ④过去的记忆重现在我们的梦中；
- ⑤潜意识的作用。

总体来说，梦境以躯体生理为基础，以个人心理为背景，是客观现实的反映。恶梦的产生除了和心理背景有关外，也提示不甚健康的躯体生理状况。因而做恶梦可以是生理异常或疾病引起的一种表现，如心率增快或减慢、脑缺血缺氧、脑局部病变、抑郁、焦虑等引起恶梦；也可以是一种疾病状态，或提示某些疾病的发病倾向。

可预测某些神经系统退行病变

有些患者时常做恶梦，梦到被迫追赶等恐怖梦境，并伴有与梦境相关的喊叫、躯体和肢体活动，比如翻滚、拳打脚踢等，出现伤害性行为。这是一种睡眠障碍，出现在快速眼动睡眠（REM）时相，称为快速动眼期行为障碍（RBD）。RBD是一种以不断的特定梦境行为和多导睡眠图（PSG）中能检测到快速眼动睡眠（REM）时相张力弛缓为特征的异态睡眠。特定的梦境行为是快速动眼期行为障碍（RBD）的核心临床特征，而多导睡眠图（PSG）中检测到快速眼动睡眠（REM）时相张力弛缓则是诊断RBD必需的辅助检查。

然而，也有PSG中能检测到快速眼动睡眠（REM）时相张力弛缓，但是没有特定梦境行为的临床表现，这种情况在服用抗抑郁药物的病人中更加常见。RBD有原发性和继发性之分，继发性RBD见于帕金森病、路易小体痴呆、阿尔兹海默症、嗜睡发作以及肿瘤、相关药物（特别是抗抑郁药）等。原发性RBD则在某种程度上可以预测某些神经系统退行性病变，特别是帕金森病、路易小体痴呆以及多系统萎缩这一类具有帕金森样症状的疾病。

1996年，美国卡洛斯H博士及其团队报道了在29例原发性RBD老年患者中，有38%在3.7±1.4年内被诊断为帕金森综合征。这是RBD与帕金森综合征关系研究的开端。此后，各国不断有比较大规模的临床研究，均证实了原发性RBD预示着疾病走向这类帕金森综合征样疾病。

帕金森综合征的病理变化主要是脑组织中路易小体的产生。当路易小体侵犯到黑质、中脑及前脑的灰质核，就会导致帕金森样临床表现。但当路易小体尚未侵及黑质及中脑和前脑的灰质核，只局限在延髓或脑桥被盖部时，不会引起帕金森样临床表现，但会引起RBD的发作。这也从病理上解释了为什么特发性RBD能作为帕金森样疾病的预测指标。

然而一个有趣的临床现象就是帕金森综合征在RBD期间会得到一定改善，具体表现为活动更加敏捷、有力、流畅，说话更加清晰明了。目前其机理尚未明确。

不管是由于RBD本身可能会对患者及其共眠者产生身体伤害，还是因其与帕金森综合征的密切关系，RBD需要积极治疗。除了分床睡、分室睡以及床边增加护栏等外在保护措施，具有改善RBD临床症状的药物主要是氯硝西泮和褪黑激素，但均不能中断病情进展。此外，左旋多巴、普拉克索、多奈哌齐等药物用于RBD有一些小规模临床研究，但疗效尚不明确。

RBD在中医属于“不寐”，中医治疗不寐在补虚泻实、调整脏腑气血阴阳的基础上辅以安神定志。实证宜泻其有余，如疏肝解郁、降火涤痰、消导和中；虚证宜补其不足，如益气养血、健脾、补肝、益肾。实证日久，气血耗伤，亦可转变为虚证，虚实夹杂者，治宜攻补兼施。安神定志的使用方法要结合临床，分别选用养血安神、镇静安神、宁心安神等具体治法，并注意精神治疗，以消除紧张焦虑、保持精神舒畅。

那么，我们在日常生活中如何减少恶梦的发生？

首先，保持心情舒畅，学会调节情绪，释放压力；同时注意劳逸结合，作息规律，不经常熬夜。其次，减少外界环境因素导致的恶梦发生，如睡前避免情绪过于激动，避免看恐怖片，避免大量饮酒和咖啡浓茶；睡眠环境舒适，避免吵杂、有异味的睡眠环境，避免不良睡姿。另外，减少可能的药物相关影响，积极治疗可能会导致恶梦的原发病及病因。

