专家连线

# 血尿的鉴别与诊治

□张建江 张花婷

**编者按**

今年的3月11日是第16个“世界肾脏日”,主题是“与肾病相伴,过精彩人生”。

血尿是肾脏疾病常见的症状,然而临床引起血尿的原因很多,不同疾病所致的血尿预后相差甚远。因此,给予合理规范的治疗措施,才能帮助患者健康排尿,保护肾脏,乐享生活。

**案例一**

鑫鑫(化名),男,3岁,以“发现尿潜血2天”为代主诉就诊。2天前患儿体检时检查尿常规发现:潜血2+,高倍显微镜观察下红细胞1个~2个,蛋白阴性,无发热、尿频、尿急、尿痛,无皮疹、关节肿痛等不适。既往史、家族史无特殊。

**案例二**

琳琳(化名),女,7岁,以“发现肉眼血尿5天”为代主诉入院。5天前患儿无诱因发现尿液为洗肉水色,伴泡沫尿,尿量减少,具体尿量不详,无尿频、尿急、尿痛,无皮疹、关节疼痛,无发热、咳嗽等不适,在家休息2天后无明显好转。患儿到当地医院就诊,测血压为150/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),尿常规:红细胞1798/微升,潜血3+,蛋白1+,当地医院建议转上级医院进一步就诊,遂来笔者所在医院就诊。

## 问题

1.以上两个患儿均为血尿吗?

2.引起他们尿检异常的原因都是什么?

3.该如何治疗呢?

为了解决上述问题,我们先需要了解什么是血尿。

## ■ 血尿的定义

血尿是指尿液中红细胞数超过正常值,分为镜下血尿和肉眼血尿。镜下血尿指仅在显微镜下发现红细胞增多,正常人每高倍镜视野下尿中仅有0个~2个红细胞,若每高倍镜下红细胞计数大于3个,或尿沉渣红细胞计数>$8\times10^6$/升即为镜下血尿;一般当尿红细胞>$2.5\times10^9$/升(即1000毫升尿液中含0.5毫升血液),即可出现肉眼血尿。同时两周内3次及以上尿液检查均出现上述异常,才能诊断为血尿。

## ■ 尿变红了就是血尿吗

答案当然是否定的,确诊血尿前要排除以下几种情况:1.摄入大量的人造色素(如苯胺)、食物(如蜂蜜、黑莓、甜菜、辣椒、红心火龙果等)或药物(如大黄、利福平、苯妥英钠、吲哚美辛、奎宁、酚酞、氯喹等)引起的红色尿;2.血红蛋白尿或肌红蛋白尿;3.卟啉尿;4.新生儿尿内磷酸盐可使尿布呈红色;5.血便或月经血污染等。

## ■ 尿潜血阳性就是血尿吗

答案也是否定的,目前常用的尿液分析仪检测血尿,原理是利用血红蛋白的氧化性与试纸的呈色反应来进行半定量分析,尿中存在游离血红蛋白、肌红蛋白和过氧化物酶等物质时可呈假阳性,同时如尿中存在还原物质(如维生素C>50毫克/升),可呈假阴性,正常人群尿液分析可有潜血阳性,且尿潜血与镜检往往不平衡,故尿潜血仅为筛查试验,确诊血尿需依靠尿沉渣镜检分析。

## ■ 血尿都呈什么颜色呢

镜下血尿一般是没有颜色的,肉眼血尿的颜色与尿液的酸碱度有关,中性或弱碱性尿颜色鲜红或呈洗肉水样或血样,酸性尿呈浓茶样、酱油色或烟灰水样。

## ■ 血尿的原因

临床引起的血尿原因有很多种,临床可以分为三大类:肾脏疾病、尿路疾病以及全身性疾病。

肾脏疾病:肾小球源性疾病:急慢性肾小球肾炎、遗传性肾炎、薄基底膜肾病、原发性肾小球疾病等;感染:肾结核、肾盂肾炎;畸形:肾血管畸形、先天性多囊肾等;肿瘤:肾胚胎瘤、肾盏血管肿瘤等;肾血管病变:胡桃夹综合征等;肾挫裂伤及其他损伤等;药物:肾毒性药物,如氨基糖苷类抗生素、杆菌肽、磺胺类、环磷酰胺等,均可引起肾或尿路损害产生血尿。

