

围绝经期综合征的内分泌调节与干预

▲ 佛山市南海区第四人民医院 徐燕媚

围绝经期是女性从生育年龄过渡到非生育年龄的自然生理阶段，通常发生在45~55岁。这一时期，卵巢功能逐渐衰退，雌激素水平波动性下降，引发一系列躯体及心理症状，统称为围绝经期综合征。

据统计，我国约70%的女性会经历不同程度的围绝经期症状，其中10%~15%因症状严重影响生活质量。本文将从妇科内分泌变化入手，解析围绝经期综合征的调节机制与科学干预策略。

雌激素下降如何引发全身症状

卵巢是女性内分泌的核心器官，其分泌的雌激素（雌二醇）和孕激素通过下丘脑-垂体-卵巢轴（HPO轴）精密调控。围绝经期时，卵巢内卵泡耗竭导致身体发生以下多种变化。

雌激素波动性下降：早期表现为月经周期紊乱（如周期缩短、经量减少），后期雌激素水平持续低迷。促性腺激素升高：卵巢功能衰退反馈性刺激垂体分泌更多促

卵泡素（FSH），形成“高促性腺激素、低雌激素”状态。其他激素失衡：雄激素相对升高（引发多毛、痤疮）、抑制素减少（进一步升高FSH）、血清素波动（导致情绪障碍）。典型症状的内分泌关联：血管舒缩症状（潮热、盗汗）：雌激素缺乏导致下丘脑体温调节中枢敏感性，5-羟色胺水平波动触发血管异常舒张。泌尿生殖道萎缩：雌激素减少使阴道黏膜变薄、尿道上皮萎缩，引发干涩、性交痛、反复尿路感染。骨质疏松：雌激素抑制破骨细胞活性减弱，骨吸收>骨形成，每年骨密度丢失1%~3%。情绪障碍：雌激素影响多巴胺、去甲肾上腺素等神经递质，与焦虑、抑郁的发生密切相关。

从“替代”到“优化”的干预理念

围绝经期管理的核心是通过内分泌调节缓解症状、预防远期并发症。现代医学倡导个体化、多层次的干预方案。

激素替代治疗 激素替代疗法（HRT）是

缓解中重度围绝经期症状的“金标准”，通过外源性补充雌激素±孕激素，模拟生理激素水平。适应证包括严重潮热、夜间盗汗、骨质疏松、泌尿生殖道萎缩。单纯雌激素治疗适用于已切除子宫的女性。雌孕激素联合治疗可保护子宫内膜，预防癌变。用药原则遵循最小有效剂量，从低剂量开始，逐步调整。连续联合方案适合无月经需求者，周期序贯方案模拟自然周期。此外需定期评估，每6~12个月复查乳腺超声、骨密度、血脂，调整方案。

非激素治疗 可实现多靶点调节内分泌环境，对于不适合HRT或症状较轻者，可通过以下方式调节内分泌。选择性5-羟色胺再摄取抑制剂：如帕罗西汀可缓解潮热，同时改善情绪。植物雌激素：大豆异黄酮具有弱雌激素活性，适合轻中度症状者；黑升麻异丙醇提取物，适合轻中度症状、希望避免HRT治疗或对HRT治疗有禁忌证者（如乳腺癌高风险、血栓史）。维生素D+钙剂：每日补充维生素D，预防骨质疏松。也可进行中医调理，注意需在中医医师指导下进行。

生活方式干预至关重要 在饮食上，增加富含植物雌激素的食物，控制咖啡因和酒精摄入，补充 ω -3脂肪酸有助于改善情绪。同时，每周进行150 min中强度有氧运动提升骨密度，也可加入瑜伽或太极，调节下丘脑功能，缓解焦虑。此外，固定作息时间，避免夜间使用电子设备，睡前1 h进行放松训练。

长期管理以预防远期健康风险

围绝经期是慢性病的高发窗口期，因此应早期防范。心血管病：雌激素缺乏导致血脂异常、血管弹性下降，建议每年检测血压、血脂、血糖。乳腺癌：HRT可能轻微增加风险（绝对风险<0.1%/年），需定期乳腺超声+钼靶筛查。认知功能下降：雌激素保护海马体神经元，长期严重缺乏可能增加阿尔茨海默病风险，可通过认知训练预防。

