

肾脏的沉默呼救信号

□曾富元

肾脏是人体重要的代谢器官，每天默默过滤约180升血液，清除代谢废物、调节水盐平衡。长期血糖偏高的人群，其肾脏正面临双重威胁：高血糖不仅直接损伤肾脏结构，还会通过一系列病理机制加速肾功能衰退。了解这些机制与早期信号，是保护肾脏的关键。

高血糖如何“侵蚀”肾脏

肾小球滤过屏障受损 肾小球是肾脏的“过滤工厂”，其滤过膜由基底膜和足细胞构成。长期高血糖会导致基底膜增厚、足细胞凋亡，使滤过膜的“孔径”变大。原本应被拦截在血液中的白蛋白漏入尿液，形成蛋白尿。若未及时干预，滤过膜持续受损，最终可能发展为大量蛋白尿，加速肾功能衰竭。

血管硬化与缺血 高血糖会激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统，导致肾内小血管收缩、硬化。同时，糖基化终末产物的堆积会直接损伤血管壁，使肾小球毛细血管闭塞，肾脏血流量减少，肾单位因缺血逐渐萎缩，整体功能随之下降。

代谢紊乱与炎症反应 在高血糖环境下，多元醇通路被过度激活，肾细胞内山梨醇蓄积，引发渗透压失衡和细胞功能障碍。此外，高血糖还会促进肿瘤坏死因子- α 、白介素-6等促炎因子释放，诱发肾间质纤维化，进一步破坏肾脏结构。

肾脏的五大“沉默信号”

肾脏受损早期常无明显症状，但身体会通过以下细节发出警报。

尿液异常 泡沫尿：尿液表面漂浮细密泡沫，静置后不消散，提示蛋白尿。夜尿增多：夜间排尿 ≥ 2 次，且尿量超过白天1/3，可能反映肾小管浓缩功能下降。尿液变色：尿液呈洗肉水色或浓茶色（需排除食物、药物影响），可能提示血尿。

水肿 晨起眼睑浮肿，久坐后双腿肿胀（按压后凹陷超过10秒），是肾脏排水能力下降的典型表现。若伴随尿量减少，需立即就医。

血压波动 高血糖与高血压常伴现。若血压突然升高且难以控制，尤其是年轻人，需警惕肾脏损伤。

消化系统症状 肾脏排泄毒素能力下降时，代谢废物蓄积会刺激胃肠道，引发恶心、呕吐、食

欲差等症状。若长期消化不良且治疗效果差，需排查肾功能异常。**乏力与贫血** 肾脏分泌促红细胞生成素减少会导致贫血，患者常感到疲劳、注意力不集中，甚至走平路都气喘吁吁。

保护肾脏的三大防线

严格控制糖 目标值：空腹血糖 < 7 毫摩尔/升，糖化血红蛋白 $< 7\%$ 。监测频率：使用家用血糖仪每日监测，定期复查糖化血红蛋白。

管理血压与血脂 血压目标：合并蛋白尿者血压 $< 130/80$ 毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕）；老年或耐受差者可放宽至140/90毫米汞柱。血脂控制：低密度脂蛋白胆固醇 < 2.6 毫摩尔/升，必要时使用他汀类药物。

定期筛查与健康生活 筛查

项目：每年至少检测1次尿蛋白/肌酐比值（UACR）和估算肾小球滤过率（eGFR）。饮食调整：每日盐摄入量 < 5 克，蛋白质摄入量控制在0.8克/千克体重（如60千克患者每日约48克），优先选择鱼类、蛋清等优质蛋白。运动建议：每周150分钟中等强度有氧运动（如快走、游泳），避免剧烈运动。远离危险因素：戒烟限酒，避免使用非甾体抗炎药（如布洛芬）、氨基糖苷类抗生素等肾毒性药物。

肾脏损伤超过50%时，身体才会出现明显症状。因此，对糖尿病患者而言，定期筛查、早期干预是延缓肾功能衰退的核心策略。

（作者供职于广东省广州市白云区人民医院）

老年人腹痛为何更凶险

□卢琦

在临床诊疗中，老年人腹痛往往是“沉默的警报”。与年轻人相比，老年患者的腹痛症状常不典型，却可能暗藏胃肠穿孔、急性胰腺炎、肠梗阻等致命疾病。这种“症状轻、病情重”的特点，既给诊断带来挑战，也警示公众必须高度警惕。

