

康健园



扫码关注新民
康健园官方微信



抓牢 UACR 逆转期 糖友控糖更要护肾

我国不仅是世界第一糖尿病大国,也是糖尿病肾病大国。相关糖尿病登记报告结果显示,由糖尿病肾病(DKD)引起的我国每年新增尿毒症患者数目将达到99万人,据此推算,未来5年内由DKD引起的新增尿毒症患者的医疗花费约为1.48万亿元。

要花费9万元左右。幸运的是,早期微量白蛋白尿阶段可以逆转,即当尿蛋白/肌酐比值(UACR)≥30mg/g,是蛋白尿临床治疗的最佳窗口期和可逆转期。近年研究发现,在黄金逆转期,21%~64%的糖尿病肾病患者经过积极治疗可转阴。

直击蛋白尿 开启糖肾共管“金三角”时代

我国糖尿病患者治疗时,往往会出现蛋白尿控制不佳的情况。这与当前治疗更关注“血糖控制”有关,而低估了蛋白质代谢以及饮食蛋白质的质量和数量等在糖尿病治疗中的重要性。近年来,国内外权威的糖尿病指南都已经做出了相应的调整,不再单纯将降血糖作为首要的追求目标,而是把患者的心肾获益、规范救治危及患者生命的重要并发症推向治疗目标的前列,简而言之,要综合防控糖尿病、心血管疾病和肾脏病。

邹大进教授分析,从病理生理机制来看,2型糖尿病患者的慢性肾脏病发生发展主要由三大因素共同驱动,包括血流动力学因素(血压和/或肾小球内压升高)、代谢因素(血糖控制差)以及炎症/纤维化因素。在这些因素的共同作用下,发生肾小管-间质损害和炎症、肾小球硬化、肾小球系膜扩张等病理改变,导致肾纤维化,最终CKD进展。此前对于糖尿病肾病的治疗手段,多着眼于改善血流动力学和代谢因素,对于炎症和纤维化这个重要靶点,缺乏有效的针对性治疗措施。而新型非甾体选择性盐皮质激素受体拮抗剂的出现则改变了这一现状,为早期干预和心肾风险的全程管理提供了有效的手段,开启了治疗“血压、血糖、蛋白尿”糖肾共管的“金三角”新时代。美国肾脏病

学会(ASN)举办的2023年肾脏周上公布的FIDELITY III期临床研究最新分析数据显示:使用非奈利酮降低早期白蛋白尿对肾功能的长期预后具有正向影响。

邹大进教授提醒患者提升自我管理意识,进行综合预防,从确诊糖尿病开始,每年至少筛查一次尿蛋白。同时在进行蛋白尿管理时应当遵守“30-30”原则,即UACR≥30mg/g时,即刻启动尿蛋白管理,使用相关药物使UACR降幅≥30%并维持至少2年,早防早控,延缓肾病的进展。

糖尿病管理 了解风险坚持落实防治措施

“三多一少”是中国糖尿病管理的现状,即患者总人数多、超重肥胖者和年轻人多、并发症多、达标率少。对此,邹大进教授提出“三少一多”策略,也就是预防糖尿病的发病,降低年轻人及肥胖者的发病率,降低并发症的出现,升高“一胖伴三高”(三高指高血糖、高血压、高血脂)达到正常范围的比例,只有增多这一比例,才能更好地预防并发症。

针对如何有效开展糖尿病管理,邹大进教授介绍,一是沿用至今的传统“五驾马车”仍旧好用,包括健康教育、营养治疗、运动疗法、病情监测和精准的药物治疗;二是联合“五师共治”:内分泌医师、营养师、运动治疗师、心理医师和健康管理者协同管理糖尿病;三是采取“五高共治”策略:对高血压、高血脂、高血糖、高尿酸和高同型半胱氨酸共管共治齐达标,预防急慢性并发症。“健康中国2030”规划纲要》提出:到2030年“糖尿病防治行动”要将糖尿病患者规范管理率达到60%及以上。要实现这一目标,离不开医生、患者、社区等各方的共同努力。 凌溯

慢病防控

心梗患者康复出院后,仍处于带“病”生存的状态,需要警惕再梗的发生。同济大学附属第十人民医院心脏中心主任兼心内科主任徐亚伟教授提醒,心梗救治的黄金时间窗口是120分钟,患者一旦出现胸闷、胸痛等症状,要及时拨打120进行救治。既往有心梗病史的患者,需通过积极主动的抗栓、降脂、控制心率等综合管理来减少再梗的发生。

