

术前禁食禁水不是形式！

规避麻醉风险，保障手术安全

很多患者和家属在手术前，都会收到医生“术前禁食禁水”的叮嘱，要求术前一段时间不吃东西、不喝水。在多数人看来这项规定只是医院的常规流程、刻板形式，甚至觉得空腹手术只是为了方便手术操作。不少患者会偷偷喝水、吃小口食物，认为一点点饮食无关紧要，不会影响手术。殊不知术前禁食禁水从来不是繁琐形式，而是守护手术安全、规避麻醉致命风险的核心防线。临床上很多麻醉意外、手术险情，根源都是患者私自进食饮水。本文深度科普术前禁食禁水的真正意义、科学标准和常见误区，让大家读懂手术安全背后的严谨规则。

术前禁食禁水 核心为规避麻醉致命风险

手术前要求空腹，核心针对的不是手术操作，而是全身麻醉的安全风险，这也是所有外科手术统一的硬性医疗规范。人体清醒状态下，咽喉、气道存在完整的保护性反射，进食饮水后，食物和水会进入食道、胃部，不会误入气管。即便出现少量反流，人体也会通过咳嗽、吞咽反射快速清

理，保障气道通畅。但在全身麻醉过程中，患者意识、痛觉、肌肉反射全部消失，咽喉保护性反射会彻底抑制、瘫痪。此时胃部若有食物、液体，平躺体位加上麻醉后腹腔压力变化，极易引发胃内容物反流、呕吐。失去反射保护的气道，无法阻挡反流物进入气管和肺部，进而引发极其危险的吸入性肺炎、气道堵塞、窒息。轻微反流会引发肺部感染、术后咳嗽咳痰、肺部损伤。严重者会直接堵塞气道，造成术中缺氧、呼吸骤停，甚至诱发心跳骤停，危及生命。

打破老旧误区:全新禁食禁水标准,并非越久越好

长期以来，大众甚至部分基层认知中，存在“术前空腹越久越安全”的误区，认为术前禁食 12 小时、禁水 8 小时才稳妥，长时间空腹成为常态。但现代麻醉医学早已更新标准，禁食禁水绝非时间越长越好，过度空腹反而有害。长时间空腹会导致患者低血糖、脱水、电解质紊乱，出现心慌、乏力、头晕、出冷汗等症状，降低患者手术耐受度。同时空腹过久会引发身体应激反

应，血压、心率波动，增加术中出血、术后恢复缓慢的风险，尤其对老人、儿童、体质虚弱、糖尿病患者极不友好。

这些常见违规行为 很多患者都在犯

手术安全隐患，大多来自患者的侥幸心理和认知误区。很多患者严格遵守不吃主食，却忽视了隐形饮食，违规行为暗藏巨大风险。最常见的就是偷偷抿水、润喉、漱口吞咽水分，很多人认为少量水分无影响，但少量清水会留存胃部，麻醉后极易反流，风险不容小觑。其次是误食隐形食物，嚼口香糖、含润喉糖、吃小块饼干、糖果、零食，甚至术前吃保健品、维生素、中药含片，都属于违规进食。这些食物残渣、糖分不仅会残留胃内，还会刺激胃酸分泌，增加胃内容物体积和反流概率。

手术无小事，细节定安危。摒弃侥幸心理，严格遵从医生的禁食禁水指导，配合完善术前准备，既是对医疗工作的尊重，更是对自身生命健康的负责。唯有严谨遵守每一项医疗规范，才能最大程度降低手术风险，助力手术顺利完成，为术后快速康复打下坚实基础。

攸县中医院麻醉科 贺兰亮

警惕老人莫名头痛 小心慢性硬膜下血肿找上门

生活中，不少老年人经常出现莫名头痛、头晕，大多被当成正常衰老现象，常常忍一忍就过，不愿及时检查。事实上，这种看似普通的头痛，可能暗藏危险——慢性硬膜下血肿。该病专挑老年人“偷袭”，起病隐匿、进展缓慢，极易漏诊误诊，老年人及家属务必提高警惕。

何为老年“隐形脑病” 慢性硬膜下血肿

慢性硬膜下血肿是神经外科高发的老年颅内出血疾病，指硬脑膜与蛛网膜之间缓慢积血形成的血肿，医学明确为头部外伤 3 周后发病的硬膜下血肿，高发于 60 岁以上老年群体。

本病出血缓慢、早期症状轻微，多数患者无法回忆起明确外伤史，隐蔽性极强，是典型的老年“颅内隐形杀手”。

老年人高发的核心原因： 脑结构特殊 + 高危诱因

老年生理性脑萎缩是该病的根本原因。随着年龄增长，脑组织自然萎缩，颅内间隙增宽，桥静脉被拉长、张力增高，脆性显著增加。在这种情况下，轻微外力即可能造成血

管撕裂出血。

日常轻微磕碰、头部撞击、轻微滑倒等不起眼的外力，都是常见致病诱因。此外，长期服用阿司匹林、氯吡格雷等抗凝药物，以及患有高血压、动脉硬化、糖尿病的老人，凝血功能与脑血管条件差，发病风险会显著升高。