营造“舒睡”环境好入眠

如果经过身心调整，还是经常做恶梦，梦中有喊叫、躯体和肢体活动，建议到医院就诊，可以中西医干预减轻症状，并明确是否需要进一步的诊疗。

（作者为上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院神经内科医生）

淋巴瘤为何会“年轻化”？医学专家厘清关键问题

■郝思国

20多岁查出淋巴瘤、还在读初中就查出淋巴瘤……身边这样的消息越来越多。淋巴瘤为何会“年轻化”？其实，近年来我国淋巴瘤发病率一直呈上升趋势，这主要与人口年龄结构有关。已有研究发现，淋巴瘤发病有两个高峰，一个就是在青少年时期，另一个在60岁以上人群中。青少年发病并不算罕见，只是以前未引起重视。其次，随着社会老龄化加速，老年人口的增多，一定程度上也增加了淋巴瘤的发病率。

就诊断与治疗方面，以往淋巴瘤诊断是细胞诊断时代，如今随着诊疗技术提高，淋巴瘤诊断已进入分子诊断时代，可针对表达不同分子的淋巴瘤进行精准治疗，治疗效果也会更好。换言之，淋巴瘤确诊并不意味着“被宣判死刑”，一些新型靶向药物的出现，大大延长了患者的生存期，长期生存并非奢望。

每5分钟有1人确诊淋巴瘤，发病率仍在上升

淋巴瘤是起源于淋巴造血系统的恶性肿瘤，是近年来发病率较高的肿瘤。目前，我国淋巴瘤的发病率约为6.68/10万，大概每5分钟就有1人确诊为淋巴瘤，且发病率仍逐年提高。

根据淋巴瘤细胞病理特征，主要分为霍奇金淋巴瘤（HL）及非霍奇金淋巴瘤（NHL）。霍奇金淋巴瘤发病率较低，约占所有淋巴瘤的8.54%，预后好，治愈率较高。大多数霍奇金淋巴瘤患者5年总生存超过85%-95%。非霍奇金淋巴瘤发病率约占所有淋巴瘤的87%。非霍奇金淋巴瘤患者中，占比最多的是弥漫大B细胞淋巴瘤（DLBCL）患者。北京大学肿瘤医院数据显示，1995-2012年诊治的1911例非霍奇金淋巴瘤病人，5年生存率高达52.98%，10



本版图片：视觉中国

年生存率也高达42.45%。

可见，淋巴瘤的治疗是充满希望的。一些新型靶向药物的出现，让淋巴瘤治疗步入了一个新时代。这些治疗手段的运用显著提高了淋巴瘤诊疗效果，也显著地延长了患者的生存期。

错诊误诊率偏高，部分治疗不及时不规范

问题是，淋巴瘤错诊、误诊率较高，确诊较困难，导致了不少患者延误了最佳治疗时机。随着诊疗水平的发展与提高，我国患者总生存率达38%，但比之欧美国家的数据仍有差距。事实上，部分类型的淋巴瘤患者是可以达到临床治愈的，但由于治疗不及时或化疗疗程不足，导致病情易复发、进展，给患者个人、家庭乃至社会都带来了沉重的经济负担。

数据显示，43%的淋巴瘤患者遭遇过误诊、仅22%的患者完成了8个疗程的足够疗程治疗。加强淋巴瘤患者

规范化诊疗和全程化管理，是提高治疗效果的关键。

为什么会错诊、误诊？这是因为淋巴瘤是一种累及多器官、多系统的肿瘤。比如有的患者由于肠穿孔、扁桃体肿大、肺部肿块等情况去治疗，手术发现其实是淋巴瘤，所以，很多患者来到血液科就诊的时候其实已经有很多器官疾病了。

多学科协作，为患者赢得长期生存

鉴于淋巴瘤诊断和治疗的复杂性，为了给患者提供科学、规范的最佳治疗方案，提高治疗效果，新华医院血液内科成立血液科淋巴瘤多学科综合治疗协作组（简称MDT），会请影像科、病理科、放疗科等科室协作。当患者的疾病累及相应系统，比如说骨折了，就请骨科医生；对肌酐、尿素氮较高、肾脏损坏严重的患者，请肾脏科医生会诊；对需要放疗的患者，会请放射科……已发现，多学科协作能为恶性血液病患者提

供更高质量的医疗服务，显著提高诊治效率。

此外，淋巴瘤兼顾肿瘤和慢性病的特征，全程管理非常重要。全程管理包括诊断、治疗、康复等多环节，更需要多学科协作，将医、护、患三方紧密结合在一起，对患者进行个体化的精准治疗，从而实现对患者整个生命周期的关注，最大程度地提高患者的生存质量和治愈率，最终助力患者取得长久获益。