尿路疾病:感染:膀胱炎、尿道炎等;结石:输尿管结石、膀胱结石等;肿瘤、息肉、异物等。

全身性疾病:风湿性疾病:过敏性紫癜、系统性红斑狼疮等;出血性疾病:弥散性血管内凝血、血小板减少性紫癜、血友病、白血病等;心血管疾病:感染性心内膜炎、充血性心力衰竭;营养性疾病:维生素C缺乏症、维生素K缺乏症;其他:剧烈运动、特发性高钙尿症等。

## ■ 血尿如何诊断

首先需注意血尿的伴随症状及体征:伴水肿、高血压、尿液中发现管型和蛋白尿,应考虑原发性或继发性肾小球疾病;新近有皮肤感染、咽喉炎后出现血尿,应考虑急性链球菌感染后肾小球肾炎等;伴有夜尿增多、贫血显著时应考虑慢性肾小球肾炎;伴有听力异常,应考虑遗传性肾炎;有血尿家族史,应考虑薄基底膜肾病;伴有紫癜,应考虑紫癜性肾炎;伴大量蛋白尿、高度水肿,应考虑肾病综合征等;伴感觉异常,应考虑法布里病;伴肺出血,应考虑肺出血—肾炎综合征等。伴有尿频、尿急、尿痛,应首先考虑泌尿道感染,其次为肾结核;伴有低热、盗汗、消瘦等,应考虑肾结核;伴有皮肤黏膜出血,应考虑出血性疾病;伴有肾绞痛或活动后腰痛,应考虑肾结石;伴有外伤史,应考虑泌尿系外伤;近期有使用肾毒性药物病史,应考虑间质性肾炎的发生等。

同时应根据患儿的临床症状完善相关检查,如补体、传染病筛查、血凝试验、血常规、抗核抗体尿培养等,以助于临床鉴别。必要时可以进行肾穿刺活检术。

## ■ 总结

那么,我们文章开篇所提到的两个孩子应该完善什么检查?到底是不是血尿呢?又应该怎么做呢?我们为第一位孩子于两周内复查了3次尿常规以及尿红细胞形态,尿红细胞数目均在正常范围内,潜血1+~2+,临床考虑并不是真正的血尿。我们建议患儿定期复查尿常规、尿红细胞形态,必要时复查肾功等相关检查;第二位孩子入院后完善了血液学检查,结果显示存在ASO(抗溶血性链球菌O)升高,补体C3下降,血尿素氮升高,复查尿液检查提示有大量血尿,少量蛋白尿,同时排除了狼疮性肾炎、紫癜性肾炎等继发性肾病。我们结合患儿临床存在高血压、少尿等表现,临床诊断为链球菌感染后急性肾小球肾炎,给予绝对卧床休息、抗感染、利尿及对症治疗后,患儿好转出院。

(作者供职于郑州大学第一附属医院儿童医院)

# 武胜:用心倾听 探索心灵解码

□王婷 席娜

在郑州市第八人民医院(以下简称郑州市八院)采访中,能明显地感觉到,二病区主治医师武胜有点被动且不善言辞,然而在病区见到他的时候,患者面前的他似乎又很健谈,充满热情与活力。问其原因,武胜说:“一见到患者,便会想尽办法找出致病根源并对症治疗,而沟通是基本功,至于自己,没有啥可说的,就是踏踏实实搞好专业技能,帮助患者摆脱疾病,这才对得起一名医者的本心。”

武胜的父亲是一名村医,从小他便耳濡目染,自然而然地选择了医学专业。从武胜毕业后来到郑州市第八院至今已有10年。十年打磨,有委屈、有困惑,然而更多的是患者治愈出院后的欣慰,可以说是辛酸与幸福并存。

