

从汤圆之祸谈吞咽障碍

——写在第十六个世界帕金森病日前夕

早在今年元宵节期间,就有一位帕金森病患者因吃汤圆噎食而窒息,心跳呼吸一度停止,经过全力抢救才挽回了生命。眼下正是清明时节,青团热销,和汤圆一样,青团也是不易嚼碎的糯米类食品,帕金森病患者在食用时要特别注意防范吞咽障碍。

吞咽障碍重可致命

据调查发现,至少有1/3以上的帕金森病患者存在吞咽障碍,可出现在病程的任何阶段,短期是引起患者生活质量降低、进食服药困难、营养不良的重要危险因素,远期则是导致患者出现吸入性肺炎(肺部感染)和死亡的重要原因。常见导致吞咽障碍的疾病除了帕金森病之外,还包括脑中风、运动神经元病、多发性硬化、重症肌无力、食管炎等。由于罹患上述疾病的人群多为老人,尤其是中风和帕金森病,因此民间常误认为“人到老年后出现吞咽障碍是一种自然现象”,其实这是一种错误甚至危险的观念,正常人即使到了老年也不应出现吞咽障碍。

及时认清发病信号

有研究显示,由于帕金森病患者脑内基底节环路功能障碍,多巴胺递质系统和其他递质系统的共同失衡导致了吞咽障碍的发生。还有研究发现,伴有步态障碍(容易跌倒)、认知功能下降(记忆力受损)、情绪异常(焦虑与抑郁)、营养不良、语言障碍(言语不清、声调变小)的患者更容易出现吞咽障碍,而吞

每次提及帕金森病,大家都会联想到人在静止状态下的“手抖病”,其实,吞咽障碍作为帕金森病的另一项症状,帕金森病患者日常生活中的一个重要安全事件,也需引起患者及家属的重视。

障碍与患者的性别、年龄、病程长短并无直接相关性。

目前认为当患者出现下列情况时需要高度警惕吞咽障碍即将或已经发生:(1)口腔容纳功能减退:每次进食的食物容量减少,如原先可以一次吃一大口米饭,现在只能一次吃一小口;(2)病情在短时间内加重;(3)体重减轻,表现为体重指数[BMI=体重(Kg)/身高(m)²]明显降低。

服用药物收效甚微

目前尚无一种对吞咽障碍具有明确治疗作用的药物。作为最常见的抗帕金森病药物,左旋多巴本身对吞咽障碍没有作用,但由于帕金森病患者“关期”时(运动症状加重期)吞咽障碍可加重,因此左旋多巴在减轻运动症状,缩短“关期”的同时,对吞咽障碍具有间接改善作用。国外近年来出现了直接对上段食管



括约肌注射肉毒毒素的方法对某些患者的吞咽障碍具有明显治疗作用,但还缺乏大规模的临床应用证据;而作为帕金森病外科治疗手段的深部脑刺激(DBS)是否对吞咽障碍具有治疗作用目前存在广泛争议,一些临床研究甚至得出了截然相反的结论,因此尚不推荐作为帕金森病吞咽障碍的常规治疗手段。

康复训练保护气道

康复训练对吞咽障碍的改善作用则是目前国内外相对公认的手段,包括对专司吞咽功能肌肉的训练,也包括对配合吞咽的呼吸肌力量的锻炼(如呼吸力量锻炼),尤其是有意识的“咳嗽”,可提高自我保护气道的能力。在此介绍几种简单易行的居家锻炼方法:

(1)空吞咽练习:患者取端坐位,身体前倾,必要时给予小桌板支

撑身体,做空吞咽动作,每次5-10分钟,反复练习,次数可灵活掌握。

(2)呼吸训练操:分缩唇呼吸、腹式呼吸2种。缩唇呼吸操——口唇做吹笛状,快速吸气2秒,缓慢呼气5-6秒;腹式呼吸操——吸气时腹部放松、膈肌收缩,腹部隆起;呼气时膈肌收缩、膈肌放松,腹部收缩。缩唇呼吸和腹式呼吸交替或同时进行,姿势以站立为主,若患者体质不允许,则可半卧位或卧位,每次20-30分钟,1天2-3次。

(3)进食训练:进食时以坐位为宜,选择易咀嚼和消化的食物,给予适于吞咽的摄入量,每次先从3-4毫升开始,然后酌情增加。进餐前后还要注意清洁口腔,喝水排痰。进食后保持坐位15分钟。

