

拨开血糖迷雾:糖尿病检测指标全解

糖尿病是一种以血糖升高为特征的常见代谢性疾病,要准确诊断、分型及评估疗效,需综合参考多项指标,从指尖血到静脉血,从即时数值到几个月的变化趋势,每一个指标都像一块拼图,各自揭示着糖代谢状况的不同侧面。下面将系统解析各类糖尿病检测指标,帮助大家了解自身的血糖状况。

即时血糖检测

1.空腹血糖(FPG)

空腹血糖是最基础、最常用的筛查指标,指至少8至10小时未进食热量后测得的静脉血浆葡萄糖浓度。其正常参考范围为3.9-6.1mmol/L。若数值在6.1-6.9mmol/L,提示空腹血糖受损,属于糖尿病前期。若空腹血糖 \geq 7.0mmol/L,则表明有患糖尿病的可能。

需要注意的是,空腹血糖正常并不能代表完全健康。许多早期糖尿病患者空腹血糖仍在正常范围内,但餐后血糖已经显著升高,这就是为什么仅查空腹血糖可能导致漏诊。

2.餐后2小时血糖(2h-PG)

口服葡萄糖耐量试验OGTT是诊断糖尿病的经典方法,受试者空腹口服75克无水葡萄糖粉,2小时后测定静脉血浆血糖即为餐后2小时血糖,反映机体处理糖负荷的能力。正常值应 $<$ 7.8mmol/L。若餐后2小时血糖值在7.8-11.0mmol/L,提示糖耐量减低(IGT),属于糖尿病前

期。餐后2小时血糖值 \geq 11.1mmol/L,是糖尿病诊断的重要标准之一。

3.随机血糖

指一天中任意时间点测得的血糖值,不受进食时间影响。当随机血糖 \geq 11.1mmol/L时,也可以提示糖尿病诊断。

糖化血红蛋白(HbA1c)

如果说即时血糖像是给血糖水平拍了一张“快照”,那么糖化血红蛋白就是一份长达2至3个月的“成绩单”。

糖化血红蛋白是血液中的葡萄糖与红细胞内血红蛋白发生不可逆结合的产物,其形成过程缓慢且稳定。由于红细胞的平均寿命约为120天,HbA1c能够客观反映过去8至12周的平均血糖水平,且基本不受单次饮食、运动或情绪波动的影响。

HbA1c正常值应 $<$ 5.7%,5.7%-6.4%提示处于糖尿病前期,HbA1c \geq 6.5%则提示糖尿病的诊断。

大多数糖尿病患者HbA1c控制目标为 $<$ 7.0%,这一目标平衡了微血管获益与低血糖风险。严格的血糖控制(如 $<$ 6.5%)适用于无严重并发症、低血糖风险低的年轻患者,而宽松目标(如 $<$ 8.0%)则适用于有严重并发症或低血糖风险高的老年患者。

需要注意的是,任何影响红细胞寿命或血红蛋白结构的疾病都可能干扰HbA1c的准确性。溶血性贫血、近期输血、肾功能衰

竭、妊娠等情况会导致HbA1c结果不可靠,此时应采用其他替代指标。

糖化白蛋白与果糖胺

在某些特殊情况下,医生需要评估比HbA1c时间更短、反应更灵敏的血糖控制情况,这时就会用到糖化白蛋白和果糖胺。

糖化白蛋白是葡萄糖与血清白蛋白结合的产物,反映过去2至3周的平均血糖水平,正常参考范围为11%-16%。

果糖胺则是总糖化血清蛋白(主要是白蛋白)的统称,同样反映近2至3周的血糖状况,正常值为1.5-2.4mmol/L。

这两项指标的优势在于反应更灵敏。当患者治疗方案调整后,HbA1c需要2至3个月才能体现变化,而糖化白蛋白和果糖胺在2至3周内就能捕捉到血糖趋势,特别适用于糖尿病肾病或血液透析患者(HbA1c可能不可靠)、妊娠期糖尿病(需要更精细的短期监测)及治疗方案调整后的快速评估。

新兴指标与其他检测

1.持续葡萄糖监测(CGM)及其衍生指标

CGM是一种新型的血糖监测仪器,佩戴后实时监测血糖浓度并生成全天24小时的血糖曲线,血糖曲线可以读出血糖在3.9-10.0mmol/L范围内的时间百分比,即目标范围内时间(TIR)。研究表明,TIR能提供HbA1c无法反映的血糖波动和低血糖信息,对于大多数糖尿病患者,

TIR $>$ 70%是合理的控制目标。

2.C肽检测

当医生需要区分1型糖尿病和2型糖尿病时,通常检测由胰岛 β 细胞分泌的C肽的水平来判断胰岛功能以明确分型。低水平C肽提示胰岛功能衰竭,支持1型糖尿病的诊断;而正常或升高的C肽则多见于存在胰岛素抵抗的2型糖尿病。

综合应用:从单一指标到多维度评估

理解了各类指标的含义后,一个更关键的问题是:这些指标在实际临床中如何协同工作?

