

# 一夜无梦，才算高质量睡眠吗？

## 一文了解甲状腺结节

做梦是很多人习以为常的事情，有些梦境甚至醒来后还记得清清楚楚。这难道是大脑没有休息好？“一夜无梦”才算是真正高质量的睡眠吗？听听专家怎么说。

### 做梦的三大好处

“一夜无梦才是高质量的睡眠”是常见的误解。做梦是大脑在睡眠中处理重要信息的标志，一般不会损害我们的睡眠质量。做梦是正常的生理现象，在整夜睡眠中大多数人会做多个梦，但并不是所有的梦都会被记住。

做梦具有多种积极作用。一是巩固记忆。做梦会对白天的经历与情感记忆进行筛选、巩固和重新激活，助力记忆稳定。二是情绪调节。做梦能帮助大脑消化白天的负面情绪，维持心理健康。三是整合认知。梦境是大脑整合新旧信息的主观体验，这一过程对提升学习能力与激发创造力至关重要。

需要注意的是，真正损害睡眠质量的是频繁的噩梦。噩梦是指令人恐惧的、能把人从睡眠中惊醒的梦境，这种惊醒会破坏睡眠连续性，导致睡眠质量下降。长期噩梦还可引发焦虑、抑郁等情绪问题，加重心理负担。如果频繁被噩梦惊醒，并影响白天的状态，建议寻求专业医生的帮助。

### 智能手环监测睡眠靠谱吗

如今，智能穿戴设备已经成为不少人的生活必需品，比如智能手表、睡眠手环等等。通过佩戴这些电子产品，可以给出睡眠评估报告。有些人会因为报告中深度睡眠时间不长感到焦虑。到底深度睡眠达到多长时间才算正常？

根据睡眠分期的标准，成年人的深睡眠占整夜睡眠比例是13%~23%。也就是说，如果晚上睡眠时间是6~7小时，整夜深睡眠达到50分钟就是正常的。而且随着年龄的增加，深睡眠的比例会逐渐减少，这是一个正常的生理变化，不用过度担心。

此外，家用的智能穿戴设备，是通过心率、身体活动等指标来推断睡眠的分期，其与临床上使用的

标准多导睡眠监测设备相比还有一定差距，测得的数据也不能直接作为诊断依据。

对于健康人群来说，最好的“睡眠监测设备”是自己对自身状态的感知。与其纠结前一晚的睡眠数据，不如问自己一个关键的问题：我白天的精神状态怎么样？能否正常工作和生活中的事情？如果日间功能正常，那么睡眠就是优质的睡眠。

### 加深睡眠的放松小妙招

深睡眠的时长是通过培养健康睡眠习惯

增加的。比如，作息时间尽量规律，日间增加光照、适当的体育运动等等。此外，下午以后尽量限制茶和咖啡等兴奋性饮料的摄入。其实最重要的是让身心放松下来。

推荐给大家一个非常有效的放松方法“渐进式放松练习”：平躺在床上，轻轻闭上眼睛，先做几个深呼吸，然后把注意力带到头顶，在意念中想象头顶放松，然后用此方法依次放松头部、颈部、肩部、上肢、胸部、腹部、后背以及下肢等部位。从头到脚，每个部位都放松一遍，可以帮助更好地进入深睡眠。（据北京青年报）



“一夜无梦才是高质量的睡眠”是常见的误解。刘勤利 戴明 摄

## 吃饭呛咳别大意，预防老年人吸入性肺炎

在老年健康领域当中，吸入性肺炎堪称一位凶险的“隐形杀手”，它起病十分隐匿，症状也并不典型，进展却十分迅速，对老年人生命健康构成了极大的威胁。所谓吸入性肺炎，也就是指因为存在吞咽功能障碍、咳嗽反射减弱或者意识障碍等缘故，导致口咽分泌物、食物以及胃内容物等被误吸入到下呼吸道当中，从而引发肺部炎症。本文将系统性从风险识别、日常护理、功能维护以及急救应对等多个维度，为您提一份详尽科学的预防攻略。

### 认清高风险因素与预警信号

第一，随着年龄增长，生理机能衰退，咽喉部黏膜发生萎缩并且感觉变迟钝，吞咽相关肌肉功能也随之减弱，咳嗽反射能力还会下降，这样误吸更易发生并且还不易被察觉，也就是“隐性误吸”。第二，患有脑血管疾病脑卒中、帕金森病、痴呆症、慢性阻塞性肺疾病即COPD等，都是明确危险因素，这些疾病会直接损害到吞咽功能，影响到意识水平。第三，一些特定状况，如长期卧床、留置鼻胃管、有胃食管反流病史，特别是低血清白蛋白、营养不良老人，发生吸入性肺炎风险会显著增高。第四，口腔健康也是风险因素，牙周炎、龋齿以及口腔卫生差等情况，会导致口腔内细菌大量定植，一旦发生误吸，带菌分泌物就会直接引发感染。此外，需要警惕的是，进食或者饮水时出现呛咳、进食后

