

糖尿病对心血管的影响

□李嘉伟

糖尿病已成为心血管疾病的首要代谢性危险因素,在糖尿病患者中,心血管死亡占比达到50%。2型糖尿病(T2DM)患者的心血管疾病风险是非糖尿病人群的2倍~4倍,女性风险更高(约为3倍)。下面,我从症状、发病机制、临床影响、防治进展几个方面进行系统梳理。

糖尿病的早期症状
多饮、多尿:由于血糖升高,导致尿量增加,身体会通过多喝水来补充水分,从而出现多饮现象。

多食:由于身体无法有效利用血糖,导致细胞能量不足,大脑会发出饥饿信号,使人感到饥饿,从而出现多食现象。

体重下降:由于身体无法有效利用血糖,导致能量不足,身体会分解脂肪和蛋白质来提供能量,从而导致体重下降。

疲劳、乏力:由于血糖水平不稳定,身体无法获得足够的能量,

从而导致疲劳、乏力现象。
视物模糊:由于血糖升高,导致晶体肿胀,从而影响视力,出现视物模糊现象。

皮肤瘙痒:由于血糖升高,导致皮肤干燥,容易引起皮肤瘙痒。

糖尿病的核心发病机制(多通路协同损伤)

糖尿病的核心发病机制包括血管内皮损伤、糖基化终末产物(AGEs)蓄积、脂代谢紊乱(加速斑块形成)、心肌直接损伤(糖尿病性心肌病)、自主神经病变(隐匿风险)及凝血与炎症失衡。

临床心血管结局(全维度风险升高)

临床心血管结局包括动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)、心力衰竭(HF)和心血管死亡。糖尿病患者心血管死亡风险:男性增加2倍,女性增加3倍;中国2019年归因于糖尿病的心血管死亡达70.03万例(1990年为29.80万例)。

最新研究进展

风险分层与筛查

2026版中国成人2型糖尿病及糖尿病前期患者ASCVD预防与管理专家共识推荐糖尿病前期即启动心血管风险筛查,优先评估冠状动脉微血管病变(CMVD)。中国心脏代谢疾病和癌症队列研究指出,在中国的T2DM患者中,70%为心血管极高危,需强化综合干预。

药物治疗突破(心肾共护)

SGLT-2抑制剂(钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂),降低MACE(主要不良心血管事件)风险14%。心力衰竭住院风险35%,已成为T2DM合并心血管疾病的一线用药。GLP-1受体激动剂(胰高血糖素样肽-1受体激动剂);2025年,SURPASS-CVOT研究(全球多中心3期心血管结局研究)结果显示,替尔泊肽较度拉糖肽降低MACE风险8%,兼具减重、降糖、心血管保护作用。他汀类药物:强化降脂目

标,可使T2DM患者的ASCVD风险进一步降低20%。

机制新发现

异位脂肪(肝/胰/血管周围):2025年,相关研究证实,脂肪毒性溢出是T2DM心血管损伤的核心,早于血糖异常。肠道菌群-代谢轴:菌群失调→短链脂肪酸减少→炎症与胰岛素抵抗→心血管风险升高,为干预新靶点。

防治策略(2026年相关共识的核心)

生活方式优先:减重(体重指数<24千克/平方米)、低糖低脂饮食、每周≥150分钟中等强度运动、戒烟限酒。

综合达标:血糖(糖化血红蛋白<7%)、血压(<130/80毫米汞柱,1毫米汞柱=133.322帕)、血脂(低密度脂蛋白胆固醇<1.4毫摩尔/升)、尿酸同步管理。

药物优选:T2DM合并心血管疾病或高危人群,在药物方面首选SGLT-2抑制剂或GLP-1受体激动剂,无需考虑基线血糖;若

进行中西医结合治疗,可在西医标准化治疗的基础上加用中成药改善症状,如T2DM+冠心病稳定型心绞痛,可用西药(降糖药+他汀类药物+阿司匹林+β受体阻滞剂)联合心舒舒缓解胸闷胸痛、减少心绞痛发作、改善心肌缺血、改善糖尿病冠状动脉微循环病变等。