老年人腹痛更凶险源于身体机能的生理性衰退。随着年龄增长，老年人外周神经末梢敏感性下降，脊髓后角神经节传导功能减弱，即使腹腔内出现严重病变，疼痛信号也无法得到有效传递，导致疼痛程度与病情严重程度脱节。年轻人发生胃肠穿孔时会出现剧烈腹痛；而老年人可能仅表现为轻微胀痛，极易被忽视。

内脏功能减退进一步放大了风险。老年人心肺功能下降，腹腔脏器血供相对不足，一旦发生炎症或缺血，病情进展更快。以急性阑尾炎为例，年轻人的免疫系统可暂时控制感染扩散；而老年人免疫功能

衰退，炎症易在数小时内引发阑尾穿孔，进而导致弥漫性腹膜炎。同时，老年人常合并心血管疾病，腹痛引发的应激反应可能诱发心律失常、心肌梗死，形成“腹痛-应激-心脑血管意外”的恶性循环。

基础疾病与用药史也会掩盖腹痛真相。多数老年人患有糖尿病、高血压等慢性疾病，长期服用的降糖药、降压药可能影响疼痛感知，而阿司匹林等抗血小板药物会增加腹腔出血风险，且出血时腹痛症状不明显。此外，老年痴呆、帕金森病等神经退行性疾病患者无法清晰描述腹痛部位、性质，会进一步延误诊断。

症状隐匿是老年人腹痛的突出特点。部分患者仅表现为“非特异性不适”，如乏力、食欲差、恶心，而非典型腹痛。有些患者疼痛部位模糊，如胆囊炎引发的疼痛可能放射至腰背部，易被误判为骨科疾病。更需警惕的是“无痛性急腹症”，如老年人重症胰腺炎，初期可无明显腹痛，仅以休克前期表现为主。

面对老年人腹痛，正确应对至关重要。家人需密切观察三大核心指标：一是生命体征，若出现血压下降、心率加快、体温异常，无论腹痛轻重都需立即就医；二是伴随症状，如呕吐咖啡样物、黑便提示上消化道出血，停止排气、排便可能为肠梗阻；三是精神状态，烦躁不安或意识淡漠往往是病情危重的信号。

在临床诊疗中，医生会结合老年患者特点，优先选择腹部超声等精准检查，同时排查心脑血管并发症。公众要摒弃“老年人腹痛忍忍就好”的误区，建立“及时就医、全面检查”的意识。老年人的身体如同精密却老化的仪器，任何细微异常都可能是重大故障的信号，唯有重视与警惕，才能为健康保驾护航。

（作者供职于山东省烟台市莱阳中心医院）

备孕前的3个生殖常识

□李海勇

备孕并非女性单方面的事，男性的生殖健康与精子质量直接影响受孕成功率及胎儿健康。不少男性对生殖知识了解不足，容易在备孕中陷入误区。备孕前，掌握以下3个与精子相关的生殖常识，能为优质受孕打下坚实基础。

第一个常识：精子的“生命周期”与质量关键期 男性精子由睾丸中的生精细胞发育而来，从初级精母细胞到成熟精子，整个过程需74天~76天，且成熟的精子还需在附睾中停留15天~20天，才能具备受精能力。这意味着，男性的精子质量取决于近3个月的生活状态。若此时存在吸烟、酗酒、熬夜等不良习惯，会直接影响精子的活力、形态等。因此，备孕计划应提前3个月~6个月启动，给精子足够的完成“更新换代”。要通过调整生活方式改善精子质量，而非等到备孕时才临时调整。

第二个常识：精子“脆弱敏感”，需避开这些损伤因素。成熟的精子对外部环境和生活习惯极为敏感，多种因素都可能导致其质量下降。高温环境是精子的“大敌”，长期泡温泉（水温 > 40 摄氏度）、蒸桑拿、久坐（如长时间开车、伏案工作）等，会使阴囊温度升高，抑制生精细胞活性，降低精子活力。此外，长期接触重金属（如铅、汞）、化学物质（如农药、油漆）、辐射（如长期近距离接触电脑、微波炉）等，会损伤精子核糖核酸，增加畸形精子比例。不良生活习惯的影响也不容忽视。吸烟会导致精子数量减少、活力降低，酗酒会干扰睾酮合成，影响精子成熟。长期熬夜则会扰乱内分泌节律，影响生精功能。备孕期间需主动规避这些风险因素，为精子创造良好的生成环境。

