

靶向药和化疗药,到底有什么不一样

薛国娟 重庆市第七人民医院

在癌症治疗中,化疗药和靶向药是两类核心治疗药物,很多患者和家属常常将二者混淆,甚至误以为靶向药就是升级版化疗。事实上,两种药物的治疗原理、作用方式、适用人群和副作用都存在天壤之别。厘清二者的区别,能帮助癌症患者更清晰地了解治疗方案,消除治疗焦虑,理性看待抗癌治疗过程。

1.治疗原理:盲目灭杀VS精准狙击

化疗药的作用逻辑是“全面消杀”,并不区分正常细胞和癌细胞。这类药物主要通过干扰细胞的分裂、增殖过程发挥作用,只要是处于快速分裂生长状态的细胞,都会被化疗药物抑制、杀灭。癌细胞本身分裂增殖速度极快,因此会成为主要打击对象,但人体体内正常的快速代谢细胞,比如毛囊细胞、骨髓造血细胞、胃肠道黏膜细胞,也会被一并损伤。靶向药则依托现代基因检测技术,原理是“精准靶向”。癌细胞会携带特异性的基因突变靶点,靶向药可以精准识别这些独有靶点,只针对性攻击突变的癌细胞,不会干扰正常细胞的生长与代谢,从根源上实现精准治疗。

2.适用人群:普适治疗VS精准匹配

化疗药的适用范围十分广泛,属于癌症通用治疗手段。无论患者是什么癌症类型、是否存在基因突变,绝大多数实体肿瘤和血液肿瘤都可以使用化疗,可应用于早期术后辅助治疗、晚期姑息治疗、术前缩小肿瘤等多种场景,是抗癌治疗的基础药物。而靶向药有着严格的适用条件,并非所有患者都能使用。患者必须通过基因检测、免疫组化等检查,明确体内存在对应的药物靶点,才能使用对应的靶向药。如果没有匹配的基因突变,服用靶向药基本没有治疗效果,甚至会延误病情,这也是靶向药无法替代化疗的重要原因。

3.副作用:全身多发VS局部较轻

由于化疗药无差别杀伤细胞,其副作用覆盖全身且较为明显。临床中常见的化疗副作用包括脱发、恶心呕吐、食欲不振、骨髓抑制、免疫力下降、手脚麻木等,部分高强度化疗还会损伤肝肾功能,多数患者治疗期间会出现明显的身体不适,需要针对性对症处理。

肾病合并血液病日常养护,饮食用药有两大注意事项

向美洁 重庆市长寿区人民医院

肾脏是体内代谢废物的过滤器官,也是调节体液平衡的器官。血液病会影响造血功能、凝血机制和机体免疫力,两种疾病叠加后,身体代谢耐受度大幅下降。养护过程中饮食结构的细微偏差、药物服用的不当操作都会直接诱发肾功能损伤、出血风险加重、贫血难以纠正等问题。本文从饮食精细化管理、用药规范化执行两个方面拆解出可以落地的养护方案,给合并患病群体提供可以直接执行的居家养护参考。

一、饮食精细化分层管控原则

(一)蛋白质质量优质化摄入方案

蛋白质代谢产生的尿素、肌酐要通过肾脏排出,血液病状态下机体造血又需要足量优质蛋白供给,二者形成养护矛盾,需要执行固定量化标准。每日蛋白质摄入量按体重计算,每公斤体重0.6~0.8克,全部为动物优质蛋白,食材为去皮鸡胸肉、淡水鱼肉、蛋清、低脂纯牛奶,不食用黄豆、豆腐、豆干等植物蛋白含量高的食物。单次进食分量拆分到三餐均匀摄入,避免单次大量进食高蛋白食物造成肾脏瞬时代谢负荷飙升。同时摒弃高蛋白滋补浓汤,肉汤、骨汤内嘌呤、磷元素含量超标,不但加重肾小球滤过压力,还会诱发高磷血症,间接影响血液病血小板稳定性。

(二)钠、钾、磷微量元素严格限制

肾脏排钠功能下降,过多的钠离子潴留会造成高血压、下肢水肿,高血压持续对肾小动脉造成损害,加快肾单位硬化,还会增加血液病黏膜出血的风险。日常烹饪全程不使用食盐、酱油、蚝油、咸菜、腌制品,依靠葱姜、少量柠檬、香菜来提升食物的风味。血钾过高会引发心律失常,直接危及生命,规避香蕉、橙子、土豆、菠菜、菌菇类高钾食材,蔬菜焯水后再炒制可去除三成以上钾离子。高磷食物会引起继发性甲状旁腺功能亢进,破坏肾性骨病,扰乱造血因子的合成,加工肉制品、坚果、动物内脏、奶酪全部禁食。