不只是头痛 这些迷惑性症状极易误诊

持续性不明原因的头痛是本病最典型的早期信号，多表现为头部闷痛或胀痛，无固定痛点，痛感相对温和。晨起、平躺及体位变化时疼痛明显加重，且症状呈进行性发展，难以自行缓解。

随着血肿增大、颅内压升高，患者会出现恶心、呕吐、视物模糊等症状。其中两类症状极具迷惑性，是临床主要误诊原因：

一是精神认知异常：老人出现记忆力减退、反应迟钝、嗜睡淡漠、性格反常，常被误判为老年痴呆、正常脑老化。

二是肢体功能异常：单侧手脚无力、持物脱落、走路不稳、肢体麻木，极易被误诊为脑梗死、颈椎病。

检查简单、治愈率高 早筛是关键

本病诊疗技术成熟、安全可靠，是预后极佳的颅内疾病。

头颅 CT 是首选筛查手段，可快速清晰显示特征性新月形血肿影像，明确血肿大小与脑组织受压情况。

临床采取分层治疗：轻症、小血肿患者可药物保守治疗，促进血肿吸收；血肿较大、出现压迫症状者，首选微创钻孔引流术。该手术创伤小、手术时间短、高龄患者耐受度高，术后恢复快。

重在日常预防 紧盯老人细微异常

慢性硬膜下血肿可防可治，日常防护与观察尤为重要。老年人日常行动切勿急躁，起身、转头、走路放缓速度，最大程度避免意外磕碰摔倒。居家、出行做好防护，防滑防摔。长期服用抗凝药物者，严禁自行增减药量，需定期复查凝血功能。

慢性硬膜下血肿虽凶险，但可控可治。老年人群及家属只需重视身体细微异常，摒弃拖延心态，做到早发现、早筛查、早治疗，就能有效规避风险，守护老年人颅脑健康。

桑植县人民医院 彭丽

做好糖尿病慢病管理 全方位预防糖尿病足发生

糖尿病足是糖尿病高发且危重的慢性并发症，主要表现为足部溃疡与坏疽，是糖尿病患者截肢、致残的主要原因之一。事实上，糖尿病慢病管理并非单一控糖，而是整合指标管控、足部养护、生活调理、定期筛查的完整体系，是预防糖尿病足的关键。

严控代谢指标 筑牢糖尿病足预防核心根基

血糖异常是诱发下肢神经、血管病变的核心原因，也是糖尿病足发病的首要因素。长期高血糖会损伤足部末梢神经，让患者无法及时感知烫伤、磨损、擦伤等外部伤害，同时造成下肢血管硬化、血流不畅，足部皮肤修复能力大幅下降，微小损伤即可发展为严重溃疡。患者需遵医嘱规律用药、常态化监测血糖，将空腹、餐后血糖及糖化血红蛋白维持在标准范围，避免血糖剧烈波动。

血糖管控的同时，血压、血脂的协同调控同样关键。患者日常需保持低盐低糖的饮食模式，规律作息、适度运动，稳定情绪、避免熬夜，定期监测血压血脂，必要时配合药物干预。

细化日常足部护理 规避细微损伤风险

多数糖尿病足溃疡均由微小足部损伤引发，日常精细化护理是预防病变的核心举措。患者需每日用 37℃ 至 40℃ 温水清洁足部，规避高温烫伤风险，清洗后用软毛巾擦干，重点保持脚趾缝干燥。

患者应穿戴宽松透气的浅色棉质袜子，每日更换；鞋子优先选择圆头软底、透气合脚的款式，禁止赤脚行走，避免磕碰刺伤。修剪趾甲需轻柔平整，切勿损伤甲沟皮肤。

规范健康生活方式 改善下肢循环状态

适度运动可有效促进下肢血液循环，改善末梢供血，降低血管与神经病变风险。患者可选择散步、太极拳等温和运动，坚持日常锻炼，避免久坐久站、盘腿坐或跷二郎腿，同时做好足部防护。

戒烟限酒是糖尿病足防控的重中之重。尼古丁会收缩下肢血管、加重微循环堵塞；酒精会扰乱血糖代谢、损伤血管内皮，加重病情。同时患者需做好足部保暖，避免受凉，严禁使用热水袋、暖宝宝直接热敷足部，规避无痛性烫伤风险。

坚持定期筛查监测 实现早发现早干预

糖尿病足早期病变隐匿，待出现破溃、疼痛时病情多已不可逆，因此，糖尿病患者需建立常态化筛查机制。低风险人群每年完成一次足部专项检查，中高危人群需缩短筛查周期，每 3 至 6 个月复查一次。

居家每日自查同样必不可少，患者可每日观察足部整体状态，重点检查脚底、趾缝、脚后跟等隐蔽部位，排查发红、水泡、干裂、肿胀等异常。日常还要主动感知是否存在足部麻木、发凉、刺痛、感觉减退等问题。

糖尿病足可防可控，核心在于长期坚持精细化的慢病管理。糖尿病患者需摒弃重治疗、轻预防的误区，将足部防护融入日常，坚持科学管控、细心护足、定期检查，全方位规避足部病变风险，远离糖尿病足危害。

湘潭市雨湖区云塘街道社区卫生服务中心 易礼谦