

全院动员 全力以赴

厉兵秣马迎世博

本报讯(记者朱凡) 我院作为世博定点医院,不但承担了世博园区医疗站的医疗救治工作,还接收了贵宾随队医疗保障服务、世博园区内外突发事件的应急救治和作为定点医院院内的医疗救治工作。医院各职能部门正积极为我院的世博医疗保障工作做准备,形成了全院动员、全员参与的氛围。例如团委招募了500余名“世博平安志愿者”、精神文明办和保卫处积极准备文明礼仪和安全工作的培训,而医务处、门诊急诊等部门更精心筹划组织了一系列的世博医疗培训和演练。

经过与各临床科室的协调,我院医务处为世博医疗成立了共70余人的医疗保障队伍,包括4支园区医疗站医疗队、2支重大活动保障组医疗队、6支VIP贵宾随队医疗保障队和2支突发医疗事件应急医疗队。而世博期间院内的日常医疗工作质量和安全工作也不容忽视,全院职工的工作量和工作强度可想而知。为了加强医疗队员应对各种突发事件的能力,医务处还精心选编培训课程,从批量患者的院内外紧急救治流程、各类中毒的治疗、输入性传染病的诊治、急救技能的强化等多方面培训医疗队员,还将开展一系列的应急救治演练,重点加强队员们应急响应能力和应急处置能力。

3月中下旬开始,上海市卫生局、世博局等都组织大量的实战演练,考核评估各定点医院的应急响应和应急救治能力。全院员工必将全力以赴,以出色的工作圆满完成考核。

本报讯(通讯员石磊) 近日,我院心外科与心内科合作通过两次微创手术成功治疗了一例疑难主动脉夹层动脉瘤。

该患者主动脉夹层内膜破口位于主动脉弓左锁骨下动脉旁,距左锁骨下动脉开口相当近。如果心脏内科技按照常规方法覆盖破口则有可能堵塞左锁骨下动脉,而此动脉又是左上肢血供的源头,其结果必然影响患者左上肢功能,甚至可能导致左上肢瘫痪。为保全患者的左上肢功能,心脏内外科张瑞岩、赵强、王哲等各大主任共同讨论,决定先行大血管搭桥术保证左锁

新技术治疗主动脉瘤

骨下动脉之血供,然后行介入手术,这种内外科联合处理血管的技术,国际上俗称“杂交”技术(Hybrid),特点是手术损伤小,获益大。该患者在外科手术后第二天就能下床,仅有锁骨下及颈部两处长约5cm的伤口。术后第四天便行介入手术,因为有了桥血管的保驾护航,所以不必担心锁骨下动脉的血流,放支架时游刃有余,完整地覆盖住主动脉内膜的破口,术后当天患者就能下床活动了。经复查主动

脉CTA,确认带膜支架位置良好,左锁骨下动脉与左颈总动脉之间的人工血管血流通畅,患者安然出院。

其实许多以往被冠以“猝死”的病例在今天看来都是主动脉瘤引起的。随着高血压人群的日益庞大,主动脉瘤更是屡见不鲜,它最主要的危害便是破裂大出血,约有一半的患者在发病的急性期即因破裂死亡,而从急性期幸存下来、进入慢性的患者也往往最终死于夹层动脉瘤破裂。因此,夹

了管,内堤已经被撕开了一个口子,汹涌的河水涌入内外堤之间,并继续猛烈冲击着岌岌可危的外堤,其后果不堪设想,抢救成功的机会很小,几分钟内患者就可能死于失血性休克。近端夹层几乎均需外科体外循环下行动脉替换术治疗,远端夹层可通过内科介入治疗即通过下肢动脉逆行向上至主动脉,植入带膜支架以封闭内膜破口,后者围术期风险,并发病小于前者,但复发率较高。

层动脉瘤往往被称为人体内的“不定时炸弹”。发生主动脉夹层动脉瘤犹如汛期的河堤发生

我院举行“世界肾脏日”主题活动

本报讯(记者章力) 为迎接第五届“世界肾脏日”的到来,我院肾脏内外科分别于3月6日及11日举行了两次大型义诊,在宣传普及肾脏疾病防治知识的同时,解答老百姓的求医问药,我院肾脏科主

任、中华医学会肾脏病学分会副主任委员、中国医师协会肾脏病分会副会长陈楠,以及肾脏科主任医师任红、张文、王伟铭、陈晓农等参加了义诊活动。

今年肾脏日的主题为“保护您的

肾脏——控制糖尿病”。3月6日上午的义诊在我院门诊底楼大厅举行,尽管当天下午,可仍然吸引了300多名病人和咨询者前来。义诊结束后,肾脏科医师还举行了健康教育大型讲座,希望藉此让更多的人

意识到肾脏疾病,尤其是慢性肾病的危害。3月11日的义诊由上海市医学会肾脏病分会、中华医学会肾脏病学分会和我院共同主办,中科院《家庭用药》杂志承办,一起参加义诊活动的还有上海其它三甲医院的肾脏科医师。为配合科普教育,我院专家还为《解放日报》、《文汇报》、《新民晚报》等主流媒体提供了大量科普稿件,使更多无法到达现场的病友能够得到专家的指导。

