

中西医结合调降高血脂日常注意要点

广西壮族自治区博白县水鸣镇中心卫生院 王挺

高血脂是诱发动脉粥样硬化、冠心病、脑卒中等严重疾病的核心危险因素,我国成人高脂血症患病率超40%,多数患者早期无明显症状,易忽视干预。

中西医结合调脂兼顾控脂效率与用药安全性,是基层高脂血症管理的优选方案,大众无需过度焦虑,掌握科学调护要点即可平稳控脂,降低并发病风险。

一、调脂逻辑:中西协同的“双向调节”机制

西医调脂主要通过抑制血脂合成、减少肠道血脂吸收实现快速控脂,比如他汀类药物抑制胆固醇合成,但部分人群服用后或出现肝功能异常、肌肉酸痛等副作用。

中医将高血脂归为“痰浊”“血瘀”范畴,通过健脾化湿、活血化痰的方药调节全身代谢状态,与西药联用既能增强降脂效果,还能减轻西药不良反应,并非药物随意叠加,而是根据体质辨证配伍。多数轻度血脂异常仅靠生活方式加中医药干预即可达标,无需过度依赖西药。

二、风险信号:血脂异常与用药的“预警表现”

高血脂早期无典型痛感,但几个隐匿信号提示血脂可能失控:无诱因晨起头脑发沉、饭后频繁困倦、肢体末端发凉麻木,是血黏度升高、末梢循环变差的信号;眼睑出现淡黄色扁平黄瘤、小腿常抽筋排除缺钙因素后,多提示胆固醇水平超标。此外若服用降脂西药期间出现持续食欲下降、肝区胀痛、肌肉酸痛乏力,提示可能出现药物不良反应,需及时就医排查。需注意无症状不代表无危害,长期血脂超标会持续损伤血管内皮,待出现胸闷、偏瘫时已发生严重靶器官损害,早干预早获益。

三、特殊人群:需个体化干预的“控脂难点”

不同人群调脂侧重存在差异:老年人代谢偏慢,常合并高血压、糖尿病,对降脂药耐受性差,更容易出现肌痛、肝酶升高等不良反应,调脂目标需个体化制定,不能盲目追求血脂“越低越好”;肥胖、喜食高油高糖食物的中青年人群,多以甘油三酯

升高为主,常属中医痰湿体质,优先开展生活方式干预,无需急于服用西药;合并脂肪肝、肝功能异常的人群,直接服用他汀类西药肝损风险更高,可优先选择中医药调脂加生活方式干预,肝功能恢复后再评估是否加用小剂量西药。此外妊娠、哺乳期女性不能随意服用降脂西药,需由专业医师评估干预方案,避免影响母婴健康。

四、初步自查:居家可对照的评估要点

居家可通过3个核心要点初步评估血脂控制情况:首先看症状,无诱因的头晕目眩、肢体麻木频繁发作,提示血脂大概率出现波动;其次看生活方式,连续1周以上高油高脂饮食、久坐不运动、频繁熬夜,也会导致血脂短期升高;最后看用药反应,服用降脂药期间出现持续肌肉酸痛、乏力、皮肤黄染,要警惕药物不良反应。需注意自查仅能做初步提示,不能代替专业检测,建议高危人群每3个月、普通人群每6个月到内科检测血脂四项、肝功能等指标,即可明确血脂状况,怀疑出现药物不良反应时需加查肌酸

激酶等指标,避免延误干预。

五、规范干预:中西医结合调护与用药原则

规范调脂需遵循个体化原则,切勿自行用药或停药。生活方式干预是控脂基础:饮食上减少动物脂肪、高糖、高胆固醇食物摄入,多吃膳食纤维丰富的杂粮、新鲜蔬果,中医食疗可取山楂、荷叶、决明子代茶饮,有助健脾化湿消脂;运动上每周坚持至少150分钟中等强度有氧运动,比如快走、慢跑、八段锦,避免久坐。轻度血脂异常、无合并基础病的人群,仅靠生活方式加中医辨证调脂,多数3个月内即可达标;中度血脂异常合并高血压、糖尿病的人群,可在中医药干预基础上加用小剂量降脂西药,既能增强疗效又能降低副作用;重度血脂异常或已经出现冠心病、脑梗的人群,要遵医嘱足量服用降脂药,定期监测血脂、肝功能、肌酸激酶指标,不要自行减药停药,避免血脂反弹诱发急性心脑血管事件。

中西医结合调降血脂安全性高、适用人群广,只要坚持健康的生活方式,定期监测血脂水平,出现异常及时就诊,配合医师个体化调整干预方案,既能平稳将血脂控制在目标范围,又能最大程度降低药物不良反应风险,有效减少心脑血管并发症。

