

# 糖尿病患者自我管理

□张海燕

对于糖尿病患者而言,血糖监测就像了解病情的“窗口”,是自我管理中既基础又关键的一环。准确的血糖数据,能为饮食调整、运动规划和药物治疗方案优化提供重要依据,直接影响病情控制效果。

首先,需要明确的是,血糖监测不是简单的“扎手指、读数值”,前期准备工作直接影响结果的准确性。有些患者,习惯用酒精消毒指尖后直接采血。这种做法并不科学。因为酒精未完全挥发时,不仅会刺激皮肤引起疼痛,还可能破坏血液中的葡萄糖,导致数值偏低。

正确做法:用温水和肥皂洗净双手,自然晾干后再采血。

其次,采血环节的细节同样不容忽视。不少患者为了获得足够的血液,用力挤压指尖,这种操作会导致组织液混入血液,稀释葡萄糖的浓度,使测量结果偏低。正确采血方式:选择指尖两侧皮肤较薄、血管丰富的部位,采血前可轻轻揉搓指尖,促进血液循环。使用采血笔时,根据自身皮肤厚度调整穿刺深度,确保血液自然流出;若血液量不足,可轻轻触碰指尖边缘,引导血液形成血滴,切勿用力挤压。

监测时间的选择也需要科学规划,不同时间的血糖值具有不同的参考意义。空腹血糖是指至少禁食8小时后测量的血糖值,能反映基础胰岛素的分泌功能,通常在清晨起床后、早餐前测量;餐后2小时血糖是指从吃第一口饭开始计时,2小时后测量的血糖值,可评估进食后胰岛素对血糖的调节能力,是判断饮食方案是否合理的重要依据;睡前血糖能反映夜间血糖控制情况,指导夜间用药或加餐,避免夜间发生低血糖。

再次,仪器的正确维护和校准是保证监测准确性的基础。这一

点容易被很多患者忽视。血糖仪需要定期校准,尤其是在更换试纸、电池,或仪器出现故障、测量结果异常时,应使用厂家提供的校准液进行校准。另外,试纸的保存也有讲究,需要密封保存在干燥、阴凉的环境中,避免阳光直射和高温潮湿,使用前检查试纸的有效期,过期试纸会导致测量结果不准确。同时,要保持血糖仪的检测区域清洁,避免灰尘、血液残留影响检测效果。

最后,需要强调的是,血糖监测的核心价值在于动态观察,而非单一数值的解读。患者应养成记

录血糖值的习惯,将每次的测量时间、数值,以及当时的饮食、运动、用药情况详细记录下来,复诊时带给医生,以便医生全面了解病情,制定个性化的管理方案。患者切勿仅凭单次异常数值盲目调整用药,以免导致血糖剧烈波动,增加并发症的风险。

血糖监测是糖尿病自我管理的第一课,也是贯穿管理全程的关键环节。只有掌握正确的监测方法,关注每个操作细节,才能让血糖数据真正发挥指导作用。

(作者供职于内蒙古鄂尔多斯市中心医院康巴什部)

术后短疗程抗栓,大幅减少出血并发症。

近年来,药物球囊在冠状动脉大血管病变中的应用取得突破性进展,正在打破“仅适用于小血管”的传统认知。国内相关研究证实,药物球囊与药物支架在大血管原发性病变中,靶血管血运重建率、远期通畅率无显著差异,且出血风险更低、晚期管腔丢失更少。因此,“介入无植入”是未来冠脉介入治疗的理念,核心逻辑是从“血管开通”转向“血管修复”,不植入永久性异物,保留血管的生理功能与修复空间,通过药物抑制增生,促进血管自然重构。

未来,将通过优化药物涂层、腔内影像精准评估、病变预处理技术升级,结合功能学检测,实现“精准无植入治疗”,逐步拓展至更多的大血管、复杂病变,让更多的患者摆脱金属异物束缚。

总之,支架与药物球囊无优劣之分,支架是“支撑救命”的基石,药物球囊是“无植入修复”的优选,医生会根据患者的血管病变、年龄、出血风险等进行个体化选择。

(作者供职于河北省唐山市中心医院心内科)