2010年医院自制制剂再注册申报工作启动

本报讯(通讯员黄明亚) 自2003年医院制剂首次注册申报,2006年制剂再注册,2007年陆续颁发批复以来,目前我院获批的11个自制制剂品种将满3年注册有效期,须提前3个月进行再注册申报,具体制剂为:复方碘甘油、灵光舒筋活络搽剂、降脂利肝颗粒、冰醋酸凝胶、羧酸软膏、心脑安胶囊、脑心康颗粒、映响西林灭菌溶液、复方芍药胶囊、舒肝祛脂胶囊和甘地胶囊。

根据上海市食品药品监督管理局医院制剂再注册申报要求,原料药须提供:配制制剂所用原辅料的来源。(1)化学药应包括:原料药的批准证明文件、原料药生产企业《药品生产许可证》及GMP证书复印件、药品标准、近期所用原料药的检验报告书。(2)中药应包括:药材标准、

近期所用药材的检验报告书,并以表格的形式注明药材的产地。(3)辅料应包括:生产企业资质文件、质量标准、检验报告书,并以表格的形式注明生产单位。以上资料现已通知供货单位收集提供。

对于制剂质量方面,须提供对批件中各项要求的执行情况说明、相关研究资料及关于制剂处方、工艺、质量标准的执行情况和存在问题的说明等资料,现已由药检室着手整理。

在制剂使用方面,需用相应制剂的临床科室提供上一次批准注册以来制剂临床使用情况及不良反应情况总结:(1)每年的配制量、每年处方量、每年病例数及临床疗效小结等(包括:治疗病种、观察病例数量、疗效及判断标准;治疗方法、疗程;本制剂的特点、有否同类药品,与同类药品疗效

比较,与其他药物合用情况等);(2)临床使用中出现的不良反应情况(包括该制剂使用中出现的不良反应、病例数及比例,本制剂使用中出现的不良反应及处理措施)。希望得到临床科室的大力协助,以保证制剂再注册工作能够按时完成。

今年上半年医院将完成以上11个制剂品种的资料汇总整理工作,下半年开始准备明年将要到期的制剂资料,明年还有很多制剂品种到期。另外资料申报后药品评审中心还会提出补充资料的要求,请各使用医院自制制剂相关科室的医师积极收集所需资料,根据上海市食品药品监督管理局医院制剂再注册申报要求,提供制剂临床使用情况及不良反应情况的总结报告,以保证临床所需制剂及时获得新的注册批件。

瑞安肿瘤诊所向上海癌症康复俱乐部献爱心

近日,上海市癌症康复俱乐部收到了来自瑞安肿瘤诊所的爱心捐款,给俱乐部的所有成员带来了暖暖的春意。

自2007年瑞安肿瘤诊所成立以来,每年都会定期向癌症康复俱乐部捐助一定的款项以支援癌症俱乐部建设,帮助肿瘤病友与疾病作斗争,希望每位癌症病友都能接受到好的治疗,得到来自全社会的关爱。

·连佳 摄影报道·



2010年瑞金医院门诊周周讲安排

计划安排	科室	主讲人	主题
一月	内分泌科	王卫庆	内分泌相关性高血压
	肾脏内科	严富洪	肾脏疾病与预防系列讲座(一)
	神经内科	郭正良	脑卒中的治疗和预防
二月	骨科	张昊	颈椎病的防治
	瑞视眼科	于青	青少年视力
	肾脏内科	徐天	肾脏疾病与预防系列讲座(二)
三月	神经内科	邓钰蕾	癫痫的药物治疗及家庭护理
	眼科	张琼	糖尿病眼底病变
	乳腺外科	韩宝三	乳腺疾病的自我检查
四月	心脏外科	孔焱	冠心病搭桥手术后后续治疗
	肾脏内科	章倩莹	肾脏疾病与预防系列讲座(三)
	骨科	徐继平	肩关节及膝关节疾病及损伤的关节镜治疗
五月	骨科	王蕾	肩关节及膝关节疾病及损伤的关节镜治疗
	肿瘤放疗科	曹卫国	直肠癌放疗的规范化
	神经内科	刘军	帕金森病患者药物治疗中须注意的几个方面
六月	肾脏内科	史法	肾脏疾病与预防系列讲座(四)
	耳鼻喉科	何士芳	过敏性鼻炎的诊治进展
	眼科	钟一声	青光眼的早期诊断及治疗
七月	骨科	郝平	骨科肿瘤及转移性肿瘤的诊断与治疗
	骨科	徐建强	骨科肿瘤及转移性肿瘤的诊断与治疗
	心脏外科	陈安清	“杂交”技术治疗冠心病
八月	呼吸内科	李庆云	OSAHS 诊治的多学科思路
	核医学科	张一帆	甲状腺肿瘤的碘-131 治疗
	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(五)
九月	康复科	毕霞	骨关节炎的康复治疗
	核医学科	管梁	甲亢的碘-131 治疗
	内分泌科	王卫庆	内分泌相关性高血压
十月	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(六)
	心脏外科	王哲	动脉瘤腔内隔离术
	瑞视眼科	瑞视眼科	全市爱眼日活动讲座
十一月	营养科	曹伟新	糖尿病病人如何吃
	泌尿外科	张奕明	尿液的诊断及治疗
	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(七)
十二月	眼科	陈燕	老年性白内障的防治
	耳鼻喉科	孙星梅	浅议鼻窦的防治
	肿瘤放疗科	许颖	乳腺癌放疗的放射治疗
一月	心脏外科	陈海涛	心脏瓣膜成形术
	眼科	焦泰	甲状腺相关性眼病的诊断及综合治疗
	瑞视眼科	瑞视眼科	暑期青少年视力问题
二月	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(八)
	中医内科	沈小珩	肿瘤康复期综合治疗
	高血压	李燕	家庭血压及动态血压测量的方法及意义
三月	高血压	孔燕	题目待定
	中医内科	郭元彪	胃肠肿瘤的中西医结合综合治疗
	泌尿外科	冯文彪	肾盂结石的诊治
四月	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(九)
	神经外科	林东	脑缺血病变的治疗
	神经内科	任汝静	老年痴呆的临床表现
五月	康复科	谢青	头昏、四肢麻木与颈椎的关系
	消化内科	许斌	胆胰管结石的诊断与治疗
	核医学科	管梁	甲状腺疾病的诊断和治疗
六月	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(十)
	骨科	方荣	骨质疏松骨折的预防及治疗
	高血压	杜俭	题目待定
七月	神经外科	成伟	脊柱肿瘤的微创治疗
	神经内科	邓钰蕾	老年性痴呆的防治
	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(十一)
八月	高血压	朱理敏	顽固性高血压
	高血压	唐晓峰	血压急性升高的家庭处理原则
	中医内科	沈小珩	冬令进补
九月	肾脏内科	待定	肾脏疾病与预防系列讲座(十二)
	呼吸科	戴然然	哮喘疾病的诊断和防治
	高血压	李华	服用降压药物的注意事项
十月	高血压	张瑾	隐匿性高血压和白大衣高血压
	营养科	施咏梅	高尿酸血症需要“忌口”吗
	消化内科	程时丹	胃癌早期发现及防治

