



女性如何安度更年期

绝经期，亦称更年期，是女性生命中从生育期向老年期过渡的自然阶段，通常出现在45至55岁之间（中国女性的平均绝经年龄约为49岁）。在这一时期，女性的卵巢功能逐步衰退，雌激素水平降低，常引发一系列身心变化，如潮热、失眠、情绪波动等症状，这些症状可能显著影响生活质量。绝经期相关症状是一个普遍存在的女性健康问题，对中年女性而言尤为重要。

可通过以下几个维度的综合管理来科学应对，助你平稳度过这一时期。

一、绝经期的3个阶段

绝经过渡期（40岁左右开始）：月经周期不规律，激素波动明显。

绝经期（最后一次月经后1年）：卵巢停止排卵，雌激素骤降。

绝经后期（持续至老年）：身体逐渐适应低激素状态，但长期健康风险增加。

二、常见症状与影响

月经紊乱：月经周期变长

或变短，经量增多或减少。

潮热多汗：面部、颈部和胸部突然发热、出汗，常伴有心跳加速。

睡眠障碍：入睡困难、多梦、易醒等。

情绪变化：易怒、焦虑、抑郁、情绪低落等。

泌尿生殖系统问题：阴道干涩、性交痛、反复泌尿系统感染等。

骨质疏松：雌激素水平下降会导致骨质流失，增加骨折风险。

心血管疾病风险增加：绝经后，女性患高血压、冠心病等心血管疾病的风险上升。

三、如何科学应对绝经期

1. 生活方式调整

饮食：补钙（牛奶、豆制品）、维生素D、Omega-3（深海鱼）。限制酒精、咖啡因及辛辣食物，这些可能加剧潮热和盗汗。

运动：每周3次至5次有氧+抗阻训练（如快走、瑜伽），每次30分钟以上，既能促进内啡肽分泌以改善情绪，又能

能增强骨密度预防骨质疏松和改善心肺功能。

睡眠：固定作息时间，保证7小时至8小时睡眠；睡前温水泡脚10分钟至15分钟助眠，避免熬夜。

2. 医疗干预

绝经激素治疗（MHT）：对于有绝经相关症状或低骨量及骨质疏松症的女性，可在医生指导下考虑绝经激素治疗。MHT能缓解绝经症状，预防骨质疏松和心血管疾病，但需在专业医生的指导下进行。

适用于早绝经（40岁以下）或症状严重（如频繁潮热、失眠）影响生活者。

注意：需医生评估乳腺癌、血栓风险后使用，切勿私自用药。

非激素治疗：

植物雌激素（如大豆异黄酮）、阴道保湿剂等。

中医调理：创新中药（改善情绪）、穴位治疗。

3. 心理调节

保持乐观情绪：更年期是正常的生理过程，不必过分焦虑。多参加娱乐活动，如跳

舞、唱歌等，保持积极的心态。

压力管理：每日正念冥想10分钟至15分钟，或深呼吸练习降低焦虑水平；培养绘画、园艺等爱好转移注意力；加入更年期互助小组，有助于减少孤独感。

社交支持：与家人、朋友多沟通，获得他们的理解和支持，亲友的理解与支持是重要的心理支撑。

4. 长期健康管理

定期筛查：每年1次骨密度检测（双能X线）、乳腺钼靶及妇科超声；每半年查甲状腺功能，有家族病史或异常出血者，需增加肿瘤标志物（如CA125）筛查。

社区资源利用：参与更年期门诊或政府免费筛查项目。

四、常见问题解答

问题1：绝经后就不需要妇科检查了？

错！仍需每年进行健康体检，包括妇科检查、乳腺检查、骨密度检查等，及时发现和处理潜在的健康问题。

问题2：绝经意味着衰老加

速？

这是自然过程，健康管理可维持良好状态，许多女性在绝经后迎来新的人生阶段。

问题3：激素治疗会致癌吗？

短期规范使用风险较低，但需进行个体化评估（例如，乳腺癌高风险人群应谨慎使用）。

更年期是女性生命中的一个自然阶段，通过合理的个体化方案管理——轻症可依靠生活调整与营养补充，中重度则需联合医疗干预，可以有效缓解绝经期症状，预防相关疾病的发生，提升生活质量。其核心在于早筛查、早干预：通过饮食、运动、心理、医疗四维联动，不仅能缓解当前不适，更能预防骨质疏松、心血管疾病等远期风险，真正实现从“更年期”到“更年轻”的蜕变。

女性朋友们应积极乐观地面对这一阶段，保持健康的生活方式，实现生命的优雅转身。绝经并非终点，而是新生活方式的起点。

（广州市妇女儿童医疗中心 柳州医院 巫晓霞）

孕期不可忽视的“沉默威胁”

妊娠期高血压疾病（HDP）是孕期特有的“血管危机”，我国每年新增病例约100万例，其中子痫前期病例占比达30%。这种病症如同被施了魔法的“定时炸弹”，可能毫无预兆地突然发作。

一、血压升高的连锁反应

医学解析：当胎盘释放异常因子（如可溶性fms样酪氨酸激酶-1/sFlt-1）时，会攻击母体血管内皮细胞，导致全身小动脉痉挛。这种病理变化相当于给全身血管装上了“限流阀”：

1. 胎盘层面：血流减少导致胎儿缺氧，生长受限风险增加2倍。2. 肾脏层面：蛋白尿发生率50%，严重者出现低蛋白血症。3. 大脑层面：脑血管痉挛引发头痛、视物模糊，甚至子痫抽搐。