通常而言,得过心梗的患者易复发。心梗患者和无心梗病史的人群相比,前者在一年内再发概率是后者的10倍以上。相关研究显示,心梗一旦复发,不仅病情更重,死亡风险也会更高。再梗患者的1年死亡率升高超25倍,且第一年再梗患者中约有三分之一会在一年内死亡。

高龄以及高血压、高血脂、高血糖患者,还有长期抽烟、肥胖、精神紧张人群等都是心梗的高危发病人群。再梗的高发与危害无疑对心梗防治提出更高的要求,因此心梗患者在出院后,需坚持长期规范化的疾病管理,并对危险因素继续进行综合管理。

出院后,患者需按时按量服用预防血栓形成的药物。此外,合并高脂血症的心梗患者也需长期使用降脂药物,以稳定斑块,并注意控制心率,稳定在55~60次/分,以免心率过快导致的血流量过快或过大伤害到心肌血管;合并糖尿病的患者应高度注意血糖的管理,避免高血糖对血管的损伤。徐亚伟教授再次提醒,通过对心梗高危因素——“三高”(高血糖、高血压、高血脂)的规范化共同管理,可有效降低心血管事件的复发风险,改善心梗患者的预后。

几乎所有疾病都如此,受过伤的原本薄弱的脏器功能总是最容易被击溃,就连病毒也是专挑人体弱势部位展开攻击,故而更需夯实人体重要脏器的健康防护墙。加强心脑血管疾病风险综合评估,开展覆盖35岁以上人群的心脑血管疾病风险监测。倡导心脑血管疾病高危人群经常测量血压,每六个月进行血脂、血糖检测。小雪节气后注意防寒保暖,不在人多密闭的环境里长时间逗留,避免多种病原体混合感染。 柏豫

秋冬更迭防再梗 疾病管理莫松懈

关注尿蛋白 抓住关键逆转期

糖尿病是一种常见的内分泌代谢疾病,最大的危害并不在于血糖的升高,而是各系统并发症对身体的伤害。世界卫生组织统计,糖尿病并发症高达100多种,是目前已知并发症最多的一种疾病。上海市同仁医院内分泌科邹大进教授表示,糖尿病肾病(DKD)是糖尿病患者最常见、最严重的慢性合并症之一。约40%的糖尿病患者并发肾损害,是全世界慢性肾病(CKD)的主要原因。作为糖尿病肾病的典型症状之一,蛋白尿一直是治疗中“主攻”的重点。所谓蛋白尿是指尿液中的尿蛋白含量超过正常范围。健康人由于肾小球滤过膜和肾小管的作用,尿液中蛋白质的含量很少。而糖尿病患者由于肾脏滤过功能异常,导致血液中白蛋白和分子量蛋白进入尿液。所以蛋白尿既是影响肾功能进展的一个重要因素,也是反映病情进展的一项关键指标。

邹大进教授介绍,对于糖尿病患者而言,高血糖对肾脏有毒性作用,早期可以直接导致肾脏损伤出现蛋白尿,进而引起肾脏的炎症和纤维化,一旦进展至大量蛋白尿阶段,平均4年就会进展至透析,最后出现肾衰竭尿毒症。出现尿毒症后,患者平均生存时间仅为4.25年,而其间的血液透析就

专家点拨

近年来,随着人们饮食结构的改变、生活节奏加快、社会工作压力增加,人群中便秘的患病率逐步上升,严重影响人们的日常生活和工作,我们应该全面了解便秘,尽量避免便秘的发生或加重。

便秘是指一种(组)临床症状,表现为排便困难和/或排便次数减少,粪便干硬。排便困难包括排便费力、排出困难、肛门堵塞感、排便不尽感、排便费时及需要手法辅助排便。排便次数减少指每周排便少于3次。

引起便秘的原因很多,常见的有饮食结构不合理、长期使用某些可能引起便秘或有便秘副作用的药物、不健康的排便习惯、久坐缺乏运动以及各种疾病的影响等。

为了缓解便秘,要从改善生活方式做起。改变膳食结构,采取科学合理的饮食,适当补充粗纤维含量高的食物,适当增加饮水量、适度运动、培养良好的排便习惯。日常生活中要有乐观积极的心态,保持心情愉快舒畅。避免不合理地长期使用泻药,尽量减少使用或不使用可能引起便秘的药物。便秘患者常常需要在专业医生的指导下酌情选用药物治疗,常用的药物有泻药包括容积性泻药(聚卡波非钙、欧车前、麦麸等)、渗透性泻药(聚乙二醇、乳果糖、硫酸镁等)、润滑性泻药(甘油、液体石

