糖尿病合并冠心病要当心无症状性心肌梗死

□杨 侃

糖尿病合并冠心病患者是无症状性心肌梗死高发人群。这种心肌梗死全程无典型不适，却会悄悄损伤心肌、加重冠状动脉病变，极易诱发猝死、心力衰竭等严重后果，堪称心血管的“隐形杀手”。科学筛查，是糖尿病患者防范心脏急症的关键。

无症状性心肌梗死偏爱糖尿病患者，核心原因是糖尿病会引发全身神经与血管病变。长期高血糖会损伤心脏自主神经，使疼痛信号传导减弱甚至缺失，即便发生心肌缺血、坏死，患者也难以感知典型胸痛。同时，糖尿病会加速冠状动脉粥样硬化，造成血管弥漫性病变、多支狭窄，心肌长期处于慢性缺血状态，身体逐渐耐受不适，进一步掩盖病情。多数患者仅表现为轻微乏力、心慌、气短，甚至毫无异样，通常在体检中偶然检出既往未被察觉的心肌梗死。

相较于普通心肌梗死，无症状性心肌梗死起病隐匿、危害更大。无症状性心肌梗死不会突发剧烈疼痛，却会持续造成心肌损伤，引起心脏收缩功能下降，逐渐导致心力衰竭、心律失常。因此，对糖尿病合并冠心病高危人群，不能以“有无不适”作为心脏健康的判断标准。

针对糖尿病患者的生理特点，临床形成了一套分层、规范的无症状性心肌梗死筛查体系，兼顾安全性与准确性。基础筛查是所有糖尿病患者的必检项目，主要包括常规心电图与心脏超声。常规心电图操作简便、无创伤，可初步识别陈旧性心肌梗死征象、心肌缺血及心律失常。心脏超声则能直观评估心脏结构与功能，精准捕捉隐匿的心肌损伤及节段性室壁运动异常。建议将上述两项检查作为年度基础筛查的固定内容。

基础检查结果异常或高危人群，需进一步进行精准的功能学评估。首选负荷试验，主要包括运动负荷试验（平板运动试验）和药物负荷超声心动图。部分患者静息状态下无心肌缺血表现，通过运动或药物增加心脏负荷，可诱发出常规心电图难以捕捉的无症状性缺血改变。对于无法耐受运动的老年患者和体弱患者，药物负荷心肌灌注显像亦是优选方案，能清晰显示心肌缺血所致的低灌注区，明确病变范围。

对极高危患者，需进行解剖学精准评估，核心项目为冠状动脉CT（计算机层析成像）血管成像。冠状动脉造影作为诊断冠心病的“金标准”，多用于筛查发现重度狭窄、需明确治疗方案的患者，不作为常规筛查项目。此外，定期检测肌钙蛋白等指标，可及时发现微量心肌坏死，辅助早期诊断无症状性心肌梗死。

科学筛查，重在明确适用人群与合理周期。所有病程超过5年的糖尿病患者，尤其是伴有冠心病家族史，或合并高血压、高血脂，以及吸烟、肥胖等危险因素的高危人群，应每年完成一次心电图联合心脏超声的基础筛查；每2年~3年进行一次负荷试验或冠状动脉CT血管成像。同时，患者需长期严格管控血糖、血压、血脂，控制血管病变进展，从根本上降低无症状性心肌梗死的发生风险。

（作者供职于山东颐养健康集团淄博医院心血管内科二病区）

做好孕前保健 降低出生缺陷风险

□贾翠娟

生命的孕育是一场奇妙而珍贵的旅程，而这段旅程，在妊娠发生之前就已悄然开启。孕前保健，正是为这段旅程铺设的一条安全、平坦的路。

哪些人需关注孕前保健，从何时开始

孕前保健的服务对象，主要是计划妊娠的育龄夫妇，尤其关注存在慢性病、不良孕产史、遗传风险或不良生活方式的高危备孕人群。

孕前保健的理想介入时机，应提前至孕前3个月~6个月，甚至在有妊娠意愿之初就开始。这并非意味着备孕周期必须如此之长，而是强调健康状态的调理与风险因素的控制是一个持续过程。也就是说，至少应在妊娠前几个月开启系统的健康评估与生活方式调整。

