

听话的糖尿病患者 怎会得肾病?

■吴胜斌

老王患糖尿病近20年, 平素严格按照医嘱控制饮食, 适当运动, 按时服药, 能自行检测毛细血糖, 定期在三甲医院的内分泌门诊随访, 在医务人员心中, 这是依从性较好的“优质患者”。可最近老王发现自己视物模糊、手脚没以前灵活, 原以为是年老眼花, 腿脚不利, 但后来感觉小便泡沫增加、不易散去, 下肢出现水肿。到医院一查, 尿液有微量蛋白尿, 医生说, 这是糖尿病性肾病。

老王懵了, “我明明是一个很听话的糖尿病患者, 血糖控制也非常理想, 为什么还会出现糖尿病性肾病?”

这里我们就为老王和其他有类似疑问的读者做些简单解释。

糖尿病性肾病与糖尿病视网膜病变和周围神经病变是糖尿病常见的微血管并发症, 多见于病程10年以上的糖尿病患者, 早期多无症状, 中后期临床表现为蛋白尿(泡沫尿)、水肿、高血压和肾功能减退。晚期可出现尿毒症, 这是糖尿病患者的主要死亡原因之一。

在欧美发达国家, 糖尿病早已成为导致尿毒症的首要元凶, 各大透析中心接近一半患者是糖尿病性肾病。我国近年来随着经济不断发展, 人民生活水平提高, 人均寿命延长, 生活方式、饮食习惯的改变, 糖尿病的患病率也呈显著上升趋势。

当然, 由于医学水平发展迅速, 糖尿病的治疗方法不断改善, 患者生存时间增加, 所以肾脏和全身其它并发症也必然增加。

据最新统计, 我国约有5000万人正面临糖尿病威胁。糖尿病肾病导致终末期肾功能衰竭的占比也已经接近原发性慢性肾炎, 约为30%。

糖尿病肾病发病机制较复杂, 与原发性肾病不同, 它是由多种病因引起的、以慢性高血糖为特征的代谢紊乱。虽然部分病人血糖控制尚佳, 但这种代谢紊乱仍持续存在, 并可由不同途径损害肾脏。这些损害可以累及肾脏所有的结构, 但只有肾小球硬化症与糖尿病有直接关系, 故又称糖尿病肾病小球硬化症。糖尿病病人一旦发生肾脏损害, 出现持续性蛋白尿, 则病情不可逆转, 往往发展至终末期肾功能衰竭。

老王听后非常害怕, “我还有救吗? 是不是马上要变尿毒症了?” 医生安慰他不要过分紧张, 毕竟他的临床症状还比较轻, 属于早期糖尿病肾病期。如能积极控制高血压和高血糖, 病情有望逆转。

“那我该怎么治疗呢?” 老王很疑惑, “难道之前我做得不对吗? 我可是完全按照医嘱严格执行的呀!”

医生对老王的配合态度还是给予充分肯定, 但既然出现并发症, 治疗上应该有所改变。

首先饮食上, 在原有糖尿病饮食上可减少蛋白摄入量。我们知道高蛋白饮食可增加肾小球高灌注和高滤过, 加重糖尿病患者肾脏的血流动力学改变。低蛋白饮食则使增高的肾小球滤过减少, 从而延缓糖尿病肾病肾功能减退。目前认为在糖尿病肾病早期即应限制蛋白质摄入量0.8g/(kg/d), 临床糖尿病肾病期不仅对蛋白质摄入更加严格(0.6g/(kg/d)), 而且要以高生物价值的动物蛋白为主, 必要时可适量给予必需氨基酸或α酮酸, 同时适量增加碳水化合物摄入量, 以保证有足够的热量, 避免蛋白质和脂肪分解增加。脂肪则宜选用植物油。

其次在降糖治疗上, 由于持续高血糖能使糖尿病肾脏病变发生和进展, 因此为尽快控制好血糖, 应尽早鼓励像老王这样的长期糖尿病患者使用胰岛素强化治疗, 使血糖能稳定地控制在良好的水平。

