

健康园



扫码关注新民健康园官方微信

本报专刊部主编 | 第 825 期 | 2021 年 1 月 4 日 星期一 本版编辑:潘嘉毅 视觉设计:戚黎明 编辑邮箱:pjy@xmwb.com.cn

预测模型高效筛查糖尿病眼病

糖尿病合并视网膜病变是糖尿病患者的主要致盲原因之一,指南建议:一旦确诊糖尿病,患者需要每年进行眼底病变筛查。视力问题往往容易引起人们的警觉,视力受损的糖友会到眼科就诊,接诊糖友的眼科医生经常参与到糖尿病眼部合并症的诊疗过程中。因此,要高效定位并对糖尿病眼底并发症患者开展综合管理,促进糖尿病视网膜病变整体管理水平和效率的提升,打通内分泌科与眼科多学科之间筛、转、诊、治路径,最终改善糖友的视力预后。



糖尿病视网膜病变,首先是一种可以预防的“盲”,如果能够早筛查,早治疗,就能够保护好患者的视力。视网膜病变从起病到致盲,有一个较长的治疗时间窗,但如果错过了这个最佳治疗时期,治疗效果就会大打折扣。糖尿病视网膜病变也被称为难可逆的盲性眼病,如果病情进展到了晚期,那么治疗非常困难,预后较差。黄斑是眼底视网膜中央一个重要的解剖结构,汇聚了 80% 的视觉信息,是视力最敏锐的部位。黄斑很容易受到高血糖的影响而形成水肿,黄斑出现水肿时,患者就看不清了。如果患者及早地完成早期筛查,那可以通过治疗维持并提高视力。一旦糖友

的黄斑水肿长时间未得到治疗,持续水肿将导致细胞和功能损伤,严重损害视力。所以黄斑水肿的“早发现,早治疗”尤其重要。我国大多数糖尿病性黄斑水肿(简称 DME)没有得到有效的筛查。医生和患者都期盼着高效、快捷、实用的 DME 筛查手段早日诞生。“DME 预测模型”则提供了一个解决方案。“DME 预测模型”涵盖患者的量化指标,比如年龄、性别、吸烟史、糖尿病史、胰岛素使用状况、血压、糖化血红蛋白等,医生根据以上数据进行综合判断,预测糖尿病患者的黄斑水肿风险。“DME 预测模型”为糖尿病患者提供了简便的早期筛查方

案,可以不依赖眼科医生和专业设备,也可以避免经受如荧光造影等检查的痛苦。经过预测后,再将定位出来的高风险患者引流至眼科,进一步完善检查和治疗。对此,中华医学会眼科学分会副主任委员兼眼底病学组组长许迅教授评价,“DME 预测模型”可以起到很好的桥梁作用。黄斑水肿高风险患者在内分泌科就能够得到初步筛查,并被引流至眼科进行更有针对性、更有效的检查,接受精准治疗。“DME 预测模型”也可以使基层医院的内科以及内分泌科很好地为患者进行基本的初步判断和筛查,这个意义是十分重大的。魏立 图 TP

养生周记

经历了新年寒潮,人们愈加重视冬季适时进补。数九寒天正是进补的“黄金期”。转眼间又是小寒节气,中医认为,体内气血,得温则动,得寒则滞,尤其老年人冬季保暖措施一定要做好,暖身、活血、补气为小寒饮食进补方针。

按照中医学理论的观点,每个人体内的脏腑气血、阴阳偏衰情况是不同的,冬令进补时,应辨明体质的寒热、虚实、气血、脏腑、阴阳,按个体情况决定是否需要进补,“虚则补之,实则泻之”。如果盲目服用补药,不但达不到调理脏腑的目的,甚至还会产生各种不良反应。

需要进补的主要有亚健康人群(中青年)、肾气不足人群(中老年)、患有慢性病且处于稳定期的人群。以上三类人群观察舌象,一般舌色为偏红,或淡红,或淡白,或紫暗,但舌苔薄,均可服用膏方调补气血。而体质健壮人群、急性病或慢性病急性发作的人群、湿困脾胃之人,则不宜进补膏方。

中医根据食物、中药的性味不同,把补益分为平补、温补和清补等。平补是针对素体平性,不寒不热者,可适度进食各类补品,或温热寒凉搭配。温补是针对老年人或体虚者,为保护人体阳气,抵御寒邪外袭,可多进食温热助阳之品,如当归生姜羊肉汤、龙眼、红参等。清补是针对素体较热或阴虚体质者,可多食用鸭肉、鱼肉、西洋参、枫斗等。

为了使冬季进补准确达到预期效果,建议大家在医生的指导下,根据各自的不同体质和食物的属性辨证施补。

郑岚(上海交通大学医学院附属瑞金医院中医科副主任医师)

数九寒天进补季

专家点拨

近年来,包括溃疡性结肠炎和克罗恩病在内的炎症性肠病(IBD),成为消化内科门诊的常见病。克罗恩病等炎症性肠病虽然不致命,但是无法治愈,确诊后患者需终身治疗。由于患者数量持续增长,临床科研正在加快步伐,生物制剂已被证明在治疗中大放异彩,帮助患者更有效地控制病情。

在炎症性肠病中,克罗恩病更多发生在中青年身上,可表现为慢性腹泻、腹痛、体重减轻、消瘦、肠道黏膜增厚造成梗阻、穿孔等,有些患者一发病就并发瘘管、出血等,大小肠都可受累,还可合并关节炎等。

