

康健园



扫码关注新民康健园官方微信

本报专刊部主编 | 第 847 期 | 2021 年 6 月 7 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

迎风流泪与双眼酸痛 或许是干眼“惹的祸”

今年6月6日是第26个全国“爱眼日”，今年的主题是“关注普遍的眼健康”。提及“普遍的眼健康”，首先想到的是移动终端对眼睛的影响。电脑和手机早已成为人们日常生活离不开的“好伙伴”。然而，日复一日近距离的密切接触，频频将这一亲密关系“撕裂”，双眼酸痛等不适逐渐变成眼科就诊的焦点，提示着“干眼”悄无声息地降临了。



常有酸痛,也会有流眼泪

诊断干眼病时,常常会有患者质疑:“我并不感到眼睛干呀,怎么会是干眼?”事实上,干眼病的症状很丰富,除了典型的干涩和烧灼感外,酸涩、刺痛、畏光、异物感,包括视力的波动也是常见的主诉。这些症状的来源是患者泪膜稳定的丧失。长时间紧盯屏幕的情况下,患者的眨眼次数会下降,泪液分泌减少,并影响泪液成分均匀涂布,形成干眼。

此外,也有很多患者会因为“迎风流泪”或者长时间用眼后易

流泪而就诊。这时患者也会疑惑:“我不是眼泪多吗?为什么说我是干眼呢?”医生评估是否“眼干”,针对的是平静状态下的泪液分泌。风吹等刺激下产生的是刺激性的泪液分泌,干眼病患者遭受外界刺激时更容易流泪,因此“迎风流泪”与干眼病诊断并不冲突。

常规验光,也需要测眼压

长期使用电子产品后的眼部酸胀,有时也与屈光异常引起的视疲劳相关。新近更换眼镜的患者需要评估是否存在度数不合适。而40岁以上的中老年人,则需要

检查是否出现了老视(俗称老花眼)。无论是眼镜度数不匹配还是老花眼,都是在勉强自己使用不适合的屈光状态看东西,时间久了就可能引起眼内的相关调节肌紧张,进而发生眼部酸痛。在验光确认了度数异常后,可以通过验配或更换眼镜,重归眼部舒适。此外,如果患者存在明显的眼球胀痛,一般也建议进行眼压检测,排除青光眼等其他相关疾病可能。

应该休息,也可选用眼药

过度用眼引起的疾病,当然需要让眼部休息来缓解,这对于干眼

病或者视疲劳都是同等重要的。对于干眼病患者而言,使用人工泪液可以有效地缓解症状。常用的人工泪液成分有玻璃酸钠、聚乙烯醇以及羧甲基纤维素钠等。建议选择不含防腐剂的人工泪液,可以长期按需使用。含其他复合成分的“网红”眼药水则不推荐长期使用。如人工泪液使用效果不佳,可到医院眼科进一步治疗。如果没有明显眼红眼痒时,建议患者进行眼部热敷(约40℃,10-15分钟,每天一次),缓解症状。

龚岚(复旦大学附属耳鼻喉科医院眼科教授、主任医师)图 TP

专家点拨

防治房颤关口前移 预防和治理并重

昨天是第九个“中国房颤日”。临床统计显示,房颤患者的脑卒中(俗称脑中风)风险是普通人的5倍,约1/5的脑卒中源自房颤。面对如此沉重的疾病负担,上海交通大学医学院附属新华医院心内科主任李毅刚教授指出,防治房颤关口前移,预防和治疗并重,刻不容缓。同时心脑血管跨学科联动,推进分级诊疗,加强质控管理,开展同质化诊疗,势在必行。

发生房颤时,心房快速无序的跳动,每分钟可以达到300-600次。虽然房颤的主要症状有心慌胸闷、呼吸困难、发作性头晕等,但是“无明显症状”在确诊前的房颤患者中占相当大的比例,有的患者在单位体检做心电图时被偶然发现;有的患者爬楼梯时体力大不如前,爬了两层楼就喘不过气来,才想到去医院检查;还有些患者平时感觉乏力、心慌、气短,忍一时便忽视了,直至突发脑梗死送医院急救才发现病源是房颤。如何引导初发的房颤患者及时就诊,是防治房颤关口前移的关键。对此,李毅刚教授提出三条对策:1. 40岁后不错过任何一次体检,做心电图不要嫌麻烦。2. 重视体力下降等日常生活行为的改变。3. 测

量血压时如果发现心率不规律,切不可忽视。

药物和手术是治疗房颤的两大主要手段。长期口服抗凝药物是预防房颤患者脑卒中的预防方法,可有效降低房颤患者的脑卒中风险;但对有出血倾向或合并出血性疾病的患者,则为抗凝禁忌。其他药物种类包括转复和维持窦性心率的药物、控制房颤发作时快速心室率的药物,均属于对症用药,虽然能改善症状,但是不能改善预后。

左心耳是房颤患者血栓形成的重要部位,因此左心耳封堵术应运而生。左心耳封堵后可消除房颤时在左心耳内形成血栓的隐患,达到预防脑卒中的目的。房颤患者需经过严格评估后方可确定是否适宜手术。截至2020年底,中国左心耳封堵年植入量已达2万例。同时,房颤消融是治疗房颤的有效手段,既能控制心律,又能改善患者症状。自从2018年起,新华医院李毅刚主任团队开展房颤消融联合左心耳封堵,即“一站式”介入手术,累计近1000例,对于预防脑卒中和其他部位栓塞是非常有益的术式,正所谓“一次微创手术,达到两个目的”,不仅缩短手术用时,减少医疗费用,而且遵医嘱可停用抗凝药,最终改善患者预后。魏立