不过, 肾功能不全的糖尿病肾病病人, 由于肾脏对胰岛素的降解明显减少, 血循环中胰岛素半衰期延长, 所以应用胰岛素时应经常监测血糖, 及时调整剂量, 以免发生低血糖。

再者高血压是加速糖尿病肾病进展的重要因素。糖尿病伴微量白蛋白尿者的高血压发生率明显高于同年龄和性别组的正常人。控制高血压能够减少糖尿病肾病患者尿蛋白水平, 延缓肾功能损害的进程。因此, 应力争将血压控制在130/80mmHg以下。

具体措施包括限制钠的摄入, 戒烟限酒, 减轻体重和适当运动, 特别是对于肥胖的2型糖尿病患者, 即使是轻度的减重也有利于血压控制。降压药目前多主张首选血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、钙离子拮抗药(CCB)和血管紧张素Ⅱ受体拮抗药。

最后要指出的是, 临床上有近半糖尿病肾病者还伴有原发性肾病, 所以内科治疗效果不佳时, 应尽早行肾活检明确诊断, 对因治疗, 这样才能避免病情进一步恶化。

糖尿病肾病可防可治, 只要在医务人员正确指导下, 患者和家属密切配合, 完全可以控制病情, 避免过早进入尿毒症。

(作者为上海交通大学医学院附属第九人民医院肾内科医生)

宝宝心脏有“洞” 医生有办法修



■孙晶

王妈妈经过怀胎十月, 生下了儿子小宝, 然而小宝6个月了, 身体不是很好, 经常感冒、发烧, 喂奶困难, 去医院检查, 发现孩子心脏有一个“洞”, 有0.5厘米大。小宝妈妈急坏了, 好好的孩子怎么会心脏上有一个“洞”? 这个“洞”是怎么形成的, 先天就有, 还是后天形成? 心脏有一个“洞”怎么办? 会对孩子生长有哪些影响? 需要立即手术吗, 手术风险大吗? 手术后和正常孩子一样吗? 一连串的问题困扰着初为人母的王妈妈。

今天, 我们就来给大家讲讲心脏上的“洞”。

先天性间隔缺损——洞的分类

这里心脏上的“洞”, 是先天性心脏病中的一种类型, 即间隔缺损。正常的心脏包括四个腔, 左、右心房和左、右心室, 相邻的心房和心室之间有着间隔, 把非氧合血流和氧合血流分隔开来, 以使血流完成循环起来, 供应全身脏器。

心脏上的“洞”, 就是指间隔上有着缺损, 导致非氧合血流和氧合血流进行混合, 会引发一系列临床症状。

根据间隔缺损的不同位置, 我们把最常见的先天性间隔缺损分为房间间隔缺损和室间隔缺损。每种缺损又可以细划分为不同亚型, 相应的处理方法不同。

先天性房间间隔缺损(ASD), 顾名思义, 即左右心房之间存在间隔缺损, 是较常见的一种先天性心脏病。

根据临床资料, 在各种先天性心脏病中, 心房间隔缺损占20%左右。根据其缺损位置, 又分为原发孔型缺损和继发孔型缺损, 常见的ASD为继发孔型缺损。

先天性室间隔缺损(VSD), 即左右心室之间存在间隔缺损, 是最常见的一种先天性心脏病, 约占先天性心脏病的30%左右。根据其缺损位置, 又分为膜部缺损和肌部缺损。

先天性室间隔缺损严重吗?