早期筛查:确诊糖尿病即行心电图、颈动脉超声、尿白蛋白/肌酐比值(UACR)检查,每年都要复查。

糖尿病通过血管、心肌、神经、代谢多通路协同损伤,导致ASCVD、心力衰竭等全维度心血管风险升高,且发病年轻化、预后差。2025年~2026年的相关研究聚焦早期风险分层、心肾共护(低密度脂蛋白胆固醇<1.4毫摩尔/升)、尿酸同步管理。

作者供职于虞城县人民医院)

助产士教你看懂产程里的那些关键征象

□王玉

对于即将迎来新生命的家庭来说,分娩是一场充满期待又略带紧张的旅程。什么时候该去医院?产程进展是否顺利?为什么助产士总是“心中有数”?其实,这离不开助产士那双慧眼。助产士通过观察和评估一系列关键征象,准确判断产程的进展,为分娩保驾护航。

第一产程:宫颈的“打开”之旅

第一产程是从规律宫缩到宫口开全(10厘米)的阶段,通常耗时最长。助产士主要关注以下五个方面:

1.宫缩的规律性与强度。规律的宫缩是产程启动的信号。助产士会用手轻轻放在产妇腹部,感受宫缩的频率、持续时间

和力度。有效的宫缩应该是每2分钟~3分钟一次,每次持续40秒~60秒,并且逐渐增强。如果宫缩变得疲软、不规律,可能提示产程进展缓慢。

2.宫口扩张与胎先露下降。这是判断产程最直接的“金标准”。通过阴道检查,助产士能准确了解宫口开了几厘米,以及宝宝头部最低点与坐骨棘平面的位置关系。通常情况下,宫口扩张活跃期(4厘米~10厘米)每小时进展0.5厘米~1厘米,胎头下降每小时0.5厘米~1厘米。一旦进展迟缓,助产士会迅速识别并通知医生。

3.胎膜是否破裂。破水是常见征象之一。助产士会用试纸测试阴道流液,若羊水呈碱性,则试

纸变蓝色。破膜后,还需观察羊水的颜色:清亮表示正常,呈黄绿色或粪染则提示胎儿可能有缺氧风险。

第二产程:胎儿娩出时刻

从宫口开全到胎儿娩出,助产士的观察更精细:

1.产妇的“屏气用力”反射。当胎头下降至盆底压迫直肠时,产妇会不由自主地想向下用力。助产士会根据宫缩节奏指导用力,同时观察会阴是否充分扩张、有无撕裂风险。

2.胎头“拨露”与“着冠”。“拨露”是指宫缩时可见胎头,间歇期又回缩;“着冠”则意味着胎头双顶径已超过骨盆出口,宫缩间歇期也不再回缩——这是胎儿即将娩出的最后信号,助产士此时会

做好接生准备及会阴保护。

3.胎心监护。需全程密切监测,不可放松警惕——每次宫缩后胎心能否迅速恢复,是判断胎儿耐受力的关键。

第三产程:胎盘自然娩出

宝宝出生后,助产士会轻轻牵拉脐带并按摩子宫,观察胎盘剥离的征象:子宫体变硬呈球形、阴道少量出血、脐带自动下降延长。一般5分钟~15分钟内胎盘完整娩出。随后,助产士会仔细检查胎盘胎膜是否完整,避免发生产后出血或胎盘残留。

慧眼识别危险信号

助产士不仅看快慢,更看安危。一旦出现以下异常,助产士会立即呼叫医生:

宫缩乏力。宫缩变得稀疏、

无力,宫口扩张停滞。

病理性缩复环。子宫上下段之间出现明显凹陷,伴产妇剧烈腹痛、血尿,提示先兆子宫破裂。

胎心异常。持续过快(>160次/分钟)或过慢(<110次/分钟),或减速不恢复。

血性羊水或大量阴道出血。可能提示胎盘早剥或前置血管破裂。

有人说,助产士是“守望生命的天使”。当你或你的家人在产房时,不妨对助产士多一份信任。助产士那双慧眼,正时刻守护着你们的安全和健康。作为准妈妈,积极配合、及时沟通,就是对自己和宝宝最好的负责。

