

健康园

本报专刊部主编 | 第 604 期 | 2016 年 9 月 12 日 星期一 责任编辑:潘家新 视觉设计:臧云阳 编辑邮箱:pjx@xmwb.com.cn

能预测脑卒中的血中指标

◆ 张家庆

如今,危害我国人民的疾病。除了癌症,脑卒中是致死致残的重要原因之一。如何预防脑卒中呢?尤其是缺血性脑卒中,除了要降低收缩压、积极治疗高血压、戒烟、防止糖尿病、防止心脑血管病及心房纤维性颤动等,对发病风险大的人重点加以防治,可以收到事半功倍之效。

能不能像其他某些病一样,查血指标来发现呢? 现在国外正在研究。2016 年 8 月 24 日在网上提前发表的美国《神经病学》杂志上就有人提出血中 4 个指标与缺血性脑卒中有关。

他们利用原来对高血压和脑卒中等研究的部分对象共 3224 名,从 1998-2001 年起,随访 9.8±2.2 年。这些对象年龄 61±9 岁,54%是女性。入组时加测了血中 15 个指标。在随访期间第一次发生缺血性脑卒中 98 例。

这 15 个生物指标主要是有关炎症与内皮功能的。把发生脑卒中与这些指标加以分析,为了便于比较,统计各个指标每增加一个标准差(SD,统计学名词)所加的发生脑卒中的风险比(HRs)。

这 15 个指标中有 4 个指标增加与发生缺血性脑卒中风险增高有统计学意义,它们是:C 反应蛋白(CRP)增加风险 28%,肿瘤坏死因子受体 2(TNFR2)增加 33%,全部同型半胱氨酸增加 32%及血管内皮生长因子(VEGF)增加 25%。

所以在其他预测脑卒中风险指标(如高血压、糖尿病、心房纤维性颤动、动脉粥样硬化等)上再加测以上 4 个血液指标,如果增高,可以提高预测脑卒中的能力,也可以因此重点对这些对象进行预防工作。

但是以上工作仅仅是观察性工作,说明二者之间有关,不一定就是因果关系。而且这些指标往往是指全身性轻度炎症及内皮功能失调,并不是指局限在脑部。而且有些指标如血管内皮生长因子曾有人报告当升高时可以增加脑部血流量,因而保护神经元。但是当

VEGF 水平升高时确实增加发生动脉粥样硬化的机会。有人用 VEGF 抑制剂治疗视网膜黄斑变性时,并没有看到脑卒中的风险降低。全部同型半胱氨酸能加快动脉粥样硬化进程,因而促进脑卒中的发生。C 反应蛋白增高说明全身有轻度炎症及血管中斑块不稳定,因而利于发生脑卒中。TNFR2 是一个新出现的指标,本研究第一次证明它是脑卒中的一个风险因子。曾有人报告用 TNF-α 抑制剂来治疗类风湿性关节炎,同时发现血管病变减少。

因此这些指标要综合起来看,从总的看,包括血压等这些指标都有增高趋势,说明这个对象的脑卒中风险是高的,单凭个别指标改变不能肯定说明问题。

本研究在脑卒中的血液中标测定方面是领先的,因而也是初步的。希望将来进一步研究能解决病因及病理生理问题,因而可提出预防及治疗措施。

我国目前尚未开始脑卒中的这方面研究,不过由于我国脑卒中比西方多,更要从预防及治疗高血压及糖尿病等着手。要减少饮食热卡,适当活动,心理平衡,缩小过大的腹围,真正建成健康中国!



图 TP

早期识别脑卒中 把握黄金3小时

◆ 岳蕴华

脑卒中又称脑中风,是指供给人体脑部的血流发生障碍,包括血管阻塞(缺血性中风)和血管破裂出血(出血性中风),导致脑细胞无法获得维持正常活动的氧供和营养,一部分脑细胞受到损伤或死亡。

识别症状争取3小时内有效救治

脑中风急救口诀:“言语含糊嘴角歪,胳膊不抬奔医院”,如果发现这三个症状中的一个,就应毫不迟疑地拨打120急救电话,送往具有溶栓能力的医院,争取在脑中风症状发生后的黄金3小时内得到有效救治。

当缺血性中风发作时,会出现讲话讲不清楚、看东西看不见、一侧手或一侧脚不灵活、一边的身体没有感觉等症状。出血性中风的症状表现为不同程度的意识障碍及头痛、呕吐或偏瘫。在100个中风的病人中,有70个人可能都是血管阻塞,还有20到30人是血管破裂。在血管破裂的病人中,一类是脑出血,还有一类是死亡率极高的蛛网膜下腔出血。

缺血性中风的常见原因是脑血栓形成,多有动脉硬化及高血压病史,常在休息、静止或睡眠等静态时发病,发病前可能有短暂性

的脑缺血发作。出血性中风常见为脑出血,多见于50岁以上的高血压患者,多在情绪激动及使劲用力等动态下突然发病,进展迅速。

小中风也是危险征兆

临床中,常见患者说自己症状发生后很短的时间就恢复了,认为这是小中风。其实,这也是缺血性中风的一种类型,同样危险性极高。中风也好,小中风也好,都是一个卒中的事件,等同于发一次心肌梗塞,发一次心绞痛。

大家通常在心绞痛、心肌梗塞后会第一时间赶到医院,然而,出现中风征兆后赶到医院的时间却比较晚的。据统计,脑中风3个小时以内到医院的患者大约只占20%。在中国,脑中风已成为致死率和残废率最高的疾病,死亡和疾病负担超过了心脏病,呈现高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率等特点。

