

如何科学管理你的“三高”指标

肖霞 重庆市垫江县坪山中心卫生院

“三高”(高血压、高血脂、高血糖)就像潜伏在身体里的“沉默杀手”,早期可能没明显症状,却悄悄损伤血管、心脏、肾脏等重要器官,引发心梗、脑梗、肾病等严重并发症。其实“三高”并不可怕,只要用对方法科学管理,就能把指标稳稳控制在安全范围,不影响正常生活。下面就用通俗的语言,拆解一套实用的管理方案。

首先需要搞懂:你的指标“合格”了吗?

管理“三高”先得有明确目标,不同人群的正常标准略有差异,以下是成人通用参考值,具体目标可遵医嘱调整:①高血压:收缩压<130mmHg,舒张压<80mmHg;超过140/90mmHg就需要干预。②高血脂:总胆固醇<5.2mmol/L,甘油三酯<1.7mmol/L,低密度脂蛋白(坏胆固醇)<3.4mmol/L。③高血糖:空腹血糖<6.1mmol/L,餐后2小时血糖<7.8mmol/L;糖化血红蛋白<6.5%。建议40岁以上人群每年至少检测1次,有家族史、肥胖、久坐等危险因素的人,每3—6个月检测1次,早发现才能早干预。

其次,需要开展饮食管理,“三高”都和饮食密切相关,核心原则是“低盐、低脂、低糖、高纤维”,不用刻意节食,关键在“搭配”:①控盐:每天食盐摄入量<5克,少吃咸菜、腌肉、加工食品(如火腿肠、方便面),烹饪用醋、酱油、香料代替部分盐。②控脂:少吃动物内脏、肥肉、油炸食品,选择橄榄油、菜籽油等植物油,每天烹调油用<25克;每周吃2—3次深海鱼(如三文鱼、鲑鱼),补充不饱和脂肪酸。③控糖:少喝含糖饮料,少吃甜点,用杂粮(玉米、燕麦、糙米)代替部分精米白面,避免血糖快速波动。④补纤维:多吃绿叶蔬菜(每天500克以上)、新鲜水果(每天200—350克)、豆类及豆制品,促进代谢,帮助调节血脂血糖。

再次,作运动干预:运动能改善血管弹性、消耗多余脂肪和糖分,是管理“三高”的免费“良药”:①选择合适运动:优先选快走、

慢跑、游泳、骑自行车等有氧运动,避免剧烈运动;高血压患者不宜做低头、憋气的动作(如举重),防止血压骤升。②控制运动强度和时

间:每周至少运动5次,每次30分钟以上,运动时感觉“心跳加快但能正常说话”即可,不用追求大汗淋漓。③注意事项:运动前先热身5分钟,运动中若出现头晕、胸闷、气短,立即停止休息;血糖偏低的糖尿病患者,运动前可吃少量零食(如半块面包)。最后,需要开展药物治疗,如果通过饮食和运动调整3—6个月

后,指标仍不达标,一定要遵医嘱用药,别自行停药、减药或换药:①高血压:常用降压药有地平类、沙坦类等,每天固定时间服用,不可凭感觉停药,血压正常是药物控制的结果,擅自停药会导致血压反弹。②高血脂:他汀类药物是常用的调脂药,能降低“坏胆固醇”,服药期间定期复查肝功能。③高血糖:降糖药有口服药和胰岛素,需根据血糖情况调整,糖尿病患者要随身携带糖果,防止低血糖。

除此之外,还需要做好日常监测与习惯:①定期监测:高血压患者每天早晚各测1次血压,记录数值;糖尿病患者每周监测2—4次空腹和餐后血糖;高血脂患者每3—6个月复查1次血脂。②戒烟限酒:吸烟会损伤血管内皮,酒精会升高血压和血糖,最好不抽烟、不喝酒;实在要喝,男性每天酒精摄入量<25克,女性<15克。③情绪管理:焦虑、愤怒等不良情绪会让指标骤升,平时可通过听音乐、散步、聊天等方式放松,保持心态平和。

总之,“三高”管理是一场持久战,没有捷径可走,但只要坚持“管住嘴、迈开腿、遵医嘱、常监测”,就能把指标控制好,和健康人一样生活。如果指标持续超标或出现头晕、胸闷、视物模糊等症状,一定要及时就医,让医生制定个性化管理方案。记住,科学管理比盲目焦虑更有用!