精准治疗银屑病 皮损清除“百分百”

医护到家

随着人们对疾病认知的不断深入,对治疗需求的不断提升,银屑病不单局限于皮肤损害,皮损清除指数(PASI)50也早已不能令患者满意。研究发现导致银屑病发生的关键致病因子是白介素(IL)-17。2019年8月获批上市的生物制剂依奇珠单抗精准针对IL-17,是一款高亲和力和靶向IL-17A抑制剂,用于治疗适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者。临床观察发现,规范使用生物制剂的患者实现PASI 90甚至PASI 100都是轻而易举的事儿。

上海交通大学医学院附属瑞金医院皮肤科郑捷教授介绍,银屑病是一种遗传与环境共同作用诱发的免疫介导的慢性、复发性、炎症性、系统性疾病,典型表现为鳞屑性红斑或斑块,局限或广泛分布,无传染性,治疗困难,常罹患终身。

从上世纪八九十年代起,人们认识到,银屑病不只是一系列皮肤问题,还会发生银屑病性关节炎。银屑病性关节炎会累及任何关节,也可能发生“附着点炎”,这在银屑病患者中是很常见的,也是容易被控制的。

进入本世纪后,银屑病性心脏病逐渐引人注目。起初人们以为是使用糖皮质激素或环孢素或维甲酸等继发了心脏病。其实不然,现在,银屑病性心血管疾病已经获得国际公认。人们对银屑病的认知已经进入“一种炎症、两个斑块”的时代:一方面银屑病是系统性炎症,另一方面“两个斑块”既出现在皮肤上,也发生于血管内皮细胞,主要是冠状动脉发生粥样斑块。依奇珠单抗的III期临床研究发现,使用依奇珠单抗有降低血压的趋势,能使导致心脏炎症的生化指标下降,并且能使脂代谢异常转化为正常。

银屑病复发是不可避免的。即便使用安全性和有效性都远胜于糖皮质激素的生物制剂,也不能够保证完全不复发。郑捷教授指出,银屑病目前无法根治,它只能被控制。患者要做好与疾病长期共存的心理准备。如今,通过使用生物制剂能够把银屑病控制好,完全实现皮损清除。但是在停用药物以后,如何持续保持疗效,仍需要积极的研究和探索。对于患者而言,遵医嘱规范用药,保持心情愉快,及时减压,不紧张、不焦虑,过一种慢节奏的安逸生活,对控制病情、延缓进展,是非常有益的。章葇

尽早预防轮状病毒感染 尽早为宝宝做好免疫规划

育儿宝典

几乎每个儿童在3-5岁前都有过腹泻经历。今年“六一”国际儿童节前夕,复旦大学附属儿科医院传染科主任曾玫指出,腹泻病是导致5岁以下儿童死亡的第二大原因,但这一疾病是可以预防和治疗的。

轮状病毒是全球5岁以下儿童严重脱水性腹泻的首要病因。一项根据2014-2015年中国疾病预防控制中心系统资料进行的流行病学分析显示:在我国感染性腹泻确诊病例中,90%以上为病毒性腹泻,细菌性腹泻占比不足10%;而在病毒性腹泻中,轮状病毒感染占比超过90%。

轮状病毒属于呼肠病毒科,是小儿腹泻最常见的病原体。轮状病毒为无包膜双链RNA病毒,因外观独特,在电镜下观察病毒颗粒外形似车轮状,故命名为轮状病毒。轮状病毒主要侵犯小肠绒毛上皮细胞,造成细胞损伤,绒毛吸收能力降低,从而导致腹泻。

曾玫特别介绍了轮状病毒的“三重罪”。轮状病毒感染临床表现轻重不一,可能无症状,也可能出现以下症状:呕吐、腹泻和发烧。轮状病毒对儿童健康的不利影响远不止这些,还可能引起严重并发症,如轮状病毒可进入血液引起全身感染,甚至引起惊厥、病毒性脑炎或脑膜炎、癫痫、严重脱水、电解质紊乱、酸中毒等,可危及生命。6月龄-2岁是发病率最高且最严重的年龄段,感染年龄越小,婴儿的病情可能会越严重。故而,感染轮状病毒得病后危害重重,是为“第一重罪”。

轮状病毒的“第二重罪”是防不胜防。在中国,轮状病毒感染全年均可能发生,在11月至次年2月达到高峰。普通手段难以预防,病毒可以在手上存活数小时,在玩具表面存活数天,用普通肥皂或消毒剂并不能有效预防轮状病毒。轮状病毒有多种亚型,即便感染后痊愈了,也依然有可能再次感染。

无特效药是轮状病毒的“第三重罪”。目前尚无治疗轮状病毒腹泻的特效药,仅能通过口服补液或输液等对症预防脱水。一项2012年发表的综述显示:轮状病毒首次感染比再次感染更容易导致严重的胃肠炎症状。2岁前的长期反复腹泻可能影响宝宝生长发育和认知功能。

2012年世界卫生组织指出,接种疫苗是预防轮状病毒感染的最佳手段。应从宝宝6周龄开始尽早接种轮状病毒疫苗。在自然感染之前给予宝宝及时充分的保护。曾玫建议孕产妇,尽早为宝宝做好免疫规划,关注疫苗相关知识,尽早预防轮状病毒感染,在宝宝第二次接种乙肝疫苗时,及时询问接种医生有关轮状病毒疫苗的信息以防错过接种时段。乔闯