孕前保健的核心内容

孕前保健包括3个关键环节：全面的健康教育、细致的健康检查，以及在此基础上开展的风险评估与个性化优生指导。

1.储备知识，调整身心

健康的生活方式是孕前保健的根基。备孕夫妇应共同养成良好生活习惯。

远离烟酒：计划妊娠前，夫妻双方应坚决戒烟并远离二手烟环境，同时严格戒酒。

科学运动：保持规律体育锻炼，维持健康体重。

心理调适：保持心情舒畅，注意劳逸结合，尽量远离高强度工作与嘈杂环境，同时营造良好的家庭氛围，避免长期紧张、焦虑。

2.营养筑基，合理膳食

均衡的营养是孕育新生命不可或缺的“建筑材料”。

叶酸先行：叶酸对预防神经管缺陷至关重要。建议从备孕开始每日适量补充叶酸，持续至孕早期。有神经管缺陷生育史的高危人群，须遵医嘱每日科学增加叶酸补充剂量。

补铁加碘：备孕女性应坚持食用加碘盐，并适量摄入含碘丰富的食物。同时，多食用瘦肉、动物血及肝脏等含铁丰富的食物，以储备充足的铁质。

均衡搭配：保证每日摄入足量的优质蛋白质，如鱼肉、禽肉、蛋等。

3.专业检查，防范风险

计划妊娠前，进行一次系统的孕前优生健康检查很有必要，旨在排查可能影响妊娠的潜在风险。

基础评估：医师会详细询问双方的年龄、既往病史、家族遗传史、生育史、职业暴露及生活方式等。

体格检查：涵盖身高、体重、血压等基础指标测量，以及常规妇科与男科检查。

重点筛查：通过血尿常规、感染性疾病筛查等实验室检查及时识别隐患。必要时，医师会建议进行甲状腺功能检查、TORCH筛查（针对弓形虫、风疹病毒、巨细胞病毒等常见致畸病原体的检测）等。

科学规划，防患未然

合理安排生育间隔：两次妊娠之间应预留充足的生理恢复时间，这对降低母婴健康风险具有重要意义。

谨慎用药与规避有毒有害暴露：备孕期间用药需格外小心，务必在医师或药师的指导下进行。同时，应主动规避有毒有害物质及不必要的放射线接触。

疫苗前置接种：孕前应及时查漏补种。例如，风疹疫苗、水痘疫苗等需提前完成接种，接种后需严格避孕至少3个月（具体遵医嘱），以确保安全。

（作者供职于山东省日照市莒县妇幼保健院）

熬夜后的科学补救

□徐庆霞

熬夜之后，那种身体被掏空、大脑转不动的“耗竭感”，本质上是睡眠节律被打乱、大脑和身体未能得到充分修复的信号。科学补救不是周末睡个昏天黑地，而是要尽快帮助身体重建睡眠-觉醒节律，把“错乱”的生物钟拨回正轨。

第一步：稳住节律，比疯狂补觉更重要

熬夜后的第一个早晨，再困也请在固定时间起床，不要赖床到中午。每天定时起床，是校准生物钟最关键的“锚点”。如果白天实在困倦，可以短暂午休，并避免下午打盹，以免削弱晚上的睡眠驱动力。

第二步：巧用阳光与运动，调整生物钟

上午的阳光是校准生物钟最有效的外界信号。起床后，可以拉开窗帘，或到户外接触自然光15分钟~30分钟，这有助于抑制日间褪黑素的分泌，提升警觉性，也可为夜间积累睡意。白天可进行舒缓的运动，如散步或简单伸展。睡前数小时应避免剧烈运动，以免身体过度兴奋。

