

肠道癌变悄无声息，40 岁起应定期做肠镜

近日，知名作家东野圭吾因结肠直肠癌离世，让这种“沉默型癌症”再度引发大众热议。结肠直肠癌早期症状隐匿、不易察觉，却在悄然间侵蚀着身体健康，多数病灶历经数年缓慢恶变成危害生命的毒瘤。因此，为守护肠道健康、规避癌变风险，认清疾病特征、做好筛查与日常预防就变得至关重要了。

结肠直肠癌发展过程历时数年

北京大学第一医院密云医院急诊科高巍主治医师介绍，肠癌可发生于直肠、左半结肠或右半结肠。不少结肠直肠癌会经历“腺瘤—上皮内瘤变—浸润癌”的发展过程，往往历时数年。这也意味着，及

时发现并处理腺瘤性息肉，能有机会阻断其进一步发展。结肠直肠癌为何容易被忽视？这是因为早期往往缺少典型症状。“结肠直肠癌是典型的沉默型癌症，早期息肉、微小癌变不会产生腹痛、便血、腹泻等症状。”北京大学人民医院消化内科主任陈宁介绍，筛查最重要的意义，不是查已有症状的病，而是揪出无症状的隐患，等身体出现不适时，很可能已经错过最佳干预时期。“临床数据显示，超 70% 的结肠肠癌，都是由肠道息肉逐步恶变而来的。”陈宁说，多数普通炎性息肉、微小息肉为良性，不会快速癌变，无需过度焦虑。腺瘤性息肉虽然有癌变风险，但进展为恶性肿瘤的速度比

较缓慢，及时切除即可；而绒毛状息肉（尤其是高级别瘤变）属于高危息肉，恶变概率高、进展快，一经发现必须短时间内切除。此外，息肉切除不等于一劳永逸。息肉复发率较高，复查随访必不可少。

不明原因便血应第一时间就医

高巍介绍，直肠癌通常表现为便血，大便变细，肛门坠胀、下腹隐痛，排便习惯改变，如频繁便意、总拉不干净等；左半结肠癌表现为便秘、腹泻交替，黏液脓血便，肠梗阻风险更高；右半结肠癌表现为不明原因乏力、贫血、脸色苍白，持续隐痛、右侧腹部包块，反复消化不良、腹胀，隐匿出血，肉眼看不见便血，大便

可检出潜血阳性。

只要出现不明原因便血、排便习惯突然改变，无论年龄大小、是否疼痛，都要第一时间就医做肠道筛查，切勿自行判断、拖延病情。

高危群体尽早做肠镜检查

40 岁后要主动评估，高危人群更应提前。陈宁说，普通人群 40—45 岁应启动首次肠镜筛查；高危人群提前至 40 岁筛查，缩短复查间隔；所有无创初筛阳性者，必须做肠镜确诊排查。

陈宁介绍，肠镜可精准发现毫米级息肉、微小病灶，同时可直接切除病灶。如今普及的无痛肠镜，安全性高、实施麻醉后

全程无痛，仿佛睡了觉，检查就完成了。健康人群肠镜检查无异常，5—10 年无需重复筛查。常规体检抽血检查的癌胚抗原、糖类抗原 19—9（CA19—9）等肿瘤标志物，对早期肠癌敏感度极低。绝大多数早期息肉、微小肠癌患者，抽血指标完全正常，只靠抽血体检，极易漏诊早期病变。

此外，想要预防结肠直肠癌，还要从日常生活做起。高巍建议，多吃蔬菜水果、全谷物等富含膳食纤维的食物，以及优质鱼、豆制品等；少吃红肉、加工肉制品、油炸、烧烤等食物；限制高糖食物、酒精、霉变食物的摄入。此外，还要坚持运动，避免久坐；控制体重，避免腹型肥胖；规律排便，不要长期憋便。 摘自《人民日报》

骨桥植入，让更多听障患者重回“有声世界”

如今，听力受损的情况越来越常见，很多人因此遭遇沟通障碍。你知道吗？我们听到的声音，其实靠两种方式传播：一种是通过空气传到耳朵里的鼓膜和听骨链，再进入内耳，这叫做“气导”；另一种是直接让头骨震动，再传到内耳，这叫做“骨导”。