声音变嘶哑、反复清嗓子、不明原因低热或者反复发作肺炎，如果出现这些信号，应当及时开展评估工作。

### 全方位日常护理筑牢防线

进食安全与体位管理是第一道关口。体位非常关键，无论是经口进食抑或鼻饲，都必须保持坐位或半卧位（床头抬高30~45度以上），卧床老年人进食时，应将床头摇高至60度，重力作用可降低反流与误吸的可能性。注意“饭后不躺”原则，进食完毕，应持续维持上述体位至少30分钟至1小时，严禁立即躺平，以防胃内容物回流侵入气道。食物质地应予调整，稀汤水、干硬易碎的食品（如饼干、硬果）需避开。建议选择糊状、泥状、布丁类食品，必要时利用增稠物质调节稠密程度。对于吞咽不便者，容积-粘度吞咽试验（V-VST）可用于确定最适宜的食物稠密程度与每口进食量。

口腔卫生是阻断感染的源头。口腔是吸入性肺炎病原体的重要来源，良好的口腔保养可大幅减少肺炎的出现概率。要坚持每日清理，可自理的老年人应早晚使用软毛刷具清洁牙齿，并清理舌面，餐后推荐用净水或漱口液清洁口腔。注意保养义齿，使用活动义齿者，每日夜间务必取下，用专用工具仔细刷洗，并维持干燥储存。无法自理的老年人，应由护理人员每日辅助口腔清理，调查显示，每周由专门人员实施口腔保养一回，可更加有效减少吸入性肺炎危险。

呼吸与排痰管理是维护呼吸道畅通的关键。长期卧床病人需定时改变姿势（侧卧位、俯卧位等），能帮助不同肺区分泌液体排放。可以进行叩

背与咳嗽练习，使用“拱形手掌”，从下到上、由外向内轻叩背部，鼓励及引导老年人进行有效咳嗽与深呼吸，帮助痰液排放。多做呼吸功能训练，在康复师指引下，实施腹部呼吸、缩口呼吸，能够提升呼吸肌肉力量，优化肺部功能。

营养支持与基础病控制有利于强化内部基础。营养不足是肺炎恢复不佳的风险因子，应确保足够热量、高蛋白、充足维生素，在医生指引下，肠内或肠外营养品在必要时可增强免疫力。同时管理基础病症，积极处置胃食管反流、慢性呼吸系统疾病、糖尿病等基础病症，严格按医嘱服药，避开使用可能加剧吞咽问题或易致嗜睡、意识不清的药物。

### 吞咽功能评估与康复训练

对于风险较高人群来说，把预防措施和积极恢复结合起来成效会更好。初期检查判断可以选用洼田饮水试验、进食评估问卷调查工具-10（即EAT-10）等方法来开展初始排查，如果怀疑存在不明误吸情况，应当咨询医生进行专门化评定，其中包括电视透视吞咽功能检查（即VFSS）或者纤维内镜吞咽功能检查（即FEES），这两项方法被认为是评估吞咽功能关键标准。

在语言治疗师或者康复治疗师指引下，开展特定吞咽技能训练，训练内容囊括空吞咽练习、声门闭合练习，也就是门德尔松手法口腔肌肉运动训练等，这些训练有助于提升吞咽协调能力以及肌力。

最后，预防老年人吸入性肺炎，是一场需要耐心细心以及科学知识的“持久战”，让我们马上行动起来，学习科学预防知识，为银龄健康筑起坚实屏障。

桐城市人民医院 梁金松

近年来，随着健康体检普及和高分辨率超声广泛应用，越来越有人在检查报告中看到“甲状腺结节”这一诊断。面对这个陌生名词，不少人感到困惑甚至焦虑：甲状腺结节是什么？会不会癌变？需要手术吗？

实际上，甲状腺结节非常普遍。医学统计显示，借助高精度超声，成年人中甲状腺结节检出率可达50%以上，其中绝大多数为良性，真正需要干预的恶性结节仅占很小比例。本文从日常识别、科学应对及生活管理角度，帮助读者客观认识这一问题。