心脏有“洞”, 导致患儿的血液左向右流动, 肺血增多, 易引起感冒、肺炎等不良症状, 缺损大者因缺氧严重影响智力发育。当然, 不同类型的间隔缺损表现也不一样。

多数继发孔房间隔缺损的儿童除易患感冒等呼吸道感染外, 可无症状, 活动亦不受限制, 一般到青年时期才

表现有气急、心悸、乏力等。医生体检时在胸骨左缘2、3肋间隙可听到柔和的吹风样收缩期杂音。缺损较大时分流量也大, 导致体循环血流量不足而影响生长发育, 表现为体形瘦长, 面色苍白、乏力、多汗, 活动后气促。由于肺循环血流增多而易反复呼吸道感染, 严重者早期发生心力衰竭。

先天性室间隔缺损症状较ASD明显得多, 缺损小者, 可无症状。缺损大者, 症状出现早且明显, 以致影响发育。有气促、呼吸困难、多汗、喂养困难、乏力和反复肺部感染, 严重时可发生心力衰竭。有明显肺动脉高压时可出现发绀, 易患感染性心内膜炎。医生体检时在胸骨左缘3、4肋间隙可听到3~5级粗糙收缩期杂音。

总之, 先天性间隔缺损严重的程度和缺损的大小、位置, 还有是否合并其他畸形等多种因素有关, 不可一概而论。要知道, 同一种先天性心脏病的病人, 因为个体差异, 表现和预后也不完全一样。

心脏有“洞”, 要立即手术吗?

很多家长在得知孩子患上了先天性心脏病, 总会担心孩子的生命状况, 希望立即手术, 孰不知先天性间隔缺损有一定的自然闭合概率, 且并不是每一种类型缺损都需要手术。先心病手术的最佳时间应该根据患儿的详细病情而定。

小的中央型继发孔型房缺有的可以自然闭合, 闭合率约20%~39%。自然闭合的机制是房间隔继续发育, 故多发生在1岁之内, 4岁之后罕有自然闭合者。一般主张小房缺“小于5毫米”, 可以不用治疗, 但需要定期心脏彩超复查。

大部分患儿需通过手术堵上“洞”, 才能恢复健康, 时间可选择在学龄前期进行。继发孔房间隔缺损如位置合适, 可行微创的心导管介入治疗, 经股静脉插管, 将镍钛合金的封堵器夹在房间隔缺损处, 闭合房间隔缺损达到治疗目的, 不用开胸手术, 创伤小, 恢复较快。

室间隔缺损因为较容易出现生长发育落后, 心力衰竭等并发症, 因此一旦发现, 要及早进行手术。

值得注意的是, 有一种特定膜部类型的VSD, 有30%自行愈合的概率, 这部分孩子可以定时到医院随访观察疾病的进展。此外, 肌部VSD自行愈合概率也较高。其他部位的VSD几乎都需要手术治疗。

手术后能和正常孩子一样吗?

随着现代医疗技术的发展和先心

病治疗技术日益成熟, 先天性心脏病已不是不治之症, 相反, 如果及时发现治疗, 先天性心脏病治疗效果不错。在一些有经验的大型专科医院, 简单的先天性心脏病手术成功率高达98%, 通过及时治疗、悉心护理, 很多患者有望恢复与正常儿童一样, 不影响日后的求职、结婚、生育。

当然, 不建议这部分患儿参加剧烈体育活动, 比如竞技类体育比赛。

此外, 安装过封堵器的患儿行磁共振检查时, 需要参考植入器械的说明书、安全性标识, 询问医生的意见。

先天性心脏病会遗传吗?

令王妈妈还困扰的是, 她和先生的双方家庭都没有先天性心脏病的病史, 为何孩子会罹患先天性心脏病? 产前检查也定期做, 为何产科医生没有检查出来?