### 青春期留意情感“双面人”

在门诊中,武胜会遇到一部分患有双相情感障碍的患者,这类患者的情绪变化就像坐“过山车”,有时候口若悬河、活力四射,仿佛有用不完的能量;有时候情绪低落、做什么事都打不起精神,甚至开始怀疑人生的意义。值得注意的是,即便是同一个患者,阶段性表现也会有落差。这些症状会对医生的判断产生一些误导,因而对医生的技术要求也更高。

13岁的晶晶(化名)前来就诊的时候,已经两个月没去上学了。武胜试图跟她聊上几句,可晶晶眼神闪躲、不敢抬头,谁离她近一点,她马上本能地往后退,偶尔回答一两句,一开口就会掉眼泪。询问孩子母亲得知,晶晶姐弟三个,她排行老二,平日里乖巧又懂事,没觉得有什么异常。

在诊疗中武胜发现,晶晶有着与自己年龄不相称的成熟,她感觉自己的存在是多余的,自卑且追求完美的性格,让她处处苛责自己。平时,她一个人包揽所有家务,把好吃的好喝的都让给姐姐和弟弟。然而,长时间扮演乖乖女的形象让她十分压抑,独自一人的时候,她常常暗自流泪,故意用小刀把手划伤,以此来释放内心的压力。经评估,晶晶被诊断为双相情感障碍。

针对晶晶的情况,武胜给她进行了系统化的心理疏导、放松训练、认知训练加药物治疗等,让她尽可能多地宣泄情绪。在住院40多天后,晶晶康复出院。

武胜说,近几年,双相情感障碍的发病人群越来越趋向低龄化,青少年患者是常见的一类人群。特别是青春期的孩子,心思敏感细腻,家长除了要在学业上给予关注,还应特别注意他们的情绪变化。

### 警惕不易被察觉的躁狂信号

相比双相情感障碍中的抑郁状态,躁狂状态支配下的人能够在短时间内爆发极高的创造力,这种正能量满满的表现看似喜人,然而事实上,这种“正能量”往往伴随着极端的思维、偏差的逻辑和轻率的行为。

此前,武胜曾在封闭男病区轮转的时候,有这样一个患者令他至今难忘。30多岁的赵先生是一名销售人员,从事信用卡办理业务。此前的三四年间,他边工作边创业,注册了一家公司,经常坐飞机到处跑业务,一副忙忙碌碌的商务人士形象,自觉人生已经到达了巅峰。

而事实上,赵先生所有的资金来源都是由信用卡套现而来,平日里大方散财、疯狂网购、买房买车,负债累累,自己无力偿还,还要父母为其买单。家人也多次劝阻赵先生,但他丝毫不听,以父母耽误自己前程为由动手打人。

近日,赵先生再次与父母发生争执,被警察送到郑州市八院。当时的他比较冲动、暴躁、极不配合,几度攻击医护人员。住院期间,武胜以朋友身份,先跟赵先生聊家常,慢慢走进赵先生的内心世界。经过心理治疗加物理治疗1个月后,赵先生恢复了自知力,两个月后康复出院。

为了让家人过上更好的生活而疯狂创业,看似励志的背后,竟然是躁狂发作。那么,到底该如何分辨正常人的兴奋状态与双相情感障碍患者的躁狂状态呢?

在武胜看来,二者有着本质的区别。受躁狂症状支配的人,语速增快,滔滔不绝,甚至感到“舌头和大脑在赛跑”,说到口干舌燥仍无法停止。但稍微留神就会发现,患者说话的话题往往是跳跃的,脑子里念头一个接一个,但他们做事往往虎头蛇尾,做决定轻率不顾后果,动作不断,严重时有攻击性。因此,作为家人,一定要把好第一道关,警惕患者与平时不一样的行为表现,并及时就医。