案的调整争取时间。同时,液体活检无创,可反复取样,实现对病情的动态监测,解决了传统组织活检难以多次操作的难题。

目前,细胞病理学检查与液体活检仍在不断优化。循环肿瘤细胞的稀有性、细胞外囊泡的分离纯化技术,是临床应用中需要突破的瓶颈。

从传统细胞学观察到液体活检精准解读,细胞病理学检查让每一滴体液都成为健康的“侦察兵”,在无创诊断、动态监测、疗效评估中展现独特价值。未来,随着技术持续革新,这一领域将为大众健康提供更便捷、精准的守护,让疾病早发现、早诊断、早治疗成为更易实现的目标。

(作者供职于河南省三门峡市中心医院)

细胞体积大小的离散程度。当身体出现贫血倾向时,骨髓虽然会“紧急生产”红细胞,但是这些新生红细胞的大小不均匀,导致红细胞分布宽度升高。在缺铁性贫血早期,血红蛋白尚未明显下降时,红细胞分布宽度可能率先升高,成为提示贫血的“预警信号”。此外,红细胞分布宽度还可用于鉴别缺铁性贫血与地中海贫血。

**其他指标:隐藏在细节中的线索**  
血常规检查中的白细胞、血小板计数,同样暗藏玄机。再生障碍性贫血患者,常表现为全血细胞减少,即红细胞、白细胞、血小板数量均低于正常值;慢性失血导致的缺铁性贫血患者,血小板计数可能因机体代偿反应而升高。

(作者供职于山东省东营市利津县人民医院)

# 腹式呼吸的好处与方法

□钟艳芬

呼吸是人体基本的生理活动,如果呼吸的方式不正确,会对身体产生危害,引起身体疲劳等问题。本文主要介绍正确的呼吸方式。

**为何身体总感到疲惫**

胸式呼吸和腹式呼吸是两种不同的呼吸方式。胸式呼吸是错误模式,腹式呼吸才是人体天然的高效呼吸方式。

胸式呼吸主要借助胸腔的扩张完成呼吸,在此过程中,肋骨上提、肩部耸动。这种方式虽然能完成呼吸,但是从呼吸过程来看,肺部扩张有限,摄入的氧气量相对较少。长期采用这种呼吸方式,人们就会出现供氧不足现象,由此启动“低效模式”。在这种模式下,心脏被迫加速泵血,肌肉也处于紧张状态;同时,因为大脑供氧不足,人们会出现注意力不集中、反应变慢等状况。久而久之,用这种呼吸方式生活的人会受到长期疲劳,严重影响正常的工作与生活。

腹式呼吸是正确的呼吸方式,在吸气过程中,腹部像气球一样鼓起,同时膈肌下降,肺部充分舒展。相比胸式呼吸,腹式呼吸的氧气摄入量可增加30%。足量吸氧并使氧气抵达肺泡与血液充分结合,能为人体细胞提供充足的能量,减轻呼吸肌的负担,让身体自然进入放松状态。

**腹式呼吸的好处**

在日常生活中,掌握正确的呼吸方式,科学开展腹式呼吸,不仅能帮助我们告别疲劳,还能有效缓解多种不适,提高生活质量。那么,腹式呼吸究竟有哪些好处呢?

第一,腹式呼吸可以让肺部充分换气,提升血氧饱和度与细胞代谢效率,减轻脏器负荷,维持机体活力。长期坚持腹式呼吸,能改善晨起昏沉,午后困倦症状,提升学习和工作专注力,缓解慢性疲劳。第二,长期胸式呼吸容易牵拉肌肉,造成肩颈、胸肌紧绷,引发酸痛症状甚至颈椎病变;腹式呼吸下沉呼吸重心,放松肌群,有效减轻肩颈压力,舒缓腰背劳损。第三,呼吸关联情绪,胸式呼吸急促浅短,容易使人紧张;腹式呼吸可以放缓心率,平复情绪。睡前进行腹式呼吸5分钟~10分钟,能缓解焦虑,改善睡眠质量。第四,腹式呼吸不仅能舒张腹部,按摩内脏,促进肠胃蠕动,缓解积食与便秘,还能加速全身代谢,帮助身体消除水肿、抗疲劳。