### 甲状腺结节是什么

甲状腺位于颈部前方、喉结下方，形似蝴蝶，是人体重要的内分泌器官，负责分泌甲状腺激素，调节新陈代谢、体温和心跳等生理功能。

所谓结节，是指甲状腺内部出现的异常团块，可以是实性、囊性或混合存在。大多数结节没有明显症状，常在体检或颈部超声时偶然发现。少数较大的结节可能引起颈部外观改变、吞咽不适或压迫感。

### 发现结节后应如何应对

当体检报告提示甲状腺结节时，建议采取理性、有序的步骤。

第一步，确认结节的良恶性倾向。超声是目前评估甲状腺结节最常用、最有效的手段。专业超声医生会根据结节的形态、边界、内部回声、有无钙化等特征进行风险分级。临床普遍采用甲状腺影像报告和数据系统（TI-RADS）分类，级别越高，恶性可能性越大，但绝大多数低级别结节仍以良性为主。

第二步，根据医生建议决定是否穿刺。对于超声提示有一定风险的中高级别结节，医生可能建议细针穿刺活检。这是判断结节良恶性的“金标准”，用细针抽取结节内细胞进行病理分析，创伤小、准确性高。明确为良性的结节通常无需特殊处理，定期复查即可。

第三步，制定个体化随访方案。良性结节一般每6至12个月复查一次甲状腺超声。若连续复查后结节大小稳定、形态无明显变化，可适当延长复查间隔。如结节在短期内迅速增大，或出现声音嘶哑、吞咽困难、呼吸不畅等压迫症状，应及时就医。

### 日常照护与生活管理

对于大多数良性甲状腺结节患者，无需过度治疗，也无需刻意改变正常生活。以下日常管理措施有助于维持甲状腺健康。

第一，合理控制碘摄入。我国多数地

区属于碘充足地区，日常食用加碘盐即可满足需求。良性结节患者一般不需要严格限碘，也无需额外补碘。建议避免长期大量食用海带、紫菜等高碘食物，保持均衡饮食。如同时合并甲亢或桥本甲状腺炎，需根据医生指导调整碘摄入量。

第二，保持情绪稳定与规律作息。甲状腺对情绪和压力较为敏感。长期焦虑、紧张、熬夜可能影响甲状腺功能。建议保持规律作息，保证充足睡眠，适当进行散步、瑜伽等舒缓运动，有助于维持内分泌稳定。

第三，避免不必要的颈部辐射。颈部接受大剂量放射线照射是甲状腺癌的明确危险因素之一。日常生活中，除非必要医学检查，应避免颈部反复接受X线或CT照射。

第四，定期自我观察。虽然大多数结节没有明显症状，但患者可以定期自行观察颈部。面对镜子，仰起头，吞口水，观察颈部两侧是否对称、有无异常隆起。如发现颈部出现可触及的肿块，或原有肿块在短时间内明显变大，应及时就医。

### 关于手术与治疗的正确认识

不少患者认为发现结节就要“切掉以免后患”，这种观念需要更新。绝大多数良性结节终身不需要手术。只有在以下情况下才考虑手术：如结节体积较大（通常直径超过4厘米）引起明显压迫；穿刺提示恶性或高度可疑恶性；结节在随访中持续快速增大；患者因结节存在严重心理负担且经评估适合手术。

即便确诊为甲状腺癌，也无需过度恐慌。绝大多数甲状腺癌（尤其是乳头状癌）进展缓慢、治疗效果良好，术后长期生存率接近正常人群。

甲状腺结节是一种常见现象，绝大多数为良性。发现结节后，关键在于到正规医疗机构进行规范超声评估，根据医生建议决定后续方案。日常生活中，保持均衡饮食、规律作息、稳定情绪，定期随访即可。任何诊疗决策都应在专业医生指导下进行，不宜轻信网络信息或自行服用所谓“散结”药物。科学认识、理性应对，才能避免不必要的医疗干预和心理负担。

安徽中医药大学第一附属医院  
胃肠外科 周琼



## 电击伤现场谨记先断电再施救

电击伤是极具破坏性的意外伤害，事发突然且后果远超普通外伤。近一半案例因救护失当或延误导致伤情恶化，甚至危及生命。电击救援需与死神竞速，“断电、处理、镇定”三大准则直接决定施救效果，早期科学处置关乎生命安危与预后控制。本文带你了解电击伤是否仅伤及皮肤，现场又该如何急救？

### 电击伤不只“触电”那么简单

多数人视电击伤为皮肤表面灼伤，实则远不仅如此。电流侵入人体后，会引发“外轻内重”损伤，症状包括心脏骤停（心室颤动或心脏停搏瞬间致命）、神经肌肉麻痹（强电流引发呼吸肌持续痉挛导致窒息，使人紧贴电源难以挣脱）、内脏“灼烧”（深部组织、血管、器官可能遭遇严重热损伤，引发迟发性并发症）。同时，强烈电流刺激导致肌肉痉挛，常诱发关节脱臼、骨折或高空坠落继发伤。

