

糖尿病眼病“盯上”年轻人

糖吃多了得糖尿病?

很多年前,我国做过青少年糖尿病的调查,一个城市的10万人中没有发现一个孩子得2型糖尿病。但是现在不一样了,城市中的孩子,尤其是比较胖的,患糖尿病的多了起来。以前的调查结果显示40岁以后糖尿病发病率直线上升,现在的调查结果又不一样了,大概有35%的糖尿病患者是30岁以下的。这说明了糖尿病在年轻化。

糖尿病为什么会“盯住”年轻人呢?其实不是糖尿病找他们,而是他们“自投罗网”。有些人认为血糖高了是因为糖吃多了,“我少吃糖就好了”,这是一种谬论。糖尿病发病的演变是与现代不良生活方式密切相关的多种因素的结果。

四招逃离“甜蜜陷阱”

饮食不合理显然是患糖尿病的第一要素。先看看现在年轻人的成长过程:刚出生,家长就怕他们“饿着”,妈妈拼命往孩子嘴里“塞”,明明营养足够了,晚上还给“加餐”,小小的年纪就成了“小胖墩”;长大了,对“垃圾食品”情有独钟,抱着碳酸饮料当水喝,加上抽烟、酗酒……不知不觉已经陷入了糖尿病的“罗网”。而进入社会后,大量的餐桌应酬随处可见。有人把大吃大喝引起的肥胖症、糖尿病、高血脂、高血压、脂肪肝、痛风等称作现代“富贵病”。这种“富贵病”的发展过程很缓慢,有的是几年、十几年,甚至几十年,具有很大的隐蔽性。

再看生活习惯和运动量。在

今年“爱眼日”的活动主题是“关注眼健康,预防糖尿病致盲”。糖尿病眼部并发症如糖尿病视网膜病变,会严重损害视力健康,是目前致盲的主要原因之一。在眼科的临床工作中,出现越来越多的30岁-40岁的糖尿病视网膜疾病患者。糖尿病眼病的年轻化直接源于糖尿病发病的年轻化。



我国,农民和矿工的糖尿病发病率明显低于城市居民,据推测可能与城市人口参与体力活动较少有关。增加体力活动可以减轻或防止肥胖,从而增加胰岛素的敏感性,使血糖能被利用,从而预防糖尿病。相反,若体力活动减少,就容易导致肥胖,而降低组织细胞对胰岛素的敏感性,血糖利用受阻,就可导致糖尿病。现在的年轻人玩电脑游戏成瘾,有的一玩就是一宿,或宅在家里靠零食度日,即使上班族,也多是在电脑前,很少有特意的户外活动或健身运动。其实,坚持体育锻炼是年轻人都应该养成的生活习惯,不要因为你不是体力劳动者,就可以不付出“体力”。

而学习工作的高压力与人际交往中紧张和焦虑的情绪更是雪上加霜,促使人体长期处于应激

状态,体内大量分泌“应激激素”,使血糖升高,长此以往,引发糖尿病产生。

健康的生活方式,需要平衡饮食,适量运动,戒烟限酒,保持愉快的心情。因此,要逃离糖尿病这个“甜蜜的陷阱”,大家就要从以上四点努力做起。

得了糖尿病立马查眼睛

如果已经成为了年轻的“糖人”,就要正视糖尿病的视网膜病变。糖尿病患者视网膜病变的发生率为21%-36%。糖尿病视网膜病变的病理基础是微血管病变,是一个逐步发展的过程。我国眼底病学将糖尿病视网膜病变分为背景型与增殖型两型,每型又分为三期。由I期发展到III期,速度一般较为缓慢,患者可能全无症状,视力不受影响。到IV期以

后,可引起眼内出血及其他严重并发症,出现视力减退,视野缩小,屈光改变,对比敏感度降低等症状。此时即使血糖得到控制,全身状态有所好转,亦不能使眼部病理过程逆转,必须配合局部治疗,才能使病变稳定。如果不及时治疗,视网膜病变发展到最后,会出现新生血管性增殖膜、牵引性视网膜脱离、新生血管性青光眼,最终失明。

