

# 检出“肺小结节”别慌 教你科学应对



健康提醒

率可达90%以上。所以,第一步,请将“对“结节”的恐慌,转变为对“管理结节”的重视。

### 关键动作:带齐旧片,找对医生

看到报告后,最重要的第一个动作不是上网自我诊断,而是需要做以下事情。

1.寻找专业的医生:首诊建议选择呼吸与危重症医学科或胸外科的医生。他们是解读肺结节和制定管理策略的专家。

2.务必携带旧片:如果过去做过任何胸片或CT,无论多久以前的,一定要带上。对医生而言,“对比”是判断结节性质最有价值的工具之一。一个多年不变的结节,恶性风险极低。

### CT报告:与医生沟通的“钥匙”

和医生沟通前,了解报告上的几个关键词,能帮助你更有效地参与决策。

结节大小:这是最重要的指标之一。通常以毫米(mm)计。微小结节:直径≤5mm,风险极低,通常只需年度随访。小结节:直径5-10mm,需要重视,按计划随访。结节:直径10-30mm,需要更密切地关注和评估。

结节密度(形态):实性结节,密度均匀,像一颗小棉花球,易于观察,但也需要鉴别良恶性;纯磨玻璃结节,像一小片淡淡的、模糊的云絮,生长极其缓慢,即使为恶性,也多为“惰性”的早期腺癌,有

充足的观察时间;部分实性结节(混合磨玻璃结节),既有磨玻璃成分,中间又有实性“核”,这是需要密切关注的类型,因为其实性成分的比例可能与侵袭性相关。

其他描述:报告可能还会提到“分叶”“毛刺”“胸膜牵拉”“血管穿行”等词。这些是医生判断风险时考虑的影像特征,但切勿单独对号入座,必须由医生结合全部信息综合判断。

### 核心决策:随访还是干预

对于绝大多数初次发现的小结节(尤其是<8mm的),规范的随访观察是国际通行的标准策略。这并非“放任不管”,而是一种积极的、科学的“侦探”过程。

典型的随访策略(根据我国及国际指南):低危结节(如<5mm的微小结节),建议12个月后复查CT。中危结节(如5-8mm的实性结节,或纯磨玻璃结节),建议6-12个月后复查CT,如无变化,可延长至18-24个月后再复查。高危结节(如>8mm,或部分实性结节),首次随访可能缩短至3-6个月,之后根据情况调整。对于持续存在的纯磨玻璃结节,即使随访数年仅有极缓慢增长,也仍在安全观察窗口内,不必急于手术。

### 精准诊断与微创治疗

如果在随访过程中,结节出现了令人

警惕的变化(如明显增长、实性成分增多),医生会建议进行下一步检查。

1.增强CT或PET-CT:帮助判断结节的代谢活性,评估全身情况。

2.穿刺活检:在CT引导下,用细针获取少量组织进行病理检查。这是诊断的“金标准”,但也有出血、气胸等风险,医生会严格评估利弊。

3.手术治疗:如果高度怀疑恶性或结节在随访中进展,手术切除是根治的主要手段。如今,胸腔镜微创手术(VATS)已成为主流。它只需1-3个小孔,创伤小、恢复快,对于早期肺癌,往往只需做肺段或楔形切除(切除一小部分肺组织),最大程度保留肺功能。

### 不同人群,策略有侧重

不吸烟的年轻女性:发现纯磨玻璃结节非常常见,但进展极其缓慢,应避免过度焦虑和过度治疗。

长期吸烟者、有肺癌家族史、有石棉等职业暴露史者:属于高危人群,需要更严格的随访。

发现多发肺结节者:这常常让患者更加恐惧。但实际上,多发结节反而可能是感染性病变或良性表现(如多原发早期癌,其处理策略也倾向于保守和分段治疗)。

(滁州市中西医结合医院 马腾媛)

# 糖尿病用药「备忘录」

糖尿病是中老年群体的高发性慢病,我国超半数的老年慢病患者都受其困扰。长期血糖控制不佳,会悄然诱发视网膜病变、糖尿病肾病、周围神经病变,还会大幅增加心脑血管疾病风险,严重侵蚀晚年健康与生活质量。降糖药物是糖尿病管理的核心工具,如今临床可用的降糖药种类丰富、作用机制各异。对中老年糖友而言,读懂不同药物的特点、适用场景和安全要点,能更好地配合医生治疗,实现安全、平稳的长期控糖目标,远离并发症困扰。