围绝经期是女性生命的“第二转折点”，其本质是内分泌系统的深刻重构。通过科学调节激素水平、优化生活方式，女性完全可以实现“平稳过渡”。

麻醉医生揭秘老年髋关节术后镇痛与认知问题

▲ 化州市人民医院 徐敬文

老年髋关节手术是治疗股骨颈骨折、髋关节骨关节炎等疾病的常见手段，但术后患者常面临两大难题：剧烈疼痛和认知功能下降，这不仅影响康复进程，还可能增加并发症风险。本文将揭开这两大问题的神秘面纱。

术后疼痛：老年患者“隐形杀手”

髋关节手术创伤大、术后疼痛剧烈，而老年患者对疼痛的耐受性更差且常合并多种慢性病，如高血压、冠心病、糖尿病等，“雪上加霜”的是，疼痛会引发一系列生理反应，如血压升高、心率加快、心肌耗氧量增加，可能诱发心绞痛、心梗等严重心血管事件。

此外，疼痛还会抑制呼吸功能，导致痰液积聚，增加肺部感染风险；引起活动受限，延缓下肢静脉回流，提升深静脉血栓形成几率；更关键的是，疼痛会激活交感神经抑制胃肠蠕动，引发腹胀、便秘，影响营养摄入和伤口愈合。

由于感觉神经退化，老年患者对疼痛的感知可能不敏感，但疼痛带来的功能损害却更严重。因此老年患者的疼痛评估不能仅依赖主观表述，还需结合生命体征、活动能力等客观指标。

术后镇痛：

从“被动忍受”到“主动控制”

传统观念认为术后疼痛是“必然经历”，患者常被要求“忍一忍”，但现代麻醉学强调“多模式镇痛”，即联合不同作用机制的镇痛药物和方法，实现“1+1>2”的效果。对于老年髋关节手术患者，常采用“椎管内镇痛+静脉镇痛+局部浸润”的组合方案。

椎管内镇痛是术后镇痛的“基石”，

通过在腰椎间隙穿刺，将局麻药和阿片类药物注入蛛网膜下腔或硬膜外腔，直接阻断疼痛信号向中枢的传递，镇痛效果确切且不良反应少，尤其适合老年患者。静脉镇痛则作为补充，通过患者自控镇痛泵（PCA）按需给药，实现个体化镇痛，常选用低剂量阿片类药物联合非甾体抗炎药（如凯纷），既保证镇痛效果又减少阿片类药物用量，从而降低恶心、呕吐、呼吸抑制等不良反应。

局部浸润镇痛是“精准打击”，在手术切口周围注射局麻药，可直接阻断局部神经传导。这种方法操作简单、起效快，尤其适合浅表手术切口。

研究表明，相较于全身麻醉，老年髋关节手术选择区域神经阻滞联合全身麻醉可降低术后认知功能障碍（POCD）的发生率。其原因可能是神经阻滞可以提前阻断刺激冲动向中枢的传导，复合全身麻醉可以减轻骨科手术所致的应激反应。

因此，在老年髋关节置换手术中，超声引导下股神经阻滞或髂筋膜神经阻滞联合静脉镇痛的应用效果较好，能够有效降低术后疼痛，提高麻醉效果，减少术后恢复时间，更有利于患者的后续康复治疗。

术后认知功能障碍： 老年患者的“隐形危机”

POCD是老年患者术后常见的神经系统并发症，表现为记忆力减退、注意力不集中、定向力障碍等，轻者仅影响短期记忆，重者可能发展为永久性痴呆。

POCD的危害不容小觑，它不仅延长住院时间，增加医疗费用，还可能影响患者日常生活能力，降低生活质量，更严重的是可能增加老年患者术后1年的死亡率。

老年髋关节手术后的疼痛与认知问题是麻醉医生关注的重点，通过科学镇痛和认知保护，可以帮助老年患者平稳度过术后危险期，实现快速康复，愿每一位老年患者都能在麻醉医生的守护下重获健康与尊严。