说明:2010年“瑞金医院门诊周周讲”主题活动相关安排如上,具体讲座主题及时间请以“当月公示为准。”

本报讯(通讯员范芸 王佩珍) 日前,我院护理部组织全院护士长及护理骨干召开了创建2010年“优质护理服务示范工程”的动员大会,标志着我院护理部“示范工程”全面启动。

护理部钱培芬主任为大家解读了“优质护理服务示范工程”活动实施方案并作了部署。要求层层动员,统一认识,将护理部创建“优质护理服务示范工程”具体实施方案传达至每位护士;筹备开展各类“优质服务示范”评选活动,对活动中涌现的示范病区及先进个人给予鼓励、落实、拓展护理项目,准备开展医护联合交班、推广整体护理理念等12项护理工作。

会上,移植病房护士长韦琳琳激情地宣读了开展优质护理服务示范工程的倡议书。她倡议全体护理人员用自身的

“亲与爱”、“善与美”、“奉与献”接受这难得的机遇和挑战,努力实现“三个满意”即患者满意、社会满意、政府满意。做到“两个必须”即必须继续深化“以病人为中心”的理念,丰富工作内涵;必须进一步完善临床护理管理,持续改进护理质量。

最后,袁克俭副院长指出,2010年是

基础护理,提高病人满意度。利用这个契机使护理工作走上更加科学化、规范化、精细化的发展轨道。提升医院服务品牌,为医院的可持续发展打下扎实基础。

据悉,到2010年底,卫生部将在全国范围内创建100所“优质护理服务示范病房”、300个“优质护理服务示范病房”和600名“优质护理服务先进个人”,全面提高医院临床护理工作水平。“优质护理服务示范工程”活动的最终目的是要在卫生系统各级各类

医院全面加强临床护理工作,强化基础护理,改善护理服务。

通过召开动员大会,全体护士将上下一心、共同努力,通过优质的护理服务,感动每一位患者。相信通过全员的努力,培养一支优秀护理团队,打造优质护理示范病房,创建一流的优质护理服务示范医院。

夯实基础护理 提供满意服务

——“优质护理服务示范工程”动员大会报道

连线都江堰

都江堰首个急性心肌梗塞快速救治体系启动实施

本报讯 我院第6批医疗队日前在都江堰市人民医院会议室举行了《都江堰市人民医院构建心肌梗塞快速救治体系新闻发布会》,此会议由我院吕安康主任发起并主讲,该救治体系以急诊科为平台,整合心内科、放射科和急救120等多学科优势,旨在跨越式提高都江堰对心肌梗塞的救治能力,该体系的建立使心肌梗塞的急救达到了国内领先水平,彻底打破了都江堰市原有的仅以溶栓为主的心肌梗塞救治,给都江堰的患者们

带来了福音。会议反响热烈,当地各大媒体竞相报道,预示了四川省首个心肌梗塞快速救治体系的建立。

在吕安康主任的主持指导下,该救治体系已正式进入实施阶段,并成功完成2例心肌梗塞介入手术,患者术后状况良好。“冬春季是心梗的高发时节”,吕安康介绍说:“突发心肌梗塞时的典型症状是胸痛,其疼痛程度患者往往难以耐受,30分钟内难以缓解,为了赢得救治时间,应以最快速度通知120急救中心,进入急性心肌梗塞快速救治体系”。发生心绞痛或心肌梗死后6-12个小时内的患者,可通过该体系获得最佳的治疗效果。心导管医师需实行24小时“全天候待命”,以确保在最短时间得到最有效的治疗,减少心肌梗塞的面积,降低患者死亡率。吕安康呼吁:“出现胸痛的心血管病患者一定要尽快就诊!时间就是心肌,时间就是