第三个常识：孕前生殖检查不可少，精子质量评估是核心。不少男性认为“身体没不适就不用检查”，这种想法可能遗漏潜在的生殖健康风险。备孕前的生殖检查中，精液常规检查是核心项目，可通过检测精子数量（每毫升精液中精子数）、活力（前向运动精子比例）、形态（正常形态精子比例）等指标，评估精子质量是否达标。除精液检查外，还需进行

生殖系统超声检查，排查睾丸、附睾、前列腺等器官是否存在炎症、囊肿、精索静脉曲张等病变。精索静脉曲张会导致阴囊内血液淤积、温度升高，影响精子生成，若不及时干预可能导致不育。此外，性激素六项检查（如睾酮、促黄体生成素）可评估内分泌功能是否正常，排查激素水平异常对生精功能的影响。建议备孕前3个月~6个月进行全面生殖检查，若发现问题及时治疗，待指标恢复正常后再备孕。

除了掌握以上常识，备孕期间男性还需做好生活细节调整。保持规律作息，每天保证7小时~8小时睡眠。均衡饮食，多摄入富含锌（如牡蛎、瘦肉）、硒（如海带、坚果）、维生素E（如坚果、绿叶蔬菜）的食物，为精子生成提供充足营养。适度运动，每周进行3次~5次有氧运动（如慢跑、游泳），每次30分钟~40分钟，增强体质的同时改善生殖系统血液循环。保持良好心态，避免焦虑情绪影响内分泌稳定。

（作者供职于广东省深圳怡康医院）

手术是治疗严重肠梗阻的有效手段。术后若不注意生活细节，肠梗阻仍有复发的可能。预防复发并非依赖单一措施，而是需要从饮食、运动、卫生、情绪等多方面综合调整，将健康管理融入日常生活。

饮食管理：循序渐进，科学搭配

术后饮食需遵循“循序渐进”原则。术后2天~3天通常需禁食，待肠道功能初步恢复后，先从少量温水、米汤等流食开始，逐步过渡到蔬菜汤、鱼汤等半流食。1周~2周后，可尝试软烂的米饭、蒸蛋等软食，最终恢复至正常饮食。这一过程中需避免过早进食甜品、牛奶、红薯等易产气或难消化食物，防止肠道负担过重。

日常饮食应注重膳食纤维与水分的平衡。蔬菜（如白菜、黄瓜、西兰花）、水果（如苹果、香蕉）和全谷物（如燕麦、糙米）富含膳食纤维，可促进肠道蠕动，预防便秘。但需注意，术后初期不宜过量摄入高纤维食物，以免刺激肠道。每日饮水1500毫升~2000毫升，保持肠道湿润，减少粪便干结风险。此外，应避免辛辣、油腻、生冷食物，减少酒精摄入，降低肠道刺激。

运动与活动：适度为宜，避免极端

术后早期活动是预防肠粘连的关键。术后24小时~48小时，患者可在医护人员指导下进行翻身、屈伸四肢等床上运动。术后3天~5天，若身体条件允许，患者可下床短时间站立或缓慢行走，每日3次~5次，每次5~10分钟。随着恢复进展，可逐渐增加运动量，选择散步、瑜伽等低强度有氧运动，每周3次~5次，每次30分钟左右。运动能增强肠道蠕动功能，但需避免剧烈运动（如跑步、跳跃），防止伤口裂开或肠道扭转。

长期卧床者（如老年人、术后恢复期患者）需特别注意。建议每2小时翻身一次，并由其家属协助进行腹部按摩：以肚脐为中心，顺时针方向轻柔画圈，每次5分钟~10分钟，每日2次~3次，促进肠道蠕动。

卫生与习惯：细节决定健康

饮食卫生是预防肠道感染的重要环节。食物需彻底清洗，生熟分开处理，避免食用过期或变质食品。选择煮沸后的凉开水或正规包装的纯净水。此外，养成定时排便习惯，每日固定时间尝试排便（如晨起或餐后），培养排便反射。避免长时间憋便，防止粪便在肠道内被过度吸收水分而干结。

腹部保暖同样不可忽视。在寒冷季节或空调房内，可用毛巾覆盖腹部，避免直接受凉。腹部受凉可能引发肠道痉挛，增加肠梗阻风险。

情绪与体重：身心平衡，科学管理

长期压力、焦虑或抑郁情绪可能通过“脑-肠轴”影响肠道功能，导致蠕动减缓或痉挛。可通过冥想、深呼吸、听轻音乐等方式缓解压力，保持情绪稳定。若情绪问题持续，建议寻求心理医生支持。

