

腹膜透析与血液透析：饮食调整的关键差异

柏琴琴

腹膜透析与血液透析均是临床常见的血液净化治疗方法。两种方法在很多方面具有相似性，但也存在一定差异。比如，在某种程度上透析治疗的类型决定了患者的日常饮食结构。那么，您是否知道腹膜透析与血液透析有哪些关键饮食差异呢？一起来看看吧！

差异①：相较血液透析患者，腹膜透析患者可以摄入的碳水较少。人体正常运转离不开摄入充足的能量。若能量摄入不足，则容易引起营养不良。不过，对于接受腹膜透析治疗的患者而言，在治疗期间所使用的透析液中含有葡萄糖，能够为患者身体提供一份额外的能量补给。因此，腹膜透析患者可以通过调整饮食结构，减少对碳水化合物的依赖。

差异②：相较血液透析患者，腹膜透析患者可以摄入更多的钾。由于腹膜透析治疗在排除钾方面的效果更佳，故腹膜透析患者能够承受更高的钾摄入量，推荐患者每日摄入 3000 毫克到 4000 毫克的钾。相较而言，血液透析患者则需要更加严格地控制钾的摄取量，以避免健康风险，推荐患者每日摄入 2000

毫克的钾。钾常见于香蕉、橙子、乳制品、豆类 and 坚果等食物中。值得一提的是，烹饪方法也能影响钾的含量，如浸泡、煮沸等方式能够减少部分蔬菜中的钾含量。

差异③：相较血液透析患者，腹膜透析患者可以摄入更多的蛋白质。腹膜透析治疗中，由于透析液会直接进入患者的腹腔，清除多余水分和毒素的同时也会丢失部分蛋白质，故腹膜透析患者需摄入更多的蛋白质。面对蛋白质损失的情况，不论是哪种透析治疗方式的患者，均可以通过进食肉类、家禽和豆制品等来补充优质蛋白质。

差异④：相较血液透析患者，腹膜透析患者可以摄入的钠盐较少。因透析液中存在较高的钠离子浓度，容易导致腹膜透析患者体内积聚更多的钠盐，故需要限制钠盐总摄入量。血液透析患者因治疗中可有效清除体内的钠盐，故对钠盐的限制相对宽松，钠盐摄入量一般控制在 2000 毫克以内即可。钠盐常见于预包装食品、冷冻食品、罐装食品以及快餐食品中，如薯片、饼干、面包、汉堡、炸鸡、薯条等。

差异⑤：相较血液透析患者，

腹膜透析患者可以摄入的磷较少。在腹膜透析治疗中，透析液一般不含有磷离子，容易导致患者体内积聚更多磷，故需严格限制磷盐的摄入，推荐的膳食磷量为每天 800 毫克到 1000 毫克。在血液透析治疗中，可有效清除患者体内的磷，故对膳食磷含量的限制相对较少。天然磷常见于坚果、肉制品、奶制品以及豆类等食物中。磷酸盐添加剂常见于各种高度加工的食品中，如加工肉类、各种酱料、可乐与其他灌装饮品中。这种以添加剂的形式加入的磷具有较高的吸收效率，容易引起体内磷含量超标，容易对身体健康产生负面影响。

差异⑥：相较血液透析患者，腹膜透析患者可以摄入更多的钙。腹膜透析治疗过程中可能会伴随一定的钙丢失，故需要摄入更多的钙。不过，值得注意的是，需将钙的每日摄入量控制在 2000 毫克以内。钙常见于乳制品、绿叶蔬菜、豆制品以及坚果等食物中。此外，维生素 D 有助于钙的吸收，因此在摄取富含钙的食物时，需确保维生素 D 的摄入。

差异⑦：相较血液透析患者，

腹膜透析患者可以摄入更多的纤维。腹膜透析治疗可能会造成更多的蛋白质流失，故此类患者可追求高纤维饮食，建议患者每日摄入纤维量控制在 20 克到 25 克。患者可选择进食一些对肾脏友好的水果和蔬菜，如苹果、梨等。此外，还可以搭配一些低磷的谷物制品，以此满足透析治疗患者的日常纤维需求。

差异⑧：相较血液透析患者，腹膜透析患者受到液体失衡影响的可能性较小。但这并不意味着腹膜透析患者能够无限量饮用。只是相对血液透析患者来说，腹膜透析对液体摄入量 的限制相对宽松一些。值得关注的是，计算每日液体摄入量，不仅包括日常饮水量，还需计算冰棒、肉汁、冰块以及肉汤等食物的摄入量。

