

怀胎十月

濉溪县医院妇产二科

对于妈妈和宝宝来说都是一段重要的时间，孕妈妈的营养补充时刻影响着胎宝，那么每个月该着重补充哪些营养，又该如何补充呢？

首先，作为基础营养素，蛋白质和综合维生素在这十个月中是一直要陪着孕妈妈的。接下来就看看每个月又该着重补充哪些营养吧！

怀孕第 1 个月

主打营养素：叶酸

●作用：防止胎儿神经器官缺陷

补充叶酸可以防止贫血、早产，防止胎儿畸形，这对妊娠早期尤为重要，因为早期正是胎儿神经器官发育的关键。

孕妈妈要常吃富含叶酸的食物，如面包、面条、白米和面粉等谷类食物，以及牛肝、菠菜，龙须菜、芦笋、豆类及苹果、柑橘、橙子等。

除了食补以外，还可以口服叶酸片来保证每日所需的叶酸。

怀孕第 2 个月

主打营养素：维生素 C、维生素 B6

●作用：缓解牙龈出血、抑制妊娠呕吐

怀孕的第 2 个月，有些准妈妈会发现自己刷牙时牙龈会出血，适量补充维生素 C 能缓解牙龈出血的现象。同时，可以帮助提高机体抵抗力，预防牙齿疾病。

生活中的维生素 C 来源于新鲜的水果蔬菜，比如，青椒、菜花、白菜、蕃茄、黄瓜、菠菜、柠檬、草莓、苹果等。

对于那些受孕吐困扰的准妈妈来说，维生素 B6 便是妊娠呕吐的克星。维生素 VB6 在麦芽糖中含量最高，每天吃 1—2 勺麦芽糖不仅可以抑制妊娠呕吐，而且能使孕妇精力充沛。

富含维生素 B6 的食品还有香蕉，马铃薯，黄豆，胡萝卜，核桃，花生，菠菜等植物性食品。动物性食品中以瘦肉，鸡肉，鸡蛋，鱼等含量较多。

烹煮以上食物时间不宜过长，以免维生素大量流失。

怀孕第 3 个月

主打营养素：镁、维生素 A

●作用：促进胎宝宝生长发育

镁不仅对胎儿肌肉的健康至关重要，而且也有助于骨骼的正常发育。近期研究表明，怀孕头三个月摄取的镁的数量关系到新生儿身高、体重和头围大小。

在色拉油、绿叶蔬菜、坚果、大豆、南瓜、甜瓜、葵花籽和全麦食品中都很容易找到镁。另外，镁对准妈妈的子宫肌肉恢复也很有好处。

胎儿发育的整个过程都需要维生素 A，它尤其能保证胎儿皮肤、胃肠道和肺部的健康。怀孕的头三个月，胎儿自己还不能储存维生素 A，因此孕妈妈一定要供应充足。甘薯、南瓜、菠菜、芒果都含有大量的 VA。

怀孕第 4 个月

主打营养素：锌

●作用：防止胎宝宝发育不良

这个月准妈妈需要增加锌的摄入量。准妈妈如果缺锌，会影响胎宝宝在宫内的生长，会使胎儿的脑、心脏、等重要器官发育不良。缺锌会造成孕妈咪味觉、嗅觉异常，食欲减退，消化和吸收功能不良，免疫力降低，这样势必造成胎儿宫内发育迟缓。

富含锌的食物有生蚝、牡蛎、肝脏、口蘑、芝麻、赤贝等，尤其在生蚝中含量尤其丰富。

补锌也要适量，每天膳食中锌的补充量不宜超过 45 毫克。

怀孕第 5 个月

主打营养素：维生素 D、钙

●作用：促进胎宝宝骨骼和牙齿的发育

孕妈咪怀孕的第 5 个月后，胎宝宝的骨骼和牙齿生长得特别快，是迅速钙化时期，对钙质的需求简直是剧增。因此从本月起，牛奶、孕妇奶粉或酸奶是准妈妈每天必不可少的补钙饮品。

此外，还应该多吃以下这些容易摄取到钙的食物，如，干乳酪、豆腐、鸡蛋或鸭蛋、虾、鱼类、海带等。另外，准妈妈应每天服用钙剂。

需要注意的是，钙的补充要贯穿于整个孕期始终。

当然，单纯补钙还是不够的，维生素 D 可以促进钙的有效吸收，孕妈咪要多吃鱼类、鸡蛋，另外晒太阳也能制造 VD，孕妈咪可以适当晒太阳，但是首先要做好防晒工作。

怀孕第 6 个月

主打营养素：防止缺铁性贫血

●作用：防止胎儿神经器官缺陷

此时的准妈妈和胎宝宝的营养需要量都在猛增。许多准妈妈开始出现贫血症状。铁是组成红细胞的重要元素之一，所以，本月尤其要注意铁元素的摄入。

为避免发生缺铁性贫血，准妈妈应该注意膳食的调配，有意识地吃一些含铁质丰富的蔬菜、动物肝脏、瘦肉、鸡蛋等。还可以从这个月开始每天口服 0.3—0.6 克硫酸亚铁。

怀孕第 7 个月

主打营养素：“脑黄金”