生命。”我院支援团队表示,今后将力争通过宣传教育、人员培训、技术指导、一带一帮教等多种形式加强该救治体系的建设力度,不断提高市人民医院的心肌梗塞救治能力,为都江堰的父老乡亲呵护好心脏。

全心为搬迁,全力为运行

优化就医流程提出多项合理化建议,还指导制订了《都江堰市人民医院整体搬迁方案》等工作方案,帮助建立指挥、医疗、护理、应急、宣传、安全、资产管理、对外协调八大搬迁相关系统,并阐明了工作职责,排除一切干扰和障碍,紧盯进度,确保关键性时间节点的任务按时完成。

在开展工作一段时间以后,我院医疗队发现影响搬迁的最大障碍在于缺乏二路电,而没有二路电医院是无法启动和运行的,人民医院和卫生局始终无法独自解决该问题。我院医疗队主动出面沟通和协调,总算使此事得以妥善解决。

经过对前几年人民医院运行和管理的情况详细调研和访谈后,我院医疗队提出以“开源节流和强化管理”为运行原则,以“节约运行,高效运行,科学运行”为运行理念,组建了两个管理小组:一是经济与成本运行管理小组以期科学控制成本,另一个是医疗与学科运行管理小组,期望做好提升医疗内涵,做大做强学科的工作。经过反复讨论和论证,现在已初步完成一套科学化、可操作的运行管理方案。通过引进、招聘来补充人员,通过后勤社会化招标来补充后勤,并制定制度来规范管理,从各方面确保新医疗中心启动工作的平稳运行。

优化就医流程提出多项合理化建议,还指导制订了《都江堰市人民医院整体搬迁方案》等工作方案,帮助建立指挥、医疗、护理、应急、宣传、安全、资产管理、对外协调八大搬迁相关系统,并阐明了工作职责,排除一切干扰和障碍,紧盯进度,确保关键性时间节点的任务按时完成。

在开展工作一段时间以后,我院医疗队发现影响搬迁的最大障碍在于缺乏二路电,而没有二路电医院是无法启动和运行的,人民医院和卫生局始终无法独自解决该问题。我院医疗队主动出面沟通和协调,总算使此事得以妥善解决。

本报讯 为确保医疗中心在搬迁后能够顺利启用,实现平稳过渡,我院第6批医疗队积极投入管理工作,他们在都江堰市人民医院成立了搬迁专门领导小组和办公室,确保落实和推进搬迁工作。他们带着钢盔实地考察医疗中心的工地现场,对医院的结构布局 and



历年世界肾脏日主题及口号

2006年,主题是“慢性肾脏病”,口号“关爱健康,呵护肾脏——及早诊断,积极预防”。
2007年,主题是“了解您的肾脏”,口号是“您的肾脏健康吗?”
2008年,主题是“令人惊奇的肾脏”,口号是“您的肾脏健康吗?”
2009年,主题是“稳定血压”,口号是“保持肾脏健康”。
2010年,主题是“保护您的肾脏,控制糖尿病”。

糖尿病病人如何早期知道是否有肾病?

陈楠 王伟铭

近日收到网上咨询:“我妈妈今年54岁,患有糖尿病5年多了,还有高血压。她最近呕吐,水肿,住院后,检查说是糖尿病肾病五期。想请问一下,这个是不是很严重啊?谢谢大家。”对于这样的问题,我们在平日的工作中经常能碰到,也经常能听到。当然出现这样的情况是比较遗憾的,作为医生也是觉得比较可惜的,因为糖尿病肾病发展至终末期,只能依靠透析或者移植治疗了。那么得了糖尿病,怎么能够早点知道是否有肾病的发生?

尽管有些病人是多年的糖尿病老病号,但是对于糖尿病极易并发肾病的常识一点也不了解,更不明白糖尿病并发肾病会对自身产生怎样的危害。不仅如此,即便知道这一点,多数糖尿病肾病早期却很难让糖尿病人群察觉。但糖尿病肾病还是有一些早期症状可以发

现的。(1)尿中出现蛋白:有时表现为尿液泡沫增多,不易消退。这是糖尿病损害了肾小球等微血管所致,是非常重要的表现。尿蛋白现象早期呈间歇性,让糖尿病病人运动以后再查尿蛋白,如果休息时没有蛋白尿,而在运动后出现了,或者运动后尿蛋白进一步增多,称之为运动性蛋白尿。这是很重要的诊断方法,简单而且可靠。不要轻视尿蛋白的出现。目前临床上可以检查尿微量白蛋白早期发现糖尿病肾病。微量白蛋白尿是提示肾脏和心血管疾病危险的标志物。如果在3个月内连续检查尿蛋白2-3次,平均值达到20-200微克/分钟或尿微量白蛋白达到30-300毫克/24小时,排除其他可能原因,即可诊断早期糖尿病肾病。糖尿病病人如出现尿微量白蛋白,表明已出现早期糖尿病肾病,应加强治疗,以减