二、高危人群自查清单

以下7类孕妇需高度警惕：

1. 初产妇：风险是经产妇

的13倍。2. 高龄/低龄孕妇：年龄 ≤ 18 岁或 ≥ 35 岁。3. 不良孕史：前次妊娠有子痫前期史。4. 慢性病患者：高血压、糖尿病、肾病。5. 多胎妊娠：双胎风险提升至40%。6. 肥胖人群：BMI $\geq 28\text{kg/m}^2$ 。7. 家族遗传：母亲或姐妹有妊高症史。

特别警报：

30%子痫前期患者孕早期血压正常，需通过子宫动脉血流监测等手段提前预警。

三、高危警报信号

典型三联征：

1. 血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ （需间隔4小时复测）。2. 尿蛋白++及以上（尿液泡沫持久不散）。3. 上腹痛伴恶心呕吐（警惕胎盘早剥）。

隐蔽信号：

1. 视力模糊/闪光感（视网膜血管痉挛）。2. 手指肿胀麻木（微循环障碍预警）。3. 胎动减少（胎儿缺氧求救信号）。

危重征兆：

1. 抽搐（子痫发作）。2. 口

鼻出血（凝血功能障碍）。3. 胎心监护异常（胎儿宫内窘迫）。

关键提示：

子痫发作前24小时，80%患者会出现“头痛—视觉障碍—上腹痛”三联预警。

四、孕期血压管理“三阶段”

第一阶段（孕12周前）：

1. 建立健康档案，测量基础血压（理想值 $< 120/80\text{mmHg}$ ）。2. 饮食管理：每日盐摄入 $< 5\text{g}$ （约啤酒瓶盖1瓶盖）、补充钙剂1.5~2g/天。3. 生活方式：保证优质蛋白摄入（鸡蛋2个+掌心大小瘦肉/日）；每日补充维生素C（500mg）和E（400IU）。

第二阶段（孕20~28周）：

1. 体重控制：每周体重增长 $< 0.5\text{kg}$ （理想曲线：孕20~30周增重4kg）；监测宫高腹围（每周增长 < 1 厘米为异常）。2. 监测指标：家庭自测血压早晚各1次（误差 $< 5\text{mmHg}$ ）；重点监测子宫动脉血流阻力指数（RI > 0.58 提示风险）。3. 特殊检查：孕24周前完成糖耐量试验（GDM与HDP互为高危因素）；抗磷脂抗体检测（排除免疫性因素）。

第三阶段（孕28周后）：

1. 胎儿监测：每周1次胎儿生物物理评分（ ≤ 6 分提示宫内窘迫）；每2周检测血尿酸（ $> 350\mu\text{mol/L}$ 预警子痫前

期）。2. 母体监测：每日晨起固定时间测血压（建议6:00~8:00）；每周检测尿蛋白（试纸法灵敏度85%）。3. 生活指导：严格左侧卧位睡眠（改善子宫右旋，增加胎盘血流20%）；避免长时间站立（减少下肢静脉压）。

五、治疗策略“四重防线”

防线1：基础治疗

1. 严格卧床休息（左侧卧位增加胎盘血流）。2. 优质蛋白饮食（鸡蛋2个+掌心大小瘦肉/日）。

防线2：药物干预

1. 硫酸镁：子痫预防金标准。负荷量4~6g静推（15分钟推完）。维持量1g/h泵入（持续24小时）。

2. 拉贝洛尔：孕期首选降压药。目标血压：140~150/90~100mmHg。

防线3：适时终止妊娠

1. 轻度子痫前期 ≥ 34 周建议分娩。2. 重度子痫前期 < 24 周需终止妊娠。3. 分娩时机遵循“34周分界线”原则。

防线4：危重症抢救

1. HELLP综合征：立即输注血小板+血浆置换。2. 脑水肿：20%甘露醇250ml快速静滴。3. 急性肾衰：床旁血液透析。

六、产后管理“黄金72小时”

1. 警惕产后子痫。监测重

点：产后24~72小时仍需监测血压（发病率占20%）；药物使用：硫酸镁需持续使用至产后24小时。2. 防范“回马枪”。高危时段：产后48小时为脑出血高发期；监测指标：每日尿量 $< 400\text{ml}$ 提示急性肾损伤。3. 特殊护理。会阴伤口护理：每日3次碘伏消毒，保持干燥；心理干预：产后抑郁筛查（发生率25%~30%）。

七、远期健康管理

1. 产后随访。产后12周复查：尿蛋白、眼底检查、超声心动图；血压监测：产后3个月内每周2次，3个月后每月1次。2. 慢性病预防。未来10年慢性高血压风险30%~50%（需终身监测）；生活方式干预：DASH饮食模式（水果蔬菜 > 8 份/日）。3. 哺乳期用药。拉贝洛尔安全剂量：200~400mg/日；禁忌药物：ACEI/ARB类药物（致胎儿畸形）。

健康口诀：血压每天测2次，尿蛋白每周查3次，不适症状随时报。

八、特别提醒

所有孕妇应在孕12周前测量基础血压，记住：1. 孕早期体重增长 $> 2\text{kg}$ 需立即就医；2. 每周胎动计数 < 10 次需急诊检查。

（柳州市工人医院产科 刘丽）

推动健康知识普及 提高全民健康素养

健康科普

指导单位：柳州市卫生健康委员会 主办单位：柳州日报社
稿件报送：2971813915@qq.com 电话：13977219936