●作用：保证婴儿大脑和视网膜的正常发育

DHA、EPA 和脑磷脂、卵磷脂等物质合在一起，被称为“脑黄金”。“脑黄金”对于怀孕个月的准妈妈来说，具有双重的重要意义。首先，“脑黄金”能预防早产，防止胎儿发育迟缓，增加婴儿出生时的体重。其次，此时的胎宝宝，神经系统逐渐完善，全身组织尤其是大脑细胞发育速度比孕早期明显加快。而足够“脑黄金”的摄入，能保证婴儿大脑和视网膜的正常发育。

为补充足量的“脑黄金”，孕妈咪可以交替地吃些富含 DHA 类的物质，如富含天然亚油酸、亚麻酸的核桃、松子、葵花子、杏仁、榛子、花生等坚果类食品，此外还包括海鱼、鱼油等。这些食物富含胎宝宝大脑细胞发育所需要的必需脂肪酸，有健脑益智的作用。

怀孕第 8 个月

主打营养素：碳水化合物

●作用：维持身体热量需求

第8个孕月，胎儿开始在肝脏和皮下储存糖原及脂肪。此时如碳水化合物摄入不足，将造成蛋白质缺乏或酮症酸中毒，所以孕8月应保证热量的供给，增加主粮的摄入，如大米、面粉等。一般来说，准妈妈每天平均需要进食400g左右的谷类食品，这对保证热量供给、节省蛋白质有着重要意义。另外在米、面主食之外，要增加一些粗粮，比如小米、玉米、燕麦片等。

怀孕第9个月

主打营养素：膳食纤维

●作用：防止便秘，促进肠道蠕动

孕后期，逐渐增大的胎宝宝给准妈妈带来负担，准妈妈很容易发生便秘。由于便秘，又可发生内外痔。为了缓解便秘带来的痛苦，孕妈咪应该注意摄取足够量的膳食纤维，以促进肠道蠕动。

全麦面包、芹菜、胡萝卜、白薯、土豆、豆芽、菜花等各种新鲜蔬菜水果中都含有丰富的膳食纤维。孕妈咪还应该适当进行户外运动，并养成每日定时排便的习惯。

怀孕第10个月

主打营养素：硫胺素（维生素B1）

●作用：避免产程延长，分娩困难

最后一个月里，必须补充各类维生素和足够的铁、钙、充足的水溶性维生素，尤其以硫胺素最为重要。如果硫胺素不足，易引起准妈妈呕

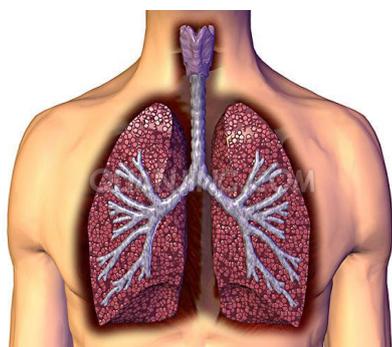
吐、倦怠、体乏，还可影响分娩时子宫收缩，使产程延长，分娩困难。硫胺素在海鱼中的含量比较高。

咳嗽健康教育

濉溪县医院呼吸科

一、 不要轻视咳嗽

咳嗽是呼吸系统疾病常见的症状，从现代医学的角度讲咳嗽是人体清除呼吸道内的分泌物或异物的保护性呼吸反射动作。虽然有其有利的一面，但长期剧烈咳嗽不仅影响正常的工作、生活，而且可损伤肺脏本身。所以对长期无法自愈的咳嗽应当引起足够的重视。



中医认为，咳嗽本身是指肺气上逆作声以及咯吐痰液的表现，并阐述为有声无痰谓之咳，有痰无声谓之嗽，实际生活中我们也经常会遇到干咳无痰，或咯痰而不咳的患者，这种区分更有利于针对不同症状患者的治疗。咳嗽的病变主脏在肺，与肝、脾有关，久则及肾。中医经典著作《素问·咳论》指出“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”说明了五脏六腑功能的失调都能引起咳嗽。例如心、肾功能的不全的患者由于继发肺部的循环障碍也可出现咳嗽，咯痰的症状。所以，针对病因的治疗才是终结咳嗽的根本方法，而不

是简单的镇咳。后世著名医家张景岳将咳嗽的原因，分为外感和内伤两大类，认为由于感受外邪所致，皆归为外感咳嗽；因脏腑功能失调波及肺脏所致的，皆归为内伤咳嗽。这种辩证分类原则有效实用，至今仍为广大中医所遵循。

二、 咳嗽的易患人群

- 1、 有慢性鼻、咽炎、扁桃体炎等上呼吸道慢性炎症者；
- 2、 有吸烟史者；



- 3、 烟雾、粉尘职业暴露者；
- 4、 过敏体质者；
- 5、 老年人及儿童；
- 6、 有“中风”后遗症导致反复进食呛咳者；
- 7、 神志异常者；
- 8、 营养不良、体弱者。

当上述人群出现较明显的连续咳嗽，及长期不愈的咳嗽症状时，应及时就医，明确病因，及时治疗。

三、 咳嗽是不是吃止咳药就可以了？

咳嗽是一种自我保护反射，能帮助排除气管内的痰液或粉尘异物，保持呼吸道的通畅和清洁，所以不能“见咳止咳”。



出现咳嗽症状，应尽可能的请专业医师进行判断，针对病因进行治疗。许多人咳嗽的自我感觉并不准确。

剧烈咳嗽但不伴有咯痰，可以在医师指导下使用镇咳药物，减轻咳嗽症状。如咳嗽痰多，粘稠难咳，则要慎用止咳药物，因为多痰往往是呼吸系统急性炎症渗出的表现。此时应使用祛痰、化痰的药物帮助化痰排痰。