先天性心脏病发病原因很多, 遗传因素仅占8%左右, 占92%的绝大多数则为环境因素, 如妇女妊娠时服用药物、感染病毒、环境污染、射线辐射等, 都会使胎儿心脏发育异常。

尤其妊娠前3个月感染风疹病毒, 会使孩子患上先天性心脏病的风险急剧增加。

先天性心脏病不属于遗传性疾病, 一般来说, 心脏上有“洞”这种心脏病不会遗传, 较为复杂的先天性心脏病, 且家庭有多个子女患不同种的先天性心脏病, 或多个堂兄弟姐妹患病, 则其他成员患先天性心脏病的可能性上升。

怀孕前可先到正规医院做产前咨询, 同时做好孕期的保健工作, 避免病毒感染、致畸药物和化学物理污染, 加强营养。对小宝来说, 也不必为将来生育遗传问题过度担心, 下一代患先心病的风险几率很低。

产前超声诊断先心病的影响因素有多个, 包括: 检查孕周、胎儿体位、孕妇腹壁条件、心脏畸形种类、羊水量、超声规范、所花时间、是否存在高危因素及操作者的经验等。值得庆幸的是, 超声对胎儿先心病的检出率, 随着技术水平的提高和经验的累积在不断提高, 中孕期超声筛查诊断胎儿先心病的敏感值为60%左右, 但对简单或微小先心病的敏感性较低, 如单纯室间隔缺损等。相信随着医学不断发展, 结合早孕期筛查, 敏感性将进一步提高。

总之, 宝宝心脏上有“洞”, 妈妈莫着急, 了解孩子病情最重要, 相信并配合医生的诊疗方案, 小宝依然能健康成长。

(作者为上海交通大学医学院附属新华医院儿心血管科主治医师)

“新式剖宫产”已被抛弃 “二孩”妈妈孕前最好先做检查

■本报首席记者 唐闻佳

日前, 本报报道了新华医院成功抢救一名产后大出血的45岁“二孩”妈妈, 文中提到这个妈妈生第一胎时接受的是“新式剖宫产”, 这个名词引发读者关注。这是一种怎样的方法? 它在妈妈分娩“二胎”时扮演了怎样的负面角色? 新华医院产科副主任医师王磊医生予以解答。

问: “新式剖宫产”到底是啥?

答: “新式剖宫产”说是“新式”, 但现在可以说是被抛弃的剖宫产术。

这种缝合方法是上世纪八十年代以色列医生Stark发明并提出的。简单说, 当拉开子宫, 新生儿迅速娩出后, 我们现在常规的做法是至少要缝合三层。但这个以色列医生的理论是, 腹膜层、膀胱腹膜反褶层等有很强的自我修复能力, 24小时内就可自主愈合。所以, “新式剖宫产”在缝合上只有大量简化: 子宫肌壁层只需要缝合一遍, 腹膜层、膀胱腹膜反褶层根本不需要缝合。

简化缝合的最大好处是手术时间大大缩短。我们常规的剖宫产手术, 如果没有并发症、两个熟练的医生完成, 通常也要耗时40分钟以上。而“新式

剖宫产”熟练的医生20分钟之内就能完成。

问: “新式剖宫产”为何被抛弃, 弊端在哪里?

答: 然后, 我们在临床上发现, “新式剖宫产”并没有文献、理论上说得那么好。比如, 我们就发现, 那些使用新式剖宫产的孕妇, 产生粘连的情况反而多。

如果这些接受过“新式剖宫产”的孕妇希望生“二胎”, 问题就来了。当不少妈妈再次“剖肚”, 我们就发现, 她们肚子里发生了广泛粘连, 这就给第二次开腹手术造成了很大的障碍。最危险的就像这个45岁“二孩”妈妈, 经历过“新式剖宫产”, 再次怀孕, 胎盘恰巧植根在前次剖宫产手术留下的子宫刀疤处。医学上, 我们知道, 瘢痕区域的“土壤养分”明显不足, 而长在“贫瘠土地”上的胚胎要拼命往下生长, 寻找养分, 这个过程中, 有时候胎盘内粗大的血管会穿透子宫的肌层, 或直接穿入膀胱……胚胎越长越大, 一旦穿破疤痕, 一旦导致子宫破裂, 可怕的灾难性大出血就会出现。

问: “新式剖宫产”可能影响了多少产如?