尽快送往有溶栓能力的医院救治

由于急性缺血性中风占有中风患者的60%-80%,而大多数缺血性中风是由于血栓栓塞引起的颅内血管闭塞,因此,尽快使血管再通是合理的治疗方法。

溶栓的时间窗是3小时,即在发病后的3小时内到达医院实施溶栓治疗,如果超过3个小时以上,溶栓治疗的获益会显著降低,所以中风患者救治中第一强调的是抢时间。抢时间不仅是在院前急救,到了医院还要避免因接诊、缴费、排队检查等耽误救治,这就要提醒一旦发现身边的人出现急性中风状况,应第一时间把病人送到具备溶栓治疗能力的医院治疗。原因是溶栓经验丰富的医院,往往有绿色通道和卒中团队,病人入院后医生快速确诊并立即给患者急诊CT平扫,确保最快速度完成检验报告和CT检查结果。卒中团队医生和影像科医生一同阅读CT平扫结果,判定患者是否适合溶栓治疗,如适合,便立即静脉注射溶栓药物,确保患者得到及时、规范的救治。

溶栓治疗是目前治疗超早期急性缺血性中风的有效方法,50%的患者可以在3个月左右全部或部分恢复健康,任何一项其他治疗都达不到这样的疗效。

(作者为同济大学附属杨浦医院神经内科主任医师)

癌痛规范化诊疗水平仍有待提高

◆ 陈平

据国家癌症中心最新发布的权威数据显示:我国每天恶性肿瘤新发病例数已达到1.2万例,而癌痛作为肿瘤最常见伴随症状,治疗现状不容乐观。

近日,在中国临床肿瘤学会、中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会、中华医学会疼痛学分会、中国医师协会疼痛医师专业委员会等共同参与的蔚蓝丝带关爱癌痛患者协作组成立仪式上,同期发布了由中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会组织实施的《全国百家医院癌痛合理用药情况调研》结果,此调研在全国17个省(市)的175家医院开展,历时三个月完成,覆盖了一线、二线、三线 and 四线城市的多级医院。

中国抗癌协会癌症康复与姑息治疗专业委员会主任委员、上海长征医院肿瘤科主任医师王杰军教授在会上介绍了此次调研的核心发现:

■ 癌痛患者数量逐年上升,及时就诊、得到及时诊疗比例低 本次报告显示,在第一

次疼痛发生后,仅有28%的患者在1-10天内就诊,仍有三分之一以上的患者在疼痛发生一个月后乃至半年以上方才就诊。同时,第一次因疼痛就诊后,仅有35%的患者会在10天内得到治疗,大部分患者接受疼痛治疗的时间在一个月之后。

■ 中重度癌痛患者强阿片类药物的使用情况并不理想 阿片类药物是治疗中重度癌痛国际公认的金标准。从阿片类药物的使用情况来看,给癌痛患者提供阿片类药物镇痛治疗的医院比例从之前的60.6%上升至现在的76.0%,实施规范诊疗的医院比例也从28.6%上升至47.4%,两项均呈现逐年上升趋势。但是,从中重度患者用药情况来看,依然并不理想:近50%被评估为中度疼痛的癌症患者仍被处方非强阿片类药物,近25%被评估为重度疼痛的癌症病人仍未被处方强阿片类药物,甚至还有部分中重度患者未曾使用任何药物镇痛。影响强阿片类药物使用的主要因素包括:患者的顾虑,医生“重治癌,轻治癌”的错误

观念,以及部分地区政策限制等多方面原因。

■ 癌痛病人的筛查评估状况仍需改善 癌痛患者的治疗需要经历癌痛筛查评估、药物处方开具、后续电话随访等一系列过程,规范化的癌痛治疗能够大幅度提升癌症患者的诊疗效果。从癌痛筛查评估的情况来看,总体仍显不足,仅有小部分医院设有专职护士针对门诊癌痛病人进行专项的筛查和评估(15.4%)。相对来说,在实施了癌痛规范化病房管理的医院,无论在新入院和门诊环节,还是在癌痛的筛查评估工作方面都开展得比较完善(分别达到了98.1%和83.7%),明显高于未实施癌痛规范化病房管理的医院。总体来看,新入院的癌症病人的癌痛筛查评估比例明显高于门诊癌症病人的评估比例(16.2%)。在中国,患者极少主动向医务人员报告疼痛,因此,癌痛的筛查评估对于及时发现癌痛、治疗癌痛非常有意

■ 各级医院对于麻醉性镇痛药的配备情况存在较大差异 三级医院的配备比例明

显高于其他级别医院,一级医院和基层医疗卫生机构配备比例较低,仅为7.2%,未配备麻醉性镇痛药的医院以一级医院和基层医疗机构为主,占比高达90.9%。

■ 癌痛患者在门诊开药困难重重 在门诊就诊的癌痛患者中,有69.5%为中重度癌痛患者,他们在多个环节遭遇壁垒,只能“望药兴叹”。

王杰军教授介绍说:“国家于2011年开始推行的‘癌痛规范化治疗示范病房’工作意义重大,此次调研结果显示,开展癌痛规范化治疗示范病房建设的医院在癌症患者收治比例、癌痛规范化治疗比例方面都明显高于尚未开展的医院,而且在麻醉精神类药品的管理、配备、合理使用上,也都明显好于没有开展示范病房建设的医院。2016年国家卫计委和中医药管理局联合发布的《关于加强肿瘤规范化诊疗管理工作的通知》中,再次强调了‘继续推进癌痛规范化治疗示范病房的建设’。未来期望癌痛规范化治疗示范病房的建设工作能够在相关政策的推动下继续深入,帮助广大医护人员有效提高癌痛重要性和规范化诊疗的认识。”