四、咳嗽不应剧烈运动

有些患者有长期运动的习惯，生病后也想坚持运动，认为运动可以提高免疫力，帮助疾病康复。其实，咳嗽时气管一支气管粘膜炎症所致，运动可以加大气管一肺的通气量，加大对粘膜的刺激，不利于炎症的愈合。若急性咳嗽已缓解，或慢性咳嗽的患者，可进行如散步、太极拳、做操等运动。

五、咳嗽或易患咳嗽的人应注意什么？

1. 防止感冒。

尽可能在气候适宜的环境生活、学习、工作。尽量避免长时间感

受过热、过冷、过燥、过湿等气候环境。避免劳累。

2. 防止互相传染。

已患咳嗽的病人要讲究个人卫生，咳嗽、喷嚏时要遮掩口鼻，不要在可能传播病菌的地方吐痰。易感人群在公共场所要躲避咳嗽、发热患者，必要时戴口罩。



3. 参加适当的体育锻炼。

增强体质，提高呼吸道的抵抗力，减少本病的发生。慢性支气管炎患者在缓解期要作适当的体育锻炼，以提高体能和心、肺的贮备能力。尤其呼吸操、太极拳、八段锦、床上八段锦的锻炼很重要。

4. 积极找出各种致敏原。

以免再次接触，如儿童对牛奶、蛋类、鱼虾等产生的过敏现象，应少食或禁食；对花粉、油漆、染料、工业粉尘等易过敏者，应尽可能少接触。

5. 及时治疗鼻炎、鼻窦炎、咽炎、扁桃体炎。

上呼吸道如鼻、咽部的疾病会导致咳嗽。

6. 多饮水、进食清淡食物及保持大便通畅。

7. 戒除烟酒等不良嗜好。

8. 做好环境保护。

避免烟雾、粉尘和刺激性气体对呼吸道的影响，以免诱发慢性支气管炎。避免在流感流行季节进入空气密闭的公共场所，如电影院，商场等；雾霾天气避免外出，外出时宜戴口罩。

9. **注意保暖。**

在气候变冷的季节，患者要注意保暖，避免受凉，因为寒冷一方面可降低支气管的防御功能，另一方面可反射的引起支气管平滑肌收缩、粘膜血液循环障碍和分泌物排出受阻，可发生继发性感染。

10. **增加营养。**

摄取丰富的蛋白质和维生素，对慢性支气管炎的患者非常重要。

六、经常咳嗽就是慢性支气管炎吗？

咳嗽出现迁延难愈，人们往往首先想到慢性支气管炎。其实，这是一种不够全面的看法。引起咳嗽的原因多种多样，经常咳嗽并不一定就是慢性支气管炎。引起咳嗽的原因归纳起来，有以下几种：



1. **呼吸系统疾病**：呼吸道各部位，如鼻、咽、喉、气管、支气管、肺的炎症、肿瘤、出血等及吸入刺激性气体及异物，均可引起咳嗽；
2. **胃食道反流性疾病**：反流胃酸进入远端食道产生反射性咳嗽，食道近端反流引起咽喉炎和咳嗽；
3. **心脏疾病**：心脏疾病，如风湿性心脏病引起的左心功能不

全、肺水肿等均可引起咳嗽；

4. **药物因素**：如 ACEI 类降压药可引起干咳。

5. **心理性咳嗽**。

七、咳嗽需要用抗生素吗？

急性期咳嗽，如果是细菌感染或肺炎支原体等病原体感染导致的，需要使用抗生素。病毒性感染早期不需要使用抗生素，但超过 48 小时后，特别是有慢性呼吸道疾病者，如慢性鼻窦炎，慢性扁桃体炎，支气管扩张等疾病的患者，病毒感染后合并细菌感染可能性大，可以使用抗生素。如果咳嗽是非感染因素导致的，如接触过敏原、吸入粉尘、吸入化学气体等，不需要使用抗生素。慢性咳嗽患者，不建议长期反复使用抗生素，需找专科医师就诊，查明慢性咳嗽原因，针对病因进行治疗。

八、咳嗽的饮食禁忌

饮食禁忌

海鲜（虾、蟹、海鱼）、辛辣（辣椒、刺激性辛香料）、其他发物（羊肉、狗肉、牛肉）。

相对禁忌

鸡蛋、牛奶等含蛋白高的食物（易过敏），生冷、冰冻食物、部分水果（因人而异）、青菜（性寒）、甜食（滋腻）。

糖尿病人健康教育

濉溪县医院内分泌老年病科

糖尿病是一种终身性疾病，由遗传和环境因素相互作用而引起的一组以慢性高血糖为共同特征的代谢异常综合症。随着病程的延长可出现多系统损害导致眼、肾、神经、心脏、血管等组织的慢性进行性病变，引起功能缺陷甚至衰竭。重症或应激时可发生酮症酸中毒、高渗性昏迷等急性代谢紊乱，威胁生命。随着人们生活水平生活方式的改变，糖尿病患者人数越来越多，对于 2 型糖尿病早期通过饮食治疗和运动治疗是可以保持血糖的稳定的，恰当的治疗和饮食行为习惯，可以减轻病情，控制疾病发展，如何提高糖尿病人自我监测和护理预防能力，健康教育显得极为必要且重要，良好的健康教育能充分调动病人的主观能动性，提高病人生活质量，减轻经济负担，利于疾病治疗和控制。

