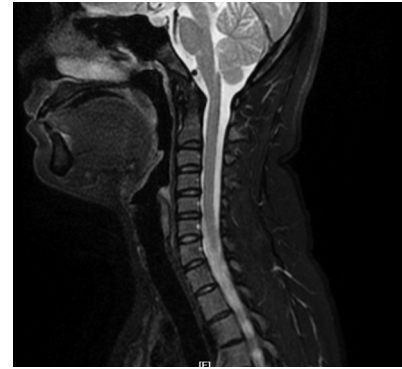
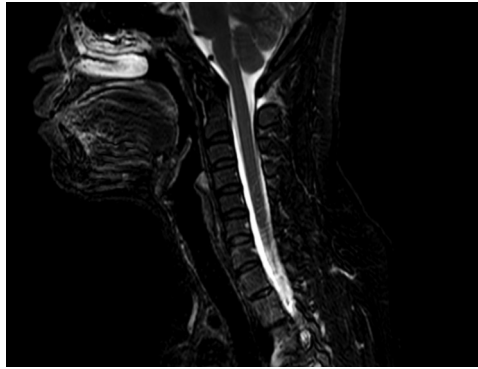


女子健身不当，居然“脑子漏水”了

专家称爆发力动作让“水床”破裂，导致脑脊液漏出

李女士在一次酣畅淋漓的健身后，本以为能收获满满的活力与健康，却发现自己不得不躺平——只要站起就头痛欲裂，躺下便好转，并伴有颈部不适。她原以为是过度疲劳，但持续数日“躺平”后症状并未缓解，于是前往南京鼓楼医院神经外科就诊。经过腰椎穿刺及脊髓MRI（核磁共振）造影检查，被诊断为低颅压综合征伴脑脊液漏。在保守治疗效果不佳后，李女士接受了CT引导下自体血补丁治疗，术后症状显著改善，随访一年情况稳定，这场由不当健身引发的“脑子漏水危机”终于画上了句号。

通讯员 徐高峰 扬子晚报/紫牛新闻记者 吕彦霖



术前脊髓MRI提示脑脊液瘘口 术后复查脊髓MRI未见明显脑脊液漏出

与爆发力动作有关

南京鼓楼医院神经外科主任医师杭春华介绍，所谓“脑子漏水”，医学上称为脑脊液漏。近一年，鼓楼医院神经外科接诊了不少低颅压综合征伴脑脊液漏的患者。在对这些患者的病史进行详细梳理后，发现其中有一部分人有不当健身的经历。这部分患者在接受了CT引导下自体血补丁治疗后，症状均得到了明显的缓解，重新回归正常。

什么是低颅压综合征伴脑脊液漏？杭春华解释，我们的大脑和脊髓处于人体最精密的“内环境”之中。它们不仅浸泡在脑脊液构成的“防震水床”里，外层还有硬脊膜和蛛网膜组成的双层“保护锁”，以确保脑脊液不会轻易流失，承担起缓冲震动、输送营养、清理代谢废物等重要任务。

然而，一个突然的爆发力动作，比如猛烈的硬拉、不要命的负重深蹲、惊天动地的喷嚏，甚至一个看似不起眼的小动作，都可能让“水床”破裂。脑脊液便犹如脱缰野马，开启“叛逃之旅”。

当脑脊液开始“离家出走”，患者在直立状态下颅内压力降低，脑组织就像失去了支撑的气球而下沉。这种下沉会牵拉痛觉敏感结构，如脑膜、血管、神经等，从而引发剧烈的头痛。这种头痛有着独特的特点：站立或坐起时疼痛会如潮水般加剧；而一旦平卧下来，疼痛又会像退潮的海水一样，很快得到缓解，这也是低颅压综合征最典型的特征。

病因可能藏在脊髓里

同时，脑脊液压力降低还会干扰内耳淋巴液的正常压力，引

发单侧或双侧耳鸣。此时，耳朵里就像办了一场嘈杂音乐会，海浪声、心跳声、嘶嘶声等各种声音随机播放，让人烦躁不安，严重影响生活质量。脑组织下沉还可能压迫视神经或动眼神经，引起畏光、视物模糊等症状。

