

超声介入 治疗肝癌效果好

肝脏是人体重要脏器，对维持健康起着重要作用。但随着现代生活节奏的加快，人们的压力越来越大，作息不规律、饮酒、熬夜等行为都对肝脏产生了极大的伤害，使得脂肪肝、肝硬化，甚至肝癌的发病率呈逐年上升趋势。其中，肝癌作为发病率和致死率都较高的恶性肿瘤，每年都会新增几十万确诊病例。确诊为肝癌后该如何治疗呢？



通常只有 20%~30% 的患者可以接受手术治疗，而超声介入治疗可以让 80%~90% 的患者减少肝癌带来的痛苦。

超声介入肝癌治疗的方法主要是在超声的引导下，找到肿瘤的准确位置，再通过细长的针刺入皮肤，到达在肿瘤所在的位置，将药物直接注射到肿瘤内，使药物对肿瘤产生化学反应，以达到杀灭肿瘤细胞的作用。整个操作完成后，再将长针拔出，整个过程只需 10~20 分钟，患者无需受到化疗的痛苦，也不需要支付高额的手术费用，有不开刀、痛苦小、复发率低等优点，以现代微创治疗理念为指导，为很多肝癌患者带来希望。

但是，超声介入肝癌治疗并不适用于所有患者。例如，超声介入肝癌要求患者的肝脏没有血管癌栓或者胆管癌栓，没有肝脏外转移病灶，肝脏功能基本良好，且肿瘤体积越小，治疗效果也会越好。

超声介入肝癌治疗不是万能的，对于肝癌晚期的患者，仍需要配合其他治疗方法，如靶向治疗、中医药治疗等，以达到最好的治疗效果。同时，即便是适合使用超声介入肝癌治疗方法的，在接受了这种治疗后，也需要接受定期复查，防止出现二次肿瘤，引起更复杂的并发症。

湖南省华容县人民医院
超声科 汤泽

输尿管结石治疗 因人而异

输尿管结石可分为原发性输尿管结石和继发性输尿管结石，后者更为常见，不论是哪一类输尿管结石，都会引发疼痛、血尿等不适，降低患者的生活质量。那么，输尿管结石的病因、临床症状、危害有哪些？又该如何治疗呢？

输尿管结石多是由肾脏结石掉落而产生的。正常情况下，输尿管是不会长结石的，而肾脏是有可能长结石的，肾结石在排出过程中如果卡在输尿管，就会形成输尿管结石。输尿管的长度约为 25~30 厘米，只要位于输尿管管腔范围的结石就叫输尿管结石。

输尿管结石大多是肾结石在排出过程中，在输尿管的狭窄处受到阻碍形成的，临床症状因结石的大小、位置不同而有所不同。输尿管结石最常见的症状就是疼痛，而且是突发性的疼痛，并在短时间内可加剧至难以忍受的程度，伴有大汗、面色苍白、血压下降、心悸脉速等休克症状。如果结石已经造成了黏膜破损，就会出现血尿，严重时还可能见到小血块。如合并感染，还可出现尿频、尿痛、尿急等尿路刺激症状。输尿管梗阻合并的肾积水可表现为寒战、发热和逐渐加重的腰痛，或因肾功能不能代偿而表现出慢性肾功能衰竭，甚至尿毒症等症状。

输尿管结石对患者的危害也是因人而异。一般来说，较小的输尿管结石对人体的危害不大，患者只需要多喝水，适当服药便可将结石从输尿管中排出。如果结石较大或者患者患有结石但是没有引起重视，从而导致结石的症状加重，这样会对自身造成较大的危害。例如患者的尿路很可能出现阻塞，严重者还会危害到肾功能。因此，患者如果发现输尿管有结石，应引起重视，并尽快到医院就诊，听从医生的建议尽快让结石从输尿管中排出。