(作者供职于山东省曹县妇幼保健院)

脊髓损伤患者的科学康复之路

□张鑫

脊髓损伤是严重的神经系统损伤,不仅会影响肢体运动与感觉功能,还会影响呼吸、排尿排便等多项身体机能。很多患者受伤后长期卧床,身心都承受着巨大压力。脊髓康复治疗的核心理念是生命体征平稳后尽早介入,按照评估结果,科学分期循序渐进地开展综合康复治疗,依次完成卧床适应性锻炼、床边坐起、独立站立,最终逐步过渡到行走练习。

脊髓损伤康复讲究分阶段管理,整体划分为急性期、恢复期和慢性期,不同阶段有不同的康复目标。受伤后第一时间完成康复评定:优先保障气道、呼吸、循环及脊柱的基础状态稳定,再全面评估身体感觉、运动功能,以及直肌、膀胱功能,为后续制定康复方案打下基础。整个康复过程始终围绕保护残存身体功能,维持关节活动能力、防控各类并发症、

提升日常生活自理能力展开,同时融入心理疏导与社会支持。

康复初期以床旁康复为起点,这是筑牢康复基础的关键阶段。这段时间需严格保持正确卧床体位,配合专业支具固定,定时变换体位,避免身体局部长期受压。同时,开展关节被动与主动活动训练,维护关节灵活性,针对损伤邻近部位肌肉进行适度等长收缩练习,维持肌力,预防肌萎缩。呼吸排痰训练是日常必备内容,能有效维护肺部健康,降低感染风险。规范的膀胱护理与间歇导尿管理也十分重要,可减少泌尿系统相关问题。避免大便干结及用力排便。重点做好压疮、深

静脉血栓等高发并发症的预防工作。

急性期后,康复进入恢复期,可与慢性期,训练重心从床旁逐步转向离床活动。基础性训练会全面推进,包含感觉刺激、肌张力调节、平衡能力训练、排便排尿功能训练等内容,全方位提升身体基础机能。功能性训练要循序渐进开展,先练习床上翻身、自主坐起,再逐步掌握握力与轮椅之间的转移技巧,熟练掌握轮椅完成室内外移动、转弯、跨越障碍等日常动作。

在身体条件允许的情况下,可开启站立与步行相关训练。可借助起立床、站立轮椅等辅助器

具练习站立,再根据自身损伤程度开展针对性步行训练。训练遵循由易到难、分步推进的原则,可借助平行杠、拐杖辅助练习,也可选择水中步行、天轨减重步行、康复机器人辅助步态训练等方式。

运动与物理治疗贯穿康复全过程,通过适度抗阻训练、平衡步态练习、有氧运动等,增强残存肌力,改善心肺状态、舒缓身心。针对脊髓损伤常见的肢体痉挛、慢性疼痛问题,采用诱因排查、手法牵伸、物理因子干预、药物调理等综合方式进行科学管控,必要时进行专业医疗干预。

心理康复与辅助技术支持同样不可或缺。脊髓损伤后需尽早

开展心理干预,帮助患者平稳度过情绪波动阶段,学会接纳自身状态,建立康复信心。作业治疗可帮助患者训练日常生活自理能力,搭配矫形器、轮椅、外骨骼机器人等辅助器具,弥补身体功能缺陷。多学科专业团队协同配合,根据患者的恢复情况动态调整康复方案,长期跟进指导。

总之,脊髓损伤的康复没有捷径可走,要遵循分阶段康复原则,坚持科学训练,配合心理疏导与专业医疗支持,逐步改善患者的身体功能,提升生活自理能力,帮助患者重新回归正常生活。

(作者供职于浙江省宁波海曙顺康医院)