脑卒中科学康复,半年内重拾行走的钥匙

程杰 重庆医科大学附属康复医院

据统计,我国每年新发脑卒中患者约300万,其中约70%—80%因运动功能障碍导致生活无法自理。但临床数据同样给出了希望之光:在病情稳定、康复介入及时且规范的前提下,超过七成患者有望在发病后6个月内恢复独立行走能力。这条路如何科学开启?关键在于理解并抓住康复的“时间窗”与“方法论”。

北京协和医院康复医学科主任、中华医学会康复医学分会主委黄东锋教授指出:“行走能力的恢复,不仅是肢体功能的重建,更是患者尊严与生活希望的回归。抓住康复关键期、遵循科学方法,是实现这一目标的核心。”

一、黄金期:不仅是时间,更是“神经可塑性”的最佳干预窗口

脑卒中后3—6个月,常被称为康复“黄金期”。其核心科学依据在于“神经可塑性”,即大脑在受损后,通过强化现有神经连接或建立新连接的方式来代偿功能。此阶段,神经系统具有最强的适应与重塑能力。早期、科学地干预,能像“导航重新规划路径”一样,最大限度地促进健康脑区接管部分受损功能。需要强调的是,即便超过6个月,神经可塑性依然存在,持续康复仍能带来功能改善,因此绝不能轻言放弃。

二、分阶段康复训练:一个循序渐进的重建系统

康复绝非简单地“活动手脚”,而是一个基于功能评估、分阶段推进的系统工程。

1.卧床期(急性期,通常在发病后1—2周内)

良肢位摆放:这是预防关节畸形的关键。需将患侧肢体置于抗痉挛的正确姿势。例如,上肢应保持肩关节稍外展、肘腕伸展、手指分开;下肢应保持膝关节微屈、踝关节呈90度,避免足下垂。

被动关节活动:在治疗师或经过指导的家庭帮助下,对患侧所有关节进行全范围、轻柔地屈伸、旋转等活动。每日2—3次,每个动作维持数秒,以维持关节灵活性,但切忌暴力拉扯。

2.坐起与平衡期(通常发病后2—4周开始)

重新认识影响全球10亿人的偏头痛

蒲荻 重庆医药高等专科学校附属第一医院

一提到“偏头痛”,很多人就会想到“头痛而已,忍一忍就好了”。然而,正是受到大众的误解,许多偏头痛症状都被忽视,甚至将其与普通头痛混为一谈。实际上,偏头痛对人体健康存在极大的威胁,其致残率仅次于中风。偏头痛除了会带来疼痛症状,还会产生畏光、恶心等不适感,少数患者还有引起脑梗死发生的风险,这对患者日常生活和工作效率带来了显著的不良影响。对此,以下则带大家了解偏头痛的临床症状与治疗方法。

1.偏头痛

偏头痛属于原发性的神经系统疾病,其发病机制较为复杂。发病时通常表现出多数单侧,少数双侧或全头的剧痛症状,通常可持续4—72小时,并且还可能产生呕吐、恶心、畏光、怕声等症状。个别患者在发病前还会出现肢体麻木、视物模糊等症状,提示患者即将出现偏头痛症状。偏头痛是受到环境、遗传等多种影响因素相互作用所形成的,其中血清素、降钙素基因相关肽等会对疼痛信号传递造成较大的影响,致使患者出现头痛循环。所以,偏头痛除了是血管健康问题,还是身体神经系统的失衡。

在女性群体中,月经偏头痛一般发生于月经前后,发作时存在更为剧烈的疼痛症状,严重影响日常生活。

2.偏头痛的影响

受到偏头痛的影响,患者将无法正常工作、学习,生活自理能力将大幅下降,最终达到医学“致残”标准。目前,由头痛造成的致残患者人数呈现出显著上升趋势,尤其是青壮年、女性群体占比重要组成部分,对公共卫生事业带来了巨大挑战。

然而,由于大众对偏头痛的了解程度相对较少,错误地忍耐、盲目依赖止痛药,不仅无法有效控制病情进一步发展,还会受到用药过度的影响,导致患者产生多种不良反应,致使疼痛症状加重,直接影响患者预后品质。

3.偏头痛的常见误区

3.1休息后就好了:相较于普通头痛症状,偏头痛患者即便休息后依然无法取得缓解效果。在病情发作时,患者脑部始终处于激惹状态,利用睡觉的方式很难改善临床症状。另外,非处方止痛药主要用于改善外周疼痛,较为常见的有布洛芬,具有显著的镇痛作用,