现在市面上流行一种骨传导耳机，就是利用了“骨导”这种原理。当有些人因为生病，比如慢性中耳炎、外耳道长得太窄或者闭锁了、耳硬化症等，声音无法通过“气导”正常进

入内耳，这时他们就只能依赖“骨导”来听声音了。对这些人来说，骨导助听器是非常有帮助的，尤其是其中的骨桥十分特别。

骨桥是一种植入式骨导助听器，它由两部分组成，一部分是放在身体里的植入体，另一部分是放在身体外的音频处理器。音频处理器收到声音后，会把它变成电信号，让植入体震动起来，再通过头骨将震动传到内耳，让人听到声音。

骨桥很适合那些因为生病而听力受损的人，比如外耳道闭锁、鼓室硬化症、鼻咽癌放

疗后的中耳炎患者等。

其实，骨桥植入术在临床已经应用了很多年，该手术的伤口很小，安全性也比较高。大多数情况下，在局部麻醉的状态下即可进行。用了骨桥之后，患者听别人说话会变得更清楚，而且随着时间推移，效果还会变得更好。

和其他骨传导设备比起来，骨桥对于皮肤的伤害更小，因为它是通过磁力将体内与体外的设备吸附在一起的，对皮肤不会造成伤害，也不容易感染和受伤。

复旦大学附属眼耳鼻喉科医院耳鼻喉科王镜涵(主治医师)

扁桃体经常“闹情绪”，需要切除吗？

但是，如果扁桃体经常发炎，就会对人体的其他器官造成损害，如会引起肾炎、心肌炎、皮肤损害、关节炎等疾病。因此，在这些情况下，医生往往会建议患者摘除扁桃体。切除扁桃体，对人体不会有过多伤害，

患者不必过于担心。

此外，有人天生扁桃体长得比较大，若引起了吞咽不适与严重打鼾，那么我们也只能和它说“分手”。

上海市健康促进中心 供稿

从生理拯救到精准干预：复杂胆道疾病围手术期营养支持策略

在肝胆外科临床工作中，常会遇到这样的情况：针对肝门部胆管癌等复杂胆道疾病的外科手术顺利完成，病灶完整切除，但患者术后康复进程十分缓慢，部分患者还会出现恶液质、重度感染、肝功能损伤等严重并发症，让本该成功的手术，难以实现理想的康复效果。

这种“手术顺利、康复受阻”的临床困境，核心原因在于患者机体生理储备的过度消耗。手术切除病灶的过程，会持续消耗患者的代谢能力与免疫机能，而这两项指标，正是患者平安度过围手术期的关键。长期以来被临床忽视的围手术期系统化营养支持，便是补齐机体短板、助力患者平稳康复的核心举措，也是复杂胆道疾病综合治疗中不可或缺的重要环节。

梗阻性黄疸：诱发全身连锁损伤的病理源头

肝门部胆管癌引发的梗阻性黄疸，绝非单纯的胆道堵塞，而是一场波及全身的连锁病理反应。胆道梗阻后，胆汁酸排泄受阻，会直接打乱肠道菌群平衡，破坏肠道黏膜防御屏障。肠道内的内毒素随之侵入机体，经门静脉进入肝脏，持续加重肝细胞损伤，诱发全身炎症反应综合征，扰乱全身内环

境稳定。

在此病理状态下，机体持续处于高代谢状态，肌肉蛋白快速分解流失，肝脏合成代谢功能持续衰退，患者免疫力、体力大幅下降，为术后各类并发症的发生埋下隐患。因此，临床治疗不能仅依靠手术解除胆道梗阻，更需配合科学的胆汁回输干预与系统化营养支持，修复受损的肠道与肝脏生理防线，为术后康复筑牢基础。

营养支持：从术后补救转向术前精准优化

以往临床对围手术期营养支持的认知存在局限，多采取“术后补救”的模式，往往在患者出现营养不良、并发症加重后，才开展热量补充、蛋白纠正等营养干预，干预时机滞后、效果有限。随着现代外科诊疗理念的革新，结合欧洲临床营养与代谢学会的前沿诊疗理念，围手术期营养支持已逐步转向“术前主动优化”的新模式。

围手术期营养支持并非简单的饮食、营养制剂补给，而是一项主动调节机体免疫、修复生理机能、提升手术耐受度的系统性干预工程。术前通过精准的营养干预，改善患者营养状态、增强机体生理储备，能够显著提升患者的手术耐受能力，降低手术风险，为术中平稳操作、术后快速康

