

隐藏在体重背后的健康危机

▲ 延安大学附属医院重症医学科 袁伟伟

肥胖在临床上常通过身体质量指数（BMI）来衡量。一般而言，BMI 达到 28 及以上便属于肥胖范畴。据世界卫生组织报告指出，自 1975 年以来，全球肥胖率几乎增长了两倍，2016 年，超过 19 亿成年人超重，其中 6.5 亿人肥胖，并且这一数字仍在逐年递增。肥胖背后隐藏着与重症医学紧密相连的诸多风险，一旦触发，极有可能将生命拉向危险边缘。

肥胖引发的重症 “导火索”

首当其冲的便是心血管系统危机。一项大型荟萃分析研究表明，BMI 每增加 5 个单位，冠心病发病风险就会升高 29%，心肌梗死风险增加 26%。因心血管疾病导致的心衰发生率也远高于正常体重者，数据显示，肥胖患者发生心力衰竭的风险是普通人群的 2~3 倍，一旦心脏这台“永动机”在狭窄不畅的血管网络里艰难泵血，陷入严重的心衰困境，生命便岌岌可危。

呼吸系统也深受其害。过量脂肪在胸部、腹部堆积，导致肥胖低通气综合征。临床研究发现，肥胖人群中该综合征患病率约为 10%~20%，患者会频繁感到气短、呼吸困难，睡眠中还可能出现呼吸暂停。身体反复陷入缺氧状态，不仅会损害心肺功能，还易诱发肺动脉高压等重症。

内分泌代谢方面，相关统计显示，肥胖人群患 2 型糖尿病的概率是正常体重人群的 4~6 倍，而糖尿病又像一颗“定时炸弹”，牵一发而动全身，引发糖尿病肾病致肾功能衰竭、糖尿病视网膜膜病变致失明、糖尿病足面临截肢风险等系列严重并发症，身体各器官在高糖侵蚀下逐步垮塌。

肥胖与重症医学近年研究进展

感染易感性与重症几率增加 2024 年的一项研究汇总分析了近 70 万名新冠患者的电子病历，发现肥胖人群感染新冠病毒的易感性显著增加，且感染后出现严重症状和罹患长新冠的风险明显高于非肥胖人群，其严重新冠综合征的几率比非肥胖人群高出 34%，与年龄和性别无关。

住院资源占用更多《THE LANCET Diabetes & Endocrinology》研究显示，在 COVID-19 住院患者中，肥胖患者（BMI>30.0 kg/m²）的住院时间相较健康体重组（BMI 18.5-25.0 kg/m²）平均延长了 0.62 天，入住 ICU 的几率显著增加，其住院的平均成本也比健康体重组高。不仅对患者个人造成了压力，也对整个卫生保健系统提出了更高的财政要求。

肥胖相关的治疗方法探索 2024 年发表在《美国心脏病学会杂志》上的研究发现，服用司美格鲁肽组的患者全因死亡、心血管死亡和非心血管死亡的发生率与安慰剂组相比一直较低。中国农业大学沈建忠院士团队研发了负载重组高密度脂蛋白（rHDL）的口服复合微球药物递送系统，能调节糖脂代谢，治疗肥胖引发的并发症。此外，其开发的温度敏感水凝胶药物可遏制局部脂肪细胞过度增长，提升脂肪细胞代谢功能。

预防肥胖，远离重症 “雷区”

预防肥胖就是在为生命“排雷”。日常饮食要遵循“三低一高”，即“低盐、低糖、低脂、高纤维”，用蔬果、全谷物、优质蛋白填满餐盘，拒绝高热量垃圾食品诱惑。坚持规律运动，定期体检，及时发现 BMI 异常、血脂血糖隐患，通过生活方式干预或医学指导，将肥胖风险扼杀在萌芽，摆脱重症阴影，拥抱健康生活。

孕期血糖筛查：空腹还是餐后？

▲ 武汉科技大学附属汉阳医院产科 周琴

孕期血糖筛查作为预防妊娠期糖尿病（GDM）的重要手段，常让准妈妈们困惑：究竟应该是空腹查还是餐后查呢？

孕期血糖筛查的两大核心手段

糖耐量试验（OGTT） 空腹筛查的“黄金标准”。OGTT 是孕期血糖筛查的核心手段，通常在孕 24~28 周进行。筛查前需空腹 8~12 小时，禁食期间仅可少量饮水。检测时，先抽取空腹静脉血，随后在 5 分钟内饮用含 75 g 葡萄糖的 300 ml 温水，并于服糖后 1 小时、2 小时分别再次抽血。诊断标准为：空腹血糖 ≥ 5.1 mmol/L、1 小时血糖 ≥ 10.0 mmol/L、2 小时血糖 ≥ 8.5 mmol/L，任一指标达到或超过即可确诊妊娠期糖尿病。

餐后血糖监测 动态评估的“辅助利器”。餐后血糖检测主要针对已确诊妊娠期糖尿病的孕妇，或 OGTT 结果临界值人群。检测需从进食第一口开始计时，分别于餐后 1 小时、2 小时抽取静脉血。正常值应餐后 1 小时 < 7.8 mmol/L，餐后 2 小时 < 6.7 mmol/L。此检测能直观反映食物对血糖的影响，帮助医生调整胰岛素用量或饮食方案。