体重管理对预防复发亦有帮助。肥胖者腹部脂肪堆积会增加肠道压力，影响蠕动。建议通过合理饮食与适度运动将体重控制在正常范围，降低复发风险。

术后需遵医嘱定期复查，包括腹部超声或肠镜检查，监测肠道恢复情况。若出现腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便等症状，可能是肠梗阻复发的信号，应立即就医，避免延误治疗。

（作者供职于山东第一医科大学第二附属医院）

介入性超声的优点

□庄艳芳

介入性超声是超声医学的重要分支，通过高频声波成像技术，将人体内部结构清晰地呈现于屏幕，医生在实时影像引导下，将穿刺针、导管等器械精准送达目标区域，完成诊断或治疗操作。这项技术无需开刀，仅通过细针或微小切口即可完成，创伤小、恢复快，并发症少，尤其适合高龄、基础疾病多或无法耐受传统手术的患者。

局部注射 将药物精准注射至病变部位，可提高疗效，减少全身不良反应，常用于疼痛治疗、血管瘤硬化等。

安全便捷 介入性超声的另一大优势是安全性高。与X线等放射线引导技术不同，超声无辐射，对孕妇、儿童等敏感人群更友好。在操作中，医生可实时调整穿刺路径，确保安全。若首次操作效果不佳，还可多次重复，不会增加患者负担。

此外，介入性超声设备轻便，可在床边、门诊或手术室灵活开展，无需复杂准备，费用显著低于传统手术。住院时间短，甚至可门诊完成，极大节省了医疗资源。随着医学科技的进步，介入性超声正朝着智能化、多学科融合的方向发展。人工智能辅助的超声影像分析可提高诊断准确性。超声造影、弹性成像等新技术能更清晰显示病变范围。介入穿刺机器人使操作更精准、稳定。未来，介入性超声将与分子影像、生物信息学等领域深度交叉，为肿瘤早期诊断、个体化治疗提供更强大支持。

（作者供职于河南省漯河医学高等专科学校第二附属医院）

肠梗阻术后如何预防复发

□肖亚军

麻醉前为什么要禁食禁水

□金明

在进行手术麻醉前，医护人员总会反复叮嘱患者“术前几小时内不要吃东西、不要喝水”。有人觉得“少吃点没关系”，有人担心口渴饥饿偷偷进食，殊不知这种行为会给麻醉和手术带来致命风险。

首先要明确的是，麻醉前禁食禁水的核心目的是预防“反流误吸”这一麻醉领域的凶险并发症。正常情况下，我们的食道与胃之间有一道“单向阀门”——食道下括约肌，它能阻止胃内食物和胃酸反流回食道。但麻醉药物会使全身肌肉松弛，这道“阀门”也会随之失去张力，变得不再严密。同时，麻醉状态下人体的吞咽反射、咳嗽反射会显著减弱甚至消失，无法像清醒时那样及时将反流上来的食物或液体咯出。

胃内的食物或液体可能在麻醉过程中反流至咽喉部，进而误吸入气管和肺部。这一过程会引发一系列连锁风险：轻者可能导致吸入性肺炎，患者术后会出现高热、咳嗽、呼吸困难等症状，延长住院时间；重者会导致气管堵塞，引发急性呼吸衰竭，甚至在几分钟内导致窒息死亡。临床数据显示，反流误吸的死亡率可达30%以上，而严格禁食禁水能将这一风险降低90%以上。

除了反流误吸，胃内有食物还会影响麻醉药物的代谢和效果。麻醉药物需要在稳定的生理环境下发挥作用，胃内充盈时，胃肠道的血液供应和蠕动状态会发生改变，导致麻醉药物吸收不均匀，增加麻醉过深或过浅的风险。麻醉过深可抑制呼吸和循环系统，导致血压下降、心率减慢；麻醉过浅则可能使患者在手术中出现疼痛感知、肢体活动，不仅影响手术操作，还可能给患者留下心理创伤。

很多患者关心“究竟要禁食禁水多久”。这需要根据食物种类和患者年龄来精准判断。根据我国《成人与小儿手术麻醉前禁食指南》，成人术前6小时需禁食固体食物（如米饭、肉类、蔬菜等），术前2小时需要禁食清流质（如清水、不含果肉的果汁），但牛奶、豆浆等因消化速度与固体食物相近，需提前6小时禁食。儿童的禁食时间需适当缩短，婴幼儿术前4小时可喂少量母乳，术前2小时可喂清流质，以避免低血糖和脱水。

