有人只是来减重，却在高危筛查中及时发现糖尿病前期，6个月后血糖回到安全区间；也有人确诊糖尿病多年，因为“不痛不痒”没当回事，等到视物模糊、双脚浮肿、手脚麻木时，并发症早已悄然出现。同样是高血糖，不同的时间点采取行动，结局可能完全不同。

11月14日是联合国糖尿病日，今年的主题是“早发现，早行动”。江门市五邑中医院内分泌科主任、主任中医师吕秀群提醒，糖尿病的进展并非一朝一夕，是否抓住早期干预窗口，往往会带来截然不同的疾病走向。她表示，血糖无小事，筛查要趁早，守住代谢健康的第一道关口，能远离糖尿病及其并发症的伤害，拥抱更高质量的健康生活。

文/图 江门日报记者 何雯意 通讯员 刘森



早发现 早行动

血糖无小事 筛查要趁早



医生对患者进行检查。

A 尽早规范诊疗

36岁的张女士，身高159厘米、体重90公斤，BMI（身体质量指数）35.6kg/m²，近一年她体重增加明显，已属于中度肥胖范畴。抱着减重的诉求，张女士于今年4月前往江门市五邑中医院内分泌科门诊就诊。吕秀群接诊研判认为，张女士属于糖尿病高危人群，建议其完善口服葡萄糖耐量试验（OGTT）及胰岛素C肽释放试验。结果提示虽然张女士的空腹血糖5.54mmol/L，属于正常范围，但OGTT2小时血糖达11.01mmol/L，同时存在高胰岛素血症和胰岛素抵抗，诊断为糖尿病前期。若不及时干预，未来发展为2型糖尿病的风险极高。

张女士没有犹豫，立即开始生活方式干预，严格执行糖尿病饮食、坚持运动治疗。吕秀群又根据她的症状和舌脉象，四诊合参，以中药汤剂辨证调治，配合针灸减重和中药穴位贴敷，内外合治。约6个月后，她成功减重20公斤；今年10月复查，空腹血糖和OGTT2小时血糖都处于正常水平，胰岛素水平较之前明显下降，成功逆转糖尿病前期状态。

与张女士的幸运逆转不同，56岁的市民李先生因对血糖疏于管理，付出了沉重代价。李先生5年前确诊2型糖尿病，因为“不痛不痒”，他没有规律用药，也很少监测血糖，更没有定期筛查并发症。几年间，他逐渐出现视物模糊，眼科检查提示糖尿病视网膜病变、眼底出血，视力损伤已难以挽回；双下肢浮肿、泡沫尿，尿检发现蛋白尿，诊断为糖尿病肾病。同时手脚麻木、刺痛，足部一个小伤口经久不愈，周围神经及血管出现病变，糖尿病足截肢风险随之升高。等到他认真走进内分泌科时，多个糖尿病慢性并发症已经同时具备，其中相当一部分损伤不可逆。

同样的疾病，一个人因为“早查一步、早管一步”把血糖拉回安全区间，另一个人却在“感觉良好”的错觉中错过了最宝贵的干预时机。“很多人对糖尿病的认知还停留在‘三多一少’，但半数以上早期患者没有典型的多饮、多食、多尿、体重下降表现。”她提醒，早发现、早干预能及时识别血糖异常，尽早规范诊疗，有效降低糖尿病发病与并发症进展风险。

B 三级预防，每一级都指向“早”

吕秀群表示，糖尿病防控强调三级预防。一级预防，是控制2型糖尿病的危险因素，预防糖尿病发生；二级预防，是早发现、早诊断、早治疗，在已诊断患者中预防并发症发生；三级预防，是延缓已存在并发症的进展，降低致残率和死亡率，改善生活质量、延长生命。而早发现早行动正是前两级预防的核心，其中糖尿病前期是逆转疾病的关键窗口。

吕秀群提醒，符合以下任意一条的成年人，均属于糖尿病高危人群，应尽早主动筛查血糖：有糖尿病前期史；年龄≥35岁；BMI≥24kg/m²，或中心型肥胖（男性腰围≥90cm、女性≥85cm）；一级亲属有糖尿病史；缺乏体力活动；有巨大儿分娩史或妊娠期糖尿病史；有多囊卵巢综合征；有黑棘皮病；有高血压史或正接受降压治疗；高密度脂蛋白胆固醇＜0.90mmol/L和/或甘油三酯＞2.22mmol/L，或正在接受调脂治疗；有动脉粥样硬化性心血管疾病史；有代谢相关脂肪性肝病；有胰腺炎病史；正接受抗病毒治疗的艾滋病患者；有类固醇类药物使用史；长期使用抗精神病/抗抑郁药物；中国糖尿病风险评分总分≥25分。