慢糖尿病肾病的发展。I型糖尿病人自青春期起或病程达5年以后,以及II型糖尿病人自断日起即应进行尿微量白蛋白的测定。临床研究表明,及早进行尿微量白蛋白的检测,并通过药物干预,可有效减慢肾病进展,延缓或避免透析和肾移植。因此建议凡是糖尿病病人检查尿糖时,不要忘记查尿蛋白,是有一定道理的。

(2)尿量增多:正常人每天尿量1500-2000毫升。部分糖尿病病人得病后有多尿现象,即多吃、多喝、多尿,尿量每日增加超过正常人。这是因为在早期肾小球滤过率增加,尿量也增多。也可能是肾小管功能受损所致,表现为夜尿增多。糖尿病病人夜尿增多时,说明肾脏可能已经受累,正常人白天尿量多于夜间尿量,肾小管受损时,浓缩功能下降出现夜尿和尿量增多。这种现象可持续多年,病情进一

步发展,尿量可减少一些,这与肾小球滤过率减少有关。

如果糖尿病病人出现水肿、高血压、贫血、尿毒症等症状,则表明糖尿病肾病已进展到比较严重的程度了。

对于糖尿病病人,应定期检查肾小球滤过率是否增高,主要查肌酐清除率;尿微量蛋白的量是否增多,如尿微量白蛋白、α1-微球蛋白、β2-微球蛋白等;尿渗透压是否降低,主要查禁水12小时情况下的尿渗透压。另外定期进行眼底检查,结合上面的检查结果,可以早期发现肾脏损害。需要强调的一点是,因为在多数糖尿病患者的“三多一少”症状不典型,许多病人甚至出现肾病后再检查发现有糖尿病存在,也就是说高血糖等对肾脏的损害早已存在,所以以上的检查项目应在糖尿病诊断之始即进行,并半年或一年复查。

一种简便的居家透析方式

任红

我们的身体就像一座庞大的城市,肾脏是这座城市里的清洁工,每天负责清除大量的垃圾和废物,通过输尿管、膀胱、尿道这样一个“下水道”系统以尿的形式排出。一旦肾脏这个清洁工停止了工作,身体里的“垃圾和废物”会越积越多,人就会渐渐出现厌食、乏力、失眠、恶心、呕吐、浮肿、皮肤瘙痒等症状。这种情况在医学上就叫做肾功能衰竭,也就是通常说的尿毒症。引起肾功能衰竭的原因很多:慢性肾小球肾炎、高血压、糖尿病、结缔组织疾病引起的肾脏损害、某些感染和药物造成的肾小管疾病、某些遗传性肾脏疾病等都会使肾实质不断遭受破坏,最终导致肾功能损害。

对尿毒症患者最有效的治疗除了肾移植就是透析治疗,透析治疗通常有两种方式,一种是血液透析,另一种是腹膜透析。腹膜是覆盖在人体腹腔内的一层半透膜,腹膜透析就是利用腹膜的弥散、渗透和吸收功能去除体内蓄积的毒素和多余水份的一种治疗方法。进行腹膜透析治疗时,需要把一种被称为“腹透液”的特制液体经过一条通过手术安置于患者腹壁上的“腹透管”灌进腹腔,这时候腹膜的一侧是含有代谢废物和多余水份的血液,另一侧是干净的腹透液,血液里的代谢废物和多余水份就会透过腹膜跑到腹透液里。保留3-4个小时后(夜间可保留8-10小时),把这些含有废物及多余水份的腹透液从腹腔里放出来,再灌进去新的腹透液,每天更换4-5次,就可不断地排出体内的毒素和多余水份了。

多年临床应用证明:腹膜透析和血液透析的疗效类似,但是由于腹透是在家中进行,许多患者可以进行家务、短途旅行,甚至参加工作。尤其是自动化腹透机的使用,使患者从白天手工透析中解放出来,改为夜间由机器代替操作,这更接近正常人的生活,更方便患者重返工作岗位并回归社会。家庭腹膜透析治疗不仅方便患者,对于我国紧张的临床资源也是一种节约。由于血透所需的设备和场地限制,使不少医院的血透治疗不能满足患者的需求,而腹透是在家中进行,大大节约了临床医疗资源。另外腹膜透析是持续性透析系统,无需进行体外循环,心血管的稳定性好,同时腹膜透析对中分子、大分子毒素的清除优于血液透析,更利于纠正肾性贫血;更能够保护残余肾功能,提高透析患者的生活质量与生存期。腹膜透析对患者正常生活的影响小,其操作技术简单、易于掌握,适合于儿童、中青年、老年人等不同年龄阶段的患者在家中、工作学习场所等任何符合要求的地点进行透析操作。

据流行病学调查结果显示,我国慢性肾脏病的发病率逐年上升,终末期肾功能衰竭患者的人数和因此而发生的透析费用也以惊人的速度增长。一旦进入终末期肾功能衰竭,应提倡早期透析。早期透析是指在合适的时机开始透析,而不应该在出现全身并发症后再被迫开始透析。晚期透析不但增加了治疗的难度和费用,更由于全身脏器损害导致透析后并发症增多且严重,透析后的生活质量差,生存时间短,更无法根据自己具体情况主动选择适合自己的透析方式,总之是百弊而无一利。所以“早期”透析是对尿毒症积极的、主动的、及时的治疗,可以提高生活质量,减少透析后不良反应的发生,最终节省透析后的治疗费用,达到满意效果。



