

老年糖尿病, 小心低血糖风险

长沙市第九医院 胡军燕

不少老年人将“血糖越低越好”当作控糖标准, 甚至刻意减少进食、自行加大降糖药物剂量。事实上, 对于老年糖尿病患者来说, 低血糖的危险往往远超过暂时性高血糖。学会识别、处置、预防低血糖, 才是安全控糖的关键。

一、老年人更易发生低血糖的原因

1. “身体预警信号”变得迟钝。普通人低血糖常表现为心慌、手抖、出冷汗、强烈饥饿感; 老年患者症状多不典型, 仅仅表现为乏力、头晕、嗜睡、反应迟缓、言语含糊、情绪发生改变, 严重时意识混乱。很多患者直至跌倒、抽搐、昏迷后才被发现。血糖低于 3.9mmol/L 就需要及时干预, 切勿等待明显不适再处理。

2. 饮食、运动与药物难以平衡。胰岛素、胰岛素促泌剂诱发低血糖风险相对更高。老年人若食欲下降、腹泻呕吐、漏餐, 但仍维持原有用药剂量; 或是突然加大运动量、饮酒, 都会造成血糖急剧下降。加之老年人肾功能生理性减退, 降糖药物代谢清除减慢, 一旦发生低血糖, 持续时间更长、风险更高。

二、低血糖绝非单纯“饿一饿”就能缓解

1. 损伤心脑血管, 增加跌倒风险。葡萄糖是大脑主要能量来源, 持续低血糖可引发意识障碍、抽搐、昏迷, 还会诱发心律失常、心梗、脑卒中等严重心脑血管事件。老年人平衡能力偏弱, 低血糖引发头晕极易造成跌倒、骨折。反复发生低血糖还会削弱身体预警能力, 陷入“低血糖无症状→更加容易发生严重低血糖”的恶性循环。

2. 夜间低血糖隐匿性强。夜间出汗、频繁噩梦、心慌惊醒、晨起持续头痛、周身乏力、床单浸湿, 都需要警惕夜间低血糖。使用胰岛素、晚餐进食量少、晚间活动量大的人群, 建议监测睡前血糖, 必要时加测夜间血糖。

三、遭遇低血糖, 牢记“15-15法则”

1. 患者意识清醒, 可以正常吞咽。条件允许优先即刻测量血糖; 无法检测但症状典型, 可直接按照低血糖急救处理。快速补充 15g 速效碳水: 3~4 片葡萄糖片、150ml 含糖汽水, 或 1 勺白糖、蜂蜜。间隔 15 分钟复测血糖, 若依旧 < 3.9mmol/L, 再

次补充 15g 碳水并复测。如果距离下一餐时间较长, 后续适量补充主食或含蛋白质点心, 防止血糖再次回落。

2. 患者昏迷、无法自主吞咽。禁止强行喂水、喂食糖水, 极易引发呛咳、窒息。将患者摆放为侧卧位, 保持气道通畅, 立刻拨打急救电话; 家中备有胰高血糖素且家属经过专业培训, 可规范使用。

四、做好日常防护, 守住低血糖三道防线

1. 保持规律进餐。服用降糖药或注射胰岛素后不要随意省略正餐。出现食欲差、发热、呕吐腹泻, 或是需要空腹检查时, 提前咨询医师调整用药方案, 避免“按时吃药、不按时吃饭”。

2. 规范用药, 拒绝自行调整。切勿根据单次血糖数值擅自加药, 禁止服用他人降糖药物。老年糖尿病患者控糖目标实行个体化制定, 综合评估身体状况、认知水平、并发症、低血糖风险, 不必盲目追求血糖数值越低越好。

3. 常备“应急急救包”外出。随身携带葡萄糖片/方糖、便携式血糖仪、糖尿病身份识别卡; 教会家人识别低血糖症状与急救方式。独居老人可设置进餐、服药提醒, 定期清点药品。

五、家属当好健康“观察员”

1. 异常表现不要简单归为衰老。当老人突发沉默、烦躁、行走不稳、答非所问等情况, 家属不要单纯认为是年纪大、疲劳或记忆力减退。第一时间确认进食、用药情况, 并尽快测量血糖。尤其是独居、认知减退、既往发生过严重低血糖的老人, 家人应当保持常态化联系, 协助核对用药与饮食。

2. 复诊携带完整监测记录。就医时整理好血糖记录、服药清单, 清晰告知医生低血糖发作时间、饮食、活动情况及处理方式。便于医师查找诱因, 优化降糖方案, 规避再次发作风险。

六、总结

老年人控糖不追求数值最低, 核心目标是维持血糖平稳、保障生命安全。身体出现不适优先排查低血糖; 意识清醒遵循“15-15法则”急救, 一旦昏迷禁止喂食, 立刻寻求医疗救助。减少一次低血糖发作, 就多一份安全保障, 更有利于维持老年人独立生活能力。