比如，患者入院后根据其诊断分型制定治疗方案，治疗过程中及时处理患者可能出现的化疗毒副反应等，化疗结束后，关注患者是否需要造血干细胞移植，移植后是否需要维持治疗。像滤泡淋巴瘤、套细胞淋巴瘤等缓解后仍需定期用利妥昔单抗大约2-3年可以保持不复发，因此，后续定期复查、访视、检测之后看是否有早期复发倾向，及时进行干预治疗都需要持续“关注”“盯紧”……凡此努力，只为一个目的：为患者赢得长期生存。

根据长期临床经验，能长期生存的患者一般有两个特点：第一是早发现、早诊断、早治疗的患者、肿瘤负荷较低的患者；二是治疗以后能很快获得缓解率的，比如有的淋巴瘤患者四个疗程之后就完全缓解了，且缓解后坚持维持治疗，定期复查、密切检测的。这两类的患者治疗效果会更好。

当前，淋巴瘤诊疗中存在治疗及自我管理不规范、随访不及时等情况，影响了整体的治疗效果与患者的预后。因此，患者自己应当重视，治疗之后要保持跟医生联系，定期检查随访，做到防患于未然。与此同时，患者数据库的建立也是当下和今后的重要工作，推进淋巴瘤在全国范围内开展登记，探索应用App等新技术手段促进随访与患者管理，应该是发展的方向。

（作者为上海交通大学医学院附属新华医院血液内科主任）

求医问药

你有医学健康疑问，我们邀请医学专家来解答。

tangwj@whh.cn

问 老年骨质疏松如何“冬养”？

答

吴晨

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院老年科副主任医师

冬天是闭藏的季节，此时草木凋谢，动物冬眠，种子埋藏在冰雪之下，地面上一切生机都不见了，所以叫“藏”。此时阳气潜藏，阴气盛极，人体的阴阳也与自然相符，将阳气渐渐收于内，所以冬季养生应以敛阴护阳为根本，为来年春天的生机勃勃做好准备。从五行来看，冬季属水，五脏之中，肾与水相应，这也说明冬季养生的重点应是补肾。

骨质疏松症在中医范畴中是“骨痿”或“骨痹”，肾为精藏之所，主骨生髓，精可生髓，骨髓为生骨养骨之物。若肾精亏虚，骨髓化源不足，致骨脆不坚。补益肾精，祛风散寒，舒筋络是骨质疏松症患者的主要保健和治疗方法。而冬季养肾养生非常适宜于骨质疏松症（简称骨松）老年人。

天气寒冷，防寒保暖是当务之急，骨松老年人一定要注意背部的保暖。从中医讲，背部为阳中之阳，足太阳膀胱经和督脉都是从这里经过。督脉总管一身的阳气，如后背吹到寒风，就会损伤人体的阳气，易感风寒。足太阳膀胱经也主一身之表，风寒之邪侵袭人体时，太阳经首当其冲，会出现风寒痹阻，全身骨骼和关节疼痛。冬日里要经常让背部晒太阳，使背部不会着凉，温通经络。

“冬天动一动，少生一场病；冬天懒

一懒，多喝药一碗。”天冷了，还是要坚持运动。骨松老年人晨运最好等到日出后再进行，此时不仅气温上升，空气中的污染物也会减少，同时足够的光照能促进维生素D的吸收，有利于钙利用和骨骼代谢功能。场地尽量是土地或草地，大风大雪或雨雪天不宜户外运动，一方面是防止滑跌倒，另一方面也是防止风寒湿邪，避免呼吸道感染。活动前，一定要先活动各个关节。冬季练养最适宜练肾功，“吹”字功、摩腰、五行健骨操等都是不错的养肾功法。

冬令进补是我国几千年来用以防病的强身的传统。冬季寒冷，进补食物还是以护阳温补为上。骨松老年人冬令进补也强调“补肾”的原则，“五色当五脏”，黑色与肾脏相合，所以如黑米、黑豆、黑芝麻、黑木耳、乌骨鸡、甲鱼、海带、紫菜等都可以养肾气。冬令进补还要在保温、御寒的基础上，选用高热量、高蛋白的食物，或中医所说的“温热”食物，如牛肉、羊肉、鸡肉、鹿肉、鱼虾、鸽、海参、乳类等，但除滋补外，还要适当补充维生素，如薯类、大白菜、萝卜等，这不仅可以补充足够维生素，还可清内热，也起到“护阳”的作用。这也符合骨质疏松病人的膳食要求，补充适量的蛋白质和维生素C、维生素A能促进胶原蛋白形成，促进骨细胞代谢。