第三步：优化睡前准备，给大脑“降噪”

睡前1小时，请将卧室灯光调暗，减少手机、电脑等电子屏幕的蓝光影响，保持环境安静、温度适宜，确保床铺舒适。睡前可尝试放松练习，如腹式呼吸（慢慢深吸气，感受腹部鼓起，再缓缓呼气）或进行渐进式肌肉放松，从脚趾到头顶，逐一感受肌肉的紧张与松弛。这有助于降低大脑的过度警觉性，让身心为入睡做好准备。

第四步：调整认知，避免睡眠焦虑

有时候，越担心睡不够，反而越难入睡。需澄清一个常见误区：每个人的睡眠需求不同，不必强求必须睡够8小时。偶尔一夜睡眠质量下降属生理性波动，人体具备强大的稳态调节机制，无须过度焦虑。若卧床20分钟~30分钟仍无睡意，可起身到另一个房间，在柔和的灯光下阅读让人放松的书，待有困意后再回到床上休息。记住一条铁律：床只用来睡觉。一旦发现自己卧床清醒时间过长，就应起身离开，以此切断床与焦虑、清醒之间的错误联系。

第五步：生活方式配合，巩固睡眠基础

日间习惯深刻影响夜间睡眠质量。午后应避免饮用咖啡、浓茶等含咖啡因饮料。晚餐不宜过饱，睡前避免大量进食或饮水。酒精虽可能诱发困倦，但会破坏后半夜睡眠结构，因此不应将喝酒作为助眠手段。规律练习瑜伽、太极拳或八段锦等舒缓运动，对改善睡眠质量具有明确益处。

什么情况下需寻求专业帮助

若自我调整后睡眠问题仍存在，明显影响日间情绪、注意力及工作效率，或伴有焦虑、抑郁等，建议及时前往睡眠专科或神经内科就诊。短期失眠若处置不当，可能转为慢性失眠，早期接受科学评估与干预很重要。药物治疗并非改善睡眠的首选，仅可在医生评估后，作为短期、按需的辅助手段，并严格遵医嘱。

重建健康的睡眠节律，需持之以恒。

（作者供职于山东省泰安市泰山区泰前街道社区卫生服务中心）

久咳不愈 警惕慢性支气管炎

□李晓晓

久咳不愈，需要警惕慢性支气管炎。

什么是慢性支气管炎

在医学上，慢性支气管炎有明确的诊断标准：在排除慢性咳嗽的其他已知原因后，患者每年咳嗽、咳痰持续3个月以上，并连续2年或以上发病。慢性支气管炎并非单纯的细菌感染，而是一种气道慢性非特异性炎症。

很多患者以为“只要不发热就没事”，但是持续存在的炎症会导致气道管壁增厚、管腔狭窄，最终引起气流受限。如果不干预，慢性支气管炎会进展为慢性阻塞性肺疾病，严重影响生活质量。

护理误区有哪些

对于慢性支气管炎，比疾病本身更危险的，往往是患者自以为“正确”的护理方式。以下是常见误区：

1.滥用镇咳药，强行“止住”咳嗽

这是最普遍也最危险的误区。遇到频繁咳嗽，很多人第一反应是服用强力镇咳药。但是，慢性支气管炎的核心问题是痰液过多。咳嗽是身体排出痰液的唯一有力方式。如果使用可待因等中枢性镇咳药强行抑制咳嗽反射，痰液会淤积在气道深部，成为细菌滋生的“温床”，极易诱发肺炎。正确做法是化痰而非镇咳，帮助稀释痰液。

2.盲目使用抗生素

“咳嗽有痰就是发炎，发炎就要吃头孢”——这是错误做法。慢性支气管炎急性发作多由病毒引起，稳定期以气道高反应性为主。滥用抗生素不仅无效，还会引起细菌耐药。只有被明确诊断为细菌感染，患者才能在医生的指导下使用抗生素。