颅内的“黄金水道”: 脑脊液循环大揭秘

南宁市第八人民医院 沈武壮

一、神秘的颅内“黄金水道”

脑脊液 (CSF) 是一种无色透明的液体, 它广泛分布于脑室系统、蛛网膜下腔和脊髓中央管内。每天, 我们的身体能产生约 500ml 脑脊液, 不过, 体内脑脊液的总量一直保持在 150ml 左右。这些脑脊液就像一层柔软的“水垫”, 将中枢神经系统温柔包裹, 给予全方位的保护。它 70% 来自脑室脉络丛主动分泌和超滤所形成的液体, 30% 由大脑和脊髓细胞间隙所产生, 堪称颅内的“生命之水”。

二、脑脊液的特性

1. “减震高手”: 脑脊液的比重和脑组织接近, 大约为 1.007, 这让它能像汽车减震器一样, 在头部受到外力冲击时, 缓冲、减轻或消除冲击力, 避免脑组织与颅骨直接碰撞, 大大降低脑损伤的风险。2. “营养快递员”: 它能运输葡萄糖、钠、氯等电解质, 还有色氨酸等神经递质前体, 为中枢神经系统“投喂”营养。同时, 它还是“垃圾清理工”, 能及时带走 β -淀粉样蛋白等代谢废物, 减少这些废物堆积引发阿尔茨海默病的可能。3. “环境调控师”: 脑脊液可以调节颅内压, 维持中枢神经系统微环境的酸碱度和渗透压平衡, 为神经细胞创造一个稳定的“生活环境”。4. “免疫小卫士”: 虽然脑脊液中免疫细胞和抗体含量不多, 但它们能参与中枢神经系统的免疫监视工作, 一旦有“敌人”入侵, 就立刻“拉响警报”, 启动免疫防御。

三、脑脊液的循环之旅

那么, 脑脊液是如何在我们的颅内流动, 完成它的使命的呢? 这就要从它的循环途径说起了。首先, 脑脊液从双侧侧室的脉络丛诞生后, 便经室间孔流入第三脑室, 在这里, 它与第三脑室脉络丛产生的脑脊液汇合, 然后一同踏上新的征程。它们穿过一条狭窄的“通道”——中脑导水管, 进入第四脑室。第四脑室就像是一个“交通枢纽”, 脑脊液在这里再次汇集, 随后, 它们兵分多路, 经第四脑室的正中孔和两个侧孔, 流入脑室和脊髓周围广阔的蛛网膜下腔。在这里, 脑脊液如同温柔的卫士, 全方位地包裹着脑和脊髓, 为它们提供缓冲保护,

减少外界震动对中枢神经系统的伤害。最后, 脑脊液会经蛛网膜颗粒渗透到硬脑膜窦, 主要是上矢状窦内, 重新流入血液循环中, 完成一次完整的循环之旅。

四、从脑脊液看健康: 临床检测的重要意义

1. 腰椎穿刺检查: 当医生怀疑脑部或脊髓有疾病时, 常通过腰椎穿刺 (腰穿) 采集脑脊液进行检测。一般在 L3-L4 或 L4-L5 椎间隙采集。正常脑脊液压力在侧卧位时为 70-180mmH₂O, 外观无色透明, pH 值 7.31-7.34, 无红细胞, 白细胞极少 (主要是淋巴细胞), 蛋白定性阴性或弱阳性, 定量: 0.20-0.40g/L (腰穿)。葡萄糖含量约为血糖的 50%-80%, 参考值: 2.5-4.4mmol/L。氯化物含量为血浆 1.2-1.3 倍, 参考值: 成人 120-130mmol/L, 婴儿: 110-130mmol/L, 儿童: 111-123mmol/L。

2. 异常信号: 脑脊液出现浑浊、脓性, 可能是细菌性脑膜炎在“作祟”; 如果呈现血性, 要警惕蛛网膜下腔出血, 但也可能是穿刺过程损伤导致; 蛋白质升高常见于 Guillain-Barre 综合征、多发性硬化等疾病; 葡萄糖降低提示可能存在细菌或结核性脑膜炎。

五、脑脊液“罢工”: 这些疾病要警惕

1. 脑积水: 分为交通性和非交通性。交通性脑积水是因为脑脊液吸收出现障碍, 比如蛛网膜颗粒纤维化; 非交通性脑积水是循环通路被堵住了, 像肿瘤压迫导水管。目前, 脑室-腹腔分流术是常见的治疗方法。2. 颅内压异常: 颅内压增高可能是脑脊液分泌过多、吸收减少, 或是占位病变导致, 这种情况十分危急, 需要紧急降低颅内压; 而颅内压降低, 可能是腰穿后漏液, 或者出现自发性低颅压, 患者往往会有直立性头痛的症状。3. 脑膜炎、脑炎: 发生脑膜炎或脑炎时, 脑脊液中的白细胞会增多。如果是中性粒细胞增多, 细菌性感染的可能性更高; 要是以淋巴细胞为主, 病毒性感染的可能性更高。