当您从医生或药师手中拿到降糖药时,有没有对着药盒上写的“饭前吃”“随餐服”这些词犯过迷糊?这些看起来简单的嘱咐,直接关系到药效好不好、安全不安全。下面,咱们就一起梳理一份用药“备忘录”,把吃药的时间、方法和需要注意的安全事项,说得明明白白。

### 看准时间吃药,效果才好

吃药的时间点,可不是随便定的。它就像吃饭要按时一样,目的是让药物在血糖升高的关键时刻,刚好能起作用。吃错了时间,药效可能变差,甚至可能引起“低血糖”。

#### 1.餐前半小时吃

(1)哪些药?比如格列本脲、格列吡嗪普通片,格列美脲等。

(2)为什么?这类药需要一点时间来“动员”胰岛素。提前半小时吃,等您吃完饭血糖开始往上升的时候,药效也正好达到最大,就能稳稳地把血糖压下去。吃太早或太晚,血糖容易高高低低不稳定。

#### 2.饭马上要吃,或者刚吃两口饭的时候吃

(1)哪些药?比如瑞格列奈、那格列奈。

(2)为什么?这类药来得快、去得也快,专门对付吃饭引起的血糖升高。在饭前1-15分钟,或者刚吃饭时吃下,能很好地控制饭后血糖的峰值,而且不容易引起下一顿饭前的低血糖。

#### 3.和第一口饭一起嚼着吃

(1)哪些药?比如阿卡波糖、伏格列波糖。

(2)为什么?这类药就像在肠道里设了个“减速带”,需要和吃进去的饭一起工作才行。所以一定要和第一口饭同时嚼碎服下,才能及时发挥作用。如果吃完饭再吃,效果就大打折扣了。

#### 4.饭后吃,或者吃饭中间吃

(1)哪些药?最常见的就是二甲双胍的普通片或胶囊。

(2)为什么?主要是为了减少对胃的刺激,吃着饭或者吃完饭再吃药,胃里有食物“垫着”,不舒服的感觉会轻很多。需要注意的是,如果是“肠溶片”“缓释片”这些特殊剂型,该怎么吃一定要听医生和药师的。

#### 5.每天一次,固定一个时间吃

(1)哪些药?还有像西格列汀、达格列净这类比较新的口服药。

(2)为什么?这些药作用时间很长,能提供全天24小时的基础血糖控制。每天固定在同一个时间用,能让药效保持平稳,避免血糖像过山车一样忽高忽低。

### 讲究吃药方法,药才能正常“工作”

吃药的方式也有讲究,用对了方法,药物才能按照设计好的方式,在咱们身体里慢慢释放、好好吸收。

#### 1.整个咽下去,别掰开更别嚼碎

(1)哪些药?所有写着“缓释片”“控释片”或“肠溶片”的药。

(2)为什么?缓释片、控释片内部有“小机关”,能让药效慢慢放一整天。如果掰开或嚼碎,这个“机关”就坏了,所有药一下子全跑出来,副作用可能变大。肠溶片外面有层“保护外衣”,保证药片安全通过胃酸到达肠道再溶解,嚼碎了就破坏这层“保护外衣”而达不到治疗效果。

#### 2.特殊剂型,特殊对待

(1)阿卡波糖:要记得和第一口饭一起嚼服。

(2)二甲双胍缓释片:如果药片中间有刻痕,医生同意的话,可以沿着刻痕轻轻掰成两半吃,但绝对不能碾成粉末或嚼碎了吃。

### 留心身体信号,自觉守护健康

“是药三分毒”,药物在帮助我们降糖的同时,也可能带来一些身体信号。学会识别和应对,是安全用药最重要的一环。

#### 1.提防“低血糖”

(1)身体有哪些信号?心慌、手发抖、出冷汗、头晕、感觉特别饿、浑身没力气。严重的可能会迷糊、说话做事反常,甚至昏迷。

(2)该怎么办?立即吃点能快速升糖的东西,比如2-4块方糖、半杯果汁或糖水。休息15分钟后测血糖,如果还低或没好转,就再吃一次,并及时联系家人或去就近的医院。

#### 2.留意胃肠道反应

(1)身体信号?恶心、肚子胀、拉肚子、不想吃饭。

(2)怎么办?这在刚开始吃药时比较常见,身体适应后大多会减轻。坚持在餐中或餐后吃药能缓解。如果这些不舒服的感觉持续且严重,一定要告诉医生,医生可能会建议换一种剂型或者调整药物。

