

用药、戴镜还是联合 近视的控制对策就在这里



20岁以上人群近视患病率90%以上，防控近视已经上升为国家战略层面的公共卫生问题。角膜塑形镜(OK镜)是非常成熟的近视控制的光学手段，但近年来低浓度阿托品滴眼液在近视控制中的应用也受到了广大家长的关注，毕竟仅用滴眼液的方式就能达到近视控制，看上去更“简单”。那么，选择OK镜还是阿托品？让我们从最近发表的一项研究结果来分析临床疗效。



今年11月24日，CLAE杂志(眼科学术期刊)发表了复旦附属耳鼻喉科医院SOS(Shanghai Orthokeratology Study)研究小组的最新临床研究报告：OK镜和低浓度阿托品联合应用对于近视快速进展儿童眼轴影响效果。

该文章的研究对象平均年龄8.3岁，观察周期为2年。研究组得出结论，在近视快速增长的青少年人群中，如果进行了角膜塑形镜(OK镜)治疗仍然显示了快速的眼轴增长，联合使用低浓度阿托品药物可以显著延缓眼轴的增长，增强近视控制的效果，这个效果和基础屈光度和年龄没有关系。该研究提示，角膜塑形镜(OK镜)近视控制不佳的患者，或者临床特征属于近视快速增长的人群(如低年龄起病儿童，父母双方高度近视的儿童)，联合治疗比单一治疗控制效果更好。该研究的发表也为联合治疗增加了有力的循证依据，为个性化的近视控制治疗方案提供了佐证。

文章发表后引起了读者的广泛兴趣，提出了很多实际问题。在此就焦点问答与近视者以及家属分享——

问：低浓度阿托品制剂有上市的产品吗？哪里可以找到制剂？

答：目前中国市售阿托品浓度是1%，且制剂为凝胶制剂。1%阿托品会引起非常明显的瞳孔放大，导致畏光；调节麻痹作用明显，导致看近困难；且ATOM-2的研究显示1%阿托品控制近视的效果在停用药物后出现明显的反弹。所以1%的阿托品并不适合作为长期的近视控制制剂。低浓度阿托品(0.01%~

0.05%)瞳孔放大和调节麻痹作用明显减轻，且停用药物反弹小于高浓度的阿托品，在ATOM-2的研究中它的作用最佳。目前我国没有市售的0.01%的阿托品成品制剂，有些有制剂室的医院可以为院内医生提供配置的0.01%阿托品，如复旦大学附属耳鼻喉科医院就有医院配置的0.01%阿托品。目前已经有国内药品生产厂商在进行相关申报，希望将来会有市售产品出现。但必须强调：低浓度阿托品是指不同浓度的一个范围(0.01%~0.05%)，且患者近视控制有效的阿托品浓度也未尽相同，具体用何浓度和如何使用是需要专业医生指导和调整的，不可跟风使用和无限扩大使用。

问：低浓度阿托品的副作用有哪些？

答：阿托品是M胆碱能受体阻滞剂，眼部滴用最明显的作用是瞳孔放大和调节麻痹。我们可以看到我国台湾生产的0.01%的阿托品说明书上标注的作用是散瞳和睫状肌麻痹，而非近视控制。低浓度阿托品用于近视控制是新的临床应用而非传统药物作用，所以滴用低浓度阿托品出现瞳孔放大引起的畏光和睫状肌麻痹引起的调节问题是正常的药物作用，但这两个作用是我们进行近视控制时不希望发生的，所以称之为非治疗作用比较合适，而不是冠以副作用的名称。低浓度阿托品引起的瞳孔放大和睫状肌麻痹要比高浓度阿托品低很多，甚至有些孩子完全没有这方面的问题，但有些孩子即使是0.01%的浓度也有很明显的畏光。低浓度阿托品用于近视控