渐进式坐起训练:从抬高床头30°开始,逐渐增加角度与时间,直至能独立维持90°端坐。此过程需密切监测血压与心率,防止体位性低血压。

坐位平衡训练:从静态坐稳开始,逐步过渡到在保护下进行身体重心前后左右的转移,训练躯干与骨盆的协调控制能力。

3.站立与行走期(通常在发病后1个月及以上)

起立与站立训练:在治疗师辅助或借助平行杠下,练习从坐位到站位的转移。重点训练患侧下肢的负重能力,承重应从部分体重开始逐步增加。

迈步与步行训练:先在平行杠或助行器辅助下,分解练习重心转移、患腿摆动、足跟着地等动作。随后逐步过渡到平地行走,并练习上下台阶、绕障碍物等复杂环境适应。

三、贯穿始终的康复原则与风险管控

1.个体化与循序渐进:康复方案必须基于专业的康复评定(如Brunnstrom分期、平衡功能评定等)来制定。训练强度应遵循“少量多次、逐步增量”的原则,以训练后次日不感到过度疲劳为准。

2.身心同步干预:脑卒中后抑郁、焦虑等症状发生率极高。心理支持与情绪疏导是康复的“催化剂”,家属的积极鼓励与患者的主动参与至关重要。

3.基础病的严格管理:《中国脑卒中二级预防指南(2023版)》明确,康复全程需严格控制血压(目标值<140/90mmHg)、血糖(糖化血红蛋白<7.0%)、血脂(低密度脂蛋白胆固醇<1.8mmol/L),并戒烟限酒。这是防止卒中复发、维持康复成果的根本,与康复训练同等重要。

重新走路,是脑卒中康复路上一个里程碑式的目标。而比这更重要的,是通过科学的康复之路,患者重新掌舵自己的人生方向,找回对生活的掌控感与参与感。这条路,需要科学指引,更需要家人不离不弃的陪伴与智慧的支持。每一步,都算数。

但是,偏头痛并非简单的头痛,其主要是受到中枢神经系统紊乱的影响,致使头部产生疼痛症状。所以,在出现偏头痛症状后,自行使用镇痛药物很难达到理想的改善效果。因此,偏头痛患者如非特异性止痛药治疗无效,需要立即前往医院应用特异性药物展开治疗干预,其能够直接作用于患病区域,治疗效果远超常规止痛药物。

3.2压力大造成的头痛:偏头痛的形成与情绪压力存在一定联系,也并非完全是受到心理问题的影响。此类疾病存在一定遗传性因素。比如,父母均存在偏头痛,那么子女的患病风险也将大幅上升。因此,在偏头痛患者中,外在诱因占比相对较小,遗传因素占比相对较高;但仍需注重情绪控制,避免情绪波动加重头痛症状。

3.3只是头痛而已:偏头痛与普通头痛在医学上存在明显差异,尽管都存在头痛症状,但偏头痛对人体威胁更大。对于偏头痛的诊断而言,需要符合搏动性、持续4—72小时等特点,并且伴随全身性症状,包括但不限于畏光、恶心等症状。因此,偏头痛的发作机制更加复杂,并非普通的头痛症状,需要患者引起高度重视。

4.偏头痛的治疗

保持规律、健康的生活习惯能够有效防范偏头痛发作,降低疾病影响程度。研究指出,若生活作息不规律、长期失眠、过度劳累等,都可能增加偏头痛的发作风险,甚至还会加重临床症状;但在积极参与体育运动、维持健康作息的情况下,则能够控制病情发展,减少发作次数。因此,对于确诊偏头痛患者而言,应主动纠正过往不良行为,结合身体状况每周参与适量的有氧运动,如慢跑、游泳等,做到早睡、早起。

在日常饮食中,酒精、咖啡因的过度摄入也可能诱发偏头痛。因此,有必要合理控制摄入量,以降低偏头痛发作的风险。

最后,在药物治疗中,可选择使用非特异性药物、特异性药物及止吐药来缓解症状。非特异性药物主要包括非甾体抗炎药、对乙酰氨基酚和含咖啡因的复方镇痛药,适用于各种疼痛,不局限于偏头痛。特异性药物专门针对偏头痛发病机制而研发的,主要包括曲普坦类药物和降钙素基因相关肽(CGRP)受体拮抗剂,对治疗偏头痛症状可以起到显著的干预效果,尤其是CGRP受体拮抗剂对偏头痛不但有治疗作用还有预防作用。但是,在治疗期间若无法达到理想的改善效果,需要及时调整治疗方案,以免过度用药引发其他不良反应。