### 定期监测随访,不做“糊涂人”

居家做好空腹、餐后2小时血糖的自我监测并记录;每3-6个月到医院检测一次糖化血红蛋白。药物配合生活方式,控糖效果翻倍。降糖药不是“万能药”,必须搭配清淡饮食、规律运动才能发挥最大作用。

亲爱的糖友,这份备忘录的核心,就是希望您能将用药从一项被动的“任务”,转变为主动的、科学的“健康管理”。时间是舵,方法是桨,注意事项则是航程中的灯塔,三者协同,才能让您的控糖之舟平稳前行。

(明光市人民医院 程伟)

# 手术室护士不只是递器械,这些事你想不到

## 健康关注

很多人认为外科医生是手术的主角,手术室护士的工作内容不过就是向外科医生传递器械。但实际上,手术室护士承担着术前、术中到术后全流程工作任务,其在手术顺利与患者安全保障方面是非常关键的角色。

### 手术前“哨兵”

手术能否顺利完成并不只取决于主治医生的手术水平,其与术前准备情况也息息相关。手术室护士承担着术前风险识别的重要任务,其在手术前会与患者及患者家属展开密切沟通,以了解患者的病情、用药史、过敏史、心理状态、营养状态,以及是否存在一些潜在的风险因素。如一些患者因疾病需要长期应用抗凝类药物,护理人员会同麻醉医师共同进行判断,要求患者在手术前暂停用药,并对出血风险进行评估。

手术室护士在术前还要对患者手术部位标记、知情同意书各项内容进行认真检查,

查,对患者相关信息详细核对,避免出现手术部位或手术人员、内容错误的情况,最大程度地减少患者术中出现的意外概率。

可以说手术室护士就如同术前“哨兵”一般,会做好术前各项核对工作,敏锐捕捉患者手术中可能存在的风险因素,保障患者手术安全。

### “战场”布置者

手术室护士是“战场”的布置者,手术前手术室护士会对手术所需要的器材与耗材认真清理,如检查手术刀、缝合针、纱布、无菌手套等,确保耗材在规定的使用期之内,器械完好。手术室护士还会对设备进行调试,将无影灯开启后调节到最适合的角度和亮度,并对麻醉机、监护仪等设备进行检查,确保其能正常无误地运行。同时还要做好对手术室温度和湿度的调整,这样医生在手术操作时会更加顺畅,患者的舒适度也会更高。

### 感染防控者

无菌环境下才能避免患者术中出现感染情况,而手术室护士是手术室感染防控壁垒的构建者。手术室护士需分区管理器械台面,帮助医生按照正确穿戴程序进行手术衣、手套的穿戴,且会做好对人员流动的限

制,并监督手术室人员的无菌行为,对于跨越无菌区域、器械传递方法不当等违规行为及时纠正。出现突发污染事件后,手术室护士会迅速地启动应急预案,上述工作的有效开展将直接减少患者感染概率。

### 手术搭档

手术中手术室护士又化身为医生的最佳搭档,以保障手术流程顺利完成。器械护士要凭借着自身对于流程的熟悉预判医生需求,并将相应器械迅速传递给医生,如需给患者止血时迅速为医生递上止血钳。同时还要对使用的纱布、缝针、添加物品等进行记录,并与巡回护士认真进行核对,避免器械或纱布等遗落在患者体内。手术室护士有时也需要协助医生剪断缝线,或在医生指导下进行简单操作,以使医生能有更多精力专注于关键步骤。

巡回护士需要不停地巡视,对手术进程、患者生命体征进行观察,一旦发现患者出现异常第一时间汇报给麻醉医生和手术医生。快速领取患者手术中需要的特殊药品或血液制品,并在核对后将其交给医生。对手术时间、耗材使用、用药情况、患者出血量及生命体征等进行详细记录。巡回护士还会就手术进展情

况适时向家属通报,避免家属处于过度焦虑状态。

### 手术收官者

手术室护士也是整个手术的收官者,完成手术后其工作并不会结束,还需要对所有手术用品再次进行清点,确保万无一失;对病变组织妥善保管,并在核对一切信息无误后及时进行送检;手术室护士会安全平稳地将患者送到复苏室,并做好保暖工作,对患者的意识、伤口、呼吸情况密切观察,患者清醒后及时回应其诉求;待到生命体征稳定之后,手术室护士还要对病历记录和用药清单等进行细致整理,然后再将患者平稳地送至病房,就手术情况、注意事项等进行详细交接。最后,手术室护士还要对使用的器械、耗材进行分类处理,做好对手术台面以及相关设备的清洁工作,做好消毒,以创造无菌环境,为之后手术创造条件。