心灵驿站

**协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院**

**疫情防控心理援助热线(0371)55622625**

# 肝转移癌的诊断与介入治疗

□任建庄 韩新巍

肝脏转移性肿瘤,也称转移性肝癌或继发性肝癌,由全身其他脏器的肿瘤转移至肝脏而形成。肝转移癌在临床上极为常见,在西方国家,肝转移癌和原发性肝癌的比例约为20∶1,在我国,两者发生概率相近,原因是我国属于原发性肝癌的高发区。据尸检资料,恶性肿瘤中30%~50%有肝转移。肝转移癌在结肠癌、直肠癌患者中最多见,预后不良,平均生存时间仅6个~12个月。肝脏是非常适合肿瘤细胞生长的器官。肝窦内皮细胞具有大小不等的孔隙以及肝窦内的库普弗细胞均有助于癌细胞团驻留于肝内。由于肝脏接受肝动脉和门静脉双重血供,血流量非常充足,全身各脏器的恶性肿瘤大都可转移至肝脏。按现代肝转移癌的治疗观点,可能治愈肝转移癌的方法主要是外科手术治疗(包括肝移植术),手术后患者平均5年生存率为25%~35%,但近三分之一患者术后出现肿瘤复发。近年来,随着现代医学的蓬勃发展,尤其是医学影像学诊断技术的日新月异和微创性介入治疗技术的飞跃进步,为综合治疗肝转移癌展现了更为宽广的前景。与外科手术相比,介入疗法并发症少、操作简单、具有可重复性和微创性,在局部控制肝肿瘤生长的同时,最大限度保护肝肿瘤周围正常组织,符合现代肿瘤治疗学的治疗原则。

### 病 因

**门静脉转移**:凡血流汇入门静脉系统的脏器,如食管下端、胃、小肠、结直肠、胰腺、胆囊及脾等的恶性肿瘤均可循门静脉转移至肝脏,这是原发癌播散至肝脏的重要途径。有相关报道门静脉血流存在分流现象,即脾静脉和肠系膜下静脉的血流主要进入左肝,而肠系膜上静脉的血流主要汇入右肝,这些门静脉所属脏器的肿瘤会因不同的血流方向转移至相应部位的肝脏。

**肝动脉转移**:任何血行播散的癌肿均可循肝动脉转移到肝脏,如肺、肾、乳腺、肾上腺、甲状腺、睾丸、卵巢、鼻咽、皮肤及眼等部位的恶性肿瘤均可经肝动脉而播散至肝脏。

淋巴路转移盆腔或腹膜后的癌肿可经淋巴管至主动脉旁和腹膜后淋巴结,然后倒流至肝脏。

**直接浸润**:肝脏邻近器官的癌肿,如胃癌、横结肠癌、胆囊癌和胰腺癌等,均可因癌肿与肝脏粘连由癌细胞直接浸润而蔓延至肝脏,右侧肾脏和肾上腺癌肿也可以直接侵犯肝脏。

### 临床症状

肝脏转移性肿瘤早期无明显症状和体征,一旦有临床表现,转移灶常已较大或较多,表现为肝区闷胀不适或疼痛、乏力、食欲不振、体重减轻、发热和上腹包块,晚期可出现黄疸、腹水以及其他恶液质的症状和体征。但是,肝脏转移性肿瘤以肝转移灶症状出现的仅占少数,多数都表现为原发癌引起的症状和体征,而这些症状、体征因原发癌的部位和种类不同而各不一样。肝脏的转移灶可与原发癌同时发现,可以在原发癌手术时探查到,也可以在原发癌切除后数月或数年出现。近年来由于诊治技术水平的提高,在常规体检行肝脏影像学检查时,经常可以发现没有症状的肝内病灶,继而追溯到甚或追溯不到原发癌的部位。

### 辅助检查

**血清学检查**:甲胎蛋白(AFP)检测90%以上为阴性,但少数来自胃、胰腺及卵巢的肝转移AFP可呈低浓度阳性,一般不超过100微克/升。

**肝脏酶谱**:对于肝脏小转移灶,生化指标可以完全正常。多数肝转移癌患者肝功能检查多属于正常,晚期患者或者部分患者血清胆红素、碱性磷酸酶、乳酸脱氢酶等都可能升高。凝血异常和白蛋白降低提示广泛性肝转移。当血清胆红素不高或者排除骨转移时,AKP(碱性磷酸酶)升高对诊断肝转移癌具有参考价值。