专家指出，除了上述主要症状外，患者还可能出现头晕恶心、脖子僵硬等不适。在极端情况下，严重的脑脊液漏还可能导致硬膜下血肿。

虽然低颅压综合征的主要症状集中在头部，但病因却可能隐藏在脊髓这个“神秘角落”。为了明确病因，需要进行腰椎穿刺和影像学细致检查。MRI也可以清晰地显示脑组织下沉的情况；MRI造影能够像追踪猎物一样，寻找脑脊液漏的瘘口，为后续治疗提供精准方向。

有保守治疗和“修补术”

据了解，一旦确诊脑脊液漏，医生通常先建议尝试保守治疗，其核心可概括为“专业级躺平”。严格卧床，保持头部与身体处于同一水平线，不建议使用枕头。需避免咳嗽、打喷嚏、大笑及用力排便等可能增加腹压的动作。同时，多喝水，给脑脊液制造工厂提供原料。杭春华介绍，对部分患者，坚持保守治疗一至两周后，约有30%的漏口可自行愈合。但如果症状仍未缓解，就需要采用一种被称为“CT引导下自体血补丁”的微创修复术。他解释说，该技术无需开刀，仅借助一根细针，在影像实时引导下，将患者自体血液精准注射至漏口区域，形成生物性封闭。

那么，这场“自体血补丁”修复术究竟如何展开？医生首先

要化身“液体侦探”，通过患者的症状、MRI影像，有时还需借助放射性核素这一“追踪专家”，准确锁定脑脊液的“逃跑路线”，确定“漏水点”的具体位置。术前脊髓MRI可清晰显示瘘口所在。定位完成后，医生会从患者手臂抽取20至30毫升血液——此刻，这管血不再普通，它被赋予了“液态封印”的使命。在CT等影像的实时引导下，神经外科医生如同技艺高超的“神枪手”，用细针将血液精准注射到硬膜外间隙。杭春华形象地描述道，当血细胞抵达“漏水点”现场，就像接到紧急命令的救援部队，立刻行动起来，“血小板部队，集合！凝血因子，准备！”血小板迅速携带“修复工具箱”赶赴，生长因子随即投入“紧急救援行动”，封堵漏洞、修复受损组织。

不吃药也能降血压？医生给出这些招

高血压病是持续性动脉血压增高的心血管综合征，可导致脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能衰竭等多种心脑血管严重并发症。为什么有些患者一诊断出高血压病就需立即启动药物降压治疗？降压药需要终身服用吗？兰州大学第一医院心血管内科副主任医师徐吉喆表示，是否吃降压药不能只看血压水平。

根据《中国高血压防治指南（2024年修订版）》，成人在未服用降压药物的情况下，血压水平的判定标准如下：健康血压：<120/80mmHg；正常高值：120~139/80~89mmHg；1级高血压：140~159/90~99mmHg；2级及以上高血压：≥160/100mmHg。

偶尔一次血压增高并不能满足高血压病的诊断，情绪的波动、应激、熬夜、失眠、饮酒等诸多因素均可引起血压的波动。只有平静状态下，排除诸多引起血压波动的干扰因素，短期内三日测得血压超出诊断标准应考虑高血压病可能。这还需要到专业医疗机构明确诊断，获得专业医疗照护，进行系统评估，制订综合管理策略。

不是所有的高血压患者都

必须吃药治疗。《中国高血压防治指南（2024年修订版）》中明确指出，启动降压药物治疗的时机主要取决于心血管风险，而不仅是依据血压水平。

根据《中国高血压防治指南（2024年修订版）》指导意见：初诊高血压病患者，若收缩压在140~159mmHg、舒张压90~99mmHg，即高血压病1级情况下，如无明显危险因素，可暂不启动药物治疗。可通过给予4~12周的生活方式干预，并进行规律血压监测，根据血压变化趋势以判定后续是否药物治疗。