(三)水分与造血辅助食材科学把控

肾病患者要严格记录24小时液体总摄入量,每日饮水量为前一日尿量加500毫升隐性失水,包括粥、汤、水果、牛奶等所有流质食物。水肿、少尿阶段进一步减少液体总量,防止容量负荷过

透析“生命线”早规划:内瘘手术时机与居家锻炼全攻略

张小敏 重庆市第十三人民医院

对于需要长期血液透析的肾病患者而言,动静脉内瘘是维持生命的“生命线”——它是血液透析时血液引出和回输的重要通道,其通畅性和功能状态直接决定透析效果与患者生活质量。很多患者因对手术时机把握不准、居家护理锻炼不当,导致内瘘堵塞、功能失效,不仅增加痛苦,还可能影响透析治疗。本文结合临床经验,通俗解读内瘘手术的最佳时机,详解居家锻炼方法与注意事项,帮助患者科学规划“生命线”,延长内瘘使用寿命。

一、认清内瘘价值,把握手术最佳时机

动静脉内瘘是通过手术将患者自身的动脉和静脉吻合,使静脉血管扩张、管壁增厚,形成能耐受反复穿刺的“血管通路”,具有感染风险低、使用寿命长、流量稳定等优势,是长期血液透析患者的首选通路。手术时机的选择,核心是“早规划、早手术”,避免临时仓促手术影响通路质量。

1. 最佳手术时机:慢性肾脏病患者当估算肾小球滤过率(eGFR)降至15ml/min以下,或医生评估患者预计6~12个月内需要启动血液透析时,就应着手准备内瘘手术。这个时间段患者身体状况较好,血管条件更优,术后内瘘成熟时间充足,能避免透析启动时无合适通路,被迫使用临时中心静脉导管(易感染、血栓风险高)。

2. 不宜拖延的情况:若患者已出现严重水肿、电解质紊乱、心力衰竭等并发症,再仓促手术,不仅手术风险升高,还可能因血管条件恶化导致内瘘成熟失败。尤其对于糖尿病、高血压等合并症患者,血管弹性差、易硬化,更需提前3~6个月规划手术,为内瘘成熟预留充足时间。

3. 术前准备要点:术前需配合医生完成血管超声检查,评估血管粗细、弹性和走向,选择合适的手术部位(常用前臂桡动脉-头静脉吻合);控制好血压、血糖,戒烟戒酒,避免血管进一步损伤;术前1周避免在拟手术手臂进行静脉穿刺、输液,保护血管。

靶向药因为只作用于癌细胞靶点,对正常细胞损伤极小,整体副作用温和很多。其不良反应多为针对性局部症状,常见皮疹、轻微腹泻、口腔溃疡、轻度肝功能异常等,极少出现严重的全身性反应,大部分患者可以耐受长期口服治疗,基本不会影响正常生活。

4.给药方式:静脉输注VS口服为主

临床中绝大多数化疗药的给药方式为静脉输注,部分药物可采用胸腔灌注、腹腔灌注等方式。化疗需要在医院由医护人员操作,按照固定的疗程周期进行治疗,单次输液时长不等,治疗期间需要全程监测患者身体指标,避免出现急性不良反应。靶向药的给药方式以口服为主,携带和服用都十分便捷,患者无需长期住院,居家即可按时服药。少数靶向药物为静脉输注剂型,但整体给药频率远低于化疗。这种给药方式的差异,也让靶向治疗的就医成本和时间成本更低,患者的治疗依从性更高。

5.耐药性:缓慢普遍VS精准突变耐药

化疗药的耐药性出现相对缓慢,且多为普遍性耐药。长期使用化疗药物后,癌细胞会逐渐适应药物环境,整体对药物敏感度下降,此时医生可通过更换化疗方案、调整药物剂量或联合用药的方式,重新恢复治疗效果。靶向药的耐药性更具特异性,且出现时间相对固定。癌细胞的靶点可能在治疗过程中发生二次突变,原本匹配的靶向药会彻底失去作用。这种耐药多为针对性耐药,一种靶向药耐药后,可通过再次基因检测,寻找新的靶点,更换新一代靶向药继续治疗,无需彻底更换治疗体系。