因此,一旦确诊为糖尿病,首先,应该马上找专业的眼科医生检查眼睛,尤其是视网膜病变,这是糖尿病眼病致盲的主要原因。

其二,要牢记视网膜的疾病及早发现可以及时处理,抓住治疗的最佳时机。

其三,30岁-40岁的糖尿病视网膜疾病患者与老年患者相比有以下特点,希望引起大家的重视:(1)就诊时病情严重。很多的年轻患者是因为视力下降甚至突然失明才去眼科检查,此时才发现患上了糖尿病,视网膜病变已经进入增殖期。很多病人连激光治疗的机会都没有不得不直接进了手术室。(2)这类患者由于前期血糖控制差,视网膜耗氧量,又未经过激光治疗,手术的难度增大,成功率明显下降。(3)这一年龄段的年轻人正处在忙碌工作的状态,不能及时地复查和按照医嘱治疗,造成疾病的推进。

糖尿病重在预防,糖尿病眼部疾病更重在早期防治,希望青壮年朋友重视自己的生活方式,积极地管理好自己的健康。毕竟,没有什么比自己的身体更宝贵。

秦要武(复旦大学附属眼耳鼻喉科医院眼科副主任医师)

淋巴瘤是起源于淋巴造血系统的恶性肿瘤。淋巴瘤固然可怕,但是选择合适的治疗方案以及合适的治疗策略,淋巴瘤并不是不可战胜的。特别是一些复发难治的淋巴瘤患者,血液科医生根据肿瘤的病理类型及临床特点,设计合理的方案以及结合自体造血干细胞移植进行巩固,可使多数患者获得完全缓解及长期生存。

年过半百的徐先生是套细胞淋巴瘤患者,起病急骤,迅速进展为全身多处淋巴结肿大,脾大,大量胸水,骨髓受累进展为白血病。血液科医生根据患者情况选择个体化的化疗诱导缓解,并结合自体造血干细胞移植巩固强化,目前患者所有病灶均消失,骨髓完全缓解,已经在随访过程中,病情稳定。套细胞淋巴瘤是一种具有独特临床病理特征的B细胞非霍奇金淋巴瘤,约占非霍奇金淋巴瘤的3%-10%。主要发生在中老年人,中位发病年龄60岁,以男性居多。

正处弱冠之年的陈同学起病时为噬血细胞综合征,肝脾肿大,稽留高热,血象三系极度降低。经脾脏切除术后明确诊断为脾脏T细胞淋巴瘤,后经多次化疗后诱导缓解,结合自体造血干细胞移植巩固,患者目前一般情况良好,完全缓解,已经返回大学读书。脾脏T细胞淋巴瘤是一种罕见的非霍奇金病,通过免疫分型等检测最终明确为哪个类型,如预后评估归为侵袭性淋巴瘤的话,中西医结合治疗应以西医治疗为主,中医治疗为辅助地位。

淋巴瘤患者关键要树立战胜病魔的信心,选择合适的治疗方案,多半患者可以获得完全缓解及长期生存。即使是复发难治的淋巴瘤患者,只要治疗策略得当,一部分患者仍然可以取得比较满意的疗效。

谢彦晖(复旦大学附属华东医院血液科主任、教授)

选对策略 淋巴瘤过半能缓解

知晓自己的血压值 防治高血压的第一步

“我的血压110/70mmHg,是理想血压。”在2014中国高血压筛查公益项目上海站活动上,中国工程院院士、复旦大学附属中山医院心内科主任葛均波率先亮出自己的血压值。“要督促老百姓尽快行动,让高血压降下来尽早达标,先得让大家知晓自己的血压值,落实筛查工作。”



中华医学会心血管病学分会主任委员霍勇教授随后介绍,本次高血压筛查公益项目将通过“云”技术,帮助全国300家医院的700名心内科门诊医生,实现15万人次的患者筛查,建立血压管理电子档案,从而实现临床医生对每一名患者血压变化的长期监测与记录。

在美国最新发布的《2014成人高血压管理指南》中,将60岁以上人群的降压目标值设定为150/90mmHg,60岁以下人群则设定在140/90mmHg。霍勇教授认为,这也符合中国临床实践。

知晓血压值之后,提高血压达标率是降压治疗的第一要务。而且早期降压达标可显著降低心血管事件发生风险。霍勇教授进一步指出,作为适宜于大多数中国高血压患者的降压策略,使用单片复方制剂可以提高联合降压的治疗水平,减少由于医疗水平参差不齐而造成的联合治疗使用不足、不及时、配伍不科学等问题,减少漏服、错服、擅自减量等问题,从而有助于大幅度提高降压治疗的达标率。