春夏之交 急性心肌梗死的识别与防治

□杨青

春夏之交的气候特点让急性心肌梗死进入隐形高发期。约50%的患者症状不典型而将急性心肌梗死当成胃病、上火等,没有及时处理。临床数据显示,在春夏交替期间,急性心肌梗死的发病率较冬季升高17%,气温骤升骤降时发病风险再增加38%。这个时期急性心肌梗死的症状不典型,极易被忽视,延误救治时机,从而危及生命。

什么是急性心肌梗死
急性心肌梗死,通俗来讲,就是给心脏供血的冠状动脉被血栓突然堵塞,心肌因长时间缺血缺氧发生坏死。

冠状动脉长期受高血压、高血脂、糖尿病等因素影响,血管内壁会形成斑块。在春夏交替期间气温波动大,斑块容易破裂,血液凝集形成血栓,瞬间堵塞血管。心肌缺血20分钟就会开始坏死。超过120分钟,心肌坏死范围会不可逆扩大,还可能引发心力衰竭、休克甚至猝死。我国每年新发急性心肌梗死患者约60万例,死亡率超30%,延误救治是导致死亡的主要原因。

这个时期急性心肌梗死高发的三大核心原因

气象因素刺激血管痉挛

这个时期昼夜温差大,气温骤变频繁,冷空气刺激会导致血管急剧收缩,血压骤升,进而诱发斑块破裂,形成血栓堵塞冠状动脉。相关研究证实,气温骤变超过10摄氏度,急性心肌梗死的发病风险增加41%。

不良生活习惯诱发血栓形成

春夏时节聚餐增多,高脂、高盐、高油饮食会升高血脂,增加血黏度;因“春困”中老年人活动量减少,年轻人熬夜、工作压力大,吸烟酗酒,都会加速斑块破裂,加上情绪烦躁、易怒,心跳加快、心肌耗氧量骤增,极易诱发血管痉挛,引发急性心肌梗死。

高危人群忽视预警信号

高血压、高血脂、糖尿病、肥胖、长期吸烟、有心脑血管疾病家族史的人群是急性心肌梗死高危人群。这一时期出现的胸闷、乏力、牙痛、腹痛等不适,常被误认为是“春困”、上火、胃病,进而拖延救治,错过黄金救治时间。

识别3类急性心肌梗死信号,抓住黄金救治时间120分钟

典型信号(约30%的患者)

胸骨后或心前区出现压榨样、紧缩样剧痛,如同大石头压在胸口,疼痛持续超过15分钟不缓解,休息或含服硝酸甘油无效,同时伴随大汗淋漓、心慌、濒死感。

不典型信号(春夏高发,约50%的患者)

上腹部疼痛,伴随恶心、呕吐、腹胀,常被误诊为胃炎、胆囊炎;下颌痛、牙痛、咽部发紧,无牙龈红肿,易被当成上火、咽炎;左肩、后背、左上肢疼痛麻木,易被误认为是肩周炎、颈椎病。

隐匿信号(老年患者,糖尿病患者多见,约20%的患者)

无明显胸痛症状,仅突发胸闷、气短、呼吸困难、头晕、出冷汗、全身乏力等症状。因这类症状无特异性,许多人不会将其与心肌梗死联系起来。

黄金急救法则:出现上述任何一种不适,立即拨打120,清晰说明“胸痛/疑似心肌梗死”,勿自行驾车就医,等待期间保持平躺放松。黄金救治时间为120分钟,每早1分钟开通血管,就能多

挽救1%的心肌。

春夏之交预防急性心肌梗死,需采取5项关键措施

严控“三高”,稳定血管斑块

血压控制在140/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)以下,老年患者可放宽至150/90毫米汞柱,规律服药;低密度脂蛋白胆固醇控制在2.6毫摩尔/升以下,高危人群低于1.8毫摩尔/升,遵医嘱服用他汀类药物;空腹血糖控制在7.0毫摩尔/升以下,餐后2小时血糖低于10.0毫摩尔/升。

饮食调理:坚持“三减一多”

