

常运动促循环 善保温防烫伤

让怕冷的糖友暖起来

不少糖友会出现不同程度的手脚冰凉、畏寒现象,这不仅是简单的怕冷,更可能是身体发出的警报。

糖友容易畏寒主要与血管和神经两大通路受损有关:

一方面,高血糖会损伤血管内皮,导致血管硬化,甚至狭窄,引起血液循环不畅,尤其是手脚这些离心脏较远的“边远地区”,血液供应不足,自然会感到寒冷。

另一方面,糖尿病周围神经病变会影响机体感觉神经,导致人体对冷、热的感觉异常;同时,使调节血管收缩、舒张的神经功能受损,导致热量流失过快。此外,糖友畏寒可能是甲减、贫血、心血管疾病等伴发疾病的征兆。如果畏寒伴随乏力、体重异常增加、皮肤干燥、记忆力减退,要警惕甲减;如果伴有头晕、面色苍白、心悸,需考虑贫血的可能。因此,出现异常畏寒时,应就医排查具体原因。

如果是糖尿病周围神经病变,患者除了手脚冰凉以外,常伴有手足异样感,如脚上总觉得像穿着一双袜子,赤脚踩地却感觉像踩在棉花上;或出现麻木、刺痛、烧灼感,夜间尤其明显;严重时,可能对冷热、疼痛不敏感,容易在无意中受伤,如洗脚烫伤、



鞋内异物磨破皮肤。临床上,常用药如甲钴胺片可修复受损神经,美洛加巴林可缓解疼痛等不适,木丹颗粒、参蝎止痛胶囊等中药既缓解症状,又改善神经功能。此外,可将乳香、没药、苏木等温经通络的中药制成贴剂,敷于特定穴位,也可在耳部相应反射区贴压耳穴压丸以助改善。

如果是糖尿病血管病变引起的畏寒往往更“实在”,患者手脚皮肤温度低于正常人,皮肤可能苍白或暗紫,腿部毛发稀疏,趾甲增厚。典型

特征是间歇性跛行,即行走一段距离后小腿疼痛,休息后缓解;严重时,即使休息也疼痛,甚至出现难以愈合的溃疡。治疗上,除了严格控制血糖、血压、血脂外,一定要戒烟。同时,根据患者临床表现,可用贝前列素钠片扩张血管,改善微循环,氯吡格雷片防血栓,还可用心血逐瘀胶囊、补阳还五汤、当归四逆汤、阳和汤等活血化瘀、益气温阳的中药。中医外治法同样有效,可在医生指导下,用温经通络的中药泡脚15至20分钟,水温

不超过37℃;也可沿腿部经络进行轻柔按摩,从脚踝向膝盖方向,促进血液回流。

日常生活中,糖友要缓解畏寒可采取以下措施:

运动促循环 每天坚持30分钟中等强度运动,如游泳、骑自行车、太极拳等,可显著改善血液循环;避免久站或久坐,每隔1小时活动一下脚裸。

饮食能温补 冬季可适当食用温性食物,如生姜、桂圆、羊肉等,避免生冷食物;保证充足饮水,尤其是使用列净类降糖药的糖友。

揉穴强体质 每晚温水泡脚后按摩涌泉穴(脚底前1/3凹陷处)100次;平时常按足三里(膝盖外侧凹陷下约四指宽处)可增强体质,按阳陵泉(小腿外侧,腓骨小头前下方凹陷处)可改善下肢循环。

每天检查脚 鞋子要宽松舒适,每天检查双脚,特别是趾缝和脚底;沐浴后,可用白色毛巾彻底擦干,尤其趾缝;皮肤干燥时,可涂抹润肤霜,但避免涂在趾缝间。

保暖要有度 注意取暖设备的使用,避免直接接触热源,如热水袋、电热毯,以免烫伤。

陆灏(据人民网)

老年糖友守住血压安全线

对于数百万2型糖尿病合并慢性肾病(俗称糖肾)的老年人来说,血压管理如同走钢丝:强化降压可能降低心血管风险,但在高龄、多病人群中可能带来更高的死亡与功能损害风险。

近期一项发表在英国《糖尿病、肥胖与代谢》杂志上的研究发现,比高血压更危险的是“不量血压”。研究显示,在患有糖肾的老年患者中,缺乏规律血压监测者的死亡风险,比血压正常者高出约65%,且这一风险显著高于单纯血压升高带来的风险。此外,血压过低也并非绝对安全,较低的血压与主要不良心血管事件及死亡风险中度增加相关。