目前治疗输尿管结石的方法有很多，对于较小的结石可以等待观察，看能否自行排出。患者可以通过多喝水、扩张输尿管、多运动，或者中医针灸等方法，帮助结石排出。另外，一些药物可以起到减少结石成分聚集的作用，也就是通常说的溶石药物，也可以帮助排石。

如果上述方法不能帮助结石排出，就要外科干预了。如逆行的输尿管镜，一个很小的装置进去，把石头套住，将其从输尿管排出，还可以用激光碎石、取石钳等方法。如果遇到更复杂的结石，需要通过输尿管镜、经皮肾镜联合处理。因为输尿管结石的成分不一样，大小不一样，嵌顿的地方不一样，还要因人而异，因病情而定，最好能得到专科医生的指导，做进一步处理。

邵阳市邵阳县人民医院
泌尿外科 吕志琼

急性心肌梗死的鉴别诊断

心肌缺血性坏死也就是临床上常说的急性心肌梗死，大多数情况下是由于患者在冠状动脉粥样硬化斑块的基础上形成了阻塞性血栓导致的。出现急性心肌梗死之后，患者会出现明显的症状，如胸骨后持久性的疼痛、身体发热等，通过进一步检查还可以发现他们的白细胞计数会明显增高，发病几小时后，血清心肌酶也会随之升高，从患者的心电图来看，可以看出明显的心肌急性损伤性坏死以及缺血的一系列演变过程。除此以外，心肌梗死患者还会表现为心律失常、心力衰竭以及休克等，而这些症状的出现说明患者为冠心病中较为严重的类型。

一般情况下，心肌梗死在临床上都会有典型的演变过程，比如心电图会出现明显的改变，如 ST 段上抬或下移，部分有 Q 波出现，通过检查可以较为准确地判断出发生了急性心肌梗死。如果心肌梗死患者出现典型的临床表现，以及特有的心电图改变，那么这类患者的诊断和鉴别相对来说比较容易，而困难的是那些

没有疼痛表现的患者。这类患者以糖尿病病人多见，最初可能心电图特征上没有明显改变，需要通过其他方式对心肌梗死进行鉴别诊断。在急诊科，我们常常遇到以急性心力衰竭为首要表现的急性心肌梗死病人，这类病人往往是极高危患者，需要紧急 PCI（经皮冠状动脉介入治疗）或 GABG（冠状动脉搭桥术）。需要特别提醒的是，这类以急性心衰为首发症状的心梗患者在内科处理过程中，西地兰的使用要十分谨慎。

临床上，诊断急性心肌梗死主要应与以下五种疾病相鉴别。

一是心绞痛。心绞痛的患者，其疼痛的性质和心肌梗塞的疼痛性质一样，只是心绞痛发作相对频繁，每次发作时间短，且发作前存在明显的诱发因素，患者不会存在明显的发热以及白细胞增多的情况，很少出现心律失常、心力衰竭以及休克症状。

二是急性心包炎。这类患者存在剧烈且持久的心前区疼痛症状，心包炎的患者在疼痛出现之

前或者疼痛当中会出现明显的发热和白细胞计数增高，患者深呼吸或者咳嗽时，会感受到明显的胸痛加重，只是急性心包炎病情发展没有心肌梗死那么严重，心电图往往表现为广泛的 ST 段弓背向下抬高。

三是主动脉夹层。主动脉夹层患者的疼痛程度往往在病情早期就十分剧烈，呈撕裂样剧痛，双上肢血压常不对称，死亡率极高。

四是急性肺动脉栓塞。大面积栓塞会引起患者休克、胸痛及呼吸困难，其右心负荷明显加重，比如右心室出现急剧增大，这类患者发热以及白细胞增多的出现时间也非常早，心电图会显示电轴右偏。

五是急腹症。这类患者会出现明显的上腹疼痛，甚至是休克的表现，但是如果对患者进行病史详细的询问和全面做好体格检查，对于急腹症和心肌梗死两者是比较容易区分的。

湖南省交通医院
心血管内科 郑胜群