**练习方法**

人们应掌握正确的呼吸方式,可以选择坐姿或平躺,双手放在腹部,用鼻子缓慢吸气,感受腹部鼓起,停留一两秒后,使用嘴巴缓慢呼气,然后感受腹部收缩。长此以往,能使身体养成腹部呼吸的习惯。

总而言之,呼吸对每个人来说都非常重要。在日常生活中,很多人因为不良姿势、压力过大等因素,长期使用胸式呼吸方式,对身体健康产生危害。今后,我们要正确认识呼吸问题,主动使用腹式呼吸方式,提高生活质量。

(作者供职于福州肺科医院呼吸科)

# 老年性痴呆 早期警报

□陈召梅

“人老了,记不住事很正常。”这是很多人对老年人记忆力下降的普遍认知。事实上,当家中老人频繁出现“记不住”的情况,甚至伴随情绪、行为或生活能力的细微变化时,或许不是正常的衰老现象,而是老年性痴呆发出的早期警报。

老年性痴呆的早期信号并非单一的记忆力减退,而是涵盖认知功能、精神状况和日常生活能力的综合性表现。这些信号可能在疾病确诊前就已出现。因此,抓住这些信号,就能为早期干预争取宝贵时间。

认知功能减退是容易被察觉的早期信号。其中,记忆力下降尤为典型,并不是“记不住”那么简单。早期主要表现为学习新知识的能力变差,容易遗忘近期发生的事,比如刚说过的话、刚做过的事转头就忘,频繁提问同一个问题,或是反复描述同一件事。很多老人习惯用便签、记事本记录日常琐事,若突然变得离不开这些工具,甚至记录后仍频繁遗忘,就需要警惕老年性痴呆。

除了记忆障碍,认知功能减退还体现在多个方面。在语言方面,老人可能出现找词困难,想说某个东西却想不起准确的词汇,或说话重复;视空间能力下降时,老人会出现定向障碍,比如在熟悉的小区迷路,分不清方向,甚至无法准确识别常见的物体;执行能力受损,老人则表现为难以制定计划、处理与反应变慢,还可能出现无意识地重复动作,注意力也容易涣散,坐立不安、难以专注等。

非认知性神经精神症状,往往比记忆力下降更早出现,却容易被忽视。情绪和行为的改变较常见,比如原本开朗的老人变得淡漠寡言,对以往喜欢的事情失去兴趣,或出现抑郁、焦虑、易怒等情绪,情绪波动极大。部分老人还可能出现幻觉、妄想等精神症状,比如凭空看到不存在的东西,或怀疑家人藏了自己的物品。

值得注意的是,感觉与自主神经功能的异常,也是容易被忽略的早期警报。嗅觉减退是老年性痴呆的临床前预警信号之一,若老人对常见气味的识别能力明显下降,可能预示着未来的痴呆风险。自主神经功能紊乱,则表现为便秘、尿失禁、低血压、头晕、步态不稳等,这些看似普通的躯体症状,其实可能与老年性痴呆相关。

日常生活能力的轻微损害,也是早期信号的重要表现。此时老人的基本日常生活(如穿衣、吃饭、洗漱等)仍能自理,但是在处理复杂事务时会出现困难。比如,无法独立处理财务,不会理财、购物算账,甚至不能完成简单的转账操作;社会功能也会出现轻度损害,比如主动社交减少,与亲友的交流方式变得生硬,不愿参与集体活动,慢慢疏远身边人。

很多人误以为老年性痴呆就是“老糊涂”,直到老人完全失去生活自理能力才重视,此时已错过最佳干预时机。早期干预老年性痴呆,能有效延缓病情进展,提高老人的生活质量。

(作者供职于山东省邹城市人民医院)