针对儿童青少年群体，若BMI达到同年龄、同性别第85百分位及以上，且合并母亲妊娠期糖尿病史、一级或二级亲属糖尿病史、胰岛素抵抗相关表现（黑棘皮病、多囊卵巢综合征、高血压、血脂异常）中任意一项，也属于高危人群，需关注血糖健康。

筛查方法并不复杂，可采用空腹血糖+75g葡萄糖耐量试验（OGTT）2小时血糖的组合方案，可更精准发现早期血糖异常。普通人群建议从35岁起每年检测空腹血糖；筛查结果正常者每3年复查一次；若确诊为糖尿病前期，建议每年复查一次，密切监测血糖变化。

吕秀群提醒，很多人以为糖尿病一定是“三多一少”，其实早期信号很隐蔽，出现以下表现时务必及时检查血糖：容易乏力、犯困，饭后格外困倦；皮肤反复瘙痒、毛囊炎、真菌感染，股癣、脚气难愈；伤口愈合变慢，轻微破损久不愈合；视物偶尔模糊、干涩；手脚麻木、刺痛、感觉减退；反复尿路感染。

“出现这些表现，不要简单归因为‘年纪大了’‘没休息好’，及时查血糖，就能早一步守住健康。”吕秀群说。

C 养成健康的生活方式

降低糖尿病患病风险，核心在于养成健康的生活方式；即便确诊血糖异常，规范干预也能有效控制病情。吕秀群建议，群众可以从“三个一”开始：测一次血糖、学一点知识、改一个习惯。

降低糖尿病风险，日常要做好以下几件事：

合理膳食：少喝含糖饮料、奶茶，减少糕点、油炸食品与精制米面摄入；主食粗细搭配，多吃新鲜蔬菜与优质蛋白质，定时定量进餐，避免暴饮暴食。

规律运动：每周累计不少于150分钟中等强度有氧运动（快走、慢跑、骑行、游泳均可），搭配每周2次力量训练；久坐人群每坐1小时起身活动数分钟。

管理体重：超重人群将体重减轻5%—10%，即可明显改善胰岛素抵抗，大幅降低糖尿病发病风险。

规律作息、舒缓压力：长期熬夜、焦虑会升高应激激素，加重胰岛素抵抗，应保持充足睡眠，学会调节情绪。

戒烟限酒：烟酒会加重血管损伤，增加代谢紊乱风险，应尽早戒除。

医学指导



吕秀群：江门市五邑中医院内分泌科主任，主任中医师，擅长中西医结合治疗糖尿病、甲状腺疾病、痛风、肥胖、更年期综合征、骨质疏松症、垂体肾上腺等内分泌代谢性疾病。

延伸阅读

查出血糖异常不要慌 规范干预是关键

查出问题后怎么办？吕秀群提醒，如果筛查发现处于糖尿病前期，优先采取生活方式干预+定期复查；经医生评估后，部分人群可配合药物干预，有机会实现病情逆转。即便确诊糖尿病，也无须过度恐慌。早期规范管理、平稳控糖，同时管控好血压、血脂，定期筛查眼底、尿微量白蛋白、下肢血管与神经病变，可大幅降低失明、肾衰竭、截肢、心梗、脑梗等严重并发症风险。

作为广东省中医重点专科、江门市中医重点学科，江门市五邑中医院内分泌科自1996年成立以来，始终秉承“中西结合、内外兼治、医患合作、防微杜渐”的诊疗理念，深耕内分泌代谢性疾病诊疗领域。科室拥有胰岛素泵、超声清创仪、糖尿病筛查箱等诊治设备，针对糖尿病各种急慢性并发症，采用中医辨证论治结合现代诊疗方法，构建多维中医外治体系，配合中药内服，调节阴阳气血失衡。特色治疗包括：中西医结合治疗糖尿病及其并发症，中药熏洗、中药烫熨治疗糖尿病周围神经病变及周围血管病变；胰岛素泵联合中药内服外治控制血糖；超声清创术联合中药内外合治糖尿病足。

“糖尿病是可防可控的慢性病，早启动规范管理，完全可以拥有良好的生活质量。”吕秀群表示。

小铁钉把人送进ICU！

警惕小伤口背后的破伤风风险

重症监护室里，一间病房关着灯、拉严窗帘。床上的患者戴着眼罩和耳塞，医护人员进出都放轻脚步。减少声、光和触碰，不只是为了让他休息，更是因为这些刺激可能诱发其全身剧烈痉挛。这是一名破伤风患者。大约10天前，他的足底被一枚旧铁钉刺伤。伤口不大，出血不多，很快便闭合了。几天后，他逐渐出现张口困难、颈背僵硬，最终被送进ICU。