老年糖肾患者的血压之所以特别难管,往往是身体同时面临几重难关。年纪大了,血管弹性变差,血压容易波动。再加上许多老人同时患有多种慢病,治不同病的药物有时会互相影响,让血压更难稳住;更关键的是,受损的肾脏功能会打乱身体水盐平衡,直接推动血压升高。此外,老年人身体较弱,如果强行把血压降得太低,心、脑、肾等重要器官可能供血不足,反而引起头晕、摔倒,甚至损伤肾功能。

所以糖肾患者的血压管理不能“一刀切”,要找到最适合自己的平稳方案。大多数糖尿病或慢性肾病患者,血压应控制在低于130/80毫米汞柱。这是延缓肾病进展、降低心血管风险的关键防线。但对于80岁以上或身体较弱的老人,初始目标可放宽至140至150/90毫米汞柱,优先保证无不适感,再在医生指导下逐步优化。

建立规律的家庭血压监测习惯,是管理的第一步。建议每日早晚各测一次,早晨在服药前、晚上在睡前测量,测量前静坐休息5分钟,保持手臂与心脏同高。记录每次的血压和心率,并在就诊时带给医生。当家庭血压多次高于135/85毫米汞柱或持续低于110/70毫米汞柱并伴有头晕时,应及时就医。

对老年糖肾朋友来说,稳住血压需要“三匹马”一起发力。生活习惯是基础,吃饭清淡些,适当活动,戒烟限酒,睡个好觉;规律用药是关键,常用的普利或沙坦类药既能降压又能护肾,要遵医嘱服用,千万别自己调药或停药;定期复查是保障,按时去医院查血压、血糖、尿蛋白和肾功能等指标,医生会根据结果及时调整治疗方案。

慧玲(据新华网)

医学新知

糖肾用药关注尿蛋白

阿托伐他汀和瑞舒伐他汀为目前临床上常用的他汀类药物,广泛用于治疗合并有慢性肾病的糖尿病患者。近期,中国香港中文大学学者在国际顶刊《柳叶刀》子刊《电子临床医学》发表新研究表明,在中国糖肾患者中,瑞舒伐他汀的心血管保护作用更佳,但新发蛋白尿风险更高。

该研究纳入中国香港医院管理局电子病历数据库中10.6万余例成人糖尿病患者的健康数据。研究人员通过专业统计计算发现,这两种他汀类药物对终末期肾病发病风险的影响相似,对肾功能可能造成的损害也没有明显差异。与阿托伐他汀相比,使用瑞舒伐他汀可能造成心血管不良事件和全因死亡风险都更低。此外,瑞舒伐他汀在降低低密度脂蛋白胆固醇方面更有优势,且这一优势在以中等强度治疗时尤其突出。然而,瑞舒伐他汀与新发蛋白尿风险增加相关,且呈现剂量依赖特征。

尽管瑞舒伐他汀在保护心血管、降血脂等方面有优势,但研究人员提示,使用时应加强肾功能和蛋白尿监测,同时根据个体风险谨慎选择他汀种类和剂量。

王添源



绝经年龄与糖尿病风险无关

绝经会导致女性体内激素发生巨大变化。这使得很多研究者推测,早发性绝经(40岁至45岁)或过早绝经(40岁以下)会增加女性患1型或2型糖尿病的风险。但最近刊登在美国《更年期》杂志上的研究表明,绝经年龄与糖尿病之间没有独立或具有临床意义的关联。

西班牙米格尔·埃尔南德斯·德埃尔切大学(简称UMH)研究人员分析了近14.7万名平均年龄60岁女性的相关数据,并进行了平均14.5年的随访。参试女性中,60%为超重或肥胖体型,4.5%被诊断患有糖尿病。虽然较早绝经的女性糖尿病发病率略高,但当纳入更多影响因素后,这种关联便明显减弱,不再具有独立相关性。研究同时发现,其他风险因素对糖尿病发病率的影响更加显著,主要包括吸烟、肥胖、蔬菜摄入量明显不足、服用降脂药、高盐摄入。

更年期协会(原北美更年期协会,NAMS)医学主任斯蒂芬妮·福比昂博士说:“该研究结果强调,虽然绝经后女性糖尿病风险增加,但这似乎与绝经年龄或绝经方式无关,而是与心血管健康程度及生活方式相关。”不过,未来还需要更多研究来探索早发性绝经与其他疾病的因果关系,以便为绝经女性提供更适当的预防措施。