结语:很多人会片面判定两种药物的优劣,认为靶向药副作用小就一定优于化疗药,这是典型的认知误区。两种药物没有绝对的好坏,只是适配的治疗场景和患者人群不同。化疗适用范围广、性价比更高,是多数癌症基础治疗、广谱治疗的核心;靶向药精准度高、体验更好,但依赖基因靶点、适用人群有限。临床治疗中,医生会根据患者的癌症类型、分期、基因状态、身体情况,单独使用或联合使用两种药物,只为制定最贴合患者病情的抗癌方案。

二、全周期用药规范化管理细则

(一)专科药物分开服用,规避毒性叠加损伤

两类疾病治疗药物存在共同的代谢途径,随意联用会造成肾小管毒性蓄积。血液病常用的免疫抑制剂、化疗辅助药物、促血小板生成药物,肾病使用的沙坦类、普利类降压药、降肌酐药物,全部遵医嘱确定服药间隔,同类毒性药物不同时服用。拒绝自行购买偏方、中成药补肾方剂,不明成分中草药是急性肾损伤高发诱因,部分活血中草药还会破坏凝血功能,造成自发性出血。服药期间定期检测肾功能、血常规、凝血四项指标,根据检验结果调整药量。

(二)服药频次、漏服补救与不良反应处置

固定闹钟定点服药,保证血药浓度稳定,漏服药物不采用双倍剂量补服,双倍药量会瞬间加重肾脏排泄压力,严格按照主治医生指导跳过本次或小剂量补充。服药后出现恶心、尿量骤减、皮肤莫名瘀点、牙龈渗血不止等表现,立即停止自行续药,前往医院就诊,不依靠增加服药剂量来缓解不适。退烧药、止痛药只用对乙酰氨基酚,完全避免使用布洛芬等非甾体抗炎药,这类药物直接收缩血管,极易造成肾功能急性恶化。

(三)辅助保健品理性取舍

不得擅自服用蛋白粉、补肾保健品、补血滋补口服液,保健品大多没有经过肾脏代谢安全性验证,大分子代谢产物堆积在体内无法正常排出,既升高肌酐水平,又干扰血液病基础治疗效果。需要补充营养制剂时,由肾内科和血液科联合评估后开具医用级营养制剂。

结语:肾病合并血液病属于复杂复合型慢性疾病,养护核心是平衡肾脏代谢压力和血液病造血、凝血保护需求,饮食坚持定量、低负荷、优质化逻辑,用药坚持遵医嘱、防肾毒、忌乱补的底线,实现长期带病平稳生存。

二、科学居家锻炼,筑牢内瘘“生命线”

内瘘术后并非“静养不动”,科学的居家锻炼能促进内瘘成熟,增强血管韧性,预防堵塞,延长其使用寿命。锻炼需遵循“循序渐进、量力而行”的原则,分阶段进行,避免过度用力或不当操作造成损伤。

1. 术后早期锻炼(术后1~2周):以促进血液循环、减轻水肿为主,避免剧烈运动。可以进行手指屈伸、握拳放松练习,每次10~15分钟,每天3~4次。此外,将手术手臂抬高至心脏以上,每次15分钟,每天2~3次,可以促进静脉回流,减轻手臂肿胀。注意:此阶段禁止提重物、用力按压内瘘部位,避免血管受压。

2. 内瘘成熟锻炼(术后3~6周):此阶段重点促进血管扩张、管壁增厚,为透析穿刺做准备。可进行握力训练,手握握力器(从轻重量开始,逐渐增加),每次10秒、放松5秒,每组10次,每天3~4组;也可进行手臂屈伸练习,慢慢抬起手臂至与肩平齐,再缓慢放下,每组10次,每天2~3组。锻炼时需注意观察内瘘部位,若出现红肿、疼痛、搏动减弱,立即停止锻炼并就医。

3. 长期维护锻炼(内瘘成熟后):透析期间需坚持适度锻炼,维持内瘘功能。每周可进行3~4次握力训练、手臂拉伸,每次15~20分钟;避免长时间保持同一姿势(如久坐、手臂下垂),定时活动手臂,促进血液循环。同时,避免在手术手臂佩戴过紧的手表、手镯,不提超过5公斤的重物,防止血管受压、损伤。

结语:动静脉内瘘是血液透析患者的“生命线”,早规划手术时机、科学进行居家锻炼、做好日常护理,才能延长其使用寿命,保障透析治疗顺利进行。患者及家属需重视内瘘的维护,牢记相关知识,主动配合医生,让“生命线”始终保持通畅,为长期健康保驾护航。如果在手术时机选择、居家锻炼中存在疑问,及时咨询主治医生,制定个性化的规划与方案。