# 冠心病的介入治疗

□邢佳依

冠状动脉就像给心脏供血的“自来水管”,冠状动脉粥样硬化性心脏病就是这条水管因高血压、高血脂、糖尿病、吸烟、肥胖、年龄增长等因素,管壁内斑块不断堆积,逐渐变窄甚至堵塞,导致心肌缺血、缺氧,引发胸闷、胸痛、气短等症状,严重时诱发心肌梗死,危及患者的生命安全。简单来说,冠心病的本质就是血管“老化、堵塞”,斑块如同水管里的水垢,日积月累导致水流不畅。目前,冠状动脉支架植入术与经皮冠状动脉药物球囊扩张术是治疗冠心病的两大核心微创介入手段。

冠状动脉支架植入术与经皮冠状动脉药物球囊扩张术均为微创治疗,通过手腕或大腿根部血管穿刺,将器械送至病变血管处疏通血管。

冠状动脉支架植入术的核心是“物理支撑+药物预防”,操作时

先用普通球囊扩张狭窄的血管,再释放金属药物洗脱支架,支架永久贴附血管壁,强行撑开狭窄段,防止血管弹性回缩,支架上的药物能缓慢释放,抑制内膜增生,降低再狭窄的风险。冠状动脉支架植入术的适应证广泛,包括重度狭窄、完全闭塞、急性心肌梗死、严重钙化病变、大血管病变等;禁忌证主要为严重出血倾向、无法耐受抗血小板治疗、血管弥漫性狭窄无介入条件者。术后,患者需要进行双联抗血小板治疗约12个月。冠状动脉支架植入术的优点是支撑力强、开通率高、疗效稳定,是急诊抢救的首选;缺点是体内留存金属异物,患者需要长期规范服药,复杂病变可能植入多枚支架。

经皮冠状动脉药物球囊扩张术是“介入无植入”新技术,球囊表面涂有抗增殖药物,扩张病变血管时,在60秒~90秒内将药物渗透至

血管壁,抑制内膜增生,术后球囊完全撤出,无异物残留。经皮冠状动脉药物球囊扩张术的适应证为支架内再狭窄、小血管原发性病变(直径 $\leq$ 2.75毫米)、分叉病变、高出血风险患者;禁忌证为血管重度钙化、扩张后严重夹层、急性心肌梗死血流不稳定者。术后,双联抗血小板治疗仅需要1个月~3个月。经皮冠状动脉药物球囊扩张术的优点是无异物、服药时间短,出血风险低,适合特定病变;缺点是无物理支撑,不适合血管弹性差、严重闭塞病变。

以下情况优先选择经皮冠状动脉药物球囊扩张术。

1. 支架内再狭窄,这是药物球囊的首选适应证,避免“支架套支架”。
2. 冠状动脉小血管病变,血管直径 $\leq$ 2.75毫米,支架植入难度大、再狭窄率高,药物球囊无异物残留,优势明显。
3. 分叉病变,可精准扩张主支与分支,保护血管解剖结构,简化操作,降低分支闭塞风险。
4. 高出血风险患者,如老年患者、胃溃疡患者、凝血功能异常者,

# 液体里的健康信号

□郭宇

在医学检查中,血液、胸腔积液、痰液、尿液等体液隐藏着关乎身体健康的关键密码。这些液体通过细胞病理学与液体活检技术,能精准捕捉疾病信号,为肿瘤筛查、诊断、监测提供依据。细胞病理学检查作为从体液中解读健康信息的核心手段,正让“以液诊病”从理想变为现实。

细胞病理学检查的核心是通过显微镜观察体液中脱落的细胞形态,从而判断是否存在病变。人体组织发生异常时,病变细胞会脱落进入体液内,如同“漂浮的信使”传递健康警报。胸腔积液、血包积液、痰液、宫颈脱落细胞、尿液等,都是细胞病理学检查的常用样本。与传统组织活检相比,体液细胞学检查创伤更小、取样更便捷,可反复进行,尤其适合无法耐受手

术、病灶位置隐蔽的患者。

在肿瘤诊断中,体液细胞病理学检查发挥着不可替代的作用。以肺部肿瘤为例,合并胸腔积液的患者,抽取积液后通过细胞学检查,能直接找到肿瘤细胞,快速明确诊断,还能缓解积液带来的胸闷、气喘等压迫症状。支气管分泌物、冲洗液中的脱落细胞,也能反映肿瘤转移的风险,评估治疗效果,是肿瘤复发监测的重要指标。细胞外囊泡包含外泌体,携带