结合上述，腹膜透析与血液透析患者饮食在碳水、钾、蛋白质、钠盐、磷、钙以及纤维上存在一定差异。患者不论是接受腹膜透析治疗，还是接受血液透析治疗，均需遵守专业医生的建议，并结合个人情况，科学调整饮食结构，确保营养摄入量均衡。

（作者单位系广德市人民医院）

高危行为后必读：72 小时自救指南

步涛

艾滋病（AIDS）是由 HIV 病毒引起的严重传染病。虽然目前尚无根治方法，但通过科学预防和及时干预，感染风险可显著降低。本文针对发生高危行为（如无保护性行为、共用针具等）的群体，提供黄金 72 小时内的自救方案及后续行动指南。

一、高危行为的定义

艾滋病传播必须同时满足三个条件：活病毒、足够数量、有效传播途径。以下行为可能构成高风险：无保护性行为（未全程正确使用安全套）是首要风险点，尤其在性伴侣健康状况不明时；若安全套在使用过程中出现破损、滑脱等情况，同样可能导致体液直接接触。此外，共用未消毒的注射器进行静脉注射、文身、穿耳洞等操作，会使血液通过针具交叉传播病原体。日常生活中若接触他人开放性伤口、新鲜血液或共用剃须刀、牙刷等可能沾染血液的个人用品，也存在潜在感染风险。这些行为均可能通过黏膜或破损皮肤为病毒打开入侵通道，需通过规范防护措施、拒绝高危行为等方式加以防护。

二、黄金 72 小时：阻断病毒的生死时速

HIV 病毒入侵的前 24 小时是其最脆弱的阶段，此时它们像散兵游勇般聚集在黏膜破损处或伤口表面，通过不断复制试图扩大阵地。这个阶段就像敌军刚刚登陆滩头，尚未

形成有效战斗力。

接下来的 24-48 小时，病毒开始向战略要地进发——它们沿着淋巴管向附近的“免疫哨站”（淋巴结）迁移。此时病毒会利用淋巴结丰富的营养物质加速增殖。

最关键的转折点出现在 48-72 小时，此时大量病毒突破淋巴系统屏障，正式进入人体血液循环。一旦病毒在血液中站稳脚跟，就意味着它们完成了战略部署，此时常规阻断药物将难以彻底清除病毒。

阻断原理：通过药物抑制病毒复制，在病毒建立“根据地”前将其清除。

三、自救三步法

第一步：紧急药物阻断(PEP)——与时间赛跑

PEP(暴露后预防)是通过短期服用抗 HIV 药物，阻止病毒在人体内复制和扩散的紧急手段。研究表明，72 小时内服药可降低感染风险 80%以上，但最佳效果在 2 小时内。

高危行为后第一时间（72 小时内）前往当地传染病医院或艾滋病定点医院机构。若无法立即就医，可拨打全国卫生热线 12320 或联系“红丝带”公益组织获取就近购药渠道。

医生通常会开具三种抗病毒药物组合（如替诺福韦+拉米夫定/恩曲他滨+多替拉韦/克力芝），需严格连续服用 28 天，不可中断。常见副作用包括头晕、恶心、皮疹等，通常几天内缓解，严重时需复诊调整用药

方案。

重要提醒：PEP 并非“事后避怀孕药”，不能 100%保证阻断成功，但越早用药效果越好。自行购买药物存在风险，务必在医生指导下使用。

第二步：科学检测——排除感染的关键

HIV 病毒存在“窗口期”（感染后到能被检出的时间），单次检测无法确诊，需分阶段排查：

2 周内：可进行 HIV RNA 核酸检测（检测病毒基因，窗口期最短）。

4 周后：使用四代试剂检测抗原/抗体（P24 抗原和抗体）。

3 个月后：最终确认检测（三代抗体检测）。

检测渠道：各地疾控中心、定点医院感染性疾病科或者皮肤科（VCT 门诊）提供免费匿名检测。购买正规品牌 HIV 自测试纸（需注意假阳性风险）。

第三步：保护自己与他人——后续注意事项

窗口期防护：在确诊前避免性行为，或全程使用安全套，防止潜在传播。筛查其他性病：梅毒、淋病等可能通过相同途径感染，需同步检测。患者出现焦虑和恐惧是正常反应，可联系心理咨询师或公益组织（如“白桦林全国联盟”）。误区澄清：这些方法无效！用肥皂或酒精冲洗生殖器。

（作者单位系广德市人民医院）

药物球囊：冠心病患者的“隐形支架”