退行性腰椎滑脱的手术与非手术选择

蒋德春 重庆市铜梁区人民医院

退行性腰椎滑脱是中老年人常见的脊柱问题,该疾病是由于腰椎退变引起上位椎体相对于下位椎体向前滑移的一种脊柱疾病。简单说就是随着年龄增长,腰椎的“零件”老化,导致一节腰椎相对于下一节向前或向后移位,就像积木错位一样,同时,腰椎的小关节也会发生退变、增生等改变,进而影响腰椎的稳定性。在这些因素的共同作用下,上位腰椎椎体可能会逐渐向前滑移。这种情况可能引发腰痛、腿麻、走路无力等症状,严重时甚至会影响日常活动。因此,很多患者在确诊以后都会产生纠结情绪:退行性腰椎滑脱到底是该做手术还是作保守治疗呢?其实答案没有绝对好坏,关键看病情轻重和身体状况进行合理选择,最终目标就是保证治疗效果和安全性。

首先,谈谈非手术治疗,这是大多数轻症患者的首选。如果你的症状比较轻微,比如只是偶尔腰痛,久坐或弯腰后加重,休息后能缓解,没有明显的腿麻、走路不稳,影像学检查显示滑脱程度较轻,那么保守治疗完全够用。

非手术治疗的核心是“养”和“练”结合。首先要调整生活习惯,避免久坐久站、弯腰搬重物,捡东西尽量用屈膝下蹲代替弯腰,减少腰椎负担;平时可以佩戴腰围,给腰椎提供支撑,尤其是做家务或出门散步时,能有效保护腰部。其次是物理治疗,比如热敷、针灸、按摩等,能促进局部血液循环,缓解肌肉痉挛和疼痛;如果疼痛明显,医生可能会开一些消炎镇痛药或营养神经的药物,帮助减轻症状。最重要的是康复锻炼,重点练腰背肌,比如小燕飞、五点支撑,肌肉强壮了才能更好地稳定腰椎,减少滑脱加重的风险。

再来说手术治疗,它适合病情较重的患者。如果你的滑脱程度超过椎体宽度的1/4,或者出现明显的神经压迫症状,比如腿麻、腿痛持续不缓解,走路像踩棉花,甚至出现大小便功能障碍,就需要考虑手术。另外,经过3—6个月保守治疗后症状没有改善,甚至越来越严重,影响正常生活和睡眠,也建议手术干预。

手术的核心目的是“复位、固定、减压”:先把错位的腰椎复位到正常位置,再用螺钉和钢板固定,防止再次滑脱;同时清除压迫神经的骨头或软组织,让神经不再受挤压。现在脊柱手术技术很成熟,很多可以通过微创手术完成,伤口小、恢复快。但手术毕竟有创伤,术后需要卧床休息一段时间,然后进行康复训练,而且有一定的手术风险,比如感染、神经损伤等,这些都需要和医生充分沟通。

还有一些关键因素会影响选择。比如年龄和身体状况,如果是70岁以上的老人,身体比较虚弱,有高血压、糖尿病等基础病,手术风险会相对较高,医生通常会优先推荐保守治疗;而对于中青年患者,身体恢复能力强,如果症状严重影响工作和生活,手术治疗能更彻底地解决问题,避免病情拖延加重。

最后提醒大家,退行性腰椎滑脱的治疗没有“一刀切”的方案。确诊后一定要去正规医院的骨科或脊柱外科就诊,医生会结合你的症状、影像学检查结果和身体状况,给出个性化建议。无论选择哪种方式,都要重视康复和保养,避免腰椎过度劳累,才能有效控制症状,提高生活质量。如果症状突然加重,比如出现大小便失禁、腿部无力加重,一定要及时就医,不要拖延。

尿液是健康的“信号灯”——读懂“红色”警报

权志慧 重庆市璧山区人民医院

血尿是身体发出的重要健康警报,血尿伴随的症状可提示不同疾病。日常应注意充足饮水、避免憋尿、保持个人卫生。一旦发现血尿,做到科学应对。

一、什么是血尿?真假血尿的鉴别!