复提供保障。

复杂胆道疾病患者的营养支持具备显著特殊性，需结合其病理特点精准施策。首先，梗阻性黄疸患者经减黄治疗后，通过规范胆汁回输干预，可重塑肠道黏膜屏障，逐步恢复肠道正常生理功能；其次，针对胆汁乳化功能缺失引发的脂质吸收障碍，临床可选择含中链甘油三酯的营养制剂，该成分可经门静脉直接入肝，快速氧化供能，规避传统脂质代谢障碍带来的营养吸收难题；最后，依托维生素 K1 等微量营养素的靶向干预，改善机体凝血功能，减轻线粒体氧化应激损伤，实现全方位、个体化的精准营养支持。

胆汁回输：重建肠肝循环的生理干预手段

胆汁不仅是人体重要的消化液，更是维持机体内环境稳态的关键物质。它能够调节肠道酸碱平衡、稳定肠道微生态、保护黏膜屏障，是脂肪代谢的重要媒介，同时可中和肠道内毒素、抑制有害致病菌增殖，从源头减轻全身炎症反应，守护机体免疫平衡。对于梗阻性黄疸患者而言，胆汁排泄中断，意味着上述生理保护机制全面受损。

胆汁回输是针对梗阻性黄疸的精

准生理干预方式。将患者引流的自身胆汁经过无菌处理后回输体内，既能实现胆道物理减压，更能有效重建生理性肠肝循环，发挥多重修复作用。一方面，回流的胆汁酸进入肠道后，经门静脉回流至肝脏，可正向刺激肝脏自主分泌胆汁，逐步恢复肝脏正常胆汁分泌功能；另一方面，胆汁酸作为 FXR 天然配体，可激活 FGF19-FGFR4 信号通路，助力残余肝细胞修复与再生，加快肝功能恢复。临床实践表明，规范的胆汁回输干预，可有效改善患者肝功能、促进肝组织修复、缩短康复周期，显著提升复杂胆道手术的整体安全性。

三位一体优化策略：提升康复胜算

针对复杂胆道疾病合并的梗阻性黄疸，临床需遵循个体化原则实施减黄治疗。在肝脏功能保护与肝组织再生干预方面，可通过门静脉栓塞术重塑肝脏血流动力学。通过阻断手术切除侧肝脏的门静脉血供，将血流引导至预保留肝组织，增加残余肝脏的血流灌注。血流流速提升产生的机械剪切力，可刺激血管内皮细胞释放 HGF、IL-6 等促再生因子，叠加 FXR 通路激活效应，有效促进残余肝组织代偿性增生，提升剩余有效肝体积，降低术后肝功能衰竭的发生概率，为

复杂胆道手术的顺利开展提供生理保障。

精准的营养干预是助力肝脏修复再生的重要基础。临床需强化个体化肠内营养支持，稳固肠肝轴生理功能，改善机体代谢状态。针对梗阻性黄疸患者普遍存在的吸收障碍，及时补充维生素 A、D、E、K 等脂溶性维生素，纠正凝血功能异常；搭配锌、硒等微量元素，缓解肝细胞氧化应激损伤，保护肝细胞功能。这套系统化的营养干预方案，既能为肝细胞再生提供充足营养底物，也能提升患者围手术期的机体耐受度，加快术后康复进程。

复杂胆道疾病病情复杂、手术难度高、术后并发症风险大，单一科室诊疗难以兼顾术前优化、术中操作、术后康复全流程。依托肝胆外科、介入科、影像科、临床营养科组成的多学科协作模式，可实现诊疗资源整合、方案精准定制，兼顾病灶精准切除与机体安全耐受的双重需求。

围手术期营养支持绝非临床辅助治疗手段，而是复杂胆道疾病综合诊疗的核心组成部分。多学科协同诊疗联合精准营养干预，能够优化诊疗效果，为复杂胆道疾病患者的生命健康与术后康复保驾护航。

作者：海军军医大学第三附属医院胆道外科 杨平华（副主任医师、医学博士、硕士生导师）



本图由豆包AI平台辅助生成

控糖新模式：一周饿2天

内，饮食可以更加多样但仍需健康均衡，包括全谷类、优质蛋白质、富含不饱和脂肪酸的食物以及新鲜蔬菜和水果。关键是保持均衡饮食，避免过量摄入高热量食物，以免抵消低能量日的效果。

需要注意的是，“5+2 饮食模式”与单纯少吃不一样，主要在于进食的时间和热量，而不是吃多少东西。

上海市卫生健康委员会 供稿

