

服药时间有讲究

□代慧子

“这药应该什么时候吃?”在药房窗口,经常有人问这个问题。生活中,很多人习惯饭后服药,或凭经验随意安排服药时间。这样做可能影响药效,甚至引发不适。药物服用时间有讲究,本质上是让药物与人的生理节律、胃肠环境精准匹配。这背后藏着严谨的医学逻辑。

饭前服药通常是指餐前30分钟~60分钟服药,部分药物可能需要更早服用。此时胃内食物少,药物能快速通过胃部到达肠道,减少食物的干扰。比如:治疗胃病的奥美拉唑,饭前服用可在食物刺激胃酸分泌前

起效,牢牢控制胃酸水平;多潘立酮这类促胃动力药饭前服用能提前“动员”胃肠蠕动,帮助消化刚吃下去的食物;格列吡嗪等降糖药饭前服用,能让药效高峰刚好对接餐后血糖高峰;阿司匹林肠溶片饭前服用,能快速通过胃部,避免在胃中被破坏而刺激黏膜。

饭后服药通常是指餐后立即服药或餐后30分钟内服药。此时胃内食物初步消化,能减少药物对胃黏膜的刺激。布洛芬、对乙酰氨基酚等常见退热药和止痛药,饭后服用可显著降低胃部烧灼感;甲硝唑饭后服用,能减轻恶

心、口苦等不适。

睡前服药通常是指睡前30分钟服药,目的是在睡眠时发挥药效或减少不良反应。短效他汀类降脂药是典型代表。由于夜间是胆固醇合成的高峰时段,因此在睡前服用短效他汀类降脂药,能够精准抑制胆固醇合成。睡前服用孟鲁司特钠等治疗哮喘的药物,可有效预防夜间和凌晨哮喘发作。氯苯那敏等抗过敏药易引起嗜睡,睡前服用既不影响白天活动,又能缓解夜间痒痒。睡前服用钙片比较科学,因为此时血钙浓度最低,吸收效果更好,同时避免与食物中

的草酸、植酸结合形成结石。

除了饭前服药、饭后服药、睡前服药外,还有空腹服药。空腹服药通常是指餐前1小时或餐后2小时服药。左甲状腺素钠片需严格空腹服用,因为食物会严重阻碍其吸收。服用药物时,最好用200毫升以上的温开水。茶、牛奶、果汁都可能与药物发生反应,比如牛奶会影响抗生素吸收。

很多人记不清服药时间。其实,最可靠的“老师”就在我们身边,这个“老师”就是药品说明书。不同厂家生产的药物或同一药物的不同剂型,其服用要求

可能存在差异,而药品说明书上标注的“用法用量”是患者用药必须遵循的“金标准”。如果看不懂药品说明书或者同时服用多种药物,应及时咨询医生或药师。

总之,服药时间有讲究,不同药物在不同时间服用会影响疗效和安全性,关键在于遵循医嘱并理解药物特性。下次服药前,不妨多花点时间看看药品说明书,或主动询问专业人士。这小小的举动,正是对自己健康负责的直接体现。

(作者供职于乌海市海勃湾区中医医院)

坚持“三减三健” 远离慢性病

□王贞芳

现在,慢性病高发,保持健康生活方式至关重要。“三减三健”作为国家卫生健康委倡导的全民健康生活方式核心行动,是预防慢性病、提高生活质量的科学抓手。今天,给大家解读一下“三减三健”的核心内涵,介绍一些实用性较强的方法,帮助大家将健康理念融入日常生活。

“三减”聚焦饮食减负,从源头上降低健康风险。首先是减盐。摄入钠盐过多会增加身体代谢负担,引发慢性病。建议在家里烹饪时优先用葱姜蒜、花椒、柠檬汁等天然香料提味,替代部分食盐及酱油、味精等含盐调味品。烹饪时尽量晚放盐,可在保持咸度的同时减少用量。购买加工食品时养成查看营养成分表的习惯,少买咸菜、火腿、薯片等。其次是减油。摄入油脂过多易导

致代谢异常,增加发生慢性病的风险。日常生活中应多采用蒸、煮、炖、凉拌的烹饪方式,减少油炸、油煎。使用带刻度的油壶精准控量,避免无节制倒油。优先使用橄榄油、油茶籽油等,且避免长期单一用油。最后是减糖。摄入添加糖过多会增加龋齿、肥胖等风险。建议用白开水、淡茶替代含糖饮料,想吃甜食时优先选择新鲜水果。烹饪红烧肉类菜肴时逐步减少用糖量,同时警惕糕点、蜜饯等食品中的“隐形糖”,购买时注意营养成分表中的碳水化合物含量。