胰腺癌早期筛查的5大关键指标,你了解吗

川北医学院附属医院 魏海鸽

胰腺癌是一种高度恶性的消化系统肿瘤,早期通常无明显症状,因此被称为“沉默的杀手”,大多数患者确诊时已属晚期,手术机会有限,预后差。早期筛查和发现对提高生存率具有重要意义,近年来,随着生物标志物、影像学术技术和高危人群研究的发展,胰腺癌早期筛查取得了显著进展。本文将介绍胰腺癌早期筛查的五大关键指标,并探讨未来发展趋势及防控建议。

一、胰腺癌早筛的重要性

胰腺癌早筛的核心目的在于尽早发现病变,争取手术切除和综合治疗机会。研究显示,早期胰腺癌患者的五年生存率可超过20%,而晚期患者通常低于5%。因此,对于具有家族史、遗传易感性或长期慢性胰腺炎等高危人群,实施科学、系统的早筛具有重要意义,早筛不仅有助于改善预后,也能降低医疗负担,提高生活质量。

二、关键指标一:CA19-9肿瘤标志物

CA19-9是目前应用最广的胰

腺癌相关糖链抗原,进展期阳性率超80%,对疗效监测与复发预警价值明确。但其特异性不足,胆道梗阻、胰腺炎等良性疾病可致升高,且约5%~10%人群因Lewis抗原阴性无法合成CA19-9,易呈假阴性。临床强调动态监测,若持续升高伴腹痛、消瘦,即使影像无占位,也应警惕隐匿性癌;其变化幅度较单次绝对值更具参考意义——有效治疗后多呈对数下降,复发前常提前数周反弹,故应纳入长期随访核心指标综合研判。

三、关键指标二:影像学筛查

腹部超声因简便价廉常作为初筛首选,但对胰腺尾部及微小病灶易漏诊,受胃肠气体干扰较大。增强CT尤其是薄层多期扫描,可清晰显示胰腺周围血管侵犯情况,对≥1cm病灶检出率显著提升。MRI结合MRCP(磁共振胰胆管造影)对囊性肿瘤及胆胰管扩张更敏感,且无电离辐射。内镜超声(EUS)分辨率极高,可发现<1cm的结节,并能引导细针穿刺获取细胞学证据,是目前公认的早期

胰腺癌诊断“金标准”,特别适用于肿瘤标志物升高但常规影像阴性的高危人群,极大降低了早期病变的漏诊风险。

四、关键指标三:基因与分子标志物

胰腺癌存在显著基因组不稳定性,KRAS突变见于90%以上病例,TP53、CDKN2A及SMAD4失活多提示侵袭性强、预后较差。液体活检可在外周血中检测循环肿瘤DNA(ctDNA),于影像学改变前数月捕捉克隆演变信号;miR-21、miR-155等microRNA表达谱及SEPT9、BMP3等基因甲基化标志物亦在队列研究中展现良好早期预警价值。

五、关键指标四:高危人群筛查标准

除家族史外,新发糖尿病(病程<3年)也是重要高危因素,尤其伴不明原因体重下降者需警惕“癌相关性糖尿病”。遗传性胰腺炎患者终生胰腺癌风险高达40%,应自幼年即启动监测,对于BRCA2突变携带者,国

际指南建议从45岁起每年行MRI或EUS检查,长期吸烟者胰腺癌风险倍增,戒烟10年以上方可降至接近常人水平。针对高危人群,推荐每6~12个月进行一次CA19-9联合MRI/EUS的序贯筛查,并建立动态健康档案,根据年龄、基因背景及合并症调整干预策略,真正实现个体化的精准防控。

六、关键指标五:代谢与炎症相关指标

研究发现,胰腺癌确诊前1~2年常出现空腹血糖进行性升高、糖化血红蛋白波动及胰岛素抵抗加重,部分患者甚至以“突发糖尿病”为首发表现。C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)等炎症因子持续升高,提示慢性低度炎症状态与癌变密切相关。此外,血脂代谢紊乱(如高密度脂蛋白降低)亦可能是早期信号,将这些代谢与炎症指标纳入风险评估模型,结合肿瘤标志物与影像检查,有助于识别“亚健康”状态下的极高危个体。