上海交通大学医学院附属新华医院消化内科副主任医师葛文松介绍,克罗恩病和溃疡性结肠炎的治疗目标基本一致,也就是预防复发即维持长期缓解,以及消除症状即诱导活动期疾病的缓解。药物治疗和全肠内营养治疗发展较快,生物制剂的研发可圈可点。人类多种免疫介导性疾病的炎症过度表现均与肿瘤坏死因子α(TNF-α)相关,目前最新获准用于克罗恩病的生物制剂能够特异性地与 TNF-α 结合,从而减少过量的 TNF-α 导致的炎症损伤,并基于这个原理用于治疗多种免疫介导性疾病。生物制剂能有效改善克罗恩病的症状,促进黏膜愈合和瘘管闭合。另外,自行皮下注射的给药方式为患者提供了用药便利,患者无需前往医院也能维持治疗,但需定期复查,做好疾病管理。虞睿

肿瘤防治

肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,每年肝癌新发病例占全球的 55.4%,死亡病例占全球的 53.9%,其中肝细胞癌是最常见的肝癌类型。

与欧美国家肝癌发病情况不同的是,中国约 77% 的肝癌源于乙型肝炎病毒(HBV)感染,且具有基础肝病,起病隐匿,症状不典型,治疗棘手,预后恶劣等特点。我国研究调查显示,大多数肝癌患者在初步诊断时即为中晚期,失去根治性手术机会。即使是根治性手术治疗,5 年内仍有 60%-70% 的患者出现转移和复发,肝癌的高复发转移特性是影响患者长期生存的主要原因。

复旦大学附属中山医院肝癌外科副主任孙惠川指出,在肝癌多种治疗方式中,外科

“T+A”为晚期肝癌患者带来福音

手术是肝癌的首选治疗方法,积极的术后治疗可以改善预后以及延长生存。中晚期肝癌治疗通过多学科诊疗团队(MDT)制定合理治疗方案,开展全病程管理,患者的生活质量和生存期也能获得改善。

以往,晚期肝癌能够获得根治的机会是很罕见的。孙惠川教授表示,晚期肝癌一线治疗的标准方案索拉非尼,把肝癌的治疗向前推进了一步,但其疗效仍不满意。

现在,阿替利珠单抗联合贝伐珠单抗,即“T+A”免疫联合疗法的出现,为晚期肝癌患者带来了新的可能性。从临床研究发现,相较索拉非尼,“T+A”免疫联合疗法能够有效降低死亡风险和肿瘤进展风险,并改善患者生存质量。这一创新疗法一方面可以让肝癌

患者活得更长、活得更好;另一方面,有些患者经过治疗后肿瘤可以缩小,从而获得根治切除的机会,让患者有机会彻底摆脱肝癌。基于临床试验结果,“T+A”获准进入肝癌的一线治疗。日前,“T+A”免疫联合疗法已正式在中国上市,用于治疗既往未接受过系统治疗的不可切除肝细胞癌患者,为中国患者带来了全新的治疗选择,开启了中国肝癌的免疫联合治疗新时代。

孙惠川教授表示,未来“T+A”方案还有更多潜力和可能,比如早期肝癌患者术后使用免疫联合疗法能否减少复发、延长生存;肿瘤无法切除的晚期患者接受“T+A”方案转化治疗,转化之后进行手术切除,患者能否获益,这些临床研究都值得探索。袁纩

前沿新探

急性髓系白血病是最难治的血液系统恶性肿瘤之一,确诊急性髓系白血病患者的 5 年生存率大约只有 29%,其中 60 岁以上患者的 5 年生存率仅为 5%-15%。急性髓系白血病(简称 AML)对患者健康和生命的危害很大,临床上需加大科研创新力度,加快创新技术与治疗引进速度,来弥补未被满足的治疗需求。日前维奈克拉片已获得国家药品监督管理局附条件批准,与阿扎胞苷联合用于治疗因合并症不适合接受强诱导化疗,或者年龄 75 岁及以上的新诊断的成人急性髓系白血病患者。

AML 高发于老年人群、男性多于女性,通常恶化迅速。上海交通大学医学院附属瑞

AML老年患者“无药可用” 医药创新终结困局

金医院血液科主任李军民教授分析,大多数老年患者合并多种慢性疾病,体能状态、经济能力、治疗意愿、承受化疗的能力,还有护理支持等,都随着年龄的增大而越来越不理想,也提示老年患者预后不佳。

从上世纪 70 年代批准了“7+3”方案(即 7 天阿糖胞苷+3 天柔红霉素)以来,AML 治疗药物的发展长期处于停滞状态。除了 2004 年批准阿扎胞苷用于 AML 的治疗外,几乎无药可选,尤其对于不耐受强化疗的老年患者,基本只能选择维持治疗。对于不耐受强化疗的其他年龄段患者而言,可选择的治疗手段亦有限,中位生存期仅 6-10 个月。

如今,靶向治疗成为急性髓系白血病领域临床科研的突破方向之一。AML 的治疗靶点已逐渐明确锁定在 FLT3、RDH1、RDH2 和 BCL-2 抑制剂,其中 BCL-2(B 细胞淋巴瘤因子-2)靶点是主要靶点之一。BCL-2 抑制剂通过抑制血液肿瘤中 BCL-2 家族蛋白的表达,诱导肿瘤细胞凋亡、抑制肿瘤新生血管的形成,从而抑制肿瘤的发生、发展和耐药,可为标准疗法不耐受或难治型血液肿瘤患者带来更多生存获益。

李军民教授提醒,如果有发烧、感觉乏力,又有出血表现,就应该高度警惕,及时到医院就诊,争取早发现、早诊断、早治疗。柏豫