现以内分泌科 24 床病人周某为例进行说明。周以“三多一少”，血糖控制不佳就诊，诊断为 2 型糖尿病，接受住院治疗。入院后主要做了以下健康教育和指导。

心理护理：该床病人入院后出现了焦虑情绪，要充分理解，分析原因：一方面，入院后对于医院环境和规章制度的不适应；另一方面，对于疾病了解不深认为糖尿病是终身性疾病，无法根治，等于患上了不治之症，因而出现消极悲观情绪，再者对于长期治疗带来经济负担感到有压力。针对该病人的情况，首先主动向患者介绍科室及病房床位情况，介绍主治医师，床位护士，保持热情和蔼的态度，加强入

院宣教，使病人尽快熟悉病房环境，减少陌生感，解释各项规章制度对于患者疾病康复和安全的意义，向患者解释治疗过程和方法，每次护理操作前介绍操作目的，静脉输液、肌肉注射或发放口服药时要讲解药物名称作用用法，使患者了解整个治疗的情况，减轻患者心理抵触；其次每周固定时间进行疾病相关知识宣教，纠正患者对糖尿病的错误认识，讲清楚糖尿病并非不治之症，是可预可治的，及时反馈治疗恢复的效果，以解除其精神压力，克服心理失衡状态，树立起战胜疾病的信心，积极配合治疗和护理，达到最佳效果。促进病员之间交流沟通；教导病人及家属掌握自我检测和护理方法，强调饮食和运动在治疗过程中重要作用，鼓励患者到室外活动，呼吸新鲜空气，鼓励家属给予心理支持和理解，而达到配合治疗的目的。

饮食管理：实行糖尿病饮食，控制血糖，平衡营养。糖尿病人饮食遵循“等热量交换”和“两高两低”的基本原则，即高蛋白，高纤维素，高维生素，低糖，低脂肪。根据病人的病情，血糖，年龄，身高，体重，劳动强度，我们计算并制定了病人每天热量摄入总量以及膳食结构比例：①每日热量 2100kcal，严格限制甜食，其中碳水化合物占总热量的 55%，是机体能量的重要来源，主要有面条、馒头、大米，每天主食总量不超过六两（300g），按 1/5, 2/5, 2/5 分配，干湿分开，提倡食用粗制米面和一定量的杂粮，以丰富膳食纤维和维生素，增加饱腹感；②蛋白质约占 15%，提倡精致蛋白，如瘦肉、鱼虾、鸡蛋、豆制品等；③脂肪占总热量 30%，其中饱和脂肪、多不饱和脂肪和单不饱和脂肪比例为 1：1：1，补充植物油和坚果，少食用动物

内脏、蛋黄、鱼虾仔等含胆固醇高的食物；④多食纤维素含量高的食物如豆类、蔬菜、粗谷物、含糖分低的水果，有利于排便通畅，饱腹，控制体重，延迟和减少糖类在胃肠道的吸收。⑤鼓励进食各种蔬菜，尤其是绿色蔬菜。对于水果，待病人血糖稳定，空腹血糖浓度不超过8mmol/L时可在两餐之间或睡前进食梨、橘、苹果等含糖量低的水果，每天控制在四两（200g）以内，不吃糖分高的大枣、甘蔗、果脯、香蕉等水果，进食水果是要与主食进行等热量交换，仅是一个单位的水果就要相应减去一个交换单位的主食。

运动锻炼：糖尿病病人适当的运动有利于葡萄糖的利用，降低血糖，并能使患者心情舒畅，减轻压力和紧张情绪。运动原则：适量、经常性、个体化。运动方式有氧运动为主，散步慢跑骑车广播操，太极拳都适合于日常锻炼，每天一次，每次20-30分钟。病人住院期间，可以选择餐后60-90分钟后步行散步，较为方便易于操作。运动时需要注意①运动前需评估身体及病情状况，血糖高于14mmol/L时不宜运动，空腹状态下不宜运动，服用降糖药或注射胰岛素后忌先运动后进食，防止低血糖。②预防意外发生，远距运动时宜在家属陪同下进行，注意补充水份，随身携带糖果，当出现饥饿、心慌、出冷汗、头晕、四肢无力、颤抖等低血糖症状时，即使食用缓解症状。运动中如出现不适，应暂停运动；若出现胸痛，视力模糊，应立即停止，及时处理。

用药指导：1. 正确服用降糖药 对于糖尿病人血糖的控制，糖尿病治疗，安全都有重要意义。临床常用降糖药分为促胰岛素分泌药（磺

脲类和非磺脲类)，增加胰岛素敏感性药物（双胍类），葡萄糖苷酶抑制剂等。磺脲类药物如格列本脲早餐前半小时口服，不良反应易出现低血糖和胃肠道反应；双胍类药物如二甲双胍易产生口中金属味，恶心，呕吐，餐中或餐后服用； α 糖苷酶抑制剂如阿卡波糖应与第一口饭同服。药物的剂量要与血糖控制状况相适应，病人不能自行随意增减剂量，停药，更换药品。用药期间出现不良反应要及时通知医生。