王刚 陈生弟(教授、主任医师)(上海交通大学医学院附属瑞金医院神经内科暨帕金森病诊疗与研究中心)

慢性乙肝个体化治疗寻求停药机会

虽然慢性乙肝患者都深知“抗病毒治疗是长期的持久的”,但是打心眼里大家都盼着能获得安全停药的机会。吴阶平医学基金会肝病医学部近日公布了国内首次针对慢性乙肝患者治疗需求的大型调查结果。此次调研历时2个月,有近3000位患者参与。患者停药需求强烈是此次调查的重要发现,超过九成的患者渴望通过有限疗程获得安全停药机会,更有63%的患者希望1-2年内就能够实现这一目标。同时发现有些患者在治疗过程中曾自行停药。

面对这一现状,乙肝治疗领域正在探索针对个体定制治疗方案,使更多有条件的患者能够在巩固已有治疗成果的基础上“更上一层楼”,增加安全停药和表面抗原阴转的机会。

个体化治疗是目前慢性乙肝治疗的一大趋势。根据口服抗病毒经治患者身体和经济的具体状况,加用或换用长效干扰素治疗是一种可以尝试的方式。长效干扰素具有调节机体免疫力同时抑制病毒的双重作用,帮助更多患者达到停药标准即停药后持久的HBeAg血清转换,降低停药后复发率,有望达到表面抗原阴转。在此过程中患者要把握两个关键点,一是要积极配合医生制订个体化的治疗方案;二是要定期监测“e抗原”和“表面抗原”的变化,协助医生把握加用或换用长效干扰素治疗的有利时机。袁纭

正常压力性脑积水 手术引流治痴呆

痴呆患病率正随着社会老龄化加速而增高,日益演变成一个严重的社会问题。在众多引起痴呆的病因中,正常压力性脑积水被医学界认为是首位可以治疗的痴呆。一旦明确痴呆是正常压力性脑积水所致,手术放水治疗被公认为首选方法。通过手术放管引流积水,70%-90%患者的症状可以明显改善,如果诊断过晚,手术引流治疗的效果往往大打折扣。

正常压力性脑积水所致痴呆的表现有一些特点,但非专业人士往往很难发现。它常见于60-80岁老人,缓慢起病,逐渐进展加重。记忆力减退、情绪差、淡漠,严重者明显痴呆(会被误以为老年性痴呆)。除此之外,还有行走步态异常、步幅小、行走不稳、脚步抬不高等(常被误诊为帕金森病或脑血管病等),小便次数增多,尿急感,严重时也可以尿失禁(常到泌尿科就诊)。由于这种脑积水不导致脑压增高,病人并无头痛。脑CT或MR检查可以发现脑室系统扩大,也可伴有脑白质缺血样改变。

神经专科医生进行脑脊液动力学检查,综合评价,可以明确诊断,并且可以预测手术是否有效。手术引流脑积水治疗痴呆属于传统常规的手术方法,技术成熟。

黄流清(第二军医大学附属长征医院神经科博士)

进入21世纪以来,随着高科技手段在神经病学领域的广泛应用,很多难题有望解决。在药物难治性癫痫方面,医生和患者共同面临的难题是如何最大程度地切除癫痫病灶而又能最大限度地保留具有正常功能的脑组织,现在,这对表面上看似不可调和的矛盾,曙光初现。

癫痫俗称羊癫疯、羊角风,是大脑神经元突发性异常放电导致短暂的大脑功能障碍的一种慢性疾病。根据流行病学调查,我国约有癫痫患者600万以上,每年新发病的患者为65万-70万,其中约25%为难治性癫痫,人数大致有150万以上。

上海交通大学医学院附属仁济医院神经外科徐纪文教授介绍,现代医学综合运用高场强磁共振、PET-CT、皮层脑电图、神经导航、皮层电刺激等技术可以三维地

外科治疗难治性癫痫 曙光初现

直观地看到致痫灶,以及致痫灶与正常大脑皮层的空间关系,从而使外科医师可以用微创手段对药物难治性癫痫进行手术干预。

除了上述比较传统的手术方法以外,还有一种基于电刺激、更加微创的手术方法被用于难治性癫痫治疗中来。这就是迷走神经刺激术,一种对脑部完全无创的新方法。只要在颈部将一根极其柔软的,与人体组织相容性极好的钛合金螺旋电极缠绕在迷走神经上,并与埋藏在腋下的类似于一块饼干大小的刺激器相连,刺激器通过迷走神经将刺激信息上传到大脑,从而控制癫痫的发作。为了更好地推广该技术在难治性癫痫治疗领域