什么是“急性肾衰竭”

张文

提到“肾衰竭”,大家肯定十分紧张和害怕,且往往会和“尿毒症”这个可怕疾病划为等号。其实肾衰竭还分急性和慢性,需要长期洗肾的“尿毒症”仅指慢性肾衰竭的晚期,大部分的“急性肾衰竭”经过早期的诊断和及时的治疗,肾功能完全有可能恢复正常。但是,话说得回来,若对急性肾衰竭认识不足或处理不及时,则会转为慢性肾衰竭需长期透析治疗,即所谓可怕的“尿毒症”。因此,为强调对急性肾衰竭早期发现、早期治疗,一般都将急性肾衰竭称之为急性肾损伤,即肌酐相比过去稍有升高或者尿量稍有减少均为肾损伤。根据肌酐和尿量改变程度不同分为危险(I期)、损伤(II期)和衰竭(III期),若临时透析4周以上3月以内为肾功能丧失,透析3月以上则为终末期肾衰竭,后两期肾功能难以逆转。

下面的病例就是一个典型的“急性肾衰竭”。郑女士,52岁,平日定期体检,除有高血压外身体状况良好。3天前因在外饮食不洁出现腹泻,每日10次左右,水样便,次日就当地医院急诊,测血压值正常(但较平时低),考虑为急性肠道感染给予庆大霉素静滴治疗,之后几日一直觉得恶心想吐,并发现尿量逐渐减少,查肾功能发现肌酐高达908umol/L,医生考虑急性肾损伤可能性大,为衰竭(III期),转入我院,经过4次透析治疗及其他对症支持,2周后肌酐恢复正常,尿量也逐渐恢复。

我们的肾脏主要负责人体的水分、电解

质的调节和代谢废物的排出,因此肾功能突然发生问题就会使肾脏无法产生尿液以排出废物或仅产生无功能的尿液即无法排出废物的尿液,从而引起一系列的症状,一般表现为突然出现的尿量减少、浮肿、恶心、呕吐、呼吸困难等等。需要注意的是,部分急性肾损伤的病人尿量并不会减少。那么为什么会发生急性肾损伤?它的常见原因有哪些?用专业术语可将原因分为肾前性、肾实质性和肾后性三类。通俗一点来解释,肾前性原因就是流到肾脏的血流不够,例如病人呕吐、腹泻太厉害造成机体脱水,或心功能不好心脏不能射出足够的血,而肾脏本身并没有病变。前面这个病例中郑女士有较严重的水样泻,且有血压相对降低,说明有脱水的因素存在;肾实质性原因一般常见于药物的肾毒性,如一些抗生素、造影剂、利尿剂、止痛药、重金属、有机溶剂、中草药等等,还有某些肾炎也可引起急性肾损伤。所以平时服药要在医师指导下进行,静脉用药应在医院进行,发现异常情况应及时检查,该病例郑女士发生急性肾损伤原因和脱水的情况下使用肾毒性抗生素有关;肾后性原因指泌尿道发生梗阻使尿液无法排出,常见有男性前列腺肥大、女性盆腔肿块等。

通过前面的叙述相信大家对于急性肾损伤的常见原因、临床表现已有了初步认识,这有利于急性肾损伤的早发现、早治疗,在及时纠正了病因,配合血液净化及一些对症支持治疗后,相当一部分急性肾损伤可完全恢复正常。

有人认为“心宽体胖”,肥胖是生活富足、空闲的结果,也是“有福气”的一种体现。但世界卫生组织(WHO)在1997年已正式宣布肥胖是一种疾病,大量临床研究均证实了肥胖可引起肾脏损害,即肥胖相关性肾病。肥胖会引起肾脏血流动力学改变,同时肾小球高滤过、高灌注,肾素-血管紧张素系统的活化及交感神经系统激活均能导致肾脏的损伤。肥胖伴随的高血压、高脂血症、糖尿病和高尿酸血症等,对肾脏也有不同程度的损害。

高血压肾损害。肥胖者常伴发高血压,血压高了以后,肾脏的血管就会承受更多的压力,就好像橡皮筋一样,它有一定的弹性,但是如果长期高血压,橡皮筋就会被拉得过硬而失去弹性,血管就会硬化。

高脂血症肾损害。肥胖引起的肾脏损害的形态学改变主要是肾脏脂肪含量的增加,重量增加,体积增大。肾脏被脂肪紧紧包裹,部分渗透压,构成了对肾脏的机械压力。此外,高脂血症患者全身的动脉都可以出现粥样斑块,就象在血管内膜涂上了厚厚一层奶油,造成肾脏循环不良。

糖尿病肾损害。肥胖者容易发生胰岛素抵抗,进而导致糖尿病,肾损害也是其主要的并发症。早期出现微量白蛋白尿,后期大量蛋白尿甚至肾衰竭,最终引起肾功能不全、尿毒症。

高尿酸血症肾损害。高尿酸血症是由于长期嘌呤代谢紊乱所致,临床以急性关节炎反复发作、痛风石沉积、慢性关节炎和关节畸形,肾实质性病变和尿酸结石形成为特点的一种疾病。身体肥胖者非常常见,约85%患者在30岁以后才开始出现肾脏损害。