减盐,每日食盐≤5克,少吃腌菜、重口味菜肴;减油,每日烹调用油≤25克,少油炸、红烧;减糖,不喝含糖饮料,少吃甜点;多吃新鲜蔬菜、水果和粗粮,每日蔬菜摄入量不低于500克,粗粮占主食的1/3。

起居运动:保暖避寒,适度锻炼

早晚及时添衣,避免冷风直吹胸部、颈部;每日保证7小时~8小时睡眠,不熬夜、不过度劳累;运动选择快走、打太极拳等温和项目,每周5次,每次30分钟,避开清晨6点~9点低温高危时段。

戒烟限酒,情绪稳定

坚决戒烟,尼古丁会诱发血管痉挛、斑块破裂,二手烟同样有害;严格限制饮酒,最好不饮酒;保持心态平和,少生气、不激动,通过散步、听音乐调节情绪。

常备急救药,牢记急救电话

急性心肌梗死高危人群家中要常备硝酸甘油、速效救心丸,胸痛发作时舌下含服硝酸甘油1片,每5分钟可重复1次,最多服用3片,症状无缓解立即拨打120。

避开三大致命认知误区

误区一:胸痛忍一忍就过去了。急性心肌梗死病情进展极快,每拖延1小时,心肌坏死面积扩大50%,死亡率大幅升高。

误区二:年轻人、没有“三高”的人不会得急性心肌梗死。长期熬夜、压力大、吸烟等不良生活习惯也会诱发急性心肌梗死,30岁以上人群需警惕。

误区三:放了支架就“一劳永逸”。支架只是把最严重的狭窄部位撑开,不能阻止其他血管形成新的斑块。术后应控制危险因素,规律服药。

(作者供职于南阳市第二人民医院心内科)

很多因反复腹痛就诊的孩子,他们的超声报告上都会有“肠系膜淋巴结肿大”这一结论。不少家长会自然而然地认为这就是腹痛的原因。事实上,这很可能是误解。

我们要明确一个核心事实:肠系膜淋巴结肿大在影像学报告中本质上是一种影像学描述,而不是一个疾病诊断。换句话说,超声检查中看到淋巴结比普通大一些,并不代表它就是引起腹痛的“元凶”。

研究发现,在慢性腹痛的儿童中,超声检查发现肠系膜淋巴结超过一定范围的比例相当高。更有意思的是,对于大量完全没有腹痛症状的健康儿童,同样可以观察到较大的肠系膜淋巴结。这说明,肠系膜淋巴结的大小在正常人群中本身就存在很大的个体差异。因此,儿童超声检查提示肠系膜淋巴结肿大,很多时候仅仅是一种正常的生理变异或非特异性反应,并非疾病本身的表现。

正因如此,如果仅凭超声检查发现的肠系膜淋巴结肿大就认定这是孩子反复腹痛的唯一原因,并放弃寻找其他病因,可能会漏掉一些真正需要干预的器质性疾

病。什么情况下需要提高警惕呢?需要说明的是,目前,国内外尚没有一个能够直接判定“超过某个大小就是病理状态”的统一淋巴结尺寸标准。因为正常儿童与患病儿童的淋巴结大小存在大量重叠,且受年龄、体格、感染史等多种因素影响。

尽管如此,临床专家共识还是提出了一些可供参考的“警惕线索”:当某个淋巴结的长径明显增大、短径明显增宽,或者在同一个超声切面上看到多个淋巴结聚集在一起时,医生会认为存在病理性肿大的可能性,需要进一步检查。需要强调的是,这些线索仅具有提示意义,而非诊断标准——达到这些数值不等于确诊严重疾病,未达到也不等于绝对安全。如果淋巴结持续增大、融合成团,或伴随发热、盗汗、体重下降等全身症状,需要警惕并排查淋巴瘤、克罗恩病、肺结核等器质性疾

病。此外,需要特别提醒的是,临床上还有一种情况被称为急性肠系膜淋巴结炎。它通常继发于上呼吸道感染之后,表现为高热和急性发作的腹痛。这与本文所讨论的儿童反复、慢性腹痛中的肠系膜淋巴结肿大现象在病因、起病过程和临床表现上都有着本质区别,切勿将两者混为一谈。