制治疗周期长，选用合适的浓度，平衡好治疗作用和非治疗作用，是需要专业医生进行指导和调整的。

问：既然联合治疗更有效，是否可以扩大到所有戴OK镜的孩子都用？

答：否。近视控制的疗效个体差异很大，在随访中可以看到有些孩子用单一的治疗(如单一的OK镜)就达到了近视控制的效果(一般临床上认为年度近视增长在0.50D以下)，甚至完全稳定不增长，这些孩子就不需要联合治疗。是否需要联合还是要看近视进展的程度和近视控制的效果来决定。起病年龄早(8岁之前就近视)，父母双方近视，近视进展快(一年增长超过-1.00D)的，可以一开始就进行联合治疗，然后根据随访数据决定是否可以将治疗减量。

问：除了OK镜和低浓度阿托品，还有其他控制近视的方法么？

答：目前临床上有循证依据支持的非手术类近视控制手段主要分光学和药物两大类。光学类手段有框架眼镜、日戴隐形眼镜和夜戴OK镜三类，药物主要是不同浓度的阿托品。目前中国已有日戴多焦软镜、日戴多焦RGP和周边离焦的框架眼镜等产品。近视控制的手段丰富多样，但针对具体的患者，什么方法最合适是需要专业医生制定并通过随访来进行调整的。多手段个性化联合方案是今后的趋势。

薛枫 陈志 周佳奇 周行涛(教授)(复旦大学附属耳鼻喉科医院视光学组) 图 TP

医护到家

肾癌是泌尿系统常见肿瘤之一，近年来发病率呈现缓慢增高的趋势。肾癌在各个年龄段均可发病，高发年龄集中在50-70岁，但有年轻化的趋势。在散发人群中，肥胖和吸烟是两个独立的危险因素。家族性和遗传性肾癌占2%-4%。除此以外，肾癌还有其独特之处，作为老年与肾癌较量的“肾斗士”——泌尿外科医生，深谙“知己知彼”之道才能把握抗癌主动权。

肾脏恶性肿瘤分为两种，有起源于肾实质内肾小管上皮系统的肾癌和发源于肾盂集合系统上皮的肾盂癌，这两种肿瘤恶性程度和治疗方案完全不同，需要做好准确的鉴别才能确定治疗方案，这在其他器官的恶性肿瘤中极少见。

肾脏的位置深，早期肾癌尤其是小肾癌病灶，既无症状，也没有其他恶性肿瘤对应的血清学标记物，都是体检或者治疗其他疾病时偶然发现的。早期肾癌经及时治疗大多能得以治愈。这对于早期肾癌的患者来说，获得治愈是“不幸中的万幸”，避免了到晚期才发现而治疗效果不理想的无奈。必须强调的是，每年肾脏B超或者CT检查，是筛查肾癌的有效手段，很有必要。

肾癌大小与病情并不成正比。只要肿瘤位于肾包膜内，无论肿瘤多大，都归入早期局限性肾癌，这在其他肿瘤的分期上不多见。

早期小体积肾癌手术方式可选择保留肾单位的肾切除术，俗称肾部分切除。相比于根治性全肾切除，远期生存率和复发率相似。在切除肿瘤病灶的同时，又保留了肾脏这一重要的脏器及其功能。经过国内泌尿外科医师近20年的技术发展，目前国内肾癌的手术水平，已经达到并在某些方面超过了国际水平。

万一发现肾癌时，癌细胞已经转移，合并单一器官转移(肺、骨、肝、胰腺)的肾癌，在肾脏根治性切除后，仍可积极将转移灶切除，并可取得显著疗效，肺转移病灶切除后，5年生存率仍可达21%-60%。

肾癌容易侵犯静脉系统，但即使癌栓进入下腔静脉，仍归入T3期，不属于晚期T4期，如果能成功取栓，术后5年生存率仍很高。这也是肾癌的特殊之处。

手术是治疗肾癌的首要有效手段，传统的放疗和静脉化疗对肾癌无杀伤作用，故一般不作为常规辅助治疗手段。远处转移或者复发肾癌的综合治疗，首选靶向药物治疗，也不是放疗和化疗。适用于肾癌的靶向药物使得晚期和复发肾癌患者，从既往的“无治”变为“有治”。此次17种新纳入医保的抗癌药名单亦有肾癌靶向药加入。