袁寰 本版图片 TP

心室重建 “降落伞”成功“着陆”

学术会议倡导“医学民生”惠及心脏病患

今年5月底,一年一度的东方心脏病学术会议迎来了第八届的成功举办。东方会完美地诠释了“以开放为基石,以合作为前提,以创新为灵魂”的办会理念,各个论坛不仅传递心脏病学的前沿观点和学术动态,更将最新技术演示完整地呈现在医学同道面前,方便医生们彼此切磋交流。今年手术演示的一大亮点是,在国内首次直播经皮心室重建术(PVR)。

急性心肌梗死患者若未及时开通血管,可导致左心室扩张和重构,继而引起心衰、心律失常及心脏内血栓等并发症。目前,尽管国际上在药物和器械治疗上

取得很大进展,但心肌梗死后心衰的总死亡率和住院率仍较高。外科心室重建手术(SVR)通过外科开放手术方法切除室壁瘤、缩小左心室,早期研究结果显示前景良好,但具有创伤大、效果不够理想等缺点,该技术一直存在争论。

经皮心室重建术(PVR)演示的病例为53岁男性,急性前壁心肌梗死后2年,2年前行经皮冠状动脉介入治疗术后,仍有心脏扩大、室壁瘤,左室射血分数38%,平时有活动后胸闷气促症状,NYHA心功能II级。PVR通过导管技术,将形状类似“降落伞”的装置经股动脉送

到左室心尖部释放,将梗死的心肌与左心室隔离,从而重建左室的形态、缩小其体积并提高室壁的顺应性,从而在缩小左室容积、改善左室形态、提高患者心功能的同时避免外科手术创伤。直播手术由复旦大学附属中山医院葛均波院士、香港中文大学卓卓文教授以及美国Barry Templin教授共同完成。

本次东方会首次提出“医学民生”概念,也就是说,无论最新进展还是基础培训,最终目的是提高我国心血管病防治水平,惠及广大患者,促进大众健康。潘文志(复旦大学附属中山医院心内科)

今年6月6日是第二个“中国房颤日”。房颤患者应把预防中风作为首要大事,可根据自测表评估自己的中风风险并及时开始抗凝治疗。

数据显示:40岁及以上人群中,有将近1/4的人在一生中会发生心房颤动,房颤的主要症状有心悸、眩晕、晕厥、气促等,但也有一些患者没有任何症状。与无房颤者相比,房颤患者罹患中风的风险高出近5倍,且由房颤导致的中风致死率高、致残率高、复发率高,后果更加凶险。抗凝治疗是降低房颤患者中风发生率、死亡率的直接措施,也是房颤患者的首要治疗策略。我国是房颤第一大国,约有数百万房颤患者,超过欧美国家患者总和,但最新数据显示:我国房颤患者使用抗凝药来预防中风的比率却远远低于

给房颤中风风险打分

欧洲国家,发病人多,抗凝药使用率低,使我国房颤中风预防面临严峻挑战。

确诊为房颤的患者首先要自问:患中风的风险有多高?该不该吃抗凝药?要回答这个问题并不难,只要对照房颤中风风险分层评估表,计算得分即可。这个评估表的最高分是6分,其中心力衰竭、高血压、年龄≥75岁、糖尿病各占1分,先前曾有中风或短暂性脑缺血发作或全身性栓塞占2分,得分越高中风的风险也就越大。其实只要有1分,就应开始抗凝治疗,尽早服药,能够远离中风的威胁。

另外,改变生活方式对于房颤患者预防中风也会有帮助。例如多做运动,戒

烟,戒酒,避免饮用有咖啡因的饮料,经常监测自己的血压和胆固醇水平,遵从低盐和低脂的饮食习惯等。

房颤患者选择抗凝药物时专业性也很强,应按医嘱用药。阿司匹林和抗凝药药理学机制不同。阿司匹林是通过减少血小板聚集来预防血栓形成的,对动脉粥样硬化导致的血栓效果比较好。而房颤导致的血栓主要是凝血因子在起作用,因此阿司匹林的效果有限,推荐华法林、达比加群酯这类作用于凝血因子的口服抗凝药物。

李毅刚(上海交通大学医学院附属新华医院心内科主任、教授)