3.饮食过于清淡，甚至“戒肉”

很多患者觉得咳嗽要忌口，只喝白粥。但是，慢性支气管炎属于消耗性疾病，长期咳嗽会消耗大量蛋白质。营养跟不上，气道黏膜修复迟缓，反而更易反复感染。应保证优质蛋白质（鱼肉、蛋、瘦肉）的摄入，同时避免吃过甜、过油的食物。

4.紧闭门窗，不敢通风

因害怕受凉而紧闭门窗，会导致室内粉尘和尘螨浓度升高，刺激气道。应选择阳光充足、气温较高时段开窗通风，保持空气流通。

科学应对：综合管理，重在“养”与“防”

对于慢性支气管炎，急性期要“治”，缓解期要“养”。预防复发远比治疗发作更为重要。

戒烟是首要前提：吸烟是慢性支气管炎最主要的病因。若不戒烟，药物往往难以阻断病情进展，可谓“治标不治本”。

学会有效排痰：晨起和睡前是排痰的最佳时机。如果痰液黏稠，可先行雾化吸入或饮用温水，然后采用“深吸气—屏气—用力咳嗽”的方式促进排痰。

坚持呼吸功能锻炼：缓解期可进行腹式呼吸和缩唇呼吸训练，增加膈肌活动度，改善通气功能。

疫苗接种：老年及体弱患者建议每年接种流感疫苗和肺炎球菌疫苗，这是减少慢性支气管炎急性发作最经济有效的手段。

（作者供职于山东省滨州市邹平市韩店镇卫生院）

科学看待生化检验的“参考范围”

□李 芸

体检或就医时，生化检验报告上的“参考范围”是很多人关注的焦点。一旦数值超出范围，难免心生焦虑，甚至误以为罹患疾病。作为检验科医师，我讲解一下生化检验的“参考范围”，让大家了解生理性波动与病理性异常的不同之处，避免不必要的恐慌，理性看待身体发出的信号。

需明确，生化检验的“参考范围”并非绝对的“健康红线”，而是一个基于统计学划定的正常波动区间。它是通过检测大量健康人群的标本，经科学统计分析得出的数值范围，涵盖了绝大多数健康人的检测结果，通常反映人体正常生理状态下的指标水平。但该范围并非一成不变，会受年龄、性别、地域、生活习惯等多种因素的影响。不同人群、不同实验室的检测系统不同，“参考范围”也可能存在差异。

很多人以为“不在参考范围内就是患病”，这是最常见的认知误区。事实上，人体处于动态平衡之中，生化指标会随生理状态发生轻微波动，此类波动多为正常现象，并非病理信号。生理性波动的影响因素很多，日常饮食、作息、运动等均可能引起指标的暂时性变化。

饮食是影响生化指标的常见因素。例如，抽血前摄入大量高蛋白食物，可能导致血尿素氮、肌酐等肾功能相关指标轻度升高；进食高糖、高脂食物后，血糖、甘油三酯会出现一过性上升；长期素食可能使血清铁、胆固醇等指标略低于“参考范围”。这些均属于生理性波动，调整饮食后复查，指标多可恢复正常。

作息与运动同样会影响生化指标。熬夜、过度劳累可致肝功能指标轻度升高，这与肝细胞代谢负荷增加有关；剧烈运动后，肌酸激酶、乳酸脱氢酶等指标可一过性升高，此为骨骼肌代谢增强所致，通常休息1天~2天后即可恢复。此外，情绪激动、精神紧张时，体内激素水平变化也可间接影响部分生化指标。