“三健”侧重于主动养护,筑牢全身健康根基。健康口腔是全身健康的“窗口”。口腔问题不仅影响进食,还可能关联全身健康。大家要养成早晚刷牙、饭后漱口的习惯,每次刷牙不少于两分钟,坚持使用含氟牙膏;学会用牙线清洁牙缝,清除牙刷难以触及的食物残渣,减少牙周损伤;定期进行口腔检查,成人建议每年至少洁牙一次,儿童需及时完成窝沟封闭和涂氟,预防龋齿。健康体重的核心是“吃动平衡”,饮食上要合理搭配,保证各类营养素均衡摄入,每餐七八分

饱即可,避免暴饮暴食;运动方面需坚持,根据自身年龄和身体状况选择快走、游泳、慢跑等中等强度运动,减少久坐,每工作一小时起身活动片刻。儿童青少年更要保证充足的户外活动。健康骨骼需要全生命周期呵护。儿童青少年应多进行跳绳、打篮球等冲击性运动,促进骨骼发育;成年人要保证钙和维生素D的摄入,多吃奶制品、豆制品和深绿色蔬菜,同时适度运动增强骨密度;中老年人需注重平衡能力训练,如打太极拳,预防跌倒和骨折。

很多人觉得“三减三健”难以坚持,其实健康习惯的养成源于日常点滴的积累,看似微小的行为重复,实则在潜移默化中重塑身体与心智的运行模式。大家可以从小改变开始,比如每餐少放半勺盐、每天多走10分钟,循序渐进地进行调整,让这些成为生活常态。

希望大家把“三减三健”融入三餐四季、日常起居,掌握健康主动权,让健康成为幸福生活的坚实基础。

(作者供职于山东青岛中西医结合医院)

老年人腰痛 需警惕多发性骨髓瘤

□柏淑美

随着我国老龄化程度的不断加深,老年人的健康持续引起社会关注。看似平常的老年腰痛,有时却暗藏玄机。

多发性骨髓瘤是一种恶性血液系统疾病,好发于老年人,中位发病年龄为65岁~75岁。

多发性骨髓瘤的常见受累部位为脊柱。骨髓瘤细胞如同蛀虫,慢慢侵蚀溶解骨质,引发严重的骨质破坏和疼痛。背痛是最常见的症状,通常是腰骶部、胸骨和肋骨疼痛。部分多发性骨髓瘤患者以腰痛为首要表现,这易使多发性骨髓瘤被当作普通骨科疾病对待。

多发性骨髓瘤患者的首诊并非都在血液科。患者常以腰痛、骨折、肾功能损伤等就诊于骨科、肾内科、感染科、内分泌科、风湿免疫科等,容易出现误诊、漏诊现象。多发性骨髓瘤的临床表现复杂多样,主要有以下几种:

腰痛、骨折:骨髓瘤细胞如同蛀虫,慢慢侵蚀溶解骨质,引发腰痛、病理性骨折等。

贫血、出血:贫血程度轻者可无明显症状,重者可出现头晕、乏力、皮肤黏膜苍白、心悸等。

反复感染:患者无明显诱因反复咳嗽、胸闷、乏力等。

肾功能损伤:早期可能只查出尿蛋白、肌酐升高,后期会出现乏力、水肿。

如果老年人有上述症状,建议到医院进行全面检查。

多发性骨髓瘤以骨髓浆细胞异常增殖并过度产生单克隆免疫球蛋白或轻链(M蛋白)为特征。其中,不分泌型多发性骨髓瘤是一种罕见的多发性骨髓瘤亚型,其特点是不产生可检测到的M蛋白,因此在血清或尿液中无法通过常规方法检出单克隆免疫球蛋白或轻链。多发性骨髓瘤的诊断标准如下:

1.骨髓中单克隆浆细胞比

例≥10%,和/或经骨髓、髓外活检证实存在浆细胞瘤。

2.在多发性骨髓瘤的临床诊断中,存在以下任何一种符合定义的事件,即可作为诊断依据,具体分为靶器官损害(CRAB)和无靶器官损害但指标异常(SLiM)两类。

(1)CRAB 此类诊断以患者出现由骨髓瘤细胞直接导致的靶器官损伤为核心,包含以下4项指标中的任意一项:[C]高钙血症、[R]肾功能不全、[A]贫血、[B]肾病。