问 谁需要安装“输液港”？

答

许立超 王英

复旦大学附属肿瘤医院介入治疗科医生

生病往往需要药物治疗和补充液体，将这些药物和液体向体内输入的过程即为“输液”。输液港则是一种完全植入体内的中心静脉输液通路装置，这个“港”字源于英文单词中的“PORT”一词，有港口的意思。输液港的“港”字非常形象地说明了人体需要的各种药物和液体，也是通过这个港口源源不断输入人体。

临床上，经常有人来问：医生，我需不需要安装输液港？这里头还是因人而异的。输液港自1982年问世，至今已有40年历史了。它不仅仅适用于患有肿瘤需接受化疗的患者，也可用于患者营养物质输入、抽血化验等，部分类型的输液港还可以耐受造影剂注射，方便外周血管条件差的患者进行增强影像学检查，对患者的帮助是巨大的。

我们知道，化疗让很多恶性肿瘤患者听之色变，但又不得不接受，那么，如何安全又尽可能舒适地接受化疗？静脉输液港完美解决了这些问题，这种导管完全埋入胸口皮下，体表不露任何尾巴，不易引起感染。使用时，护士将输液针头扎入皮肤内即可进行化疗，化疗结束，拔出针头，皮肤只留一个针眼，一天后即可洗澡、游泳，泡温泉也不在话下，极大提高了患者的生活质量。

应该说，静脉输液港让化疗变得更加舒适、更安全，助力患者与癌症斗争更多一份安全保障，获得了许多患者的青睐。要提醒的是，输液港植入手术是一个门诊小手术，病家要前往介入治疗科门诊进行手术预约，术前需完善血常规、凝血功能、传染病等相关检查。如果在服用抗凝药物，需要提前告知手术医生。

这个手术采用局部麻醉，疼痛不明显，当天植入就可输液使用，伤口长约2厘米，1周左右愈合，不用拆线。输液港若连续28天未使用，需要由专业的通路护士进行一次维护。

目前常用的输液港均具有磁共振检查的兼容性，不影响影像学检查，甚至部分类型的输液港还可以耐受造影剂注射，方便外周血管条件差的患者进行增强影像学检查。置港部位的皮肤可以、并鼓励进行日常清洁，但不要用力挤压摩擦，更不要暴力刮洗。在输液使用过程中，如果置港部位有胀痛、发凉不适，应立即报告护士，进一步排查原因。

问 吃了感冒药不能开车？

答

李梦卿

上海交通大学医学院附属瑞金医院药剂科药师

制作用弱于第一代，但仍需警惕，但凡在服药期间出现嗜睡、困倦等不良反应，应避免驾驶车辆，以免事故的发生。

【止痛药】生活中常见的止痛药有复方对乙酰氨基酚片II（散利痛）、布洛芬缓释胶囊（芬必得）等。布洛芬根据药品说明书若过量服用，会出现腹痛、呕吐、嗜睡、眩晕等症状；复方对乙酰氨基酚片II的药品说明书指出，其常见的不良反应也有头晕、嗜睡。

【降压药】高血压人群若服用剂量过大的降压药或服药不规律时，可能会产生低血压反应，出现头晕、嗜睡、乏力等症状，因此，高血压患者应定期监测血压，当出现血压得不到有效控制时，应避免驾驶汽车或操作大型器械，并及时就诊。

【降糖药】当降糖药服用不当，如漏服后加倍服用、或服用剂量过大时，会出现低血糖反应，导致四肢乏力、心悸、多汗等症状。因此，糖尿病患者若在服药期间也要谨慎驾驶，建议在车内准备一些面包、糖果来避免低血糖反应。

值得注意的是，若在服用阿卡波糖药物期间出现低血糖反应时，碳水化合物如面包、馒头、米饭等，会出现低血糖反应，建议准备50%葡萄糖注射液来缓解低血糖反应。

【癫痫药】常见的治疗癫痫药物有卡马西平、丙戊酸钠（德巴金）、左乙拉西坦等。抗癫痫药物的治疗效果的个体化差异很大，建议在用药期间尽量避免驾驶。

药师提醒：

诸如如此类会引起嗜睡、乏力、头晕等药物不良反应的药品还有很多，无论是司机师傅，还是普通打工人，都要记住这两点：

1、服用任何药物前，认真仔细阅读药品说明书，若其中有出现会有嗜睡、头晕等药物不良反应时，应咨询医院药师或零售店药师。

2、就诊时，有必要向医师表明“你是一名长途汽车司机”或“经常驾驶车辆”，医师会根据情况开具尽量对驾驶影响较小的药物。