1.筛查与诊断阶段:通常先检测空腹血糖或HbA1c。若结果处于临界范围,需进行口服葡萄糖耐量试验(OGTT)检测服糖后2小时的血糖值。

2.分型诊断阶段:若确诊糖尿病,需检测C肽和自身抗体以区分1型或2型糖尿病,以进一步开展针对性治疗。

3.疗效监测阶段:每3个月检测HbA1c是常规做法,评估长期控制水平。同时配合指尖血糖监测或CGM捕捉日常波动。在某些特殊情况下(如妊娠、肾病),还需加测糖化白蛋白作为补充。

糖尿病的管理是一项系统工程,各项检测指标从不同维度反映了糖代谢状态。每一次检测,都是身体发出的宝贵信号,读懂这些指标的意义,为健康保驾护航。

(凤阳县中医院 林菁)

尿常规检查,藏着全身的健康密码

去医院体检或看病时,医生常会让你去查个“尿常规”。很多人嘴上答应,心里却嘀咕:不就是一泡尿吗,能查出什么名堂?

其实,这泡尿还真不简单。早在两千多年前,老中医们就会通过看尿液的颜色、闻味道来判断病情。如今,尿常规已经成为筛查肾病、糖尿病、尿路感染、肝病等多种疾病的“侦察兵”。它便宜、无痛、出结果快,是体检中最值得关注的项目之一。

下面,我们把这里的秘密说清楚。

尿常规到底在查什么

简单来说,尿常规检查从三个角度看尿液:用眼睛看、用试纸测、用显微镜找。

1.用眼睛看颜色清不清、浓不浓

正常的尿液应该是淡黄色、清亮透明的。如果颜色变了,可能是身体在“报警”。

红色或洗肉水色:可能是结石、感染、肾脏出了问题,但也可能是你昨天吃了红心火龙果,或者服了某种红色药物。到底是哪种情况,需要进一步检查来确认。

浓茶色:像泡了很久的浓茶,可能提示肝脏或胆道有问题,也可能与某些药物或食物的影响有关。

浑浊尿:可能为磷酸盐等结晶,也可

能是乳糜尿或脓尿。

通过小便的量和颜色变化,还可以反映肾脏的浓缩稀释功能是否正常。简单地说,喝水多时,尿液会被稀释,排出大量颜色很淡的尿;喝水少时,尿液会被浓缩,排出少量颜色深的尿。如果尿量、尿色总是一成不变,就说明肾脏的调节能力可能出了问题。

2.用试纸测尿里的“化学成分”

这是尿常规最核心的部分。把一张小小的试纸插进尿液里,几十秒就能测出多种物质。

尿蛋白:这是最重要的指标之一。正常尿里几乎没有蛋白质,因为肾脏像个精细的筛子,把蛋白质这种“好东西”留在了血液里。如果试纸条上出现“+”,说明筛子可能破了,蛋白质漏了出来。不过也别太慌,剧烈运动、发高烧、长时间站立,都可能出现一过性的蛋白尿。但如果反复出现“+”,就要认真查查肾脏了。

尿白细胞和亚硝酸盐:这两项是查尿路感染的黄金搭档。如果你同时感到小便次数多、憋不住、小便时火辣辣的疼,这两项往往都是阳性,说明细菌已经在你的尿道里“安家”了。

尿潜血:潜血阳性不等于血尿。试纸条分不清是血里的红细胞,还是肌肉受伤后释放的肌红蛋白。需结合显微镜检查。

尿糖和尿酮体:尿糖阳性,最常见的原因是糖尿病,血糖太高,超过了肾脏的重吸收能力,糖就跑到尿里了。还有血糖正常时,但肾小管对葡萄糖吸收功能减退,即肾糖阈减低所致的糖尿,又称肾性糖尿。尿酮体阳性,要警惕糖尿病酮症酸中毒(这是急症),但也可能是禁食过久,严重腹泻、呕吐等。

胆红素和尿胆原:这两项主要看肝脏功能。如果它们异常,提示肝脏或胆道可能有问题。

3.用显微镜找尿里的“有形物”