慢性肾脏病的血液透析治疗

陈晓农

随着人口老龄化及高血压、糖尿病患病率的不断提高,慢性肾脏病(CKD)的发病率越来越高,由此导致的终末期肾病(ESRD)的发病率也逐年增加。国内外流行病学调查显示,CKD患病率高达9.4%-16%。CKD患者一旦进入ESRD,需依赖透析或肾移植维持生命,费用昂贵。2001年全球维持性透析患者超过110万例,并以每年7%的速度增长,到2010年底将达到200万例。由高血压、糖尿病等慢性肾脏病导致ESRD的发病率逐年上升。据1999-2000年统计,我国糖尿病肾病约占ESRD患者总数的13.5%;高血压导致的ESRD已占血液透析患者的8.9%。

什么是CKD?根据2002年美国国家肾脏基金会制订的指南,CKD定义为肾损伤或肾小球滤过率GFR<60ml/min/1.73m2,持续3个月,其包含两个诊断标准:1.肾损伤(肾脏结构或功能异常)≥3个月,可有/无GFR下降,可表现为下面任意一条:病理学检查异常或肾损伤的指标:包括血、尿成分异常或影像学检查异常。2. GFR<60ml/min/1.73m2 ≥3个月,有/无肾损伤证据。

随着血液透析设备的不断进步,透析技术的不断完善,透析质量已有了很大提高。透析不仅可以减轻患者的不适症状,维持、延长尿毒症患者的生命,而且使患者同样能过正常和健康的生活。许多尿毒症患者仍然可以参加工作和学习,病人自己要有信心和耐心,打破尿毒症患者长期依赖家庭,足不出户的常规,使自己的生活质量不断提高,回归社会。

什么是遗传性肾脏病?遗传性肾脏病:狭义指发病有一定遗传基础,按一定方式垂直传递的肾脏病;广义上则指存在相关遗传因素的肾脏疾病。大部分的遗传性肾脏病主要成因是基因发生缺陷,导致先天性的疾病,而基因缺陷有些是突变而来的,有些是遗传而来的。遗传性肾脏病包括遗传性肾小球疾病如Alport综合征、Fabry病等,遗传性肾小管疾病如Liddle综合征、Gitelman综合征、Bartter综合征等,遗传性囊肿病如多囊肾、先天性肾发育不良等。这些疾病在国内已知的患者人数从几百人到千余人不等,更有一些罕见的遗传性肾脏病,在全世界仅有数个病例报道,鲜有人知晓。

一般人由于对遗传性肾脏病缺乏认识,故大多以为事不关己,事实上,遗传性肾脏病虽然发病率相对较低,却是每个人都面对和承担的风险。人体约有三万五千个基因,如果父母双方碰巧拥有同一隐性的致病基因,或是某一方家族有病史,或者基因偶尔发生突变,下一代都可能会出现基因异常的遗传性肾脏病。

常见的遗传性肾脏病一般有三种类型:单基因遗传病、多基因遗传病和染色体病。单基因遗传病是由一对遗传基因突变引起疾病,具有这种基因的人一般都发病。单基因遗传的方式又分常染色体显性遗传、常染色体隐性遗传、性染色体隐性遗传等。多基因遗传病是遗传信息通过两对以上致病基因的累积效应所致的遗传病,受遗传因素与环境因素共同作用的影响。染色体病是因染色体数目或结构的异常所致的遗传病,这类遗传病一般出生后即可发现一些躯体器官的结构异常,也常伴有精神和智能的障碍。

为什么要及时诊断遗传性肾脏病?由于遗传性肾脏病发病机制特殊,一般的治疗手段(如激素、免疫抑制剂等)无效,不恰当的治疗非但不能缓解患者病情,反而给患者带来不必要的痛苦,给患者家庭带来不必要的经济负担。遗传性肾脏病并不是“不治之症”,明确诊断才能对症下药,达到延缓病情进展的目的。另一方面,由于遗传性肾脏病有可能传给下一代,越早明确诊断可越早进行新生儿筛查,杜绝不良基因遗传给下一代,做到优生优育。

所以,如果有肾衰家族史,或先证者的亲属中有不明原因的肾损伤证据,如持续性血尿、蛋白尿、多囊肾等,要警惕遗传性肾脏病的可能性,须及时至肾内科就诊,简单的尿常规加肾功能检查就可以进行初步的筛选。

自身免疫性疾病引发的肾脏损害

——一场旷日持久的“德比之战”

俞海瑾 任红

自古以来,肾脏在人体中的地位一直非常重要。“肾藏精,主骨生髓通于脑,主纳气,为人的先天之本”,它同时司职着人体的泌尿器官、内分泌器官和免疫功能器官,许多全身性疾病都不可避免地会同时出现肾脏损害。其中,有一类肾脏损害是由全身的自身免疫性疾病所引发。