七、结束语

胰腺癌早期筛查是提高生存率的关键环节,通过多指标联合、个性化筛查和健康生活方式干预,我们可以显著提高早期发现率,为胰腺癌患者争取更多治疗机会和更好预后。

透过尿常规,解读肾病的蛛丝马迹

鹿寨县中医医院 张明清

肾脏是人体重要的“过滤器”,负责清除血液中的代谢废物、多余水分和毒素,维持体内环境稳定。肾病被称为“沉默的杀手”,早期大多无明显不适,等到出现水肿、乏力、腰痛等症状时,病情往往已进展至中晚期。而尿常规检查,作为一项无创、便捷、低成本的筛查手段,能最早捕捉到肾病的“蛛丝马迹”,是守护肾脏健康的“第一道防线”,尤其适合作为大众健康科普和评审展示的核心内容。

很多人在体检时忽视尿常规检查,认为“没症状就不用查”,这是极大的误区。肾脏代偿能力极强,早期受损时,肌酐、尿素氮等指标可能正常,但尿液成分已发生细微改变。肾小球、肾小管一旦损伤,蛋白质、红细胞等异常物质就会进入尿液,这些变化通过尿常规就能发现。临床数据显示,早期肾病90%以上可通过尿常规检测发现,这也是医生强调“每年必查尿常规”的关键原因。

对于普通大众和评审科普场景而

言,无需精通尿常规全部项目,重点掌握6项核心指标,就能快速判断肾脏是否“报警”,内容简单易懂、重点突出。这些指标解读无需专业医学基础,普通人稍加了解就能初步自查,既能帮助自己监测肾脏健康,也能向身边人传递科普知识,提升大众肾病防控意识。

一、尿蛋白,这是肾病最核心的信号

健康人尿液中仅有微量蛋白质,报告单显示为阴性(-)。若出现“+、++、+++”,即尿蛋白阳性,分为生理性和病理性两种。生理性蛋白尿多由剧烈运动、发热、精神紧张等引起,暂时且可逆;病理性蛋白尿则直接提示肾脏损伤,常见于肾小球肾炎、糖尿病肾病等,长期存在会加速肾功能恶化,需及时复查确诊。

二、尿隐血与尿红细胞,判断肾脏是否“出血”

尿隐血阳性仅说明尿液中有血红蛋白,不一定是真血尿;只有尿红细胞数量超标,才是真正的眼下血尿。

生理性血尿多与月经污染、剧烈运动有关,病理性血尿需区分来源:变形红细胞多为肾小球源性,常见于IgA肾病;形态正常则可能是尿路感染、结石等,需结合其他指标综合判断。

三、尿酸,预警糖尿病肾病

健康人尿糖为阴性,若尿糖阳性,可能是血糖过高超过肾脏滤过阈值,或肾小管重吸收功能下降。长期高血糖会损伤肾脏微血管,引发糖尿病肾病,这是目前导致尿毒症的首要原因,尿糖阳性者需及时监测血糖、保护肾脏。

四、尿白细胞与亚硝酸盐,提示泌尿系统感染

尿白细胞、亚硝酸盐阳性,多伴随尿频、尿急、尿痛,常见于尿道炎、膀胱炎,及时抗感染治疗可痊愈;但感染反复迁延,可能逆行损伤肾脏,引发肾盂肾炎,即使无症状也需规范检查治疗。

五、管型,肾脏病变的“形态标志”

透明管型偶见正常,颗粒管型、红细胞管型、蜡样管型均为病理性,分别提示肾小球炎症、肾盂肾炎、肾小管严重损伤,出现管型意味着肾脏实质已受损,需高度重视。

六、尿比重,反映肾脏浓缩稀释

功能

尿比重持续过低,提示肾小管浓缩功能下降,常见于慢性肾衰竭;过高则多见于脱水、糖尿病,可早期发现肾小管异常。除了指标,尿液的外观也能提供线索:泡沫尿经久不散提示蛋白尿,洗肉水色、浓茶色提示血尿,浑浊伴异味提示感染。日常留意这些细节,结合每年一次的尿常规检查,能最大程度避免肾病“潜伏”。尤其对于中老年人、长期服药人群,更要养成观察尿液、定期筛查的习惯,筑牢肾脏健康防线。

守护肾脏健康,始于细微之处

尿常规检查能揭开肾病的伪装,尤其适合高血压、糖尿病、肥胖、有肾病史的高危人群,这类人群建议每6~12个月复查一次,做到早筛查、早干预。读懂尿常规信号,及时就医规范治疗,可有效阻断病情进展。日常预防可从四方面入手:一是饮食护肾,每日盐摄入量控制在5克内,避免高糖高脂高盐饮食,多喝水不憋尿;二是作息护肾,保证7~8小时睡眠,避免熬夜劳累;三是用药护肾,不自行服药或用偏方,用药前咨询医生;四是慢病控肾,严控血压血糖,定期监测肾功能,守护好我们的“过滤工厂”。