总而言之,对于儿童反复腹痛,超声检查发现肠系膜淋巴结肿大并不等于找到了病因。临床诊疗中需先详细采集病史,完成全面体格检查,对可疑器质性疾病进行针对性排查后,若仍未发现明确病因,方可考虑按功能性消化不良等器质性疾病进行处理。

请记住,很多时候,肠系膜淋巴结肿大只是一个“旁观者”,而不是真正的“肇事者”。不要让它轻易替真正的病因“背锅”。

(作者供职于山东省沂南县人民医院)

针灸减肥 效果因人而异

□曹伟

随着减肥需求的日益增长,针灸作为一种绿色、温和的减肥方式,颇受青睐。但是,也有人认为针灸没啥效果,不过是一种心理安慰。

其实,针灸减肥有明确的医学原理支撑,效果因人而异,且需配合科学的生活方式才能发挥作用。很多人觉得针灸减肥是心理作用,主要是因为它是没有西药、手术那样立竿见影的效果。

从中医角度来说,肥胖的核心多与脾胃失调、痰湿内蕴、肝郁气滞有关。脾胃功能弱会导致水湿代谢不畅,造成脂肪堆积;压力大、情绪差会影响脾胃运化,引发压力性进食;气血不足会导致代谢变慢,脂肪更容易堆积。针灸通过刺激特定穴位,调节脏腑功能,从根本上解决这些问题,这是其有真实疗效的基础。

从现代医学角度看,针灸的减肥作用主要体现在3个方面:一是抑制食欲,刺激内关、耳穴等特定穴位,能调节大脑的食欲中枢,降低饥饿素水平,提升瘦素敏感性,让我们更容易产生饱腹感,减少暴饮暴食的冲动。

二是促进代谢,针刺足三里、关元等穴位,能促进血液循环,提升基础代谢率,让身体在静息状态下也能消耗更多热量,同时激活脂肪酶,加速脂肪分解。三是调节内分泌,对于因激素波动导致的肥胖,比如围绝经期女性的腹型和肥胖,针灸能调节相关激素分泌,改善胰岛素抵抗,辅助控制体重。

说实话,针灸减肥的效果确实会受心态、情绪的影响,这也是为啥有些人觉得它是一种心理安慰的原因。一方

面,很多人在接受针灸治疗时会主动调整生活习惯,比如减少高油高盐饮食的摄入,增加运动量,这种行为模式本身就会诱导体重下降,但患者往往将减重效果完全归因于针灸治疗。另一方面,心理暗示的作用不可忽视,当人们对针灸减肥充满期待时,身体会产生积极的心理反应,如改善焦虑情绪、优化睡眠质量,间接辅助减重,这并非“虚假疗效”,而是心理与生理的协同作用。

这里要提醒大家,针灸减肥有明确的适用人群,并非人人适合。单纯性肥胖,也就是因饮食不节、久坐少动、情绪压力大导致的肥胖,适合进行针灸治疗;如果是疾病或药物引起的继发性肥胖,需要先治疗原发病,针灸只能作为辅助手段。针灸减肥不是“躺瘦”,它需要配合合理饮食和适度运动,才能达到理想效果,脱离健康的

生活方式,再有效的针灸也难以阻止体重反弹。

还要注意,针灸属于医疗行为,必须由专业医师操作,无菌操作、辨证取穴是保证疗效和安全的关键,切勿在无资质的机构进行,以免引发感染、晕针等问题。另外,针灸减肥的效果是循序渐进的,通常1个~3个疗程才会较明显,不能急于求成。

总之,针灸有减肥效果,它通过调节脏腑、代谢和食欲,为减肥提供助力,但它不是“特效药”,离不开好心态和生活习惯的配合。把针灸当作一种辅助减肥的手段,结合健康饮食、规律运动和良好的心态,才能真正实现科学减重。

(作者供职于山东省枣庄市中医院)

儿童腹痛 别让肠系膜淋巴结肿大「背锅」

□陈晓华