正常情况下,免疫系统只对人侵身体的外来物,如细菌、病毒、寄生虫以及移植物等产生反应,部分正常人特别是老年人的血清中可存在一些微量的针对自身组织起反应的抗体帮助清除损伤或衰老细胞。特定条件下,当个体出现免疫调节功能紊乱,引起自身免疫反应失控或过度增强,就出现了错误地把自身成份当成外来物攻击的现象,产生大量针对自身身份的抗体和活性淋巴细胞,造成器官和组织损伤,称为“自身免疫性疾病”。常见的有:系统性红斑狼疮、系统性坏死性血管炎、类风湿性关节炎、硬皮病、甲亢、过敏性紫癜、干燥综合征、自身免疫性溶血性贫血、溃疡性结肠炎等等。

这是一场发生在我们身体内部的德比之战,多数病因不明,可能与遗传、感染、药物及环境等因素有关,一般女性比男性多见。病患

者血液中可测得高滴度的自身抗体,如抗双链DNA抗体、抗核抗体多提示系统性红斑狼疮;不同类别的抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)抗体,谱系“安卡拉抗体”帮助确诊各型系统性血管炎。除了发热、乏力、皮疹、消瘦等全身症状,病人出现多个器官或系统损害,往往合并不同程度的肾脏损伤,如血尿、蛋白尿、短期内肾功能快速进行性下降致急性肾功能衰竭等。当我们的身体丧失了自我辨别的能力时,这种内部斗争就演变为一场相当漫长的消耗战,如果不加以及时有效的控制,后果往往十分严重,甚至危害生命。与原发肾脏病所不同的是,自身免疫性疾病患者除肾脏表现外,肾外表现多样而复杂,涉及多个脏器或系统,很容易被误诊和漏诊。由于病程迁延,复发率高,患者往往需要更长时间地使用激素或免疫抑制剂来达到抑制自身免疫反应的目的,因此在治疗过程中,出现并发症的机率很高,表现也更严重。定期门诊随访、复查,不随意调整或停用激素和免疫抑制剂药物剂量,出现发热、肺部感染等情况及时就诊,积极保持与主治医生的密切联系对于控制疾病,减少并发症,提高治疗效果具有重要的意义。

有人称“心宽体胖”,肥胖是生活富足、空闲的结果,也是“有福气”的一种体现。但世界卫生组织(WHO)在1997年已正式宣布肥胖是一种疾病,大量临床研究均证实了肥胖可引起肾脏损害,即肥胖相关性肾病。肥胖会引起肾脏血流动力学改变,同时肾小球高滤过、高灌注,肾素-血管紧张素系统的活化及交感神经系统激活均能导致肾脏的损伤。肥胖伴随的高血压、高脂血症、糖尿病和高尿酸血症等,对肾脏也有不同程度的损害。

高血压肾损害。肥胖者常伴发高血压,血压高了以后,肾脏的血管就会承受更多的压力,就好像橡皮筋一样,它有一定的弹性,但是如果长期高血压,橡皮筋就会被拉得过硬而失去弹性,血管就会硬化。

高脂血症肾损害。肥胖引起的肾脏损害的形态学改变主要是肾脏脂肪含量的增加,重量增加,体积增大。肾脏被脂肪紧紧包裹,部分渗透压,构成了对肾脏的机械压力。此外,高脂血症患者全身的动脉都可以出现粥样斑块,就象在血管内膜涂上了厚厚一层奶油,造成肾脏循环不良。

糖尿病肾损害。肥胖者容易发生胰岛素抵抗,进而导致糖尿病,肾损害也是其主要的并发症。早期出现微量白蛋白尿,后期大量蛋白尿甚至肾衰竭,最终引起肾功能不全、尿毒症。

高尿酸血症肾损害。高尿酸血症是由于长期嘌呤代谢紊乱所致,临床以急性关节炎反复发作、痛风石沉积、慢性关节炎和关节畸形,肾实质性病变和尿酸结石形成为特点的一种疾病。身体肥胖者非常常见,约85%患者在30岁以后才开始出现肾脏损害。

我们的肾脏主要负责人体的水分、电解

遗传性肾脏病解析

陈楠

常见的遗传性肾脏病一般有三种类型:单基因遗传病、多基因遗传病和染色体病。单基因遗传病是由一对遗传基因突变引起疾病,具有这种基因的人一般都发病。单基因遗传的方式又分常染色体显性遗传、常染色体隐性遗传、性染色体隐性遗传等。多基因遗传病是遗传信息通过两对以上致病基因的累积效应所致的遗传病,受遗传因素与环境因素共同作用的影响。染色体病是因染色体数目或结构的异常所致的遗传病,这类遗传病一般出生后即可发现一些躯体器官的结构异常,也常伴有精神和智能的障碍。

为什么要及时诊断遗传性肾脏病?由于遗传性肾脏病发病机制特殊,一般的治疗手段(如激素、免疫抑制剂等)无效,不恰当的治疗非但不能缓解患者病情,反而给患者带来不必要的痛苦,给患者家庭带来不必要的经济负担。遗传性肾脏病并不是“不治之症”,明确诊断才能对症下药,达到延缓病情进展的目的。另一方面,由于遗传性肾脏病有可能传给下一代,越早明确诊断可越早进行新生儿筛查,杜绝不良基因遗传给下一代,做到优生优育。

所以,如果有肾衰家族史,或先证者的亲属中有不明原因的肾损伤证据,如持续性血尿、蛋白尿、多囊肾等,要警惕遗传性肾脏病的可能性,须及时至肾内科就诊,简单的尿常规加肾功能检查就可以进行初步的筛选。