(2)SLiM 部分患者在疾病早期可能未出现明显的靶器官损害,但出

现以下3项指标中的任意一项异常,也可确诊为多发性骨髓瘤:[S]骨髓中单克隆浆细胞比例≥60%、[Li]受累/非受累血清游离轻链比值≥100、[M]MRI(磁共振成像)检查显示≥1个局灶性损害(病灶直径>5毫米)。

多发性骨髓瘤是一种浆细胞恶性增殖性疾病,其诊断、分型与分期依赖于骨髓来源的多项检查。检查项目包括骨髓细胞学涂片分类检查、骨髓活检、免疫分型和免疫组化检查等。患者还需要做影像学检查。医生会根据检查结果评估骨质、肝脾以及其他器官的损伤情况。

总之,老年人出现腰痛需高度警惕,要及时到医院就诊。很多时候,疾病的信号就藏在身体的细微反应中。

(作者供职于山东中医药大学附属医院检验科)

尿常规检查出现「+」或「++」问题严重吗

尿常规是临床上的基础检查项目。当检查报告单上出现“+”和“++”,不少人会恐慌,将其与严重疾病直接画等号。实际上,“+”和“++”只是检测指标阳性程度的直观体现,并非疾病的最终判定。要准确判断身体的状况,需结合具体指标、阳性等级以及个人症状进行综合分析。下面,本文将就尿常规检查中常见指标“+”和“++”的含义进行详细解读,并给出相应的应对方法,帮助大家理性看待检查结果,避免不必要的焦虑。

尿蛋白 尿蛋白“+”是最受关注的指标之一,其出现提示尿液中存在蛋白质。尿蛋白“+”代表轻度蛋白尿,多由生理性因素(如剧烈运动、发热、寒冷、精神紧张等)引起,约30%是病理性因素(如隐匿性肾炎)的早期表现。

尿蛋白“++”或更高等级提示可能存在病理性改变,原因包括原发性肾脏疾病(如肾小球肾炎、肾病综合征)、继发性肾损伤(如高血压肾病、糖尿病肾病)、泌尿系统感染和自身免疫性疾病等。

生理性蛋白尿通常为过性的,无须特殊治疗。出现病理性蛋白尿,需进一步进行肾功能、肾脏超声检查等,明确病因后针对性干预。

尿糖 尿糖“+”提示尿液中葡萄糖含量超标。这可能是生理性因素导致的,如短时间内大量摄入甜食、静脉输注葡萄糖等。

尿糖“++”及以上需警惕糖尿病,尤其伴随多饮、多食、多尿、体重下降等症状时,应及时检测血糖、糖化血红蛋白,以明确诊断。

需要注意的是,肾小管功能异常、甲状腺功能亢进等疾病也可能引发尿糖阳性。

尿隐血 尿隐血“+”提示尿液中存在红细胞(隐血阳性)。尿隐血阳性(特别是“+”)并不直接等同于血尿。前者是化学检测结果,灵敏度高;后者需在显微镜下确认红细胞的数量显著超标。

尿隐血“+”由生理性因素或轻微损伤引起,可能与剧烈运动、女性月经期前后、泌尿系统轻微损伤有关。尿隐血“++”及以上需警惕泌尿系统炎症、结石、肿瘤或肾小球疾病、凝血功能障碍等。单纯“+”且无症状,可清淡饮食、避免剧烈运动一段时间后复查。若伴有尿频、腰痛或持续“++”及以上,需进一步做泌尿系统B超、CT(计算机层析成像)等检查。

尿白细胞 尿白细胞“+”提示尿液中白细胞增多,可能存在轻度泌尿系统感染或尿液样本被污染。尿白细胞“++”及以上高度提示尿道炎、膀胱炎、肾盂肾炎等感染性疾病,常伴有尿频、尿急、尿痛。若样本污染导致阳性,多可恢复正常;若确诊感染,需在医生的指导下进行治疗,避免感染扩散。

提醒大家,单一指标“+”,通常是生理性因素或采样环节的影响造成的,无须过度焦虑。单一指标“++”及以上、多项指标同时阳性,或伴随不适症状时,应及时就诊,进行复查。复查前应规范留取尿液(清洁中段尿),并规避运动、饮食、经期等可能影响检测结果的因素。

(作者供职于同济大学附属东方医院胶州院区)

