

专家详解两种“肾替代”方式

透析,作为肾脏替代治疗的重要方式,对于尿毒症等终末期肾病患者来说,是维持生命的关键,简而言之就是替代肾脏把身体内有害的代谢废物排出体外。然而,很多人不知道的是,同样是“透析”,也有不同方式,有的需要到医院使用透析机进行,而有的只需要自己在家按流程去做就可以了。它们有何不同?各有什么优势?

血液透析和腹膜透析的原理

血液透析,是借助血液透析设备于体外替代人体肾脏工作,主要替代肾脏对溶质(主要是小分子溶质)和液体的清除功能,通过溶质交换清除血液内的代谢废物、维持电解质和酸碱平衡、同时清除过多的液体。血液透析时,血液经血管通路进入体外循环,在血泵的推动下进入透析器,与透析液发生溶质交换,再经血管通路回到体内。

腹膜透析,是利用人体自身的腹膜作为半透膜,通过向腹腔内灌入腹透液,借助弥散、超滤和吸收的原理,实现腹腔中的腹透液和腹膜毛细血管内血液之间水和溶质的转运与交换,从而达到清除体内多余水分、代谢废物,补充碱基等目的,维持身体内环境稳定。

血液透析和腹膜透析的优势

1、血液透析

高:清除毒素效率高。血液透析能快速、高效地清除体内的废物(如尿素氮、肌酐)和多余水分,尤其适用于毒素积累迅速、水肿严重或酸碱、电解质紊乱急需纠正的患者。

快:治疗效果快。血液透析在短时

间内即可见效,适合病情较重的患者。

广:适用范围广。除治疗终末期肾病外,还适用于急性药物或毒物中毒、难治性充血性心力衰竭、急性肺水肿等非肾脏疾病。

安:治疗更安全。血液透析通常需要每周2-3次前往医院进行治疗,透析过程中由专业医护人员看护,治疗更安全、更安心。

适用人群:病情较重,需要快速清除毒素和水分的患者;血管条件良好,能够建立有效血管通路的患者;家庭环境不允许或患者无法自行操作腹膜透析的患者。

2、腹膜透析

低:血管条件要求较低。对于静脉缺乏、血管过细,或自体动静脉内瘘反复失功,难以建立有效血管通路的患者,腹膜透析是一个可行的选择。

小:对心脏和血压影响更小。腹膜透析是以持续、低流量的方式进行透析,更接近生理状态,对血流动力学影响小,因此,对心血管疾病患者更友好。

简:操作简便,可居家治疗。患者可在家中自行操作,无需频繁前往医院,生活便利性高,有助于维持社会活动与职业生活。但患者需要学习并熟练掌握换液操作,以及做好自我监测和日常护理。

保:保护残余肾功能。对残余肾功



资料图片

能的影响相对较小,对有保留肾功能需求的患者可能更为适宜。

少:减少了出血风险。治疗过程中不需要抗凝药物,降低了出血风险。

适用人群:病情相对稳定,希望在家中自行治疗的患者;合并心血管疾病,对心血管系统负担要求较低的患者;血管条件不佳,无法建立有效血管通路的患者;家庭条件允许,有家人能够协助进行腹膜透析的患者。

血液透析和腹膜透析各有优势,无

法简单地断言哪一种透析方式更好,选择最适合的透析方式需要医生与患者共同参与,应根据患者病情特点(如毒素累积速度、水肿程度、心血管状况、残余肾功能等);生活条件(居住环境、家庭支持、工作安排、出行便利性等);个体意愿(患者对治疗方式的接受度、自我管理能力和对生活品质的要求等),选择最符合个人情况和需求的透析治疗方式。

徐毓蔓

发现尿酸高别大意,当心痛风“盯上”你

随着公众生活水平的不断提高,很多人体检发现尿酸升高,随之而来的是痛风的发病率逐年攀升,发病年龄也不断年轻化。但是,很多痛风患者对该病缺乏正确的认识,未能及时诊治。风湿免疫科主任医师饶咏梅提示,科学防治痛风需“管住嘴、迈开腿”,并警惕“隐形尿酸刺客”。

什么是痛风?