### 安全、迅速、正确地切断电源

首先要保障施救者安全，徒手触碰会导致自身触电。正确断电操作是切断总电源，迅速找到并关闭配电箱开关插座最近电源。最安全彻底的手段是挑开或斩断电线。开关位置不明时，要使用干燥木棍竹竿等完全绝缘工具，挑开伤者身上电线。同时，要注意保持自身平衡，防止工具湿滑，避免触及其他导体。极端情况下须穿戴绝缘手套、干燥胶鞋，或站立于干燥木板、厚叠报纸上方，使用绝缘工具协助脱离。此方法风险极高，非专业人员切勿尝试。接触伤者前，必须确认现场完全无电，自身安全无虞。

### 快速评估并进行急救护理

将电击者移至安全环境，迅速按“DR CAB”通用急救程序评估：D（Danger），确认环境安全，电源已断；R（Response），轻拍双肩耳边呼唤患者，观察反应；C（Call for help），若无反应，迅速大声求救，指派一人拨打120，清晰地报告地点、事件和伤者详情；A（Airway），检查呼吸，应用听-看-感觉技巧，面颊贴近口鼻，观察胸廓起伏，监视5~10秒，无呼吸或仅微弱叹息样呼吸，视为心脏骤停，立即开始CPR；B（Breathing），完成30次胸外按压，实施2次人工呼吸。

对于无呼吸、无反应的触电者，心肺复苏术是挽救生命的关键步骤，要遵循以下操作规范：胸外按压操作遵循循环原则，施力点位于胸骨下半部，即双乳头连线中点区域。操作者需双手垂直、掌根施力，手臂伸直，利用上身力量垂直向下实施按压，成年患者的按压深度需达5~6厘米，按压频率保持100~120次/分钟，维持节奏的均匀有力特性。按压后保障胸廓充分回弹，最大限度减少按压不良现象。

同时，要开放气道与人工呼吸。清除口腔异物，仰头提颏法开放气道；捏鼻，施救者口对口包伤伤者嘴巴，匀速吹入约1秒，利用上胸部抬高，按压通气比30:2，持续进行，直至伤者恢复自主呼吸心跳或经急救团队抵达接管。

因电击致心脏骤停者，高质量胸外按压相救人工呼吸更为紧迫，施救者未经过培训，不愿实施口对口呼吸动作，可采用仅按压式CPR流程。

### 其他重要伤情的处理

CPR期间或恢复心跳呼吸之后，处理其余伤情。针对烧伤，绝对禁止冰敷，切勿使用牙膏、酱油、草药等各类未经证实的方法。利用洁净、无水渍的纱布或布单轻覆烧伤创面，借此降低污染风险。禁止戳破水泡，禁止用力剥离粘连在创面上的衣物。

如果伤者意识清醒，令其平卧，解除紧身衣物，注重下肢保暖。双腿抬高20至30厘米（腹部损伤或疑似骨折者除外），此举促进回心血量增加。监测意识、呼吸、脉搏变化，准备重启CPR，帮助伤者抗休克。

针对骨折外伤，对可见骨折部位进行简易固定，避免非必要移动。发生出血时，用洁净布料直接压迫控制出血。

### 绝对禁忌与常见认知错误

禁止徒手牵拉触电个体；严禁断电前向伤员泼洒液体；除非环境危险，专业救援抵达，电击伤后假死状态多见，不得中止CPR抢救；存在颈椎、脊柱损伤可能时，非环境极度危险，严禁擅自转移伤者。预防始终较急救更关键，选择合格电器产品、禁止湿手操作、定期排查线路隐患、自觉远离高压设备、主动学习安全知识，严格遵循用电规范，为自己与家人构建一道可靠的防护屏障。

触电是非常危险的意外事件，意外突发之际，冷静头脑与科学步骤是危急时刻的有力武器。谨记12字原则指引行动方向：先断电源，后施救救助，切忌慌乱！

怀宁县人民医院急诊科 李敏

## 识别老年高血压信号，科学管控守护心血管健康

高血压是中老年人群的高发慢性疾病，也是诱发冠心病、心力衰竭、脑梗死等严重心脑血管疾病的“头号元凶”。在基层临床诊疗中，不少老年高血压患者存在“血压高无症状就不用治”“降压越快越好”“凭感觉自行停药”等认知误区，导致血压控制不佳，最终引发严重并发症。本文结合《中国老年高血压管理指南2023》与县级医院临床实践，为广大老年朋友梳理科学、精准的高血压管控方法，筑牢心血管健康第一道防线。

