

请注意肾不好的“求救信号”

3月10日“世界肾脏日”及3月7日至3月14日“上海肾脏周”期间,上海市医学会肾脏病学分会组织300余位医护人员在全市各区县、各大医院开展了20余场丰富多彩的健康宣教活动,倡议全社会对肾脏健康的关注和重视,为防治慢性肾脏病共同努力。

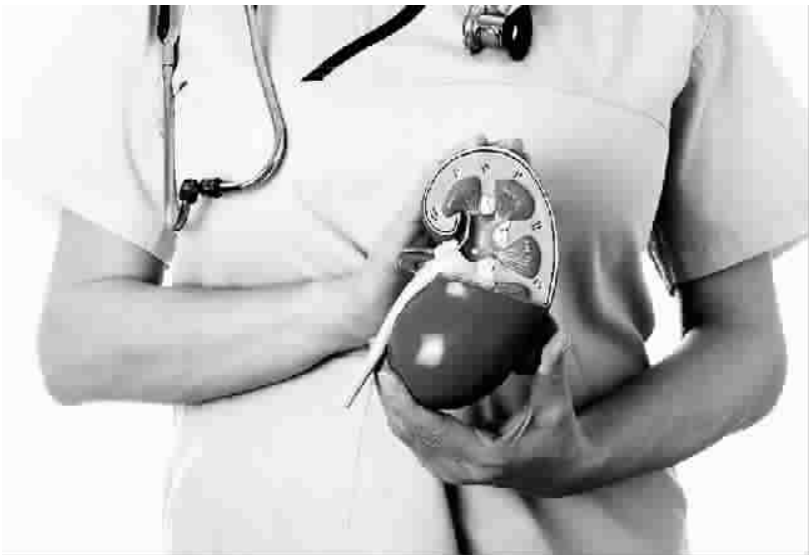
肾脏就像是24小时工作的“清洗工厂”,是人体的主要排泄器官,它不停地过滤血液,排出身体里的废物和多余水分。此外,肾脏还可以产生多种生物活性物质,参与人体的内分泌代谢。尿毒症患者的肾脏无法正常工作,将会严重危害人体健康。

如何识别慢性肾衰竭

慢性肾脏病患者发生肾衰竭,起病很隐匿,易被人忽视,因此识别慢性肾衰竭并积极防治并发症尤为重要。

慢性肾衰竭早期的蛛丝马迹主要归为以下几点:

- 1.困倦、乏力:由于引起乏力的原因较多,因此最容易被忽略,大多将之归咎于工作/学业紧张或劳累等。
- 2.尿量改变:由于肾小球滤过率降低,部分患者随着病程进展尿量逐渐减少,水肿加重。但是在某些情况下,肾功能受损常表现为多尿,尤其是夜尿次数增多更应引起警惕,这往往是慢性肾衰竭的信号。
- 3.食欲减退:与毒素蓄留、酸中毒及电解质紊乱有关,随病情进展可逐渐出现腹部不适、恶心、呕吐等症。
- 4.贫血:慢性肾衰竭时肾脏合成促红细胞生成素减少,同时又因食欲减退导致造血原料摄入不足从而加重贫血。
- 5.骨骼/关节疼痛、抽筋、皮肤瘙痒是由尿毒症所致的钙磷代谢紊乱、继发性甲旁亢等因素引起的。
- 6.血压升高:高血压和肾脏病是一对互为因果的元凶,两者常相互影响,相互促进。对于年轻患者尤其是儿童出现高血压,更应排查是否合并慢性肾衰竭。



7.其他:包括口腔异味、胸闷气促、癫痫发作等。

除临床症状外,定期进行实验室检查也对筛查慢性肾衰竭具有重要意义。主要指标包括肾功能,估算或核素检查测定肾小球滤过率,血尿常规,电解质,肾脏B超等,如出现蛋白尿,肾小球滤过率下降,肾脏结构异常、贫血、酸中毒等异常指标应及时就医。

总之,了解、重视慢性肾衰竭早期的表现可有效防治尿毒症的发生、发展。慢性肾脏病患者在出现上述症状时一定要警惕,及时就医检查,别让尿毒症悄悄侵袭。

尿毒症的规范化治疗

尿毒症是否真的无路可走?答案是否定的,尿毒症患者接受规范化治疗,除了延长生命以外,也可以正常工作和学习。

- 1.控制基础疾病:有些引起尿毒症的基础疾病具有一定可逆性,原发疾病稳定后肾功能可有不同程度的改善。例如狼疮性肾炎引起的尿毒症,当狼疮活动指标控制后,血肌酐可较前下降。
- 2.纠正肾衰竭加重的可逆因素:包括纠正呕吐/腹泻等原因引起的脱水,解除结石/肿瘤等引起的梗阻,控制感染,积极降