痛风的根本原因是嘌呤代谢紊乱,导致尿酸生成过多或排泄不足。嘌呤是一种存在于许多食物中的化合物,特别是在肉类、海鲜和某些蔬菜中。当体内嘌呤代谢产生大量尿酸时,如果肾脏不能有效地将其排出体外,血液中的尿酸水平就会升高,此时超标的尿酸就会化身尿酸盐晶体,像“微型飞镖”扎进关节及周围软组织内,引发局部“红、肿、热、痛”,造成痛风。

痛风最常见症状是突发的、剧烈的关节疼痛,通常发生在夜间。受影响的关节通常会红肿、发热,且活动受限。长期痛风不仅会导致关节疼痛和不适,还可能引起关节畸形、肾结石和肾功能损害。此外,痛风患者还可能面临心血管疾病和糖尿病风险增加的困扰。

“尿酸高”是典型的“富贵病”

国家卫生健康委发布的《成人高尿酸血症与痛风食养指南(2024年版)》

显示,我国成人居民高尿酸血症患病率为14%,痛风患病率为0.86%-2.20%,男性高于女性,城市高于农村,沿海高于内陆。痛风患病率呈逐年上升趋势,发病年龄趋于年轻化。高尿酸血症与痛风的发生与膳食及生活方式密切相关,肥胖也是高尿酸血症与痛风发生的独立危险因素。

痛风患者的“降尿酸”饮食建议:

多样饮食。多食用新鲜蔬菜、鸡蛋,适量食用低脂、脱脂奶制品、富含 $\omega-3$ 多不饱和脂肪酸的鱼类、豆类及豆制品,限制动物性高嘌呤食物的摄入。

要多饮水。心肾功能正常者须多饮水,维持每日尿量2000毫升至3000毫升,可饮用低脂、脱脂牛奶及乳制品,避免饮用可乐、橙汁、苹果汁等含糖饮料或含糖软饮料。

戒烟限酒。可食用含糖较少的水果,如樱桃、草莓、菠萝、西瓜、桃子等,限制酒精摄入,禁饮啤酒、黄酒和烈酒。戒烟,避免被动吸烟。

把控体重。肥胖患者建议以每月减重1.5千克至3.0千克的速度将体重控制在理想范围(BMI:18.5至23.9),鼓励适量运动。建议每周至少进行150分

钟中等强度的有氧运动,即每次30分钟,每周5次,心率在 $(220-年龄) \times (60\%至89\%)$ 范围内,但应避免剧烈运动以免诱发痛风发作,运动后及时补充水分;避免在痛风发作期强行运动。

痛风发作,不能“忍忍算了”

痛风发作时,首要目标是抗炎镇痛。若患者已确诊痛风且尿酸显著升高,急性期可在医生指导下谨慎加用降尿酸药物,但需密切监测,避免炎症加重。若一年发作2次以上,有痛风石、慢性痛风性关节炎或肾损伤的患者,则应采取药物治疗长期控制尿酸。

1、急性期用药

非甾体抗炎药(NSAIDs):这类药物通过抑制环氧合酶(COX)的活性,减少前列腺素的合成,从而发挥抗炎、镇痛作用。

秋水仙碱:秋水仙碱可以抑制中性粒细胞的趋化、黏附和吞噬作用,减少单核细胞和中性粒细胞释放前列腺素和白三烯,控制关节局部的疼痛、肿胀及炎症反应。

糖皮质激素:如泼尼松、甲泼尼龙

等,具有强大的抗炎作用,能够迅速缓解痛风急性发作时的症状。

不过,以上都是对症治疗的“抗炎止痛药物”,不是对因治疗高尿酸血症的药物,只是针对急性期作为改善疼痛症状的,不应也不需要长期服用。

2、慢性期用药

减少尿酸生成 - 尿酸合成抑制剂:如别嘌醇和非布司他,通过抑制黄嘌呤氧化酶的活性,减少尿酸的生成。

促进尿酸排出 - 尿酸排泄促进剂:如苯溴马隆,通过抑制肾小管对尿酸的重吸收,降低血中尿酸浓度。

需要注意的是,痛风患者开始服用降尿酸药物后,由于血尿酸水平的波动可引起关节内外的痛风石或尿酸盐结晶溶解,导致痛风性关节炎反复发作。因此这类药物要在专业医生指导下规律使用,特别是痛风发作期要谨慎使用。

长期降尿酸治疗是根治痛风的关键。推荐痛风患者血尿酸水平长期稳定的控制 $<360 \mu\text{mol/L}$,严重痛风患者血尿酸水平控制 $<300 \mu\text{mol/L}$,但不推荐将血尿酸长期控制在 $<180 \mu\text{mol/L}$ 。

王斯琦