老年高血压并非简单的“血压数值升高”，而是一种以动脉血压持续升高为特征，伴随心、脑、肾、血管等靶器官损害的全身性疾病。我国60岁以上老年人高血压患病率超50%，其中80岁以上高龄老人患病率更是接近80%。老年高血压具有自身鲜明特点：血压波动大，晨起、餐后易出现血压骤升骤降；收缩压升高为主，舒张压正常或偏低，脉压差大；常合并糖尿病、高血脂、冠心病、心衰等多种慢性病；易发生体位性低血压，久坐、久卧后起身易头晕、眼前发黑。这些特点决定了老年高血压的管控不能“一刀切”，必须遵循“精准、个体化、平稳”的原则。

老年朋友可通过“数、感、查”三步快速识别高血压信号，做到早发现、早干预。“数”，即定期测血压，

建议60岁以上老人家中自备电子血压计，每日晨起空腹、睡前各测一次，65~79岁老年血压应控制在140/90mmHg以下，耐受良好者可进一步降至130/80mmHg以下，80岁以上高龄老人可根据耐受情况放宽至150/90mmHg以下。“感”，即关注身体信号，高血压早期可能出现头晕、头痛、耳鸣、失眠、记忆力减退、肢体麻木等症状，部分患者虽无症状，但血压长期升高仍会损伤靶器官，切勿因“没感觉”忽视治疗。“查”，即定期做专科检查，确诊高血压后，需每年做一次心脏超声、颈动脉彩超，肝肾功能、眼底检查，及时发现靶器官损害，调整治疗方案。

老年高血压的核心治疗原则是“生活方式干预为基础，药物治疗为核心”，二者缺一不可，且需长期坚持。生活方式干预可总结为“低盐、低脂、多动、减重、戒烟限酒、规律作息”。低盐是关键，每日食盐摄入量不超过5g，少吃咸菜、腌肉、加工肉类、酱油等高盐调味品，烹饪用蒸、煮、炖替代煎、炸、烤；低脂饮食，减少肥肉、动物内脏、油炸食品摄入，多吃蔬菜、水果、全谷物、优质蛋白；适度运动，根据自身情况选择慢走、太极拳、广场舞等温和运动，每次30分钟，每周5次，避免剧烈运动；控制体重，超重或肥胖会大幅增加血压控制难度，减重5%~10%可明显降低血压；戒烟限酒，烟草会损伤血管内皮，酒精会导致血压骤升，建议彻底戒烟，男性白酒每日摄入量不超过50ml，红酒不超过150ml，啤酒不超过500ml，女性建议减少饮酒量或不饮酒；规律作息，避免熬夜、过度劳累，保证每日7~8小时睡眠，情绪激动、焦虑会导致血压波动，需保持平和心态。

药物治疗是老年高血压管控的核心，需严格遵循医生指导，做到“个体化、小剂量起步、平稳降压、联合用药”。老年患者因体质差异大，合并症多，药物选择需精准匹配。常用降压药分为钙通道阻滞剂、ACEI/ARB类、β受体阻滞剂、利尿剂等，医生会根据患者年龄、血压特点、合并症情况选择合适药物，切勿跟风用药、自行换药。老年患者对药物耐受性较差，初始治疗从小剂量开始，根据血压控制情况逐步调整，避免降压过快导致头晕、乏力、体位性低血压等不良反应。平稳降压比快速降压更重要，理想降压目标是在4~8周内逐步将血压控制在目标范围，避免血压骤降影响心、脑、肾等重要器官的血液灌注。若单一药物降压效果不佳，需在医生指导下联合用药，切勿自行增加药物剂量。

这里重点提醒广大老年高血压患者，降压治疗是一场“持久战”，绝不能因血压正常、症状缓解就自行减药、停药。擅自停药会导致血压反弹，大幅增加心梗、脑梗、心衰的发病风险。服药期间若出现头晕、乏力、心慌等不适，应及时就医，由医生调整治疗方案，而非自行停药。同时，要避免“保健品替代降压药”的误区，轻信偏方，保健品只会延误病情。

老年高血压的管控离不开长期规范的随访，这也是县级医院的重要服务优势。确诊高血压的老年患者，血压控制稳定者每3个月复查一次，血压波动大、合并多种慢性病者每1~2个月复查一次，复查时需携带血压监测记录，医生会根据血压情况、靶器官损害程度调整治疗方案。

蒙城县第一人民医院 陈倩