心脏瓣膜病的典型超声表现

□孙秀云

心脏如同一个精密的“泵体”,而瓣膜是“泵体”上的“单向阀门”,负责保证血液单向顺畅流动。若瓣膜因风湿热、退行性变、感染等原因出现损伤,会影响心脏瓣膜病,影响心脏功能。超声心动图作为无创、便捷的检查手段,是诊断心脏瓣膜病的“金标准”,能清晰地呈现瓣膜形态、运动及血流变化。下面,为大家解读不同类型心脏瓣膜病的典型超声表现。

二尖瓣病变是临床最常见的瓣膜病,主要分为狭窄和关闭不全两种类型。

二尖瓣狭窄时,超声下可见瓣叶增厚、回声增强,瓣叶活动受限,开放幅度减小,如同“打不开的阀门”。其在M型超声下的特征性表现为“城墙样改变”,具体表现为二尖瓣前叶E-F斜率减低,曲线呈平台状。二维超声下,舒张期可见二尖瓣瓣口呈“鱼嘴状”狭窄。彩色多普勒超声显示瓣口处出现高速、紊乱的射流信号,血流速度明显增快,同时左心房扩大,长期病变还可能伴肺静脉血流异常。

二尖瓣关闭不全在超声下的核心表现为瓣膜关闭时无法完全闭合,存在缝隙。二维超声下,医生可见瓣叶增厚、变形,或腱索断裂、乳头肌功能异常,导致瓣叶活动不协调。彩色多普勒超声是诊断的关键,能清晰地显示收缩期从左心室经二尖瓣口反流至左心房的彩色血流束。根据反流束的宽度、面积等指标,可判断关闭不全的严重程度。长期二尖瓣关闭不全会使左心室逐渐扩大,早期表现为左心室壁运动增强,进展到失代偿期会出现左心室壁运动减弱。

三尖瓣病变、肺动脉瓣病相对少见。三尖瓣狭窄时瓣叶增厚、开放受限,关闭不全时可见反流信号,常伴随右心房、右心室扩大。肺动脉瓣病多由先天性因素或肺部疾病引起,狭窄时瓣口开放减小、高速射流,关闭不全时可舒张期反流,可能伴随右心室肥厚。

超声心动图检查不仅能帮助医生明确心脏瓣膜病的类型,还能测量瓣口面积、反流程度、心腔大小及心功能指标,为临床诊断、制定治疗方案及评估预后提供精准依据。如果出现胸闷、气短、乏力、活动能力下降等症状,及时行超声心动图检查,能及时发现瓣膜病变迹象,避免病情进展。

(作者供职于山东省济宁市第一人民医院)

空腹体检 到底要空腹多久

□宫林尔

体检前,有人会问:空腹到底多久才算合格?前一天晚上能不能喝水?饿太久会不会影响检查结果?其实,空腹体检的核心是为了保证数据准确,并非“饿得越久越好”。今天,我就用通俗易懂的语言给大家讲解空腹体检的关键要点,帮助大家避开常见误区。

医学上公认的空腹标准是禁食8小时~12小时,可少量饮用白开水(特殊检查项目需严格禁水)。这个时长能让胃内食物基本排空,避免食物消化吸收后影响血糖、血脂、肝功能等指标。

在生活中,如果第二天早上8

点体检,前一天晚上8点后就不要再吃东西,可喝点温水。若体检时间为9点~10点,前一天晚上9点后禁食即可。需要注意的是,空腹时间不宜超过16小时。过度饥饿会导致身体代谢紊乱,可能让血糖、血脂检查结果失真,还可能引发头晕、乏力,影响体检时患者的体验。

如果不是需严格禁水的特殊检查项目,在空腹期间可喝白开水,每次不超过200毫升,不要喝咖啡、茶、饮料、牛奶,以免刺激肠胃或影响血脂检查结果。

前一天的晚餐建议清淡少油,不要吃火锅、烧烤、肥肉、甜

食,七分饱即可。

慢性病患者(如高血压、糖尿病患者)不可擅自停药。高血压患者早上可喝一口水送服药物。糖尿病患者需提前告知医生,让医生帮助调整体检顺序或用药时间。

并非所有体检项目都要严格空腹。根据项目类型有针对性地进行准备,受检者可避免忍受不必要的饥饿。

1.必须严格空腹(8小时~12小时)的检查项目:血糖、血脂(总胆固醇、甘油三酯)、肝功能(转氨酶、胆红素)以及腹部B超(肝、胆、胰部位)。这些项目的检查结果受食物影响极大,受检者需严格遵守空腹要求。