2. 胰岛素使用护理 ①病人安装皮下维持胰岛素输注泵（bolus），平时维持正常基础量，餐前追加量，嘱病人保持注射部位清洁，勿拉扯，弯折皮下针头及导管。安装状态下不宜做 MRI 等检查。②病人出院后需自行注射胰岛素控制血糖，强化治疗。规范胰岛素注射尤为重要。

①熟悉常用胰岛素名称、剂型、剂量、时效。②胰岛素的保存，未开封放于冰箱内，4-8℃；开封后常温下（28℃以下）可存放 28 天，避免过热、过冷、阳光直射。③注射部位的选择：皮下注射，皮肤疏松部位，吸收由快到慢依次为腹部、上臂外侧、大腿外侧、臀部。

要经常轮换部位，两周内不要在同一部位 75px 范围内注射 2 次以上，以防产生皮肤硬结、脂肪萎缩。④注射时要严格遵守无菌操作，防止感染。⑤皮肤较薄的部位应捏起皮肤注射，腹部注射应避开脐部，脐周三横指附近。⑥推完药水后针头应在皮肤内停留 15 秒以上。⑦不能随意调节剂量和时间，注射后三十分钟内进食。⑧注射过程中如出现不适或过敏要及时通知医生。

糖尿病相关知识：1. 糖尿病诊断标准：糖尿病典型症状（多饮、多食、多尿，不明原因体重下降）加随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 或空腹

血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或75g葡萄糖负荷后2小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。2. 糖尿病并发症预防指导：糖尿病发生发展过程中会引起多器官的病变，并伴有多种急性慢性并发症。①急性并发症有低血糖反应，酮症酸中毒，高渗性昏迷等，发病快，危险度大，可威胁生命。糖尿病低血糖反应诱因、症状、处理措施在前面以提到，不再赘述。2型糖尿病患者应在应激情况下易发生酮症酸中毒，由于胰岛素明显不足，造成的高血糖、高血酮、酮尿、脱水、电解质紊乱、代谢性酸中毒。主要有烦渴、多饮、多尿、夜尿增多，体重下降，疲乏无力，视力模糊，呼吸深大，腹痛，恶心，呕吐等症状。高渗性昏迷是一种严重并发症，血糖急剧升高，烦渴、皮肤干燥、眼球下陷、尿少、尿闭，心跳加速、血压低甚至于休克，有不同程度的意识障碍、昏迷等症状。一旦出现酮症酸中毒或是高渗状态，必须立即上医院接受积极治疗。②慢性并发症糖尿病足是糖尿病综合因素导致神经血管病变引起的足部疼痛、皮肤深溃疡、肢端坏疽，是导致糖尿病病人致残死亡的主要原因之一。由于神经病变，患肢皮肤干而无汗，感觉迟顿或消失，发展畸形，出现周围血管病变，足背动脉搏动消失，足部皮肤温度下降，休息时伴疼痛，间歇性跛行，缺血性静止性疼痛，最终导致溃疡，坏疽。在生活中要学会自我观察和护理，积极控制血糖，戒烟，每天观察足部皮肤色泽、温湿度及有无皮损、水肿、疼痛、感觉异常等，勤按摩清洁足部和小腿，选择合适的鞋袜，避免足部创伤。

出院指导：

1. 保持良好的心情，主动参加人际交往，培养兴趣爱好，保持愉悦的

心情，生活规律，注意个人卫生，家属应配合病人治疗和自我疗养，鼓励并帮助病人养成健康的生活行为习惯。

2. 要使患者及家属认识到日常生活中饮食控制的重要性，出院后自觉遵守治疗饮食要求，限制盐、脂肪和糖的摄入，补充适量蛋白质，多吃蔬菜，限制饮酒（每日不超过一两），禁烟。

3. 制定运动计划，每天坚持锻炼 20-30 分钟，循序渐进，以不疲劳为宜。

4. 遵医嘱用药，注意药物剂量，用法，时间，药效等，勿自行更改药物剂量或停药，定期复查，了解病情控制情况，及时调整用药。如有不适及时就诊，正确规范注射胰岛素。

5. 预防并发症 病人及家属熟悉急性糖尿病的并发症，如低血糖反应、酮症酸中毒、高渗性昏迷等主要临床表现、观察方法及处理措施，掌握慢性并发症糖尿病足的预防护理知识。

6. 定期复诊，定时监测血糖、血脂，体重每 1-3 月测一次，每 3-6 月门诊定期复查，每年全身体检一次，及时了解病情变化，预防慢性并发症发生发展。

⑦预防意外，外出时随身携带识别卡，以便发生紧急情况时得到及时处理。

一个任重道远的话题：

基层医院对急性缺血性卒中诊治指南的实践

急性缺血性卒中 (acute ischemic stroke, AIS) 具有高发病率、高致残率、高死亡率和高复发率的特点。卒中发病后, 急性期的治疗至关重要, 对可疑卒中患者行及时、规范的评估和治疗可显著改善患者的预后。基层医院经常是广大卒中患者初次就诊的医院, 担负着 AIS 最初诊疗的重要任务。随着移动医疗的发展, 区域化卒中救治网络建设目前正处于起步阶段, 基层医院更是其中不可忽视的重要角色。这些都要求基层医院专业诊疗技术和流程规范化, 遵循相关指南。但由于基层医院医务人员和设备配置参差不齐, 临床上落实指南时不可避免会存在各种问题。本文就基层医院最常面临的卒中诊疗各个方面在临床实践中的规范化实施进行了概况和总结。