溺水肺损急诊护理要点

梁翠华 南宁市邕宁区人民医院

夏季溺水事故高发,不少人误以为溺水者获救后清醒、恢复呼吸就安全了,却忽视“二次伤害”风险。30%的溺水幸存者会在获救后数小时至72小时内病情恶化,肺部损伤引发的呼吸衰竭是主要原因。本文将拆解肺部损伤机制、“二次伤害”诱因及急诊护理要点,帮大家认清完整救治逻辑。溺水核心损伤是缺氧,“二次伤害”是缺氧后病理生理反应的连锁后果,根源在肺部急性损伤。

一、溺水后肺部损伤的核心机制:肺泡“失守”引发连锁反应

正常肺泡是精密气体交换囊,溺水时水侵入呼吸道破坏平衡致肺损伤:淡水低渗液渗入血管,引发肺水肿、电解质紊乱;海水高渗将血管水分吸入肺泡,诱发炎症水肿。二者最终均致气体交换障碍、缺氧滞留,处理不当易引发二次伤害。

二、“二次伤害”的关键诱因:这些误操作会加重肺部损伤

溺水者获救后,拍背控水、强行喂水喂药等错误操作无效且会加重肺部损伤,诱发“二次伤害”:

①盲目控水:传统倒挂、拍背控水无法排出肺部水分,还会导致胃内容物反流引发呛咳窒息,加重肺泡破裂和肺水肿。肺部水分主要靠机体自身吸收,强行控水只会造成额外伤害。

②过早停止吸氧:部分人认为溺水者清醒后就无需吸氧,实则溺水后的肺部损伤可能持续发展,肺泡的气体交换功能尚未完全恢复,过早停止吸氧会导致机体再次缺氧,加重肺部和脑组织损伤。

③不当搬动:获救后随意搬动溺水者,尤其是让其平躺或剧烈晃动,可能导致肺部积液分布不均,加重肺泡受压,同时可能损伤颈椎(溺水时可伴随颈椎骨折),间接影响呼吸功能。

④忽视感染风险:溺水时吸入的水中可能含有细菌、真菌等病原体,这些病原体进入肺部后会引发吸入性肺炎,若未及时干预,感染会快速进展,加重肺部损伤,甚至导致败血症。

三、急诊护理关键点:守住肺部损伤的“救治防线”

溺水后的急诊护理核心是“快速评估、精准干预、预防恶化”,围绕肺部损伤的修复和功能恢复,主要包括以下关键环节:

①快速气道管理:首要任务是清除口鼻异物,保持气道通畅。呼吸微弱或停止者,及时气管插管/切开并连接呼吸机辅助呼吸纠正缺氧;通过气道吸引清除残留水分和分泌物,降低感染风险。

②精准氧疗与呼吸支持:根据缺氧程度选择鼻导管、面罩吸氧或呼吸机辅助呼吸,维持血氧饱和度≥95%。严重肺水肿者采用“肺保护性通气策略”,调节呼吸机参数减少肺泡过度扩张,促进积液吸收。

③肺水肿与炎症干预:使用利尿剂排液减轻肺水肿,炎症明显者合理使用糖皮质激素抑制炎症;严密监测电解质,及时纠正紊乱,维持心肺功能稳定。

④感染防控:早期预防性使用广谱抗生素,加强气道护理,定期吸痰、湿化;出现感染迹象时,及时痰培养并调整抗生素方案。⑤全身监测与并发症防治:严密监测生命体征、意识和尿量,及时发现心力衰竭、肾损伤等并发症;伴颈颈椎损伤者做好颈部固定,避免搬动加重损伤。

四、后续康复与注意事项:避免“二次伤害”复发

溺水者度过急诊期后,需注意休息、避免剧烈运动,逐步恢复肺功能;遵医嘱服药并定期复查胸片/CT;若出现咳嗽、胸闷、呼吸困难、发热等症状,立即就医,警惕吸入性肺炎或肺水肿复发。溺水“二次伤害”可预防,但其核心还是需要认清肺部损伤复杂性,避免获救后误操作,及时寻求专业急诊护理。普通人需掌握正确急救知识:优先保持气道通畅、立即拨打120等待专业救援,而非盲目控水和搬动,才能最大程度降低风险,为救治争取时机。

一文了解过敏性皮肤疾病的预防及治疗

姚永生 重庆大学附属沙坪坝医院(沙坪坝区人民医院)

一到冬天,皮肤就变得异常敏感,不仅干燥发痒,还忍不住想抓挠?过敏性皮肤疾病是临床较为常见的皮肤科疾病,它不仅会破坏皮肤屏障的保护功能,还会因搔痒难耐而引发睡眠障碍、心理焦虑,促使日常生活质量直线下降。那么,我们该如何预防和与治疗过敏性皮肤疾病呢?现在,让我们共同走进过敏性皮肤疾病的世界。