杨 洋

随着生活水平日益提高，人民生活不断改善，冠心病的发病率也在逐年上升，之前大家熟知的冠脉支架，因为体内留置金属材料等原因，被部分患者和家属担心。当然医疗技术水平也在不断进步，耗材器械的种类在不断更新和精进，一种新型的材料——药物球囊，在冠心病介入治疗领域中逐渐崭露头角，成为患者的“隐形支架”，为冠心病的治疗带来了新的选择。

1. 什么是药物球囊

药物球囊是在传统球囊的表面涂抹一层特殊的药物，在治疗期间，并不会像传统支架一样，永久性的植入在血管中，而是在释放完药物以后撤出体外。

2. 药物球囊的工作原理

药物球囊主要依靠于表面涂抹的药物，常见的药物为紫杉醇，能够针对细胞的生长产生抑制效果，并且可以被快速吸收。治疗期间，医生会将球囊置入患者的病变部位，之后给球囊充气，使其能够紧紧贴合血管内膜，大约 30~60 秒，药物便能释放完毕，再将球囊中的气体抽出以后撤出球囊。此时紫杉醇药物就能够针对对血管新生内膜生长进行抑制，避免冠状动脉狭窄的情况再次发生。

3. 药物球囊的优势

3.1 不会在体内留存金属

传统的金属支架需要永久性的植入患者的血管中，而药物球囊则在释放药物之后可以撤出体外，不会让患者的体内留有金属物质。

3.2 吃药时间短

传统的金属支架在植入之后，为了避免发生支架血栓的情况，需要患者服用 12 个月的双抗血小板药物，这会容易增加并发症发生的几率。而药物球囊治疗的患者只需要服用 3 个月左右的双抗药物，之后改为单抗，缩短了药物的服用时间，有效的降低了出血等的风险。

3.3 适合复杂的病变

除了解决例如小血管病变、支架内的再狭窄、冠状动脉分叉病变等常规问题以外，药物球囊还能够灵活的应对各类复杂的心血管问题，从而提高疾病治疗的效果。

3.4 降低二次手术的几率

传统支架植入以后若是再次出现了狭窄，二次植入支架的情况下，就会导致血管的直径变小，增加反复手术的几率。药物球囊具有较强的安全性，可以降低患者手术的风险。

3.5 恢复快

胰腺癌患者饮食护理：如何缓解消化负担？

汪淑琴

胰腺癌会给身体带来很多变化，其中之一就是消化功能的下降。对患者来说，以前轻松搞定的一顿饭，现在可能变成了消化上的负担。其实，调整饮食并不一定复杂，关键在于找到合适的饮食方式，帮助身体更轻松地吸收营养，同时尽量减少消化系统的压力。本文将介绍一些简单实用的饮食建议，帮助患者在治疗期间吃得更舒服、更安心。

一、胰腺癌患者的消化特点

胰腺癌常伴随胰腺组织破坏与导管阻塞，导致胰液无法正常排入肠道，引发一系列消化障碍。患者进食后易出现腹胀、消化不良，部分人甚至经历腹泻或体重骤减，主要由于胰液分泌不足、脂肪分解受限及全身炎症反应所致。胰腺癌影响胰液的合成与释放，使得蛋白质、脂肪和碳水化合物难以充分分解，进而降低营养吸收效率。尤其在脂肪消化方面，吸收障碍不仅影响能量供给，还可能导致脂溶性维生素缺乏，进而波及其他生理功能，未充分消化的食物残渣在肠道中发酵，进一步增加胃肠负担，加重不适症状。

二、缓解胰腺癌患者消化负担的饮食建议

1、合理调整饮食

胰腺癌患者的饮食应以“低脂、高蛋白、易消化”为核心原则，建议优先选择富含优质蛋白且脂肪含量低的食材，如煮熟的鸡胸肉、去皮鱼肉（如鲑鱼、鲈鱼）、蛋清、嫩豆腐、豆浆等。蔬菜需煮至软烂，如胡萝卜泥、南瓜泥、菠菜叶等，避免粗纤维食物（如韭菜、芹菜）刺激肠道。碳水化合物可选用精细米面制品（如软米饭、面条）或藕粉、米汤等流质，避免油炸、油酥类高脂主食。对于营养搭配，需在医生或营养师指导下制定个性化方案，肿瘤早期以增强免疫力为主，可增加山药、香菇、大枣等食材，同时搭配富含抗癌成分的苦瓜、核桃等；术后恢复期要重点补充气血，推荐糯米、赤豆、枸杞、无花果等，并搭配软烂的鱼肉、蛋羹以促进伤口愈合；化疗期间若出现白细胞下降，可增加核桃、大枣、骨髓汤等升白食物；食欲不振时用山楂、猕猴桃、薏苡仁等健脾开胃。

