

关注淋巴瘤,不仅仅因为那些名人

发病率上升 青壮年好发

最近,年仅30岁的抗癌女漫画家熊顿因患淋巴瘤去世;之前,电视播音员罗京、主持人英子、青年演员李钰、二人转演员李政春、歌手阿桑等也都因为淋巴瘤而早早地离世。淋巴瘤,这个血液系统恶性肿瘤的名称一次次进入大众的视线。在我国,淋巴瘤的发病率近年来呈上升趋势,而好发的年龄段恰恰就是青壮年。

分两大类 多种亚型

不明原因的长期高热不退,莫名其妙的无痛性淋巴结肿大,还有毫无诱因的盗汗、消瘦、乏力、瘙痒、皮肤肿块、皮肤结节、腹痛腹泻、胸腔积液、脾脏肿大等,都可能是淋巴瘤的首发症状。要知道,按照世界卫生组织(WHO)的最新分类,淋巴瘤分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类,以非霍奇金淋巴瘤最为常见,约占淋巴瘤的85%。非霍奇金淋巴瘤按照细胞来源分为B细胞性和T/NK细胞性两类,每一类又分为多种亚型,共有数十种之多,因此淋巴瘤的临床表现呈现很大的异质性,治疗方案、治疗效果也存在很大的差异。然而,早期诊断、准确分类和个体化治疗,不仅可以明显延长生存时间,还可以明显改善生活质量。

提高警惕 早诊早治

早期诊断有赖于病人的警惕性,准确诊断分类有赖于病变部位的活组织病理学检查,也就是通过小手术

将浅表肿大的淋巴结、皮肤肿块取出,或者做纤维支气管镜、纵隔镜或腹腔镜,将位于胸腔、腹腔的病灶取出,送病理科做免疫病理学检查,有些深部或脑部的病灶,则需要通过剖腹探查或开颅手术方能获取。淋巴瘤的诊断一旦明确,就需要进行全面的检查,包括B超、CT、MRI、PET等影像学检查,血液和骨髓检查以及染色体、基因检查,以明确疾病分期,由此来确定治疗方案,判断预后,并根据病人的整体情况和脏器功能,评估是否能耐受化疗或者放疗,是否需要调整治疗方案和药物剂量,这对于老年病人或同时伴发其他慢性疾病的病人尤其重要。

新型药物 造福病人

淋巴瘤的治疗近年来已经取得了很大进展,除了常规的化疗和放疗外,还有靶向性非常强的免疫治疗,甚至对于胃黏膜相关淋巴瘤的病人,还可以通过杀灭幽门螺杆菌的药物获得症状改善或者临床治愈。当然,高效、低毒的新型化疗药物也愈来愈多地被研发出来,针对心、肝等重要脏器的保护性药物也已经用于临床,造福病人。

已知病因和发病机制

淋巴瘤的病因和发病机制还没有完全阐明。已经发现的包括:EB病毒与Burkitt淋巴瘤、T细胞淋巴瘤和免疫缺陷相关淋巴瘤密切相关;人



类T细胞白血病/淋巴瘤病毒(HTLV)与成人T细胞白血病/淋巴瘤和T细胞皮肤淋巴瘤相关;人类疱疹病毒-8(HHV-8)与原发性渗出性淋巴瘤相关;幽门螺杆菌与胃黏膜淋巴瘤相关。遗传性或获得性免疫缺陷患者的淋巴瘤发病危险比普通人

群高几十倍;干燥综合征患者的淋巴瘤发病率也比一般人群更高;长期接触杀虫剂、除草剂、真菌剂、溶剂以及在皮革、染料、放射线等环境中工作也与淋巴瘤的发生相关。

总之,由于新的诊断方法和新的治疗方法不断涌现,淋巴瘤病人的生

存期和生活质量已经获得了很大改观。很多病人通过早发现、早诊断以及合理、规范的治疗而获得长期生存,部分患者甚至获得了疾病的治愈。相信医学研究的不断深入,一定能为淋巴瘤的彻底治愈带来希望。

(新民)

治疗慢性腹泻 方法很重要

随着医学的不断进步,人们对肠道疾病的认识不再是含糊而笼统的。以慢性腹泻为主要表现的炎症性肠病被细分,主要包含两种非特异性肠道炎症性疾病:溃疡性结肠炎(英文缩写为UC)和克罗恩氏病(Crohn's病,简称CD),两者都是近年来消化学界重点研究的肠道疾病。深受重视的原因在于,炎症性肠病已成为消化系统常见疾病和慢性腹泻的主要病因,各年龄段均可发病,青壮年发病更多。

溃疡性结肠炎可累及直肠、乙状结肠、降结肠乃至全结肠,病变特点有持续性、浅表性、易脆性、出血性、连续性、化脓性及溃疡性等特点。晚期由于结肠纤维组织增生,肠壁变厚、变窄、息肉增生,可能导致癌变。克罗恩氏病可侵及从口腔到肛门的任何消化道部位,呈节段性和跳跃性改变,回肠末端和邻近结肠最常累及。