(一)认识过敏性皮肤疾病

过敏性皮肤疾病又称变态反应性疾病,可见于任何年龄段,包括过敏性皮炎、湿疹、荨麻疹等类型。其中,过敏性皮炎与吸入或接触过敏物质有关,局部性分布或全身泛发红疹,剧烈瘙痒,伴有糜烂、渗出、肿胀,湿疹属于变态反应性炎症,急性期多见于丘疱疹,而慢性期以苔藓样变为主。荨麻疹表现为大小不等的风团,大多急性发作,数小时便可迅速消退。常见病因如下:

①内因:遗传、过敏体质、机体免疫力波动、精神压力过大、熬夜劳累等。
②外因:一是吸入性过敏原,如尘螨、花粉、霉菌、宠物毛发等;二是接触性过敏原,如劣质护肤品、化妆品、金属饰品、紫外线等;三是食物性过敏原,如海鲜、坚果、芒果、辛辣刺激食物等。

(二)过敏性皮肤疾病的防护措施

过敏性皮肤疾病的防护需贯穿衣食住行,具体如下:

①环境防护:确保室内处于通风干燥状态,定期清洗和消毒床上用品、窗帘等物品,并在花粉高发季节减少外出频率,尤其是远离郊外、公园等绿植较为密集的区域。如需外出应正确佩戴口罩、帽子,并通过穿着长袖衣物,减少皮肤暴露面积。除此之外,室内不铺设地毯、毛毯,远离猫、狗等宠物,且从事美发、建筑、医疗行业者需正确佩戴防护手套。

②护肤防护:过敏肤质不建议使用美白、抗衰等功能性护肤品,优先推荐无酒精、无香精、无防腐剂的医用温和保湿产品。同时,我们在更换新的护肤品、化妆品前,应提前在耳后或手腕内侧做敏感测试,且洗澡时选择弱酸性沐浴露,水温控制在32~37℃,洗浴时间不建议超过10分钟。

③饮食与作息防护:远离过敏食物,日常保持饮食清淡,适当增加富含维生素、矿物质的新鲜蔬菜和水果摄入量,并远离辛辣、生冷食物。同时,日常保持规律作息,每日睡眠时长达到7~8小时,根据自身耐受能力合理开展有氧运动训练,并保持积极乐观的生活观念,避免过度劳累。

(三)过敏性皮肤疾病的治疗方法

过敏性皮肤疾病的治疗原则在于清除过敏原、修复皮肤屏障,并有效控制炎症和瘙痒,具体如下:

①基础治疗:通过皮肤点刺试验、斑贴试验、血清IgE检测明确自身过敏原,食物过敏者需忌口致敏食物,接触性皮炎需停止接触可疑护肤品、化妆品、金属或化工产品,尘螨或花粉过敏者需做好环境除螨、花粉防护工作。同时,急性期可使用常温生理盐水或3%硼酸溶液予以湿敷红肿部位,10~15分钟/次,且日常清洁不得使用皂基、磨砂膏、去角质产品,禁止热水烫洗、暴力抓挠、酒精反复擦拭等。

②外用药物治疗:氢化可的松乳膏、地奈德乳膏均属于弱效激素,适用于面部、眼睑等褶皱薄弱的部位,安全性较高。糠酸莫米松乳膏属于中效激素,适用于躯干、四肢中重度丘疹、小片湿疹,而卤米松乳膏属于强效激素,适用于四肢、手掌足底慢性肥厚、苔藓化皮损,不得用于面部、婴幼儿。吡美莫司乳膏、他克莫司软膏、克立硼罗软膏均属于非激素类抗炎软膏,通常用于激素减量后的维稳治疗。炉甘石洗剂虽能收敛止痒,但不适合渗液、破损皮肤,而含薄荷脑、樟脑的温和乳膏可缓解夜间阵发性瘙痒。针对于皮疹泛发、中重度患者而言,抗组胺药物可缓解全身瘙痒、风团症状,泼尼松、甲泼尼龙等糖皮质激素适用于全身大面积急性性炎症、重度接触性皮炎患者,但仅能短期小剂量使用。除此之外,紫外线光疗、红光、冷喷理疗和药液治疗适用于慢性顽固性皮炎,而度普利尤单抗等生物制剂可显著改善皮损和瘙痒,适用于中重度特应性皮炎。

总之,过敏性皮肤疾病并不可怕,只要我们做好防护措施,遵医嘱用药,便可重获舒适安然的肌肤状态。