手术室护士并不像大多数人认为的只是干一些“传递器械”的杂活,其需要参与的事情之多远远想象不到,他们是术前“哨兵”“战场”布置者、感染防控者,更是手术医生的搭档、手术收官者,起着非常重要的作用。

(安徽省广德市中医院 司思)

# 预防糖尿病下肢静脉血栓 踝泵运动该怎么做?

## 健康科普

糖尿病是一种影响全身血管系统的慢性疾病,血糖高会使血液变得更黏稠,流动速度减慢,长期受到高血糖损害,会使原本光滑的血管内壁变得粗糙,糖尿病患者体内慢性炎症状态会促进凝血,影响下肢肌肉泵功能,导致血液回流不畅,因此糖尿病患者发生下肢静脉血栓的风险比普通人大出1.5-2倍。踝泵运动被誉为“第二心脏”,通过主动活动踝关节促进下肢血液回流,简单有效且无需任何器械。对于糖尿病患者来说这是预防下肢静脉血栓的基础练习。下面通过踝泵运动方法的介绍,希望能帮助糖尿病人群预防下肢血管病的发生。

### 踝泵运动预防下肢血栓原理

有研究显示当脚踩踝泵运动时,可使小腿肌肉泵血效率提升70%,通过小腿肌肉规律性收缩挤压深部静脉,推动血液向心脏方向流动,放松时新鲜血液从浅表静脉流入深部静脉,增加静脉回流,从而预防血液淤滞,改善组织水肿,预防肌肉萎缩,减少血栓形成。

### 踝泵运动动作分解

勾脚尖(背屈)

平躺或坐直,双腿自然伸展缓慢、尽力地将脚尖向自己鼻子的方向勾起,保持小腿前侧肌肉有明显拉伸感,保持5-10秒。配合呼吸,脚踝向心时呼气。

### 回正中

缓慢将脚尖回到起始位置,短暂放松2-3秒。在执行踝泵运动时,确保足尖始终朝上,避免侧向移动,以保证动作的准确性。

### 绷紧脚尖(跖屈)

将脚尖尽力向下压,想象用脚尖去触碰远处地面,感觉小腿后侧肌肉收缩紧绷,保持5-10秒。

### 再次回正

缓慢回到起始位置,完成一个完整循环。双腿应同时进行。

### 环绕运动

以踝关节为中心,用脚尖画最大范围圆圈,顺时针10次,逆时针10次,动作应缓慢、圆润、连贯流畅。脚踝应缓慢而有控制地进行最大范围的屈伸,确保动作幅度达到最大,以利于更好地提高运动效果。保持均匀的节奏和速度,避免过快或过慢。

### 注意事项

卧床人群宜取平卧或半卧位,下肢伸展在耐受情况下可适度抬高下肢至15-30度,

对于活动无限制者,可选取平卧、半卧或坐位。

对于高龄者,宜取平卧或低半卧位。对于手术患者,术后应待意识清醒且生命体征平稳后进行踝泵运动。足部有石膏固定者,应在专科医生指导下进行踝泵运动。

踝泵运动前检查双脚皮肤,确保无破损、红肿现象,运动中如出现腿部疼痛加剧、异常肿胀,立即停止并咨询医生。

不必强求最大角度,在关节活动度允许范围内争取每个动作做到最大范围,用眼睛观察动作幅度,不应引起剧痛,可以请家人协助确认动作是否到位。运动后触摸足背动脉(脚背上方),确认搏动正常,以确保踝泵运动的准确性和有效性。

初次开始可在医生或糖尿病专科护士的指导下完成,如有足部溃疡、严重神经病变或近期深静脉血栓病史,需医生评估后再进行。

运动频次可根据个体的活动耐受能力调整,宜每天3-4次,每次20-30组,踝关节环绕运动频次与背伸运动相同,当出现疲劳、疼痛、无力等无法持续活动的症状时应停止运动。

### 运动后效果评价

运动后小腿有轻微酸胀感(24小时内消失),足部皮肤颜色红润,下肢沉重感减轻,说明达到预期运动效果。