CEA(癌胚抗原):消化道肿瘤,尤其是结直肠癌患者血清CEA的检测,对于监测术后肝转移的发生十分重要,敏感性可达84%~93%。

### 影像学检查

**超声检查**:B超是目前普查、随访和筛选肝转移癌的首选方法,可以检查出直径约1厘米~2厘米的病灶。肝转移癌的B超可以表现为低回声、无回声、高回声、“牛眼征”以及“靶征”。术中超声检查能够降低干扰,可以显著提高诊断的准确性和分辨率。

CT:是目前诊断肝转移灶较为精确的方法,敏感性高于超声检查。CT的缺点是特异性较差,对于小结节、弥漫性、微小癌灶等敏感性欠佳,可能出现漏诊。

MRI(核磁共振成像):诊断转移性肝癌的敏感度为64%~100%,能分辨直径小于1厘米的病灶,且对明确肿瘤和相邻血管的结构更佳,优点是软组织对比度高,没有放射线照射和不需要造影剂。

其他的方法包括核医学检查、腹腔镜探查、术中手法检查等。

### 介入治疗

一、经肝动脉化疗栓塞术(TACE):以往,TACE主要适用于对肝细胞癌进行治疗,而近年来相关文献报道,对部分选择性肝转移癌病例进行TACE治疗同样能有效抑制肿瘤生长而取得良好疗效,部分肝转移癌对TACE的敏感性较高,经治疗后,36%的肿瘤病灶萎缩变小,患者平均生存时间为6个月。TACE充分发挥了肝动脉栓塞术和化疗药物的协同作用,在破坏肿瘤血供,使肿瘤细胞处于缺氧环境的同时,增加了肿瘤细胞对化疗药物的敏感性,还延长了化疗药物在肝脏的潴留时间,使药物在肿瘤局部保持高浓度,也使全身不良反应减小。

TACE与其他局部介入治疗方法联用是有效治疗肝转移癌的重要趋势。另据文献报道,有些辅助性治疗方案如基因治疗、免疫治疗、肝动脉内放射性微球治疗、抗肿瘤血管生成治疗等在实验或临床控制肝肿瘤生长及转移方面具有一定的疗效,它们配合TACE治疗是否能显著提高患者的总体生存率还有待进一步研究。

二、射频消融(RFA):射频消融是指利用频率低于30MHz(兆赫)的电磁波所引起的组织凝固进行肿瘤组织灭活的治疗方法。对于肿瘤消融而言,常用的电磁波频率范围是375MHz~500kHz。采用单极射频电极针进行治疗时,患者机体与射频发生器、射频电极针和分散电极以及回路电极板组成闭合电流回路,而双极射频电极针则无须分散电极;射频发生器在人体组织内产生交流电场,电极针周围组织的离子明显受到激发,受激发的离子总是试图跟随交流电进行方向改变,因而相互摩擦产生热量,因射频电极针的表面积明显小于分散电极的表面积,这使得射频电极针周围组织的温度迅速升高,热能的沉积超过肿瘤组织的耐受程度而导致其发生凝固性坏死;射频消融同时可使肿瘤组织周围的小血管发生凝固性坏死从而达到阻断肿瘤血供的目的。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

健康你我 原装生活 99
JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO

郑州大学第二附属医院
南阳路院区耳鼻喉科主任郑振宇:
爱耳要有“声”
人人享健康
扫码看视频

郑振宇,郑州大学第二附属医院南阳路院区耳鼻喉科主任,郑州大学副教授,副主任医师,硕士研究生导师,华中科技大学同济医学院博士,北京协和医院硕士,澳大利亚墨尔本大学眼耳鼻喉医院及仿生耳研究所访问学者;主要擅长过敏性鼻炎及慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻出血、耳鸣、耳聋、眩晕、打鼾憋气、咽喉炎及咽喉、头颈部早癌的诊疗。