1 AIS 的急诊评估及治疗-转运

2018 年美国心脏学会/美国卒中学会 (American Heart Association/American Stroke Association, AHA/ASA) 发布的急性缺血性卒中早期管理指南建议使用程序化、组织化、系统化操作规程对疑似卒中患者进行急诊评价及处理, 目标是在患者到达急诊室后 60 min 内完成脑计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 等基本评估并做出治疗决策。卒中患者静脉溶栓存在治疗时间窗, 但在真实世界医疗资源分布不均, 基层医院极少具备神经内科独立的急诊或独立溶栓小组, 因而无法直接引用大医院对 AIS 静脉溶栓治疗流程的管理模式。因此, 在现有医

疗条件基础上，充分利用各级医院的医疗资源，实行 AIS 患者的院间治疗-转运 (drip-and-ship) 势在必行。治疗-转运过程是指对于 AIS 患者，在基层医院先行初步评估和治疗，对需要进一步处理的患者及时转运到有资质的医院行下一步救治。基层医院需具备支持远程救治的网络系统（电话或视频），以便上级医院医师随时了解患者情况并进行远程指导。

患者转运过程中，应给予常规标准治疗（如气道管理、静脉输液等），若无静脉溶栓禁忌证，应给予静脉溶栓治疗，并监测其血压、神经反应和过敏反应，同时警惕静脉溶栓后颅内出血（intracranial hemorrhage, ICH）的症状和体征。上级医院接到基层医院呼叫电话后，随之启动卒中小组，并做好接诊患者的准备。目前已有研究显示，对于医疗水平相对较低地区的 AIS 患者救治，治疗-转运的方式安全、有效，更有利于进一步的早期血管内治疗。

2 AIS 的影像评估

在 AIS 急性期，影像学检查评估非常关键，直接关系到后续治疗和患者预后。目前基层医院一般均能行急诊平扫计算机断层扫描（noncontrast computed tomography, NCCT），不仅可立即排除 ICH 病变，也可早期识别由大血管闭塞引起的 AIS，NCCT 上显示的动脉高密度征是提示大血管闭塞的影像评估方法之一。根据 2017 年《急性缺血性卒中血管内治疗影像评估中国专家共识》（以下简称《共识》），发病 3 h 内美国国立卫生研究院卒中量表

(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS) 评分 ≥ 9 分, 或发病 6 h 内 NIHSS 评分 ≥ 7 分时, 提示存在大血管闭塞。

此外, 基层医师还应进一步掌握应用 NCCT 进行早期 Alberta 卒中项目早期 CT 评分 (Alberta Stroke Program Early CT Score, ASPECTS) 评估, 这是评估大脑中动脉供血区早期缺血改变的半定量评分系统, 主要目的是评估患者预后及有无行血管内治疗的可能, 根据《共识》建议, 对于 ASPECTS ≥ 6 分或核心梗死体积 < 50 ml 的 AIS 患者, 推荐尽早行血管内治疗。对这类患者应及早转运至上级医院以免耽误最佳治疗时间窗, ASPECTS 使治疗决策的制定变得简单、快速和可靠。

对可能大血管闭塞的患者, 除时间窗外, 根据影像学评估对于选择适合血管内介入治疗的患者尤其重要。根据《共识》建议, 对提示有大血管闭塞的患者, 当医院无条件实施无创影像评估时, 建议 NCCT 排除 ICH 后, 快速进行全脑数字减影血管造影 (digital subtraction angiography, DSA) 评估血管闭塞情况及侧支循环代偿, 选择适合的患者实施血管内治疗。一旦明确有大血管闭塞的存在, 可通过灌注影像 [如 CT 灌注成像 (CT perfusion, CTP)、灌注加权成像 (perfusion weighted image, PWI)] 进一步评估可挽救脑组织的范围 (缺血半暗带), 更准确指导治疗和评估病情。鉴于有的卒中中心不能行灌注影像检查, 可通过 CT 血管成像 (CT angiography, CTA) 或磁共振血管成像 (magnetic resonance angiography, MRA) 源图像进行梗死核心和缺血半暗带的判断。

总之，在临床行血管内治疗前评估常用的影像学检查组合是：① CT+DSA；②CT+CTA/CTP+DSA；③MRI+MRA/PWI+DSA。

3 AIS 急性期的治疗

3.1 静脉溶栓 大量临床试验及国家卒中登记研究都证明了静脉重组组织型纤溶酶原激活剂（recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA）治疗在降低 AIS 患者致残率方面的疗效，但静脉溶栓有 4.5 h “治疗时间窗”限制，实际临床中仅有少部分 AIS 患者能接受静脉溶栓治疗。国内 AIS 患者溶栓率仅为 1.6%。不能接受静脉溶栓最常见的原因是患者送医院就诊的延误，国外 AIS 患者院前延迟时间中位数为 2.5~7.9 h，我国患者的院前延误时间明显长于国外，中位数为 10~15 h。考虑到 rt-PA 治疗相关的出血风险，又缺乏上级医院的远程指导，基层医师为了避免医患纠纷等意外发生，很多患者在基层医院就错过了可以应用 rt-PA 的宝贵时间窗。因此，加强基层神经科医师的卒中救治培训尤为重要。