2、分餐少量进食

胰腺癌患者常伴胰岛素分泌受损，导致血糖调控不稳。一次性大量进食容易使餐后血糖急速上升，随后又可能急剧下降，造成显著波动，采用分餐少量进食的方法，通过较频繁而适量地摄入能量，有助于保持稳定血糖，减轻饥饿感，同时避免血糖大幅波动带来的不适。建议在医生指导下，制定个性化的分餐方案，如每日 5-6 餐，每餐控制在总热量的 1/5 左右。对于消化功能较弱的患者，可将食物做得更软、更易消化，如将肉类剁碎、蔬菜切碎等。同时，保持良好的饮食习惯，共同构成了一套有效缓解消化负担的策略。虽然每个人的病情和体质都不同，但只要医生和营养师的指导下，找到最适合自己的饮食方案，就能在改善消化不良的同时，增强身体抵抗力，提高生活质量。（作者单位系安庆一一六医院）

药物球囊并不会较大的损伤患者血管，术后的恢复速度较快，有助于提高患者术后的生活质量。

4. 哪些人适合使用药物球囊

(1)曾经接受过传统支架治疗之后，再次发生了堵塞、狭窄的患者，通过药物球囊可以避免二次植入支架产生的血管狭窄问题。

(2)若是患者的冠状动脉小血管内径在 2.25~2.80mm 之间，会增加再狭窄的几率，使用药物球囊可以保护小血管的通畅性。

(3)若是斑块长在了分叉的部位，可以在主支血管植入传统支架，将药物球囊置入分支血管，降低手术的难度，提高疗效。

(4)正在服用抗凝药物的患者、老年患者，可以使用药物球囊，减少服用药物的时间，降低出血的风险。

(5)对生活质量要求较高的年轻患者，药物球囊术后的恢复快，并且不会在体内留有金属，对生活产生的影响更小。

(6)血管长段堵塞的患者，使用药物球囊能够降低再狭窄、血管弹性降低的风险。

5. 手术过程

5.1 检查准备

在手术开始以前，医生会针对患者实施全面检查，如心脏超声、心电图、冠状动脉造影等，进一步确定病变的位置、范围、程度，医生会根据患者身体的情况，了解患者是否存在手术禁忌症，并叮嘱患者手术期间的注意事项等。

5.2 微创治疗

手术期间，患者需要平躺在手术床上，完成局部麻醉以后，医生会穿刺股动脉或桡动脉，沿着血管将导管、导丝送入到病变的部位，随后按照上述工作原理完成操作步骤。整个手术期间，医生可以在 X 线的辅助作用下，清晰的观测到患者的球囊以及血管部位。

5.3 术后观察

手术完成以后，患者需要在监护室观察一段时间，此时医生会针对患者的心电图变化、生命体征、穿刺部位的情况加以观察，并针对穿刺的部位实施压迫止血，避免出现水肿、出血等的情况。同时，患者需要严格遵照医嘱按时服用各类药物，定期到医院进行治疗后复查，保证治疗的效果。

药物球囊是冠心病患者的“隐形支架”，希望通过本篇文章的科普能够让大家对这种新型的治疗手段拥有正确的认知，积极配合接受治疗，早日恢复健康。（作者单位系芜湖市第二人民医院）

冬病夏治“三伏灸”：过敏性鼻炎、老寒腿的黄金调理期

丁翠芬

三伏灸是指在一年中最热的三伏天期间，通过特定的艾灸方法治疗冬季易发或加重的慢性疾病。这种疗法源自《黄帝内经》“春夏养阳”的理论，利用夏季自然界阳气最旺盛的时机，补充人体阳气，增强抗病能力。对于过敏性鼻炎、慢性支气管炎、哮喘、老寒腿、风湿性关节炎等“冬病”患者来说，三伏天是一年中不可错过的黄金调理期。

一、三伏灸的科学原理与中医理论基础

从中医理论分析，“冬病”多与阳气不足、寒湿入侵有关。以过敏性鼻炎为例，中医称为“鼻鼽”，认为其发病机制主要是肺脾气虚，卫外不固，风寒之邪乘虚而入，导致鼻窍不利。而老寒腿在中医属“痹证”范畴，多因肝肾不足，气血两虚，风寒湿邪侵袭经络，气血运行不畅所致。