掌握便秘防治之道 规范用药与行为调整



蜡、多库酯钠等)、刺激性泻药(大黄、酚酞、比沙可啶等);促动力药如莫沙必利、伊托必利等;促分泌药如利那洛肽、鲁比前列酮等;微生物制剂如双歧杆菌、乳酸杆菌等。中医中药治疗对缓解便秘也有非常良好的作用。

特殊人群应对便秘要因人而异。比如老年人常常伴有慢性病,需服用多种药物,并且老年人的运动能力及胃肠道蠕动功能减退,因而更容易导致便秘。老年人应尽可能停用可能导致便秘的药物,量力而行适当增加运动量。药物治疗时可选用容积性泻药和渗透性泻药,严重便秘者可短期使用刺激性泻药。孕妇也是便秘的易患人群,孕妇的饮食中应适当增加膳食纤维,多饮水和适当活动也可起到预防作用,应在医师指导下选用渗透性泻药和容积性泻药等。 本版图片 IC 金丽雯(主治医师) 汪小平(主任医师) (上海健康医学院附属周浦医院消化科)

体检解读

结肠直肠癌发病率在消化系统恶性肿瘤中稳居前列。有80%~95%的结肠直肠癌由结肠腺瘤发展而来,一般认为,结肠腺瘤是造成大肠癌的罪魁祸首。结肠腺瘤是结肠息肉肉中的一种,也叫腺瘤性息肉或肿瘤性息肉。

突出于肠道黏膜表面的上皮组织,统称为肠息肉。通俗来讲就是肠黏膜表面长了一个“凸起的肉疙瘩”。它是生活、环境、遗传等多种因素综合影响下而出现的。肠息肉大小不等,有的只是绿豆大小,甚至小到米粒样,有的大如草莓,甚至更大。

很多时候,长了肠息肉不会引起不适,很难引起人们的注意。只有当息肉比较大时,才可能出现腹痛、大便次数增多、大便稀烂、排黑便、大便带血等比较明显的症状,这时息肉肉很可能已经是肿瘤性息肉,甚至已演变为肠癌了。

肠息肉的发现只能靠结肠镜检查。目前无痛胃肠镜的普及已经完全颠覆传统内镜的受检体验,确保做到舒适诊疗。

根据大量临床实践和专家研究,推荐普通人群在50岁时应该做一次肠镜检查,如果属于高危人群,则强烈建议从40岁开始定期做肠镜筛查,高危人群主要包括:一级亲属有结肠直肠癌病史(父母、子女、同父母的兄弟姐妹

来自肠镜报告的警示—— 发现息肉及时切除

妹);粪便潜血试验阳性;既往患有结肠腺瘤性息肉;溃疡性结肠炎、克罗恩病等癌前疾病;本人有癌症史;近期有排便习惯改变;符合以下任意2项:慢性腹泻、慢性便秘、黏液血便、慢性阑尾炎或阑尾切除术、糖尿病、慢性胆囊炎或胆囊切除术等。

按照病理分型,肠息肉主要分为非肿瘤性息肉以及肿瘤性息肉两种类型。非肿瘤性息肉包括增生性息肉、炎性息肉等,通常不会变成癌。肿瘤性息肉主要包括管状腺瘤、绒毛状腺瘤、管状绒毛状腺瘤、锯齿状腺瘤/息肉等,属于癌前病变,具有较高的癌变风险。

结肠腺瘤性息肉演变为癌通常需要5~10年。结肠息肉内镜下治疗方法,包括冷/热活检钳术,冷/热圈套器切除术,黏膜切除术及黏膜剥离术等,不论需要用何种方法切除息肉,最根本的是保证完整切除率。

肠息肉被切除后还可能再长出来,定期复查肠镜是必要的。一般情况下,肠息肉切除术后1年需复查肠镜。部分人检查前清洁肠道不够充分,一次肠镜检查不一定能把全部息肉“一网打尽”,也要定期复查肠镜。同时,积极开展相关疾病的治疗,如炎症性肠病、糖尿病、便秘等。

李力(上海市杨浦区中心医院消化内科主任医师)