有条件的基层医院可根据 NIHSS 评分对患者进行分层及基本的影像学检查，在上级医院远程指导下决策是否静脉溶栓，对适合的患者完成静脉溶栓治疗，同时基层医师还应了解患者转运过程中应监测的事项，尤其静脉溶栓后提示 ICH 的症状和体征。容易导致静脉溶栓后早期 ICH 的相关因素有：NIHSS 评分高（>22 分）、溶栓前脑 CT 显示脑水肿、老年（>75 岁）、高血糖、先前使用抗血小板制剂、血小板计数较低、超过时间窗（>6 h）等，

具有这些相关因素的患者须密切关注。也有研究者提出评估静脉溶栓相关的 ICH 评分简单实用，评分的项目包括心脏瓣膜病史、使用阿司匹林、收缩压 140 mmHg 或以上、NIHSS 评分 >10 和 20 分、血小板计数 $<25 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、使用静脉抗高血压药物等。

3.2 血管内治疗 自 2015 年以来，AIS 的治疗进入机械取栓时代，各国指南相继将机械取栓作为急性前循环大血管闭塞的首要治疗方式，并给予最高级别的推荐。但血管内治疗必须在有资质的卒中中心才能进行，目前指南推荐的血管内治疗时间窗是 6 h，对于很多超时间窗的 AIS 患者，是否可以行血管内治疗，国内外学者一直在探索。2017 年应用磁共振弥散加权成像 (diffusion weighted image, DWI) 或 CTP 评估临床半暗带分诊醒后及晚发表现的卒中应用 Trevo 行神经介入治疗 (DWI or CTP Assessment with Clinical Mismatch in the Triage of Wake - Up and Late Presenting Strokes Undergoing Neurointervention with Trevo, DAWN) 研究发表，将取栓时间窗延长到 24 h，在 6~24 h 之内符合入组的 AIS 患者能够从取栓治疗中获益。从病例选择来看，DWAN 研究是 AIS 血管内治疗患者选择从“时间窗”向“组织窗”迈进的黎明。2018 年初发表的磁共振弥散和灌注加权成像观察卒中进展 (Diffusion and Perfusion Imaging Evaluation for Understanding Stroke Evolution, DEFUSE 3) 研究，被认为是史上疗效最佳的急性卒中临床研究，结果显示发病在 6~16 h 之

内的 AIS 患者能够从机械取栓治疗中显著获益。研究取得成功的关键是严格评估患者术前“组织窗”，定量评估梗死核心和低灌注区。DEFUSE 3 研究的发表标志着利用“组织窗”精准选择取栓患者的时代已经来临！

“机械取栓时代，静脉溶栓还需要吗？”很自然成了当前讨论的热点话题之一。到底静脉溶栓桥接血管内取栓与直接血管内治疗孰优孰劣，各大研究结果不一，总之应根据患者的实际情况选择最适宜的治疗方案。根据《急性缺血性卒中血管内治疗中国指南 2015》有机械取栓指征时应尽快实施，有静脉溶栓指征时机械取栓不应妨碍静脉溶栓，静脉溶栓也不能延误机械取栓。

颅内大血管闭塞行机械取栓的疗效被证实后，学者们又开始探索远端血管如大脑中动脉 M2、M3 段或是大脑前动脉行机械取栓治疗的疗效，目前仍是探索阶段，但已有研究显示在远血管行血管内开通治疗取得了良好效果，相信随着介入技术与新型设备的不断提高，颅内远端血管行血管内开通治疗将不成难题。

3.3 抗血小板治疗 抗血小板治疗是 AIS 患者的常规治疗。根据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》，卒中急性期时，关于抗血小板的治疗，建议：不符合溶栓适应证且无禁忌证的缺血性卒中患者应在发病后尽早给予口服阿司匹林 150~300 mg/d，急性期后可改为预防剂量；溶栓治疗者，阿司匹林等抗血小板药物应在溶栓 24 h 后开始使用。根据《急性缺血性卒中血管内治疗

中国指南 2015》建议：需行血管成形术时，于术前或置入支架后即刻给予阿司匹林 300 mg+氯吡格雷 300 mg，术后氯吡格雷 75 mg/d，持续至少 3 个月，阿司匹林 100 mg/d，持续 6 个月以上。

双重抗血小板治疗在 AIS 中的应用比较广泛，可从双抗获益的患者主要包括卒中复发风险高而出血风险低的患者：高危短暂性缺血发作及小卒中、症状性颅内及颅外动脉重度狭窄或闭塞、高危心房颤动（atrial fibrillation, AF）而有抗凝禁忌证等，但需避免盲目扩大适应证。

3.4 抗凝治疗 抗凝治疗不是 AIS 的常规治疗推荐，一般是在一些特殊的患者如心源性脑栓塞、部分脑动脉夹层时，给予抗凝治疗，其他患者主要给予抗血小板治疗。心源性卒中是 AIS 的常见类型，其中 AF 是最常见的原因。在 AF 患者中，有卒中病史者卒中风险最高，口服抗凝剂可降低 2/3 的卒中复发风险。AIS 患者入院后行心脏评估，有近 1/4 的 AF 可能是新发现的。多数 AF 患者口服抗凝剂可预防卒中复发。有研究显示，合并有 AF 的 AIS 患者静脉溶栓后再栓塞风险高，易发生 ICH 转化，与患者不良预后相关。卒中单元中对心脏的密切监测，有可能成为一个廉价的非侵入性检测方法来提高阵发性 AF 的检出率，可更好地改善卒中二级预防。脑动脉夹层是卒中尤其是青年卒中的重要原因之一。随着影像学技术的发展，动脉夹层的检出率越来越高。目前研究认为脑动脉夹层主要通过血栓栓塞而非低灌注机制导致临床