肿瘤的基因、蛋白信息,如同肿瘤的“微型指纹”,可帮助医生判断肿瘤分型、进展程度,预测治疗反应。

这种融合模式弥补了传统细胞学检查的不足。部分肿瘤早期脱落细胞较少,单纯的细胞学检查易漏诊,而液体活检能通过分子层面分析,放大微弱信号,提高诊断的准确性。对于肿瘤术后患者,联合检测循环肿瘤细胞与相关分子标志物,能更早发现微小残留病灶,提前预警复发风险,为治疗方

分析,同样是早期发现病变、明确病理类型的重要手段。

随着技术进步,传统细胞病理学与液体活检深度融合,让液体中的健康信号更清晰。液体活检,不仅能关注完整的病变细胞,还能捕捉循环肿瘤细胞、细胞外囊泡等微小结构。循环肿瘤细胞是进入血液的肿瘤细胞,虽然数量稀少,但是能反映肿瘤转移的风险,评估治疗效果,是肿瘤复发监测的重要指标。细胞外囊泡包含外泌体,携带

平均量;平均血红蛋白浓度,则反映红细胞内血红蛋白的平均浓度。缺铁性贫血患者的红细胞平均血红蛋白含量和平均血红蛋白浓度通常低于正常值,表现为“低色素性贫血”,红细胞颜色苍白,中央淡染区扩大;巨幼细胞贫血患者的红细胞平均血红蛋白含量升高,红细胞平均血红蛋白含量正常或略高。

**红细胞分布宽度:提示早期贫血的“预警器”**  
红细胞分布宽度反映的是红

# 贫血的原因

□李战青

头晕乏力、面色苍白、活动后心慌气短……当这些症状频繁出现时,很多人第一时间会怀疑自己是否贫血。血常规检查,正是揭开贫血真相的关键钥匙。本文主要解读血常规检验的关键指标,探寻贫血背后的真正原因。

**血红蛋白:判断贫血的“金标准”**  
血常规报告中,血红蛋白数值是判断是否贫血的核心指标。成年男性血红蛋白的正常范围为120克/升~160克/升,成年女性为110克/升~150克/升;若低于这个范围,即可诊断为贫血。一般来说,血红蛋白每降低10克/升,贫血程度加重一级。

长期慢性病导致的贫血,血红蛋白可能呈缓慢下降趋势;急性失血引起的贫血,其数值会在短时间内大幅降低。因此,仅凭血红蛋白

一项数值,还无法准确判断贫血根源,需要结合其他指标综合分析。

**红细胞平均体积:区分贫血类型的“信号灯”**

红细胞平均体积是判断红细胞平均大小的直接指标。根据红细胞平均体积数值,可将贫血分为3类:大于100飞升的大细胞性贫血,80飞升~100飞升之间的正常细胞性贫血,以及小于80飞升的小细胞性贫血。

大细胞性贫血,常见于巨幼细胞贫血,多因缺乏维生素B<sub>12</sub>或叶

酸,导致红细胞发育异常;小细胞性贫血,最典型的是缺铁性贫血,由于铁元素摄入不足或吸收障碍,红细胞无法正常合成血红蛋白,变得体积小、颜色浅;正常细胞性贫血,可能由急性失血、再生障碍性贫血、肾性贫血等引起,此时红细胞形态基本正常,但数量减少。

**红细胞平均血红蛋白含量与平均血红蛋白浓度:辅助诊断的“放大镜”**

红细胞平均血红蛋白含量,表示每个红细胞内所含血红蛋白的

# 卧床老人预防坠积性肺炎的护理技巧

□周荣彩

长期卧床老人因为活动量大幅减少,肺部通气换气能力下降、咳嗽反射减弱,再加上吞咽功能退化,口腔分泌物易滞留,成为坠积性肺炎和吸入性肺炎的高发人群。这类肺炎不同于普通的肺部感染,起病十分隐匿,早期症状容易被忽视,一旦发病不仅难以治愈,还会显著增加身体负担甚至危及生命安全。预防该病的核心是减少口咽分泌物与胃内容物误吸,促进痰液排出,降低口咽部细菌定植风险。护理重点围绕体位管理、气道廓清、口腔护理、误吸控制,配合营养支持与康复训练,以有效降