把尿液离心后,放在显微镜下看,能发现很多肉眼看不到的东西。

红细胞:尿液经离心沉淀镜检时,发现每高倍镜视野超过3个,称镜下血尿。

白细胞:尿液经离心沉淀镜检时,发现每高倍镜视野超过5个,称镜下脓尿。管型:这是肾脏特有的“铸型物”。如果出现红细胞管型,提示肾小球疾病和肾单位内有出血。

结晶:有生理性结晶和病理性结晶,生理性结晶多来自食物及机体正常的代谢,一般无临床意义。但当大量结晶持续出现在新鲜尿中,可能提示有尿路结石。

怎么留尿才准确?记住五句话

1.留晨尿最好:早上第一泡尿最浓,尿中有形成分最容易被查出来。

2.留取清洁尿:最常见的就是中段尿。

3.避免月经、阴道分泌物、粪便等各种物质的污染。

4.2小时内送检:放久了细菌会繁殖,葡萄糖会被分解,结果失真。实在来不及,可以放冰箱冷藏,但别超过6小时。

5.自己别乱加东西:不要自行往尿液中添加任何物质,如有特殊检查需要添加防腐剂(不同的防腐剂对应的检查项目不一样),请咨询医生。

结果有异常,先别慌,一个孤立的异常结果,不一定代表有病。但如果反复检查都异常,或者多个指标同时异常,那就要认真对待,及时看医生了。

谁该查?多久查一次

普通人群每年体检常规检查即可;糖尿病、高血压、肾病患者族、长期服药的高危人群,需每3至6个月复查一次。

如果出现尿频、尿急、尿痛、尿液颜色不对、泡沫多且不消散,赶紧去查。

从古人看尿识病,到现代实验室精密分析,尿常规这项检查走过了两千多年。它简单、便宜、无痛苦,却能看出肾脏、肝脏、血糖、尿路那么多问题。重视尿常规检查,规范留取标本、理性看待结果,用最简单的检查,守护最扎实的健康。

(凤阳县人民医院 骆静)

切除胆囊会影响消化吗? 专科医生为你解读真相

“医生,切了胆囊,我以后是不是就再也不能吃油腻食物了?”“没了胆囊,消化功能会不会大打折扣?”在滁州市各大医院普外科门诊,这几乎是每一位面临胆囊切除术的患者都会反复问及的问题。这些顾虑,真实地反映了大家内心深处的担忧。

随着生活方式的改变和人口老龄化,胆囊结石、胆囊炎的发病率逐年升高,胆囊切除术已成为临床上非常成熟的微创手术。但“切了胆囊会严重影响消化”这个根深蒂固的误区,依然让很多本该及早接受治疗的患者犹豫不决,甚至因此延误病情。下面就把这个误区彻底讲透。

胆囊是“仓库”,不是“工厂”

胆囊到底是干什么的?很多人误以为胆汁是胆囊生产的,所以切除胆囊自然就没了胆汁。这完全搞错了。

肝脏才是人体最大的消化腺,也是“胆汁工厂”。一个健康的肝脏每天大约会分泌800到1200毫升胆汁,负责乳化、分解食物中的脂肪,就像洗碗时用洗洁精去油一样。胆囊呢?它不生产一滴胆汁,只是一个挂在肝脏下面的“胆汁仓库”和“浓缩车间”。

这个“仓库”的作用很精妙。因为肝脏是持续不停地分泌胆汁的,但我们不是一直在吃饭。在没有进食时,胆总管下端的括约肌会关闭,把胆汁“逼”进胆囊里储存起来。胆囊壁会把胆汁里的水分和无机盐吸收掉,让胆汁浓缩到原来体积的十分之一左右,效力倍增。等我们吃下一顿含油食物时,胆囊就会在一个叫“胆囊收缩素”的激素指挥下,猛地收缩,一次性把高浓度的胆汁挤进肠道,帮助完成高效消化。

所以,胆囊的角色,就是一个负责存储、浓缩和调节胆汁输出的“调度中心”,而非“生产源头”。这个根本区别,是理解术后消化变化的钥匙。

术后短期不适,身体自有一套强大的代偿机制

既然“工厂”还在,那术后短期内出现的腹胀、腹泻,尤其是吃了油大食物后不舒服,是怎么回事?这就是大家担心的“胆囊切除术后综合征”。其根本原因,不是没胆汁了,而是胆汁的“供应模式”发生了彻底改变。

切除胆囊后,人体失去了这个可以集中供应的“仓库”。肝脏分泌的胆汁没有了去处,只能持续不断地、一小股一小股地直接流向肠道,就像水龙头从“储满再放”变成了“长流水”。术后早期,当你突然吃进一顿红烧肉或油炸食物时,需要大量胆汁集中处理,但身体还无法提供,脂肪没有被充分消化,就可能刺激肠道,引起腹泻和消化不良。