事件，所以治疗时一般首先考虑抗凝和抗血小板治疗，二者均能降低缺血性卒中的风险，究竟孰优孰劣，各临床研究结论不一。但鉴于抗血小板治疗的经济性、方便性和安全性，临床上通常首先考虑抗血小板治疗。在基层医院，临床医师对脑动脉夹层病变的诊治尚缺乏经验，还需在有条件的卒中中心明确诊断后进行治疗。

3.5 血压、血糖管理 根据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》，准备静脉溶栓的患者，血压应控制在收缩压 <180 mmHg、舒张压 <100 mmHg；卒中后 24 h 之内血压升高的患者应谨慎处理，血压不宜下降过低，应先处理紧张焦虑、疼痛、恶心呕吐及颅内压增高等情况。高血压不一定是影响静脉溶栓预后的因素，但急性期血压持续升高，是溶栓后发生 ICH 转化的独立危险因素。因此当血压持续升高，收缩压 ≥ 200 mmHg 或舒张压 ≥ 110 mmHg，或伴有严重心功能不全、主动脉夹层、高血压脑病的患者，应谨慎降压治疗，并严密观察血压变化。

入院时血糖水平与临床症状严重程度、梗死面积大小呈正相关，且在糖尿病患者，血糖水平的升高与 AIS 患者 3 个月不良功能预后相关。随机血糖、糖化血红蛋白的检测简便易行，加强对血糖的管理可更好地改善 AIS 患者的功能预后。

4 小结

总之，AIS 的诊治是一项涉及多学科多团队的系统性工程，而加强基层医院的卒中规范化诊疗更是任重道远。近年来，我国脑血

管病诊疗水平及科研能力大大提高并跃居世界前列，但这些成绩主要来自大中城市三甲医院，而基层医院在各方面都相对薄弱。现实条件和当前国家的医疗政策都将基层医院的发展提上日程，基层医院将在大医院的引领和支持下，和大医院携手合作，共同提高卒中的诊疗水平，形成以高级卒中中心为核心的区域性卒中救治网络。只有医疗资源充分整合、各级医院充分联动起来，才能满足广大中国患者的就医需求，大大改善卒中患者的临床预后。

防癌科普知识

防治肿瘤从饮食做起

濰溪县医院 肿瘤内科

研究表明, 1/3 的癌症与饮食/营养有关, 全球大约 30-40% 的癌症可通过改变饮食习惯来预防。肿瘤来自某个克隆的细胞, 通常需要 20 年以上的表型改变的积累, 才能形成肿瘤。在人一生中各时段, 包括儿童时期, 饮食都可能影响到肿瘤的发生发展。例如, 中国和日本是世界上胃癌和肝癌发病率最高的国家, 当其国民移民到美国, 上述两种肿瘤的发病率大幅度下降, 而结肠癌和乳腺癌发病率却大幅度提高, 呈现出与美国公民相同的肿瘤发病谱, 究其原因饮食习惯的美国化是最为重要的原因。

1. 控制热量

俗话说：“每顿少吃一两口，轻松活到九十九”。限制热量摄入可以使人们更长寿，并可以预防肿瘤。限制热量的摄入，可以从减轻氧化损伤、增加细胞凋亡和影响代谢酶功能等方面对机体产生影响，例如血糖下降、胰岛素水平降低。同时增强自我吞噬能力和某些 DNA 修复过程。所以，为了自身健康，大家一定要“管住嘴”。

2. 控制脂肪

减少脂肪的摄入是抗癌膳食的首选。最好控制膳食脂肪摄入在总热量的 30% 以下。牛肉、羊肉和猪肉称为红肉，鱼肉、禽肉叫做白肉。流行病学研究发现，吃红肉的人群患结肠癌、乳腺癌的危险性增高，而吃白肉可预防成年人血脂异常和心脑血管疾病，因此，推荐平均每天食用肉 50~100 克，每周吃白肉 2~4 次。由腌、熏、晒、烤或添加化学防腐剂等方式制成的肉制品，被称为加工肉制品，包括火腿、熏肉，香肠、热狗等。世界癌症研究基金会最新研究发现，食用加工肉制品也会大大提高人们患结肠癌的风险。

3. 增加果蔬

蔬菜和水果被证明对多种癌症具有预防作用。美国癌症协会最近发表声明：每天摄入 5 份水果、蔬菜，可减少患癌症的风险，因为水果蔬菜中富含各种维生素，矿物质、抗氧化剂。目前在水果和蔬菜中发现了超过 25000 种不同的具有抑癌作用的植物性化合物。这些植物性化合物使用安全，而且多数作用于多种细胞信号传导途径，其中主要有抑癌作用的物质：类胡萝卜素，维生素，白藜芦醇（resveratrol），

槲皮苷, 水飞蓟素(sily marin), 萝卜硫素(sulphoraphane)和介兰素(indole-3- carbinol)。烹饪过程对水果、蔬菜的有益成分破坏很大, 理想的进食方式是洗干净后生吃。

本宣传材料最终解释权归淮溪县医院所有。