低肺炎发作的风险。

体位管理是预防肺炎的第一道防线。病情允许时,日常及夜间过程中床头应抬高30度~45度,鼻间保持该体位至少30分钟,此期间尽量不翻身、不吸痰,避免食物反流引发误吸。卧床老人长期仰卧,易导致分泌物滞留,应采用左侧卧、右侧卧、平卧、端坐交替的方式,每种体位不超过4小时,夜间尽量以侧卧位为主,减少仰卧时间。卧床老人侧卧或端坐时,尽量让口角低于咽喉部,便于唾液和痰液自然流出,降低呛咳的风险。

及时有效的气道廓清是排痰关键。卧床老人应每日进行深呼吸训练,帮助肺部扩张、促进排痰;同时,坚持咳嗽练习,疼痛或体弱患者也要主动咯痰。定时为老人拍背,配合雾化吸入、体位引流、振动排痰等方式,帮助无力咯痰者排出痰液。吸痰要按需进行:仰卧位,可每0.5小时~1小时吸痰一次;侧卧位,可在翻身时吸痰;出现呛咳、喉间痰鸣、口唇紧闭等情况时,需要立即吸痰。

口腔护理与误吸风险控制不容忽视。口咽部细菌定植是肺炎的重要诱因,应每日用软毛牙刷清

洁口腔,餐后及时漱口;佩戴义齿者需要餐后刷牙,每日浸泡,每周进行一次专业口腔护理。吞咽功能不佳的老人,应尽早评估并开展康复训练,进食时采取半卧位或端坐前倾位,下巴微收、头偏向健侧,少量多次进食软烂的食物,避免呛咳。不能经口进食且存在幽门梗阻、胃排空障碍、胃反流等情况时,短期可采用幽门后置管,长期建议胃造瘘或小肠造瘘。

药物与基础护理同样重要。卧床老人应尽量避免使用镇静剂、抗胆碱药、部分抗抑郁药等药物,以免削弱吞咽功能,甚至导致

口干或痰液黏稠;若必须使用以上药物,应在医生指导下调整治疗方案。日常保持室内温度和湿度适宜,严格做好手卫生与环境消毒,避免交叉感染。每日监测老人的体温、呼吸、意识状态,观察痰液的颜色、量和气味。

卧床老人预防坠积性肺炎,从来不是单一护理操作就能见效,而是藏在日复一日的细节坚持里。科学管控体位、做好气道廓清排痰,严把口腔清洁关口,全方位防控误吸风险。

(作者供职于山东省济宁市公共卫生医疗中心)

洁口腔,餐后及时漱口;佩戴义齿者需要餐后刷牙,每日浸泡,每周进行一次专业口腔护理。吞咽功能不佳的老人,应尽早评估并开展康复训练,进食时采取半卧位或端坐前倾位,下巴微收、头偏向健侧,少量多次进食软烂的食物,避免呛咳。不能经口进食且存在幽门梗阻、胃排空障碍、胃反流等情况时,短期可采用幽门后置管,长期建议胃造瘘或小肠造瘘。

药物与基础护理同样重要。卧床老人应尽量避免使用镇静剂、抗胆碱药、部分抗抑郁药等药物,以免削弱吞咽功能,甚至导致

口干或痰液黏稠;若必须使用以上药物,应在医生指导下调整治疗方案。日常保持室内温度和湿度适宜,严格做好手卫生与环境消毒,避免交叉感染。每日监测老人的体温、呼吸、意识状态,观察痰液的颜色、量和气味。

卧床老人预防坠积性肺炎,从来不是单一护理操作就能见效,而是藏在日复一日的细节坚持里。科学管控体位、做好气道廓清排痰,严把口腔清洁关口,全方位防控误吸风险。

(作者供职于山东省济宁市公共卫生医疗中心)