江门市中心医院重症医学科主治医师肖赛银介绍，破伤风由破伤风梭状芽孢杆菌产生的神经毒素引起。芽孢可存在于土壤、灰尘以及人或动物的粪便中。它进入伤口后，在缺氧环境中萌发，细菌随之繁殖并产生毒素。铁钉刺出的伤口往往又深又窄，表面很快闭合，深部可能形成缺氧环境；若伴有异物或坏死组织，更有利于芽孢萌发。毒素可沿神经到达中枢神经系统，干扰抑制肌肉收缩的“刹车信号”。因此，伤口表面愈合，并不代表风险已经消失。

很多人以为铁锈会直接导致破伤风，其实铁锈本身并不会引发破伤风。肖赛银表示，判断破伤风风险，主要看三点：伤口是否属于高风险；是否完成含破伤风成分疫苗的全程接种以及末次接种时间；免疫功能是否正常。此外，穿刺伤、撕脱伤、挤压伤、烧烫伤、冻伤，以及被土壤、粪便或唾液污染，或伴有异物、缺血、坏死组织、感染征象的伤口，风险相对较高。伤口虽小，也不能据此排除风险。

不少市民有疑问：受伤超过24小时，还需要预防吗？肖赛银解释，24小时并不是破伤风预防有效或无效的分界线。按照现行规范，伤口超过6小时未接受规范医疗处置，已属于高风险伤口。如果伤口属于高风险，或疫苗接种史不清，即使受伤已超过24小时，只要尚未发病，仍应尽快就医评估。被动免疫制剂只能中和尚未与神经组织结合的游离毒素，因此越早规范处置越好。

受伤之后，要做好四件事：

先冲洗：用流动清水或生理盐水充分冲洗，去除可见污物；不要涂抹烟灰、泥土或成分不明的草药，抗生素也不能替代清创和免疫预防。

看伤口：深部穿刺伤、污染伤口，或伤口伴有异物、坏死组织、持续出血及疑似肌腱、神经损伤，应在冲洗后尽快就医。

查接种：就诊时尽量查询或携带接种记录。记录不清也不要延误，医生会结合接种剂次、末次接种时间和伤口风险，决定是否接种疫苗或使用被动免疫制剂。

认症状：出现张口困难、吞咽困难、颈背僵硬或肌肉痉挛，立即就医。

肖赛银介绍，破伤风救治可能涉及气道管理、机械通气、镇静和控制痉挛，患者还可能出现血压和心率剧烈波动、心律失常等自主神经功能障碍，治疗和康复往往持续数周。国家卫生健康委《非新生儿破伤风诊疗规范（2024年版）》指出，即使经过积极综合治疗，全球范围病死率仍为30%—50%。医生提醒，判断破伤风风险，不能只看伤口大小、铁器是否生锈或伤口是否愈合。及时冲洗、尽早评估伤口、说明疫苗接种史，才是预防破伤风的关键。

（何雯意 陈君）

莫被磨玻璃结节吓住

肺癌可早筛可慢病化管理

每年11月是国际肺癌关注月。近日，在江门市第二人民医院外科诊室，34岁的陈女士向记者讲起三个月前的那次体检。“我平时连感冒都很少，不抽烟不喝酒，作息也规律，拿到CT报告看到‘磨玻璃结节’几个字，手都在抖。”她反复问医生的一句话是：“我不抽烟，怎么会得这个？”

该院外科主治医师黄治仁说，这样的场景在门诊越来越常见。江门市人民医院肿瘤科主任医师姚金娥则提到另一个变化：晚期肺癌不等于放弃，多学科协作已能让不少复杂病例获得长期控制。

文/图 江门日报记者 梁爽 通讯员 曹昆恒 黎歆



肺结节患者向医生咨询自己是否需要做手术。

不吸烟的年轻患者增多 隐匿诱因藏在日常

陈女士的结节位于右肺上叶，8毫米，混合密度，边缘毛糙。黄治仁接诊后告诉她，需要定期复查、密切观察，暂时不需要手术，“她的第一反应是‘要不要马上切掉’，第二反应则是‘会不会是癌’。”

黄治仁说，肺癌发病呈现年轻化、非吸烟女性增多、隐匿诱因高发的新趋势。当代肺部病变的核心隐患，多来自容易被忽略的慢性微损伤。长期密闭居室通风不足、室内霉菌与微量挥发物蓄积、办公室空气浑浊、长期精神高压、睡眠不足造成的免疫监视下降，会让肺部处于持续低度炎症状态，“反复的炎性修复，是中青年肺结节多发、细胞异常增殖的重要诱因，远不止油烟、二手烟等常见因素。”