的应用,目前国内第一家“癫痫迷走神经刺激技术(VNS)中国培训基地”在仁济医院神经外科成立。仁济医院神经外科自从2003年完成了本市第一例迷走神经刺激治疗手术以来,去年更是成为中国开展迷走神经刺激手术最多的单位。据该院临床数据显示,经该技术的治疗,全身性癫痫患者发作频率平均降低63.6%,发作完全停止率为26%,对癫痫持续状态的治疗也取得了理想的治疗效果。

虽然应对难治性癫痫手段多样,但是距离根治依然前路漫漫。很多非正规的医疗单位片面夸大外科手术的治疗效果,使很多患者误以为可以根治,结果却付出了惨

痛的代价。

其实,正常人在极度疲劳或心理压力大的时候也可能发生类似癫痫的发作,有经验的专科医生会嘱咐病人稳定情绪,密切观察病情的变化,做一些适当的检查排除可能的器质性疾病,不会急于给患者用药,更不会建议手术。因此,徐纪文教授提醒癫痫患者:第一不要自卑,第二要树立充分的信心,第三要有资质的三甲医院就诊。因为只有大型的三甲医院才有最先进的医疗设备和有经验的专科医师。

相信绝大多数癫痫患者,只要经过正规合理的治疗,都可以走出疾病的阴影,重新回归社会。乔阅

本版图片 IC

两种“骨炎”大不同

刚过而立之年的黄女士近两个月来一直腰痛,有人说她得了强直性脊柱炎,害她茶饭不思,情绪低落,后来经过医生的问诊和检查确诊为致密性骨炎,并非强直性脊柱炎。什么是致密性骨炎?和强直性脊柱炎有什么区别呢?

致密性骨炎一般是指骶髂关节致密性骨炎,好发于中青年女性,大部分患者没有临床症状,呈隐匿性发展,在摄X光片时才被无意发现。少数患者可能有下腰部、骶部(臀部)疼痛,多呈慢性、间歇性酸痛、隐痛,可向一侧或双侧臀部及大腿后侧扩散,但不沿坐骨神经方向放射,步行、站立、负重及劳累后加

重,休息后症状减轻。X线或CT检查可发现骶髂关节的髌骨面呈均匀浓白边缘清晰的骨质致密带、骨小梁消失,但骶髂关节面光滑、无骨质破坏,关节间隙整齐清晰。

90%以上本病患者为已婚经产女性,以妊娠后期、尤其分娩后为多见,亦可见于尿路或女性附件慢性感染后,或盆腔内其他感染。骶髂部的外伤亦可诱发或引起本病。也就是说,妊娠、分娩、外伤及盆腔感染是本病发生的主要原因。本病有自限性,预后良好,即一般不会有后遗症,因此在临床上只需要对症治疗,而应避免过度治疗。轻症者可通过休息、热敷理疗、针灸等改善疼



痛,中重度患者可以服用消炎止痛药或局部封闭治疗。

强直性脊柱炎最常见的症状也是下腰部痛和(或)臀部痛,X线或

CT检查骶髂关节也可以有骨硬化的表现,这是发生误诊的主要原因。但这两种病的疼痛特点不同:强直性脊柱炎的下腰痛常伴有晨僵,活动后减轻、休息后反而加重,常有夜间痛醒、翻身困难等;致密性骨炎的下腰痛在休息后可减轻,增加体力劳动或长时间行走后会加重。这两种病的骶髂关节在X线或CT片上也有特征性的不同:强直性脊柱炎的骶髂关节面一般有破坏性改变,关节间隙可以狭窄等;致密性骨炎的骶髂关节面光滑(即没有破坏),关节间隙一般正常。另外,强直性脊柱炎好发于青年男性,90%以上患者的HLA-B27化验为阳性,血沉增高也较常见。当然,在极少数情况下这两种病可以合并存在。

戴生明(第二军医大学附属长征医院风湿免疫科副主任医师)