空腹与餐后检测的差异与选择

空腹检测是精准诊断的基础 空腹

血糖反映基础胰岛素分泌功能，是 OGTT 的核心指标。其优势在于：①排除饮食干扰：空腹状态下，血糖波动仅受基础代谢和激素水平影响，结果更稳定。②早期预警价值：即使餐后血糖正常，空腹血糖升高仍可能提示胰岛素抵抗风险。**餐后检测是动态管理的关键** 餐后血糖监测能捕捉胰岛素分泌的即时反应，尤其适用于：①OGTT 临界值人群：若日常空腹血糖接近 5.3 mmol/L，需结合餐后血糖综合判断。②已确诊患者：通过监测餐后血糖波动，调整饮食结构（如减少精制碳水化合物摄入）或运动计划。

筛查前的准备与注意事项

空腹筛查的“三大纪律” ①禁食时间精准：前一天晚餐后禁食至次日抽血，避免熬夜或清晨饮水。②正常饮食维持：筛查前 3 天保持日常碳水化合物摄入（150~200 g/d），避免突击节食或暴饮暴食。③避免药物干扰：如需服用糖皮质激素、利尿剂等影响血糖的药物，需提前告知医生。

餐后检测的“细节把控” ①计时起点严格：从第一口食物开始计时，而非进食完毕。②运动暂停：检测前 2 小时避免散步、爬楼梯等运动，以防血糖波动。③情绪稳定：紧张、焦虑可能导

致肾上腺素分泌增加，进而升高血糖。

筛查结果的解读与应对

阳性结果：科学干预，母婴无忧 若 OGTT 任一指标超标，需进一步确诊：①重复 OGTT：部分孕妇因前一天饮食不当（如摄入高糖水果）导致假阳性，需间隔 1~2 周复查。②糖化血红蛋白（HbA1c）检测：反映近 2~3 个月平均血糖水平，辅助判断是否为孕前已存在的糖尿病。

确诊后，管理方案包括：①饮食调整：采用“少食多餐”原则，每餐碳水化合物控制在 45~60 g，优先选择低 GI 食物（如燕麦、全麦面包）。②运动干预：每日快走 30 分钟或游泳 20 分钟，降低胰岛素抵抗。③药物治疗：若饮食 + 运动控制不佳，需在医生指导下使用胰岛素（如门冬胰岛素）。

阴性结果：定期监测，预防为先 即使筛查结果正常，仍需警惕：①高危人群：有糖尿病家族史、孕前 BMI ≥ 25 、既往 GDM 史者，建议每 3 个月监测一次空腹血糖。②生活方式干预：保持规律作息，避免熬夜，控制体重增长（孕早期不增重，孕中晚期每周增重 0.3~0.5 kg）。

筛查只是手段，健康管理才是目的。愿每位准妈妈都能平稳度过孕期，迎接健康宝宝的到来。

告别术前迷茫：患者必须掌握的手术室护理要点

▲ 肇庆市第二人民医院手术室 朱亚楠

术前物品准备

根据医嘱提前准备好必需物品，如术后穿的宽松衣物、拖鞋、洗漱用品等。避免携带贵重物品，术前摘掉隐形眼镜、假牙、饰品等。必要时需要准备拐杖、轮椅等辅助器具。

术前饮食调整

遵医嘱调整饮食，即术前 2 h 禁饮清水，4 h 禁食固体食物，6 h 禁食淀粉类，8 h 禁食脂肪类食物。防止麻醉时胃内容物反流误吸。必要时进行机械性胃肠道准备。

手术前的护理

核对信息 入室前再次核对姓名、住院号、手腕带，手术名称及部位，确保无误。

穿手术衣 更换手术衣裤，去除内衣裤，需保暖。

测生命体征 测量体温、脉搏、呼吸、血压等并做好记录。

建立静脉通路 打留置针，为术中用药做好准备。

导尿 必要时放置导尿管，密切观察尿液情况。

体位摆放 根据手术需要摆放合适舒适的手术体位，防止压疮。

术中护理配合

包括以下方面：①严格执行无菌操作，

预防感染。②密切观察生命体征变化，发现异常及时处理。③做好手术铺单、器械准备及设备检查，保证手术顺利进行。④术中补液，输血，用药及记录。⑤术中标本及冰冻及时填写送检。⑥清点器械、纱布等物品，防止遗留体内。

术后护理

生命体征监测 苏醒后密切监测生命体征，每 15~30 分钟记录一次。

伤口护理 保持伤口敷料清洁、干燥，观察有无出血、渗液。

引流管护理 观察引流液的颜色、性状和量，确保引流通畅。

疼痛护理 适当止痛，选择合适体位，指导深呼吸放松。

饮食护理 术后遵医嘱进食，从流质到半流质再到普食，避免进食刺激性食物。

早期下床活动 鼓励患者早期下床活动，预防肺部感染及下肢静脉血栓。

功能锻炼 根据手术部位，指导患者进行功能锻炼，如深呼吸、咳嗽、关节活动等。

心理护理 多关心、交流，解除患者顾虑，树立战胜疾病的信心。

患者只要做好充分的准备，积极配合医护人员，一定能轻松应对手术，早日康复。但需要注意的是，个体情况差异较大，具体须遵从主管医生的医嘱。