不同年龄段的生理特点决定了生化指标的“参考范围”存在差异：婴幼儿白细胞计数显著高于成人；妊娠中晚期，孕妇红细胞计数及血红蛋白水平可因生理性血液稀释而轻度下降；老年人随代谢率减缓，血肌酐、空腹血糖等指标可出现生理性轻度升高。上述变化均为机体的正常适应性反应，若无其他异常症状，通常无须过度干预。

生理性波动与病理性异常有本质区别。生理性波动通常轻微、是一过性的，不伴有明显不适；病理性异常多表现为指标显著偏离“参考范围”，或多项相关指标同步异常，常伴有乏力、头晕、腹痛等临床症状，需结合进一步检查明确病因。

作为检验科医师，建议大家在重视“参考范围”的同时，不必因轻微波动而过度惊慌。领取报告后，请勿自行诊断或盲目用药，应及时咨询医生。医生会结合年龄、性别、生活习惯、临床症状等进行综合研判。

（作者供职于山东中医药大学附属医院）

重症护理：预防并发症的策略

□焦 思

对重症患者而言，治疗的成败，不仅取决于原发病的控制，更在于能否有效预防可能发生的并发症。这些并发症处理不当，会危及生命。而重症护理的核心，正是通过一系列科学、精细的照护措施，将并发症风险降至最低。

守护呼吸：把好气道关

重症患者常需呼吸机辅助通气，这在一定程度上增加了发生医院获得性肺炎的风险。

体位与口腔护理：在病情允许的情况下，将床头持续抬高30度~45度，让患者呈半坐卧位，能有效减少胃内容物反流与误吸。同时，实施细致规范的口腔护理，可显著减少口咽部致病菌定植，从源头降低肺部感染风险。

气道管理：对于气管插管患者，需定时清除气囊上方积聚的分泌物，并保持气囊压力在适宜范围，以防分泌物漏入下呼吸道。此外，会根据痰液黏稠度动态调整气道湿化方案，使痰液稀释易于引流，确保气道通畅。

镇静与脱机：不必要的深度镇静会延长机械通气时间，增加相关并发症风险。因此，需每日评估镇静深度，实施“浅镇静”策略及自主呼吸试验，并尽早开展脱机训练，为患者顺利撤离呼吸机创造条件。

严防血栓：让血液流动起来

长时间卧床会导致血流缓慢，易在下肢形成深静脉血栓，一旦脱落引发肺栓塞，后果极为严重。

早期活动：只要病情允许，可早期活动。早期活动是预防血栓的核心。活动并非特指下床，从床上被动关节活动、指导患者进行踝泵运动及股四头肌等长收缩，到逐步过渡至床边坐起、站立，均能有效促进下肢静脉回流。

物理与药物预防：对于无法自主活动的患者，可使用间歇充气加压装置，通过周期性充气挤压下肢，模拟“肌肉泵”作用，促进血液回流。对于高危患者，在充分评估出血风险后，遵医嘱规范使用抗凝药物。

管好营养：应对胃肠不耐受

肠内营养是重症患者首选的喂养方式，但受疾病应激影响，患者常出现喂养不耐受，表现为腹胀、腹泻或胃残余量增多。

循序渐进：营养支持遵循“低速启动、缓慢增量”的原则。初期以较低速度持续输注，让肠道慢慢适应，再根据耐受情况逐步调整至目标喂养量，以减少胃肠道不良反应。

细节把控：输注时保持营养液温度适宜，有助于减轻冷刺激诱发的肠道痉挛。同时，严密监测腹内压及肠鸣音变化，对高危患者酌情使用促胃肠动力药物，以改善喂养耐受性。

管控管路：守好生命通道

中心静脉导管是重症患者的“生命线”，但也是病原微生物入侵的途径。

置管时优选感染风险低的穿刺部位，建立最大无菌屏障，使用含氯己定的消毒剂进行皮肤消毒；日常维护中，每次连接导管前严格消毒接口，并每日评估导管留置的必要性，达到指征即刻拔除。