这两种疾病的发病机制尚不清楚,大多数专家倾向于与遗传、感染、免疫、神经、精神等因素有关,是多种因素共同作用的结果。

溃疡性结肠炎患者的主要症状为发热、腹泻、腹痛和黏液脓血便,克罗恩氏病患者主要表现为腹痛、腹泻、腹部包块、肠梗阻、瘘管、肛门病变和体重下降。由于炎症性肠病病因不清、临床症状不特异,易与其他疾病混淆,因而诊断比较困难,一旦误诊则引起误治,结果轻者迁延不愈,重则危及生命。因此,尽可能做到早诊断和早治疗。

目前诊断炎症性肠病主要依靠详细的病史、结肠镜检查和黏膜组织学检查等资料。大多数患者比较惧怕结

肠镜检查,但是它对于疾病的确诊却具有相当重要的价值,所以疑似炎症性肠病患者需接受结肠镜检查并取活检,病变肠段活检有助于确诊。但对于重症或暴发型炎症性肠病患者,可缓做或是仅做直乙结肠镜检查。当患者具有上述典型症状和肠镜下表现以及特征性的病理组织检查结果时,不难做出炎症性肠病的诊断。重症或病程长的炎症性肠病患者因易并发肠道恶性肿瘤,需要定期复查结肠镜。此外,小肠镜和胶囊内镜检查可显著提高小肠克罗恩氏病的诊断率。

炎症性肠病的治疗需遵循“分级、分期、分段”的个体化原则,因为同种疾病在不同患者、同一患者在不同阶段,其治疗方案都会有所不同。患者应按医嘱坚持服用氨基水杨酸制剂、激素或硫唑嘌呤等药物,部分病情严重的患者可能还需要手术治疗。患者应避免劳累并加强营养支持,对于活动期患者给予流质或半流质,忌海鲜食品,避免冷饮、多纤维素蔬菜以及刺激性食物摄入;对于缓解期患者则以高热量、有营养、易消化食物为主,主张少食多餐;克罗恩氏病患者限制乳品及半乳品的摄入;重症患者需住院补液治疗,甚至需要禁食,给予全胃肠外营养支持治疗,并可酌情使用抗生素防治感染。

只要患者认真随访、规范用药、定期进行肠镜检查,并根据具体情况随时调整诊疗方案,就不难控制炎症性肠病的复发。为此患者要有信心和恒心,并坚持到正规医院消化专科就诊。

(张敏红)



进补之道 贵在平衡

冬令进补是我国历史悠久的民间习俗之一。冬天人们食欲大增,脾胃运化转旺,此时进补能更好地发挥补药的作用。中医长期临床实践证明,冬令进补不仅能调养身体,还能增强体质,提高机体的抗病能力。准备进补的人们要及时、科学安排。

在冬至前后进补为最佳,因为冬至日是一年中白天最短、黑夜最长的一天。《易经》中有“冬至阳生”的说法,节气运行到冬至这一天,阴极阳生,此时人体内阳气蓬勃生发,最易吸收外来的营养而发挥其滋补功效,所以在这一天前后进补最为适宜。

中医“补法”主要适应于各种虚弱的病症,通过服用各种补品补药,来调节或改善生理功能,增强体质,提高抗病能力。如果患重症大病,或施行外科手术以及老年慢性病患者,出现气血亏损、形体消瘦、面色萎黄、疲乏无力、头目眩晕、畏寒肢冷等症,都应及时进补,促使迅速消除各种虚弱症状,达到恢复健康的目的。

25岁~45岁的中青年,由于工作上的竞争日趋激烈,生活上饮食起居失调以及环境、遗传因素的影响,加上没有持之以恒的体育锻炼而导致神疲乏力、腰膝酸软、胃纳不佳、情绪低沉、焦虑善愁、精力不济、健忘失眠、惊悸胸闷、自汗盗汗、头晕眼花等不适。这些主观上有自觉症状却又查无实据的人,在现代医学上被称为亚健康人群。亚

健康相当于中医学中的未病。虽未检查出有器质性疾病,但中医认为,患者已经存在表里寒热虚实不平衡、不调和,它的进一步发展必然是正不胜邪而致病,所以也应及时调补。

进补前先要找有经验、有资质的中医师看一看我们的身体是否适合进补。因为虚弱难受补,某些人体质虚弱,一下子不能承受补品之补,反而会引起身体的不良反应。如进补后口舌生疮、失眠、胃疼、腹胀、腹泻等,就是因为进补后先引起消化不良,进而影响吸收机能,造成营养不良、气虚血弱,正所谓“虚不受补”。一旦出现这种情况,应根据当前的身体特点服食平和健脾之品先“开路”,使人体逐渐适应补品的药力作用,为服用补剂打好基础,效果才会好。

中医药理学认为,药无贵贱,对症即行。如果药不对症,即使高档补品也于病无补。贵重药并不对所有人、所有病都奏效,有时反而贻害。俗语说:“药症相符,大黄亦补;药不对症,参草亦毒。”服补品应辨证论治,剔其有余,补其不足,贵在平衡。

新近患病的人首先要将疾病彻底治愈,所谓“祛邪务尽”,方能进补。如果身患急性病后仍然没有停止服用补剂,结果就成了“闭门留寇”,不但没有强身健体,反而使感冒发烧、急性腹泻、急腹症等疾病粘腻难愈。

(王宇新)