现代医学研究为三伏灸提供了部分科学解释。研究表明，艾灸可以通过多种机制发挥作用：一是温热效应改善局部血液循环，促进炎症吸收；二是艾叶燃烧产生的红外辐射能够穿透皮下组织，产生深层热效应；三是艾灸可能通过调节神经-内分泌-免疫网络，增强机体免疫力。对于过敏性疾病，三伏灸可能通过调节 Th1/Th2 细胞平衡，降

低 IgE 水平，从而减轻过敏反应。对骨关节疾病，艾灸则能缓解肌肉痉挛，促进关节滑液分泌，减轻疼痛和僵硬感。

二、三伏灸适用人群的主要功效

过敏性鼻炎患者在三伏天接受灸疗，可以显著减轻秋冬季节的发作频率和严重程度。典型表现为：发作次数减少，鼻塞、流涕、打喷嚏等症状减轻，对过敏原的敏感性降低，部分患者甚至可以减少或停用抗过敏药物。临床观察显示，连续三年接受三伏灸治疗的过敏性鼻炎患者，有效率可达 70%以上。

老寒腿患者通过三伏灸治疗，能够明显改善冬季关节冷痛、僵硬等症状。作用机制主要包括：促进局部血液循环，缓解肌肉痉挛；减轻关节滑膜炎症，延缓软骨退化；调节机体免疫功能，减少自身免疫反应。许多患者在治疗后反映，冬季关节疼痛程度减轻，活动能力提高，对寒冷天气的耐受性增强。

三、三伏灸的具体操作

三伏灸的操作时间有严格讲究。传统上，三伏天分为初伏、中伏和末伏，具体日期每年略有不同，一般从 7 月中旬持续到 8 月中旬。每年三伏期间进行 3-5 次治疗，间隔 7-10 天，连续三年为一个疗程。最

佳施灸时间为上午 9 点至下午 3 点，此时阳气最盛，效果最佳。

三伏灸常用的穴位根据病症不同而有所区别。对于过敏性鼻炎，主要选取大椎（第七颈椎棘突下）、肺俞（第三胸椎棘突旁开 1.5 寸）、风门（第二胸椎棘突旁开 1.5 寸）等背部穴位，以及迎香（鼻翼旁开 0.5 寸）、印堂（两眉头中间）等面部穴位。老寒腿则多选取足三里（膝盖下 3 寸，胫骨外侧一横指）、阳陵泉（腓骨小头前下方凹陷处）、膝眼（膝盖两侧凹陷处）等下肢穴位。肾俞（第二腰椎棘突旁开 1.5 寸）、关元（脐下 3 寸）等穴位则用于培补元气，增强体质。

四、三伏灸与其他疗法的协同应用

三伏灸+三伏贴：三伏贴是将特定中药贴敷于穴位的治疗方法，与三伏灸相辅相成。通常可以灸先后贴，即施灸结束后立即敷贴药物，使药效通过开放的毛孔更好吸收。也可交替进行，如初伏做灸，中伏做贴，末伏再灸。

三伏灸+中药内服：根据患者体质和病情，配合内服中药可增强疗效。过敏性鼻炎可配合玉屏风散加减，老寒腿可配合独活寄生汤加减。

三伏灸+拔罐：先在特定穴位施

灸，然后立即拔罐，称为“灸罐疗法”。这种方法能增强温经散寒、活血化瘀的效果，特别适合风寒湿痹证。

三伏灸+推拿按摩：灸前推拿可放松肌肉，促进气血运行；灸后推拿则有助于药物吸收和气血流通。对于老寒腿患者，这种组合能显著改善关节活动度。

三伏灸+现代医学治疗：过敏性鼻炎患者在坚持使用鼻喷激素的同时进行三伏灸，可以逐渐减少药物用量；骨关节炎患者在灸疗同时，可适当服用软骨保护剂。中西医结合，既能控制症状，又能调节体质，达到长期缓解的目的。

三伏灸作为中医“治未病”思想的典范，为我们提供了一种顺应自然、防病保健的有效方法。无论是困扰都市人群的过敏性鼻炎，还是中老年人常见的老寒腿，三伏灸都显示出独特的优势和确切的疗效。

然而，三伏灸并非一蹴而就的“神奇疗法”，其效果往往在坚持 2-3 年后才能充分显现。正如中医所强调的“正气存内，邪不可干”，三伏灸的作用机制在于从根本上调整体质，提高机体适应能力和抗病能力。因此，患者应树立正确的治疗预期，避免急于求成。

（作者单位系无为市中医医院）