答: 这个方法当时传到不少国家。

上世纪90年代, 我国也做了一批, 直到21世纪初初期, 还有一些医院在做。可以说, 这个时期剖宫产子的产妇很可能接受的就是“新式剖宫产”。

不过, 即便在它流行的时期, 每家医院对它的认知程度也不同。有的医院大量采用这种方法, 因为看重它的手术快、时间短优势, 值班医生可以在相同时间内完成更多手术。但在新华医院, 当时的产科主任杨祖菁不太主张这种方法, 我们做得很少, 很早就喊停了。

2010年后, 大量医院已将“新式剖宫产”恢复到了传统的旧式。

问: 经历过“新式剖宫产”的妈妈, 如今希望生“二孩”, 需要做什么?

答: 其实做过剖宫手术的妈妈们, 不管当时用了哪种缝合方法, 想要“二孩”, 我们都建议做一个孕前评估, 看看是否适合再次怀孕。在孕早期, 也要做超声等检查, 及时发现危险分娩的早期征兆, 及时就医。

有剖宫产史、多次流产刮宫史、手剥胎盘史以及其他子宫手术史者, 子宫内膜基底膜层破坏, 而不能将功能修复, 再次妊娠后就容易发生“前置胎盘, 胎盘植入”等危险。

所以, 不论从孩子, 还是母亲的角度, 我们还是提倡自然分娩。

求医问药

你有医学健康疑问, 我们邀请医学专家来解答。

tangwj@whb.cn

问 黄褐斑治疗平日应注意啥?

答 张振

上海交通大学医学院附属第九人民医院皮肤科

“得了黄褐斑, 平时应注意什么?” 这是很多黄褐斑患者始终没完全了解的一部分重要信息。为什么把日常注意事项放在非常重要的位置, 因为第一, 它对于已治愈的患者可以预防黄褐斑的复发(黄褐斑有一定的复发率); 第二, 对于在治疗中的患者可以提高黄褐斑的治愈率或缩短改善需要的时间; 第三, 对于没有时间治疗的患者可以防止进一步加重。这里我们就来分享一些注意点。

1、太阳

如果你长了黄褐斑, 就需要用另一种方式和太阳交朋友了。虽然目前黄褐斑的病因还没被完全研究清楚, 但已经肯定的是阳光中的紫外线是罪魁祸首之一。因此, 要防晒作为首要的注意事项。

什么时候需要涂抹防晒霜? 最简单的就是有阳光就涂。冬天紫外线强度有所下降, 但皮肤会比较干燥, 对紫外线的抵御也会下降, 因此冬天一样需要防晒。

一年365天都需要吗? 不方便也没有这个必要, 在阴雨天, 紫外线的照射强度要比平时下降30%左右, 照射强度对面部皮肤的损伤会大大降低, 当然, 如果碰到忽晴忽雨, 防晒霜还是必须的。

如果工作时长期坐靠窗位置、容易接受到阳光照射, 也需要防晒。

怎样涂防晒霜? 出门前二十到三十分钟涂抹, 尤其是化学性防晒霜, 涂抹一定时间和、和皮肤发生反应后, 才会起效。

涂多厚适合? 尽量厚, 简单的方法就是涂抹到脸上的黄褐斑基本被覆盖、看不到为止。因为研究表明防晒霜需要涂



问 视力多少为正常?

答 王一心

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院眼科主任医师

童童今年五岁了, 聪明伶俐、活泼可爱。一次童童的奶奶去幼儿园接他, 老师说让家长带童童去医院检查一下眼睛, 因为幼儿园检查视力时, 童童的视力只有0.6。这下可急坏了童童的奶奶。回到家, 奶奶和晚上下班回来的童童妈妈说了这事, 第二天, 童童的妈妈就带着他来到岳阳医院眼科专家门诊找我检查。

我仔细检查童童的视力和眼睛后, 发现童童的眼睛没有异常。可能读者要说, 正常视力应该是1.5啊!