2.无须空腹的检查项目:血常规、尿常规、心电图、胸部X线、胸部CT(计算机层析成像)、甲状腺功能、肿瘤标志物(部分)。这些项目的检查结果基本不受进食影响,可餐后检查。

3.有特殊要求的检查项目:胃镜检查前需空腹6小时以上;肠镜检查前需进行肠道准备;碳13/14呼气试验前需空腹3小时以上,检查前1个月避免服用抗生素等药物。

需要注意的是,针对特殊人群,基于他们的身体耐受度,可适度调整空腹时间。老年人、孕妇、

体虚弱者的空腹时间应控制在8小时左右,避免过度饥饿。最好体检前与医生沟通,优先安排抽血项目,减少等待时间。3岁以下的婴幼儿空腹时间不超过6小时,避免因饥饿哭闹影响体检。家长可携带少量奶粉或辅食,在宝宝抽血后立即喂奶。

总之,牢记8小时~12小时的标准时长,区分项目要求,避开误区,能让体检数据更准确,也能减轻身体不适。老年人、孕妇、体虚弱者或要带宝宝体检的家人,应提前咨询医生,让医生制定个体化体检方案。

(作者供职于武警辽宁省总队医院)

脑梗死后吞咽困难 如何护理

□李梅

对脑梗死患者来说,康复路上的“拦路虎”不仅有肢体偏瘫,还有吞咽困难。吞咽困难这一“隐形困扰”易被忽视。不少患者术后出现进食呛咳、难以下咽的情况,甚至因害怕误吸而抗拒进食。为什么会出现吞咽困难?这并非偶然,是脑梗死损伤神经中枢后的典型表现。对于脑梗死吞咽困难患者,需科学护理,以规避潜在风险。

脑梗死后吞咽困难的核心原因

吞咽困难本质上是大脑吞咽中枢及相关神经通路受损,导致吞咽反射障碍。大脑中控制吞咽动作的区域主要集中在脑干、大脑皮层,当梗死灶累及上述部位,

或影响连接中枢与咽喉、食管肌肉的神经通路时,会破坏吞咽的协调机制。

从病理上看,神经受损会导致咽喉肌、舌肌无力或运动不协调;舌肌无法正常搅拌食物,推送食管,咽喉肌无法及时闭合气道,收缩食管,进而出现进食呛咳、食物残留口腔、吞咽费力等症状。梗死部位不同,吞咽困难的表现也有差异。

关键护理要点:安全进食与并发症预防

进食准备:环境与体位双保障

进食环境需安静整洁,避免分散患者的注意力,防止因分心引发误吸。体位调整是核

心。能坐起的患者保持90度坐姿,头部稍向前倾;无法坐起的患者取30度~45度半卧位,床头抬高,颈部垫软枕,减少食物反流风险。进食后保持该体位30分钟~60分钟,避免立即平卧。

饮食调整:适配吞咽能力

根据患者的吞咽评估结果,将食物调整为对应性状:轻度吞咽困难者可食用软食(如蒸蛋、烂面条),避免进食干硬、黏腻的食物(如坚果、年糕);中度吞咽困难者可选择半流质食物(如米糊、菜泥);重度吞咽困难者需通过鼻饲管进食,保证营养摄入。要控制进食速度,每口食物量以5毫升~10毫升

为宜,待患者完全咽下后再喂下一口。

进食护理:细节规避风险

喂食时用勺子将食物送至患者口腔健侧,利用健侧肌肉辅助吞咽。若患者出现呛咳,立即停止进食,让其低头咳嗽,排出气道内食物残渣,必要时轻拍其背部,促进异物排出。餐后用温开水漱口或清洁口腔,清除残留的食物,预防口腔感染和坠积性肺炎。

康复训练:循序渐进地恢复功能

在医生的指导下进行针对性训练。基础训练包括舌部伸缩、左右摆动,咽喉部冷敷刺激吞咽反射,吹气训练增强呼吸肌力

量。进阶训练可通过吞口水、少量糊状食物逐步恢复吞咽协调能力。训练需循序渐进,避免患者过度疲劳。

警惕并发症,及时干预

吞咽困难最危险的并发症是吸入性肺炎,表现为发热、咳嗽、呼吸困难等。一旦出现这些症状,要带患者及时就诊。要定期监测患者的体重、血常规,预防营养不良和电解质紊乱。若吞咽困难持续超过3个月,需复查吞咽功能,调整护理方案。

患者家属要有耐心,帮助患者逐步改善生活质量。

(作者供职于山东省聊城市茌平区中医医院)