血尿是指尿液中含有红细胞,分为“肉眼血尿”(肉眼可见的尿液变红)和“镜下血尿”(显微镜下才能发现)。值得注意的是,并非所有红色尿液都是真性血尿。在医学上,我们需要区分真性血尿和假性血尿:

1.真性血尿——离心尿红细胞>3个/高倍视野,1L尿含1ml血即呈现肉眼血尿。真性血尿通常提示95%可能来源于泌尿系统,需要进一步检查明确原因。另有5%可能为全身性疾病所致。

2.假性血尿——则是指尿液变红并非由血液引起,可能的原因包括:

2.1外源性物质:食物影响:红心火龙果、苋菜、黑莓等可使尿液变红,以及食用大量含人工色素的食品或饮料。

药物影响:利福平可导致橘色尿;抗疟疾药、复合维生素B等可导致棕色尿。

2.2内源性血红蛋白尿或肌红蛋白尿(尿隐血呈阳性,但镜检无红细胞)。血红蛋白尿:由于血管内溶血导致血浆中游离血红蛋白过多,经肾脏从尿液中排除。常见于:蚕豆病、严重烧伤等;

肌红蛋白尿:由于肌肉组织严重受损,肌红蛋白释放入血,从尿液排出,常见于严重挤压伤(如地震)、过度剧烈运动(如马拉松)等。

2.3其他因素:女性经血混入尿液、尿道口皮肤破损出血等。简单鉴别:假性血尿通常不伴尿频、尿急、尿痛等泌尿系统症状,且尿常规检查显示潜血为阴性。

二、血尿伴随的症状及可能的疾病

血尿背后的病因复杂多样,伴随的症状往往能提供重要线索:血尿伴尿频、尿急、尿痛:可能提示“泌尿道感染”,如尿道炎、膀胱炎。严重感染时还可能伴有发热、腰痛。

血尿伴剧烈腰痛:这种疼痛如刀割样,可能表明有“泌尿系结石”。结石移动时划伤尿路内壁引出血尿。

无痛性肉眼血尿:这是最需要警惕的信号,尤其对于中老年人,可能提示“泌尿系统肿瘤”,如膀胱癌、肾癌等。这种血尿“不痛不痒”却最危险,容易让人忽略。

血尿伴蛋白尿、水肿、高血压:可能提示“肾小球疾病”。

血尿伴排尿困难、尿流变细:中老年男性可能出现这些症状,可能与“前列腺问题”有关,如前列腺肥大或前列腺癌。

三、发现血尿应该做哪些检查?

当出现血尿时,通常会建议进行以下检查以明确病因:

1.尿常规检查。这是最基本、最重要的筛查项目,可以确认是否为真性血尿,同时检测尿液中的蛋白质、白细胞等。尿红细胞形态分析还能帮助判断血尿是否来源于肾小球。

2.影像学检查。泌尿系超声:无创、无辐射,是筛查结石、肿瘤、结构异常的首选方法。

CT尿路成像:能更精细地检测小结石、小肿瘤和复杂问题,对输尿管病变的显示优于超声。

3.膀胱尿道镜检查。当怀疑膀胱或尿道病变时,医生会通过纤细的内窥镜直接观察膀胱和尿道内部。这对于无痛性血尿尤为重要,能发现早期膀胱癌。

4.血液检查。包括肾功能、凝血功能、免疫指标等,帮助评估全身状况。

就医建议:发现血尿后应先冷静观察,记录尿液颜色、伴随症状等。如果血尿伴随剧烈腰痛、高热、尿量明显减少,或您有出血性疾病史、正在服用抗凝药物,应立即就医。

四、日常预防与注意事项

充足饮水:每天饮用2000毫升以上白开水,帮助稀释尿液中的毒素,减少感染和结石风险。

避免憋尿:规律排尿,防止细菌在膀胱内滋生。

注意个人卫生:保持尿道口和生殖器清洁,防止尿路感染。

均衡饮食:避免摄入过多高钙食物,预防结石形成;减少食用过咸食品,保护肾脏健康。

谨慎用药:长期服用止痛药、抗凝药者需定期复查血常规和肾功能。

及时就医:一旦发现血尿,应及时就医,不要因自行诊断为“上火”而延误治疗。

结语:血尿是身体发出的重要警报信号,我们既不必过度恐慌,也不能掉以轻心。正确的做法:不忽视,不拖延,科学应对。