现在招生、就业、参军、考驾照等体检时, 都会要求检查视力。如果问起“视力多少为正常?” 相信许多人一定会脱口而出: “当然是1.0以上”。其实对于不同年龄, 正常视力的标准是不同的。

先来说说什么才是“视力”。我们一般所说的视力, 也称为视锐度, 主要反映的是眼底黄斑区的视功能。视力分为“远视力”和“近视力”, 后者为阅读视力; 还可分为“裸眼视力”和“矫正视力”。大家知道, 视力的好坏直接影响着人们的工作和生活能力。

但需要指出的是, 临床上对视力好坏的诊断以及对视力残疾的认定, 是以矫正视力为标准的, 即: 是以戴眼镜矫正以后的视力为标准, 而不是以裸眼视力为标准。一般将远视力≥1.0作为正常视力(距离国际标准视力表5米距

离)。发达国家将矫正视力<0.5称为视力损伤, 并作为能否驾车的标准。世界卫生组织的标准规定, 一个人较好眼(指双眼中的较好的一只眼)的最佳矫正视力<0.05时即为盲(指距离视力表2.5米处时, 只能看清第一行视标); 较好眼的最佳矫正视力<0.3但≥0.05时, 为低视力。

值得注意的是, 正常情况下, 婴幼儿出生时, 大部分处于远视状态。随着生长发育, 眼睛逐渐趋于正视(即裸眼视力≥1.0)。小于3岁的儿童一般还不配合视力检查。

那么, 如何了解幼儿的视力是否正常呢? 家长可以在家注意观察, 新生儿眼睛会追着光移动; 1个月时婴儿有主动浏览周围目标的能力; 3个月时可注视手指。3岁以后经过训练, 一般就能识别视力表了。

正常裸眼视力的参考值如下: 3~4岁, 为0.5; 4~5岁, 为0.6; 6~7岁, 为0.7; 到学龄期时, 基本可达正视即1.0。因此, 对学龄前的儿童, 不要在视力达不到1.0时, 大惊小怪, 匆忙配镜。如果家长心里没底, 可到正规医院眼科检查。提醒家长一定注意, 不要让小孩过劳、过多接触手机或平板等电子产品; 如果发现小孩出现斜视或总往电视机跟前凑, 就要及时到眼科就诊了。

问 哪些人可以做烤瓷牙?

答 谢晶

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院口腔科主治医师

烤瓷牙是现代口腔治疗的常见手段, 在口腔修复治疗中大量使用。其优点是美观, 寿命长, 咀嚼效率高, 使用简单, 无基托, 患者无明显不适感。缺点是费用较高, 对基牙要求高, 对牙体破坏较大, 内冠金属材料可能对牙龈染色, X线阻断, 可能对CT、MRI等检查造成干扰。

哪些情况适合做烤瓷牙呢?

1、一般适用于数量较少的缺失牙齿, 牙齿拔除后3个月, 最好为间隔缺失。

2、缺牙两侧的基牙牙冠高度适宜, 无松动, 形态正常, 牙根长大, 牙髓无病变, 牙周正常, 牙齿排列正常。

3、咬合关系正常, 颌颌高度4毫米以上。

4、完善的根管治疗后的牙齿, 根尖无阴影。

5、变色牙的美观修复。

6、患者无严重的全身疾病, 口腔卫生良好, 无明显的不良咬合习惯。

说说烤瓷牙的禁忌症:

1、多数牙的缺失, 末端游离缺失, 牙齿拔除后不足2个月。

2、重度牙周病患者, 牙槽骨吸收过多, 余留牙冠根比例倒置, 牙齿松动Ⅱ度以上。牙周膜增宽。

3、患者牙髓治疗不完善, 根尖阴影, 根分叉区阴影, 长期炎症引起的根吸收。

4、牙体缺损或软龋至龈下2毫米以上。

5、患者咬合关系过紧, 颌颌距离小于3毫米, 对颌牙过长。

6、患者有严重的全身疾病, 口腔卫生差, 有严重的夜磨牙等不良习惯。

7、颌骨内有肿瘤、囊肿等疾病。