但人体自我调节的能力远超我们想象。研究表明,胆囊切除后,这个“长流水”的持续存在,会反过来刺激原来的胆总管。胆总管会逐渐增宽、代偿性地扩张,部分承担起原来胆囊储存胆汁的功能。这个生理性适应过程,通常需要3到6个月。所以大多数患者在术后半年左右,身体会慢慢建立起新的胆汁输运平衡,消化不良的症状会逐渐减轻甚至消失。各大医院普遍开展的腹腔镜胆囊切除术,创伤小,对腹腔内环境干扰轻,术后患者通常6到8小时就能尝试下床活动,这非常有利于肠道功能的快速恢复,让身体尽早开始上述的代偿过程。

术后饮食调理:科学控油、循序渐进

术后恢复期的饮食调理,是帮助身体平稳度过适应期的核心,也是最考验患者毅力和方法的地方。目前,理念已经更新,不再推荐术后长期苛刻的低脂饮食,而是更科学、更具操作性的“科学控油、循序渐进”策略。

1.术后1到2周(适应启动期):这个阶段,肠道功能还在恢复,胆道系统刚开始适应新模式。饮食应以清淡、易消化的流质或半流质为主,比如米汤、藕粉、稀粥、烂面条,去油的菜汤等。一定要严格避免油炸、肥肉、动物内脏、浓骨汤、坚果等油腻食物。同时要留心,蛋黄的脂肪含量其实不低,不少人术后早期吃了水煮蛋的蛋黄会不舒服,可以从蛋清开始尝试。

2.术后1个月左右(温和试探期):身体有了一定的适应,可以开始小心地、一样一样地尝试新的食物。可以先从少量瘦猪肉、鸡胸肉、鱼肉,以及用少量植物油烹调的蔬菜开始。每次只新增一种食物,量少要少,吃完后注意观察自身反应,比如有没有腹胀、腹泻、嗝气。一旦不舒服,就退回上一阶段的饮食,过一两周再试。这样能帮你精准建立自己身体的“食物耐受清单”。

3.术后3到6个月(巩固适应期):大部分人的胆总管代偿扩张已初步完成。此时可以根据自身适应情况,逐步放宽饮食限制,向正常饮食过渡。但不等于可以大吃大喝。要始终坚持一个核心原则就是严控单次脂肪摄入量。也就是说,一餐中的油腻程度要控制好,但一天中不同餐次可以均衡分配,比如中午吃了点红烧鱼,晚餐就尽量清淡。同时,务必戒除暴饮暴食的习惯,这是保护肝胆系统未来长期健康的基石。

三个实用护理贴士,助力平稳过渡

除了饮食上的循序渐进,日常生活中的几个护理细节也能带来很大帮助。

1.补充益生菌,优化肠道环境:胆汁持续流入肠道,会改变肠道内的酸碱度和内环境,菌群平衡容易被打破,这也是引起腹泻的一个原因。适量补充一些含双歧杆菌、乳酸杆菌的益生菌制剂,或者无糖酸奶,有助于重建健康的肠道菌群,能明显改善消化功能。这个方法在临床实践中效果比较理想。

2.规律三餐,必要时少食多餐:规律的进食可以给胆汁的持续排泄创造一个有序的节奏,避免胆汁在肠道里长时间空流,从而减少对肠壁的刺激。在两餐之间如果感到饥饿或口渴,可以适当加餐,如一小片全麦面包、几片苏打饼干,既能中和胆汁,又能避免空腹不适。

3.适度运动,促进肠道蠕动:术后应根据体力恢复情况,尽早开始规律运动。从在病房或家中的慢走开始,逐渐过渡到快走、打太极拳、跳广场舞等。运动不仅促进肠道蠕动,帮助消化,还能帮助控制体重。超重和肥胖本身就是胆囊结石形成的危险因素。

如果极少数患者在术后很长一段时间,比如半年以上,依然存在严重的脂肪泻、腹胀和腹痛,这说明身体的自我调节可能不理想,一定不要自己硬扛或者乱吃药,应及时回医院复诊。医生会评估情况,必要时使用一些促消化酶、调节肠道功能或吸附胆汁酸的药物进行干预,无需过度焦虑。

最后,特别强调一点:胆囊切除的核心目的,是去除一个已经发生病变、反复发作,甚至存在癌变风险的器官,来保护整个身体的健康。一个反复发作的“坏”胆囊,早已失去了正常的储存浓缩功能,留着不仅无用,反而像个定时炸弹。

术后暂时的消化不良,是身体走向新平衡过程中的正常、可预期的反应,绝非永久性损伤。只要充分理解这个过程,并积极、科学地做好术后调理,绝大多数患者都能恢复正常消化功能。如果您正被胆囊疾病困扰,要及时就医。

(全椒县人民医院 张刚)

投稿邮箱:czrb9012@163.com