肺结节的科学解读与健康指南

▲ 青岛大学附属泰安市中心医院 李祥亭 余瑞芳

近年来，随着体检时胸部CT的普及，越来越多人人在报告单上看到“肺结节”三个字，不禁心头一紧。事实上，肺结节≠肺癌！90%以上的肺结节是良性病变，如炎症、结核或陈旧瘢痕等，仅5%~10%可能与肺癌相关。作为呼吸科医生，我将从专业视角为您解开疑惑，科学应对肺结节。

什么是肺结节

肺结节指肺部CT上直径≤3 cm的局灶性圆形阴影，根据密度可分为三类：实性结节、纯磨玻璃结节和混合磨玻璃结节。

实性结节的密度均匀，类似软组织阴影，边界清晰；纯磨玻璃结节为半透明影，像磨砂玻璃，能透见血管纹理；混合磨玻璃结节则为实性与磨玻璃成分共存，恶性风险较高。

此外，以下关键数据需要尤其注意。微小结节（<5 mm）：恶性概率<1%，年度随访即可。混合磨玻璃结节若实性成分>8 mm，恶性风险达93%，需密切监测。

肺结节的成因

肺结节的形成与多种因素相关，包括感染与炎症、环境暴露、基础疾病、遗传因素等。

感染与炎症 细菌、真菌感染（如结核）或肺炎后遗留的瘢痕。

环境暴露 长期吸烟（包括二手烟）、粉尘、化工毒气、厨房油烟等刺激肺部组织。

基础疾病 慢阻肺、肺纤维化或自身免疫性疾病（如类风湿关节炎）。

遗传因素 肺癌家族史者风险增加，但肺结节本身不遗传。

识别高危结节的“危险信号”

肺结节分为良性和恶性。良性结节多边缘光滑、长期稳定。恶性结节常可以通过以下特征进行评估和判断。

形态 分叶状、边缘毛刺、胸膜凹陷征。

动态变化 随访中体积增大、密度增高

（如磨玻璃结节出现实性成分）。

伴随症状 若结节引发持续咳嗽、痰中带血、胸痛或消瘦，需警惕恶性可能。

尤其需要注意的是，多数肺结节并无症状。对于体检偶然发现者也不必过度焦虑。

呼吸科医生的随访与干预建议

肺结节的管理核心是“科学随访，避免过度治疗”。对于微小结节（<5 mm）而言，每年1次低剂量螺旋CT复查。小结节（5~10 mm）还需考虑是否合并高危因素，对于无高危因素者，每6~12个月复查CT，稳定2年后延长间隔；对于合并高危因素（吸烟/家族史/职业暴露）者，则缩短至3~6个月复查。较大结节（>10 mm）或混合磨玻璃结节，需3个月内复查CT，持续存在则需进一步检查（如PET-CT、穿刺活检）。若随访中实性成分增加或体积倍增，考虑胸腔镜手术切除（治愈率>90%）。

肺结节的手术指征主要包括：贴近胸膜的结节、PET-CT代谢增高或患者心理焦虑难以缓解时，可微创干预。

守护肺健康的日常守则

戒烟避烟 烟草是肺结节恶变的明确风险，远离一手/二手烟。

防护污染 雾霾天减少外出，接触粉尘/化学物质时佩戴专业口罩。

增强免疫 适度运动（快走、游泳）、均衡饮食（增加绿叶蔬菜、坚果）。

心理调适 避免过度搜索非专业信息，定期随访替代盲目“散结药”。

心怀千结，科学解忧；定期随访，健康无忧。肺结节是肺部健康的“警示灯”，而非“死亡通知单”。90%的结节终身无害，只需规律随访；剩余10%的潜在风险，亦可通过早诊早治实现治愈。请将专业判断交予呼吸科医生，我们只需保持理性观察、积极生活——毕竟，解开“心结”比消除“肺结”更重要。