这种暂不需要立即服药的情况，需满足以下条件：年龄较轻；无烟酒嗜好；无明显其他代谢系统疾病等。

生活方式干预的办法包括：低盐饮食、规律作息、适当运动、管理体重、合理膳食等措施。值得注意的是，若生活方式干预无法使血压降至正常标准，需在医生指导下用药降压。

医生提示：无论是否患有高血压疾病，都应该戒烟、限酒、低盐（每人每日钠盐摄入量<5g）低脂饮食、保持情绪舒畅，适当有氧运动，合理膳食结构，规律睡眠，做好血压管理。 新华社

眼睛不适近两年，一查是脑疾 影像研判让“伪红眼病”现原形

生活中，眼红眼痛、畏光干涩，大多数人都会默认是普通“结膜炎”“红眼病”，只需滴眼药水、休息即可缓解。但并非所有“红眼”都是眼部小问题。近日，淮安市第二人民医院医学影像科凭借精准的影像研判技术，成功识破一例伪装成“红眼病”的隐匿性颈内动脉-海绵窦瘘，为患者精准诊疗、微创治愈筑牢关键第一道防线。

常规眼病诊治无果

71岁的张女士（化姓）深受右眼不适困扰近两年，反复出现畏光、眼部异物感、眼球疼痛，还伴随间断头痛、视物模糊。起初她以为是普通眼部问题，每次都自行休息调理，因此一直未前往医院规范检查治疗。

近10天，张女士的眼部症状突然加重，右眼持续红痛、畏光明显，视物模糊愈发严重，眼睑痉挛、眼球突出，结膜充血水肿显著。但与普通红眼病、结膜炎不同的是，患者眼部无明显分泌物，常规护眼、消炎方式完全无效。察觉异常后，张女

士前往淮安市二院眼科就诊。

眼科赵洁文医生接诊后，结合患者两年反复发病、本次症状加重且无炎性分泌物的特殊临床表现，敏锐判断：患者的眼部异常并非单纯眼表炎症，大概率是颅内、眶内器质性病变引发的继发性症状。立即为患者开具眼眶CT检查，依托影像医学手段排查隐匿病因。

识破迷惑性“假眼病”元凶

这正是本次诊疗的关键突破口。看似普通的眼部症状，病灶却深藏颅内、眶内，肉眼查体无法甄别，精准的影像诊断成为确诊核心。

淮安市二院医学影像科刘红阳副主任医师牵头阅片，发现患者右侧球后近上缘存在明显异常扩张的血管样结构，血管管径约0.7厘米，总长可达2.5厘米，病灶从眶尖部全程延伸至眼球上缘，且上直肌紧贴病变上缘走行。这一异常血管结构长期压迫眶内组织、阻碍眼部静脉回流，是导致患者眼球突出、结膜充血水肿、眼痛视物模糊的根本病因。

凭借丰富的影像诊断经验和扎实的专业积淀，刘红阳主任排除普通眼部病变，高度怀疑患者为颈内动脉-海绵窦瘘，精准锁定疾病方向，并第一时间提出专业诊疗建议：完善头颅CTA检查，进一步明确颅内血管病变。

后续头颅CTA检查结果证实患者为颈内动脉-海绵窦瘘。至此，困扰张女士两年、伪装成红眼病的隐匿颅内血管病变，被医学影像科精准识破，为后续临床专科治疗指明方向。

通讯员 王惠 王宇 扬子晚报/紫牛新闻记者 朱鼎兆

省版分类

公告 专栏

民办非企业注销公告
江苏省五星知识产权服务中心
(统一社会信用代码: 52320000509162117D) 经理事会于2026年06月16日决议,拟向登记机关申请注销登记,并于同日成立清算小组,请债权人于见报之日起45日内向本清算组申报债权,特此公告。联系人:芮女士,联系电话:13770533565,特此公告。
江苏省五星知识产权服务中心
2026年06月16日