脑脊液循环系统, 这条颅内的“黄金水道”, 以其精妙的运作机制, 维持着大脑乃至全身神经系统的健康。它就像一个默默奉献的幕后英雄, 虽不为人所熟知, 却时刻守护着我们身体的“司令部”。

无菌物品储存与污染风险科普

广西科技大学第二附属医院 易管艳

无菌物品储存是消毒供应中心 (CSSD) 质控管理的终末关键环节, 其重要性不言而喻。规范的储存管理能够有效稳固并延续灭菌成果, 确保物品在存放期间持续处于无菌状态; 反之, 如果储存管理不当, 则会直接造成无菌物品的二次污染, 成为诱发院内交叉感染的潜在风险源。临床实践表明, 多数隐匿性的器械相关医院感染隐患, 其根源往往并非灭菌操作本身失效, 而是后续储存环节中诸多细节管控的疏漏所导致。这些疏漏可能涉及环境条件、操作流程或管理规范等多个方面。因此, 依据国家相关卫生规范与最新发布的行业标准, 并紧密结合临床实际工作场景, 系统性地科普无菌物品标准化储存的具体要求、识别储存过程中的高频污染风险点, 以及提出切实可行的防控对策, 对于 CSSD 实现精细化质控、从源头上规避医院感染风险, 具有至关重要的专业指导意义和合规参考价值。

一、无菌物品标准化储存核心合规要求

无菌物品存放区为清洁专用区域, 须严格划分洁污界限, 落实环境控制、摆放规范、有效期管理三项要求, 符合国家标准参数:

1. 环境温度与洁净度: 存放区温度低于 24℃, 相对湿度 70% 以下, 每日监测记录; 设物理隔断与缓冲区, 防止污染物侵入, 静态洁净度达标, 禁止无关人员随意进出。

2. 物品摆放要求: 物品距地面不低于 20cm、距墙面不少于 5cm、距顶部不小于 50cm; 按类别、货架、层次分类存放, 禁止直接落地、紧贴墙面堆放; 新灭菌物品与库存物品分区放置, 执行“先进先出”原则。

3. 有效期标准: 棉布包装环境达标有效期 14 天, 不达标为 7 天; 一次性纸袋包装有效期 30 天; 无纺布及皱纹纸包装有效期 180 天。超期物品须重新清洗灭菌。

二、无菌物品存储环节的主要污染风险

结合 CSSD 日常质控难点, 储存阶段的污染风险主要涵盖环境性、操作性与管理性三类, 具有较强隐蔽性, 极易被忽视。

由环境因素引发的污染风险: 温湿度超标致使包装受潮, 纸质及棉布类包装吸湿后通透性发生变化, 使空气中细菌更易穿透包装污染器械; 存放架积尘、区域清洁消毒不彻底, 导致扬尘附着于无菌物品表面, 形成隐性污染; 洁污分区界限不清, 交叉气流可能引发批量物品污染。

因操作不当造成的二次污染: 工作人员未严格执行手部消毒、着装不规范, 徒手接触无菌包装内层或器械本体; 在搬运与摆放过程中, 包装破损或封口开裂未能及时发现; 无菌物品与杂物、待检物品混放, 破坏无菌闭环状态。

因管理疏漏带来的安全隐患: 未落实“先进先出”原则, 造成物品长期积压而超期失效; 标识缺失、批次混乱, 难以实现有效溯源; 受潮、破损或掉落的物品未及时剔除, 违规进入库存。

三、无菌储存风险常态化防控要点

规范环境管控: 每日落实无菌物品存放区清洁消毒, 监测记录温湿度, 使其符合国家标准 (温度低于 24℃、湿度低于 70%), 定期开展空气净化, 所有操作形成记录, 留存可追溯质量控制台账。

强化操作规范: 工作人员进出无菌存放区需按要求着装, 规范执行手卫生; 搬运时轻拿轻放, 避免包装破损; 物品入库、移位、出库前需检查外包装, 确认无菌屏障完好。

细化批次管理: 无菌物品接收后标注灭菌日期、生产批次、失效日期及责任人, 按要求分类分区存放, 设置标识; 执行“先进先出”发放原则, 定期盘点, 杜绝混放, 防止过期。

落实巡检制度: 建立每日班前班后双次巡检机制, 专人排查库存物品状态, 检查包装、性状、标签、有效期, 发现问题物品及时移出, 按规定处置; 形成闭环质量控制流程, 及时消除隐患。

无菌物品储存是灭菌质量的延续保障, 直接影响临床诊疗安全。CSSD (消毒供应中心) 护理人员需严格对标 WS 310 系列标准要求, 纠正“重灭菌、轻储存”的认知偏差, 将储存环节作为感染防控关键节点, 从多全流程细化管控, 以标准化管理从源头杜绝二次污染风险, 筑牢院内感染防线, 保障医疗器械安全有效, 守护患者安全与医疗质量。