需要特别提醒的是，糖尿病患者、服用降压药的患者，在禁食禁水前需提前与医生沟通，调整用药时间和剂量，避免因禁食导致低血糖或血压波动。急诊手术患者无法提前禁食，医生会通过使用抗酸药物、快速诱导麻醉等方式降低反流风险。

麻醉前的禁食禁水不是“小题大做”，而是经过无数临床实践验证的安全准则。每一位患者都应足够重视，严格遵循医护人员的具体指导，切勿有侥幸心理。

（作者供职于河北工程大学附属医院）

自行增减药量的后果很严重

□豆梅琴

“感觉症状好多了，少吃点药没关系吧？”“吃了几天没效果，多吃点能快点好。”生活中，不少人凭主观感受调整药量，忽视了这一行为背后的健康风险。药物剂量是医生结合患者年龄、体重、病情、肝肾功能及药物代谢规律综合计算的结果，自行增减药量不仅影响治疗效果，还可能引发不良反应，对身体造成损伤。

自行增加药量的最直接风险是增加药物不良反应发生率，部分情况下可能引发药物中毒。许多药物的治疗剂量与中毒剂量存在重叠区间。以常用退热药对乙酰氨基酚为例，成人每日最大推荐剂量为4克，临床数据显示，若每日摄入量超过6

克，肝损伤风险会显著上升。镇静催眠类药物如地西洋，过量服用会对中枢神经系统产生抑制作用，导致呼吸频率降低、意识清晰度下降等症状，极端情况下可能诱发昏迷。还有部分药物的不良反应存在“延迟显现”特点，如降压药硝苯地平，过量服用可能导致血压过度下降，初期可能仅表现为轻微头晕，若未及时干预，可能诱发心肌供血不足、休克等严重问题。据国家药品不良反应监测中心统计，每年因自行增加药量导致的严重不良反应事件占比约30%，其中近10%需要紧急医疗干预。

与增量相比，自行减量或擅自停药的危害同样需要重视，尤其对慢性病患者而言，可能导致病情控制不佳。高血压病患者需长期规律服用降压药以维持血压稳定，若因“自测血压正常”就自行减量，可能导致血压波动幅度增大，长期如此会加速血管壁损伤，增加发生脑出血、心肌梗死等并发症概率。糖尿病患者若擅自减少胰岛素用量，会导致血糖控制不达标，短期内可能出现酮症酸中毒等急性并发症；长期则可能损伤眼底血管、肾脏等器官，增加失明、慢性肾衰竭的风险。抗生素的不规范使用风险更为特殊，以治疗肺炎的阿莫西林为例，若未按疗程足量服用，不能完全清除体内致病菌，残留致病菌可能产生耐药性，后续再次感染时，药物效果下降甚至失效。世界卫生组织的数据显

示，全球每年因抗生素耐药性相关疾病死亡的人数超过70万，其中近半数与患者未规范用药（包括自行减量、提前停药）有关。

自行调整药量还可能打破药物在体内的代谢平衡，引发连锁反应。药物进入人体后，需通过肝脏代谢、肾脏排泄完成“体内循环”，剂量改变会直接影响器官代谢负担。过量服用他汀类药物，会使肝酶升高的概率增加；而剂量不足则可能导致血脂控制不达标，长期如此会增加脂肪肝的发生风险。服用抗癫痫药物丙戊酸钠剂量不足，会导致癫痫发作频率升高；过量则可能对胰腺造成损伤，诱发急性胰腺炎。此外，部分药物存在“浓度依赖性”，如抗抑郁药舍曲

林，若突然大幅减量，体内药物浓度快速下降，可能引发“撤药反应”，出现头晕、情绪波动、睡眠障碍等症状，不利于原有病情控制。这些潜在的身体损伤，往往需要更长时间的医疗干预才能恢复。

科学用药的核心是“遵医嘱”，不仅包括按推荐剂量服药，还应注意服药时间、饮食禁忌等细节。若服药后出现头晕、恶心等不适症状，应及时与医生沟通，由医生判断是否需要调整用药方案，而非自行改变剂量。若感觉症状有所改善，可在复诊时向医生说明情况，由医生结合检查结果评估是否需要调整药量。

（作者供职于山东省公共卫生临床中心）