压,停止使用损害肾脏的药物等。

- 3.一体化治疗延缓慢性肾脏病的进展:1)饮食控制:限制盐的摄入,进食适量的优质蛋白,摄入足够的热量;对于高钾血症者应少吃香蕉等含钾量较高的食物;高磷血症者应限制磷的摄入。2)有效控制血压:选用合适的降压药物将血压控制在目标范围内。3)纠正贫血:定期皮下注射促红细胞生成素,同时补充铁剂。4)纠正钙磷代谢紊乱和继发性甲旁亢:在限磷饮食基础上如血磷仍升高,可给予降磷药物治疗,必要时也可加用活性维生素D治疗继发性甲旁亢。5)非透析患者如存在高脂血症可给予降脂治疗。6)肠道排毒:使用包醛氧化淀粉或大黄等部分药物促进毒素从肠道排泄。7)防治心血管并发症。

4.肾脏替代治疗:经过上述治疗无效的尿毒症患者,须进行肾脏替代治疗。目前主要的方式包括血液透析、腹膜透析和肾移植。患者可根据自身的条件及意愿在医生的指导下选择自己合适的透析方式。

通过以上规范化、一体化治疗,尿毒症患者可改善生活质量,实现长期生存。

周文彦(主治医师)倪兆慧(主任医师)
(上海交通大学医学院附属仁济医院肾脏内科)

肝癌合并门静脉癌栓 微创精准介入 柳暗花明 穷途末路

介入技术的创新在提升肝癌治疗效果方面又有突破,可实现微创、精准治疗门静脉癌栓。日前2016年上海首次介入沙龙在中山医院举行,腔内植入碘-125粒子条近程放射治疗门静脉癌栓的新技术获得与会的介入治疗专家的一致肯定。

■ 门静脉癌栓——隐患多

根据临床数据统计,我国肝癌的发病率约为28.71/10万,约有30%-70%的肝癌患者合并门静脉癌栓形成。肝癌已让人闻之生畏,再重点说说肝癌合并门静脉癌栓,着实骇然。这如此高的罹患率,恰恰说明门静脉癌栓是肝癌特别是晚期肝癌患者及家属不得不直面的问题。

门静脉癌栓一旦形成,患者可出现呕血、黑便、顽固性腹水等严重并发症;肠道血液循环受阻导致腹泻、腹胀等状况,影响生活质量;肝脏营养血供减少,肝脏储备功能变差,后续治疗难以实施。此类患者预后非常差,有资料表明:合并门静脉癌栓的患者其自然存活时间仅为2.7个月—4个月。

肝癌合并门静脉癌栓时,多数患者已经失去了外科手术的机会,全身药物治疗、外放射治疗等手段的疗效也不理想。经动脉化学治疗栓塞(TACE)是治疗晚期肝癌的重要措施之一。但大多数门静脉癌栓缺乏明显的供血动脉,无法直接栓塞。当癌栓延伸到门静脉主干时,入肝的门静脉血流减少,肝功能储备受损;癌栓的存在恶化了门静脉高压,增加了TACE治疗的风险。

■ 小小粒子——作用大

复旦大学附属中山医院介入科颜志平教授介绍,门静脉癌栓,尤其是主干癌栓,一直是制约肝癌治疗的瓶颈,而腔内植入碘-125粒子条近程放射正是有望攻克这一难题的新利器,或能使得半数以上的中晚期肝癌患者生存获益。

作为国内介入诊疗的先行者,复旦大学附属中山医院介入科长期致力于肝癌及门静脉癌栓的治疗工作。早在上世纪末,中山介入团队就首先采用支架植入术对门脉主干癌栓进行治疗。但随着疾病的进展,癌栓经支架网孔向内生长,造成支架闭塞,使得一度恢复通畅的门脉血流梗阻再现。

为延长支架的通畅期,进一步提高肝癌合并门静脉癌栓患者的生存获益,颜志平教授团队自主研发了“植入性碘-125粒子条”(国家实用新型专利:ZL201220007303.2),并在国内外介入医学领域率先提出“血管内近程放射联合支架植入及经动脉化栓栓塞”治疗肝癌合并门脉主干癌栓的新理念。其中包含三部分:即植入支架后可迅速恢复门脉入肝血流,改善肝功能储备;同期植入的碘-125粒子条产生的近距离辐射可有效抑制癌栓进展、维持门脉主干的通畅性、降低门脉高压相关并发症的发生;经动脉化栓栓塞——肿瘤在化疗药物及缺血、缺氧的双重打击下发生坏死、减少肿瘤负荷。

大量的临床资料表明,与以往的治疗方式比较,采用腔内植入碘-125粒子条近程放射联合支架植入及经动脉化栓栓塞治疗肝癌合并门脉主干癌栓,近期疗效良好,患者的生存期得到显著延长,远期疗效有待于进一步的随机对照研究来证实。