身心同治：促进早期康复

重症监护环境、严重疾病及镇静镇痛药物等因素，易诱发谵妄（一种急性脑功能障碍），表现为意识混乱、躁动或淡漠、嗜睡。

预防谵妄需采取综合措施。通过优化睡眠环境，帮助患者维持正常的睡眠-觉醒周期。同时，鼓励患者家属参与情感支持，并让患者尽早进行康复锻炼。这些非药物干预措施被证实能有效降低谵妄发生率，加速康复进程。

（作者供职于山东省枣庄市胸科医院）

剖宫产后腹胀、便秘怎么办

□贾 茹

剖宫产后，不少产妇坦言，比起切口疼痛，腹胀、便秘更让人难以忍受。受麻醉致肠麻痹、术后长期卧床、怕痛不敢用力排便，以及坐月子期间“大补”的影响，产妇常出现腹部膨隆、迟迟不排气排便。

剖宫产后腹胀、便秘的原因

麻醉致肠麻痹：剖宫产椎管内麻醉会暂时抑制胃肠功能，肠蠕动减弱致气体排出障碍，是术后腹胀的核心机制。

活动量不足：产后活动减少，肠蠕动减缓，粪便与气体易滞留。

怕痛刻意憋便：排便时腹壁张力增高牵拉切口，易致疼痛，产妇常因此刻意抑制便意。粪便在肠道内滞留，水分被过度重吸收而干结，进一步加重便秘。

饮食不当：术后过早摄入牛奶、豆浆、红糖水及油腻浓汤等产气食物，易致腹胀。膳食纤维摄入不足，蔬菜、水果和粗粮缺乏，则致肠内容物干结，排便困难。

如何快速消除产后腹胀

排气标志着肠功能初步恢复。以下为临床常用的促排气措施：

尽早活动：术后6小时内可床上翻身、屈伸下肢，每1小时~2小时一次；术后24小时视体力下床慢走，每次10分钟，每日2次~3次，注意佩戴收腹带保护切口。体力不支者可进行屈膝抬臀练习；每日咀嚼无糖口香糖3次，每次15分钟，帮助肠蠕动。

饮食循序渐进：分为未排气前和排气后。

1.排气前禁食牛奶、豆浆、甜食及浓汤。可少量多次饮用温开水、清淡的萝卜水（理气）或米汤，小口慢饮，避免吞气。

2.排气后可过渡至稀粥、烂面条等半流质饮食。一周内少食用豆类、薯类及甜食。

物理舒缓：避开切口，以肚脐为中心顺时针轻揉腹部，每日3次，每次5分钟；腹胀明显时可用40摄氏度湿毛巾热敷。手法轻柔，若疼痛立即停止，切忌按压。

及时就医：若术后48小时仍未排气，伴腹胀拒按、恶心呕吐，需及时告知医护人员。

如何缓解产后便秘

多数产妇术后2天~3天排出初便，若超过5天未排便需警惕。护理核心在于软化粪便、减少腹压，避免用力致切口裂开。

充足饮水+高膳食纤维饮食：每日饮水1500毫升~2000毫升，少量多次。排气后多吃高膳食纤维食物。忌食桂圆、羊肉等热性滋补品及油炸食品；饮汤要撇去浮油，高脂饮食可抑制肠蠕动，加重便秘。

优化排便姿势：坐马桶时脚下垫稳固矮凳，使膝盖高于臀部，利于直肠角舒展，排便更省力。排便时用手轻捂切口以减轻牵拉痛；有便意即刻如厕，严禁憋便，以免粪便失水干结。日常可进行凯格尔运动：吸气时收缩肛门3秒，呼气时放松，每组10次，每日3组，以增强盆底肌力，辅助排便。

合理选用通便制剂：排便极度困难时，可用开塞露，但仅限短期应急，不可频繁使用。首选乳果糖口服溶液，但使用前要咨询产科医生。

（作者供职于广东省惠州市第一人民医院）