陈女士回忆，自己办公桌靠窗但常年不开，午休也窝在座位上刷手机，晚上经常熬到12点以后，“医生问我这些的时候，我才意识到可能真是这些不起眼的习惯日积月累。”

黄治仁提醒，判断结节风险不以大小论，混合密度、磨玻璃形态、边缘特征、年度增长速度，才是甄别早期病变的关键依据，“纯微小磨玻璃结节规律年度复查即可；混合密度、边缘不规则结节遵医嘱6个月复查；短期明显增大、形态恶变结节及时进行专科干预。”

结节查出后别走两极 早筛不能靠胸片

“我拿着体检报告上网查了一晚上，越查越害怕，第二天就想约手术。”陈女士说，后来医生耐心解释，磨玻璃结节不等于肺癌，很多需要观察而不是急着切。

黄治仁说，随着CT体检普及，肺小结节检出率大幅上升，市民普遍陷入两极误区：要么过度焦虑、盲目手术，要么完全忽视、拒绝复查。普通胸片无法发现毫米级早期肺癌和原位癌，存在大量视野盲区，“低剂量螺旋CT是目前唯一规范的早筛手段，辐射低、精度高。”

他建议，40岁以上、长期久坐室内、有结节史、家族肿瘤史、熬夜压力大人群，每年进行1次低剂量螺旋CT，坚决淘汰普通胸片；40岁以下健康人群，每1至2年进行一次低剂量CT，“肺癌最大的特点就是早期无症状、无痛感。不吸烟不等于无风险、无不适不等于肺部健康、小结节不等于不用管。”

姚金娥也提醒，部分患者确诊后盲目相信偏方、抗拒正规治疗，或过度治疗加重身体负担，“早期肺癌以根治性手术为主；局部中期则需要MDT协同；晚期优先做基因检测，有敏感靶点优先匹配靶向药。”她特别提到，同样晚期肺癌，一位70岁合并慢阻肺、心脏病的老人，和一位体能很好的中青年患者，方案强度、用药选择一定会区别对待，“标准化保证治疗不走偏，个性化是让方案适配‘这个人’。”

晚期不等于放弃 树立“肺癌是慢性病”理念

陈叔确诊时，纵隔多发淋巴结转移，同时合并肺动脉栓塞。“那时候喘不上气，走两步就胸闷，家里人都以为没救了。”他说，自己一度想放弃治疗，是姚金娥和团队反复沟通才让他决定试一试。

江门市人民医院启动MDT多学科会诊，介入团队紧急开展肺动脉溶栓、下腔静脉滤器植入术，同时完成病灶穿刺活检和基因检测，制定免疫联合化疗的新辅助转化方案，后续序贯免疫维持治疗。“现在我能自己下楼买菜、接送孙子，复查也没有复发，这是当初想都不敢想的。”陈叔说。

姚金娥说，十多年前中晚期肺癌主要依靠传统化疗，副作用大、生存期有限。如今精准靶向、免疫治疗、微创技术以及MDT模式逐渐普及，中晚期肺癌诊疗格局发生根本性改变，“存在敏感基因突变的晚期患者，不少可以实现长期带瘤生存；没有驱动基因突变的患者，合适的免疫联合方案也能让一部分人获得持久缓解。”

她坦言，过去肺癌治疗存在“重治疗、轻康复”的短板。如今医院建立了全程闭环的康复随访体系：分层随访按早期、局部晚期、晚期带瘤生存制定不同时间表；躯体康复联合康复科、营养科指导呼吸训练和营养支持；心理支持在随访中同步评估情绪状态，“康复不是‘养病不动’，而是在肿瘤控制稳定的前提下，帮助患者恢复社会功能。”

针对本地肺癌治疗难点，姚金娥列举：晚期靶向耐药、高龄合并基础病患者治疗选择受限、罕见分型诊疗经验不多。她介绍，针对耐药会再次活检，包括液体活检明确耐药机制；高龄高危患者可借助微创技术、精准立体定向放疗；罕见分型可通过更广的基因检测和临床试验获得前沿方案，“很多复杂病例依然充满挑战，MDT多学科讨论是我们应对疑难重症最核心的模式。”

“对高危人群，低剂量螺旋CT早筛是金标准，不要靠胸片体检。对已确诊患者，要树立‘肺癌是慢性病’的理念，精准检测先行，治疗是全程管理，不迷信偏方，不盲目追求最贵最新的药。”姚金娥说，戒烟、远离有害刺激是预防肺癌最经济有效的手段，“早筛、规范诊疗、全程康复，这三件事是对抗肺癌最核心的武器。”