乔阅

上海夕阳红口腔门诊部

电话: 62490819 62498957

地址: 万航渡路1号环球世界大厦副楼(B座)1002室

沪医广2015第08-20-0226号 医广证登载期: 2015年8月20日至2016年8月19日止



近日,王伯伯参加了单位组织的体检。一拿到检验报告王伯伯就吓坏了,他的血小板只有3万了(30×10⁹/L),正常人一般都超过10万(125-350×10⁹/L)。

虽然血小板个头要比白细胞小得多,但在血液中起的作用可一点都不小。当我们受伤出血时或其他原因引起血管破裂时,大量血小板会马上聚集到血管破裂处,形成一个团块,堵在破裂的伤口处,以达到初步止血的目的;另外,血小板还会释放出促进血管收缩和血液凝固的物质,防止血液从破损的伤口流出。打个比方吧,血小板就像是堤坝

体外血小板“失踪”之谜

决口时我们用来堵住洪水的一个个沙袋。

这事把平时没有什么大毛病的王伯伯给急的。血小板这么少了,万一不小心出个血,拿什么来止血呀,难道是生血液病了?赶紧去大医院血液科看看吧。

又查了一次血常规,王伯伯心里又凉了半截,血小板依然是那么少。可全身检查下来,王伯伯身体没什么异样呀,更没有任何出血的迹象,血小板到底去哪儿了呢?这下连医生也摸不着头脑了。

正当大家为血小板“失踪”焦头烂额的时候,检验师用显微镜破了案。检验师先用王伯伯的血做成血涂片,经过染料染色后在显微镜下检查,发现这些失踪的血小板是十几个、二十几个围拢在一起,紧紧地抱成一团,把自己伪装成白细胞大小,成功地躲过了仪器的检测!

可这些血小板为什么无缘无故要伪装呢?原来这是一种叫EDTA的抗凝剂在作怪。EDTA就是查血常规时用来防止血液凝固的

一种物质,化学名称叫乙二胺四乙酸盐。绝大部分人的血小板对EDTA都不会那么抗拒,两者相安无事,但约有0.07%—0.2%的人,他们的血小板一旦离开人体,碰到EDTA盐就开始不淡定了,血小板们会自发地组成一个个小团体,紧紧地围在一起。而仪器只认识一个个单独的血小板,这些手拉手成群结队的血小板团块,能轻易地躲过仪器的检测,形成EDTA依赖的假性血小板减少症。

终于这起“失踪”谜案真相大白了,利用其他方法复查,王伯伯的血小板实际有20万(20×10⁹/L)。王伯伯悬着的心也落下了,他体内的血小板不是少了,而是他的血小板不喜欢EDTA,碰到EDTA就紧紧地“围拢”在一起“抵抗”EDTA,逃过仪器的检测。

由此提示:若您发现有EDTA依赖的假性血小板减少症,在抽血时请及时告诉抽血护士或医生,以免造成不必要的恐慌。

赵凌旭(上海中医药大学附属龙华医院检验科主管技师) 本版图片 TP

疝气微创治疗的“广义相对论”

管微创手术有如此突出的优势,但是腹腔镜手术需要在全麻下完成,而全身麻醉对人体心、肺等脏器功能的要求比较高。

疝气以60岁以上的男性为发病主体,年龄越大,疝气的发病率也越高,而老年人往往伴有心脑血管和肺病等慢性疾病,如高血压、心律失常(房颤、室性早搏等)、慢性阻塞性肺

病等,既往脑梗史或者伴有慢性肝肾功能不全的患者,往往不能耐受全身麻醉或者半身麻醉。因为麻醉和手术风险高,患者被拒之门外,而手术又是疝病目前唯一有效的治疗手段,这些患者只能在病痛中煎熬。

必须强调:微创的概念绝对不是局限于手术切口的缩小,而是包括麻醉和手术在内

的整体创伤的减小,同时要帮助患者获得最大的益处。为此,疝病专科寻求突破,采用以局部麻醉为中心的多模式镇痛,为无法承受全身麻醉或半身麻醉风险的疝病患者解除了顽疾,而且手术中无需留置导尿管,术后可以迅速进食和活动。在疝病治疗领域,“腹腔镜微创”和“局麻”手术齐头并进,已经成为疝病治疗的两大特色,帮助疝病患者术后尽快康复。

朱雷明(上海交通大学医学院附属同仁医院疝病门诊博士)

以腹腔镜手术和内窥镜手术为主体的外科微创技术在近年来得到迅猛发展,几乎各个外科专业领域,微创手术都逐渐占据主导地位。在疝气外科治疗领域也不例外,腹腔镜手术在常见的腹股沟疝、切口疝的治疗中表现出突出的优势,包括切口小、疼痛轻、术后恢复快,甚至可以做到从入院、手术、复苏到出院整个流程在24小时内完成,极大地减轻了家属陪护的负担,也将患者的不便降至最小,这在传统的治疗模式中是不可想象的。尽