耿一静

睡眠小道理

界反应麻木,看起来神不守舍。

除了这一系列的分离症状外,患者往往一闭上眼睛,脑海中就会不由自主地重现创伤发生时的痛苦经历。因此,许多患者从内心深处不愿意回忆创伤的过程。甚至在被追问创伤细节时,会表现出一种什么事情都记不起来的遗忘状态。在遗忘之后,患者常常会出现过度警觉的现象,表现为焦虑不安、无端发脾气,甚至大哭大闹、情绪失控,白天注意力涣散,晚上则彻夜难眠。

急性应激障碍虽然病情来势汹汹,但疾病本身的转归和预后却比人们想象的要好得多。可并不是所有急性应激障碍患者都能那么顺利地渡过难关,也有相当一部分患者在经过一段时间后仍没有好转,这时他们就会转化为应激障碍的另外一种形式——创伤后应激障碍。

从表面上看,创伤后应激障碍和急性应激障碍症状类似,除了不一定出现“分离症状”外,其余的如创伤体验再现、警觉性增高、回避与麻木这三大类症状都非常典型,构成了“创伤三联征”。首先出现的是创伤体验再现,患者只要闲暇下来,脑海中就会出现遭受严重创伤时的情景,尤其是在晚上睡觉时,一闭眼,所有的痛苦经历如同噩梦一般在眼前一幕一幕地重现。

与创伤再现同时出现的是警觉性增高。受到创伤后的患者,内心依然没有摆脱创伤造成的阴影,甚至是无时无刻不生活在恐惧之中。同时

伴发的紧张、焦虑,会如同魔鬼般萦绕在患者周围,患者精神高度紧张,严重的会出现夜不能眠。这也是应激障碍患者最常见的门诊主诉之一。患者家属常常会说:“医生,您只要能让他睡上一觉,他的病就能好一半!”虽然这话只说对了一部分,但是改善睡眠确实是治疗应激障碍的一个重要切入点。

与警觉性增高不同,有些患者出现的症状是麻木和回避。经历了创伤后,精神的本能让他们不愿意再提及创伤事件,不愿意回到创伤发生的环境,不愿意接触与创伤相关的人,在他人眼中他们的表现就是表情麻木、欲哭无泪。俗话说,“至悲则无泪”,越是这样反常的表现,越容易让人担心。在劝慰这些心灵受到创伤的人时,有人也会说:“哭吧,哭出来会好受些。”这实际上是符合“适当的情绪宣泄有利于缓解麻木和回避症状”治疗原则的。

无论是急性应激障碍还是创伤后应激障碍,“创伤三联征”都属于典型的症状表现,但对于创伤后应激障碍而言,更令人担忧的是长期受到应激源影响而出现的慢性精神症状。长期处于紧张和焦虑状态,很多患者可能会借助酗酒和使用成瘾性药物来麻痹自己,帮助自己忘记痛苦,因此创伤后应激障碍导致的精神活性物质滥用行为非常常见。此外,一些患者会出现抑郁和焦虑症状,更多的患者则表现为人格上的改变。原本开朗爱笑的人,在经过创伤刺激后变

得少言寡语,甚至容易发怒,对一切都失去兴趣,对生活的热情消失,变得麻木不仁。如果患者始终无法摆脱那些痛苦的经历,最终会选择自杀这条不归路。

创伤性事件的出现有时是难以避免的,甚至是无法预防的,但是一旦发生,第一时间进行干预和治疗是非常重要的。

首先是离发生创伤的环境,避免患者触景生情。对于有明确发生时间、地点的创伤刺激,可以有意识地打乱患者的生活节奏,避免患者在同一时间段、同一场景自然而然地出现“情景再现”。

其次是在适当的时间进行心理治疗和危机干预。其实,危机干预并非越早越好,理论上,在创伤发生的24小时内,并不建议进行危机干预。在24至72小时这个“黄金干预时间段”内,对患者进行心理治疗、放松训练、应激晤谈,会起到比较好的效果。标准的紧急事件应激晤谈包括7个步骤:导入期、陈述事实期、澄清想法期、表达情绪反应期、进一步澄清症状期、指导期和再入期,建议在有经验的精神卫生工作人员指导下进行,可以有效地改善创伤出现初期患者的精神症状。而在创伤发生72小时以后,心理治疗的效果会明显下降。

最后是药物的对症治疗。只有药物治疗和心理治疗双管齐下,才能让患者尽早走出困境。

天津市第三中心医院睡眠障碍门诊主任医师 李翔