综上所述，肾癌的“与众不同”提示我们，肾癌可防可治，不必谈癌色变。首先建议戒烟，控制肥胖，减少危险因素。其次，要定期体检肾脏，在胸部CT已经成为常规体检项目的当下，可将扫描范围稍向下扩大即可显示肾脏情况。及时发现小病灶，积极手术切除，治愈的可能性极大，不影响生存。再次，不幸晚期转移或者复发，目前可采用一线二线靶向药物治疗方案，相较于其他恶性肿瘤，仍然可取得显著的生存期。

汪东亚(复旦大学附属华东医院泌尿外科副主任医师)

肾斗士「解读」与众不同的肾癌

专家点拨 “妇癌之王”高复发 治疗困境亟待破解

乳腺癌、宫颈癌、卵巢癌这三大女性罹患的癌症中，卵巢癌被称为“妇癌之王”，其发病具有高隐匿性，70%患者发现卵巢癌时已是晚期；5年生存率数据相比其他妇科常见癌种更不理想；迄今为止尚无有效的手段来预防或者筛查卵巢癌；卵巢癌的病因尚不清楚，仅1/4与遗传相关，包括遗传性乳腺癌-卵巢癌综合征。“妇癌之王”的威慑令人心生畏惧。

除了难发现、难诊断以外，卵巢癌的临床诊疗同样面临严峻的挑战。复旦大学附属肿瘤医院吴小华教授介绍，国际诊疗指南明确

手术切除是卵巢癌首选治疗手段。以铂和紫杉醇为基础的化疗方案，使相当一部分患者的病情得到缓解，但约25%的早期卵巢癌患者出现复发，晚期患者复发率高达70%。尽管如此，卵巢癌近三十年来的治疗还是有进展的，得益于B超等检查的早期发现以及手术技术的规范发展。卵巢癌的5年生存率目前在40%左右。

卵巢癌领域存在着巨大的仍未被满足的临床需求，如何帮助患者通过维持治疗，延长无进展生存期，提高患者生存质量，延缓复发时间，是当下临床治疗中需要迫切解决的现实问题。

国际上靶向药物在治疗卵巢癌中地位的逐步提高，PARP抑制剂尼拉帕利的出现，为卵巢癌精准治疗提供了新思路。PARP抑制剂应用于卵巢癌维持治疗疗效显著，可有效延长患者无进展生存期(PFS)。在用药之前无需进行BRCA基因突变或其他生物标记物检测。

随着其在欧美的获批、国际治疗指南的推荐，这类药物已成为复发性卵巢癌患者有效维持治疗的选择之一。据悉，尼拉帕利在我国内地的新药上市已进入国家药品监督管理局受理阶段。

凌溯

身边提示

虽然猝死的机理目前医学界还不是十分清楚，但从统计来看，猝死容易发生在凌晨四五时、天亮之前，被称为“黎明前的黑暗”。中医认为，这一时期人体阴气最盛，人的机体功能低下，迷走神经张力增加，心率减慢，也是睡觉最沉的时候，此时人体机能抑制太过，容易发生猝死。此外，白天也有两个容易发生心血管事件的高峰时段，一个是上午9-10时，另一个是下午3-4时，这两个时段人体容易

为啥猝死缠上中年人？

兴奋过度，内分泌系统的激素水平达到峰值，也容易猝死。

猝死防不胜防。不过，导致猝死的病因仍可以提前干预。中年人熬夜、工作压力大、情绪焦虑等都会引起内分泌紊乱，导致疲劳综合征，也容易形成心脏问题。预防猝死，首先要调整好自己的生活，保持良好的睡眠习惯，充足的睡眠时间，工作强度保持在一定范围内，学会自我放松。此外，抽烟、酗酒和心脑血管

管事件均有明显的相关性，因此要远离这些高危因素。

定期体检也非常必要。动态心电图、颈动脉彩超或心脏彩超，可以提前发现病情，及早干预治疗。还要定期查血脂，血脂高的人，也容易发生动脉粥样硬化斑块，要引起关注。

猝死一旦发生，黄金抢救时间4-6分钟内。第一时间进行心肺复苏，提高抢救成功率。

蒋云(上海市第八人民医院心内科)