

小斑块大问题，颈动脉斑块怎么修？

■柏骏 曲乐丰

近年来，随着人们健康意识提高、越来越重视体检，以及媒体的相关报道，“颈动脉斑块”这个新名词反复出现在公众视野，并且常常与“脑卒中”形影不离，以至于该斑块色变者大有人在。

通常认为，动脉粥样硬化是人体自然衰老的表现之一，就如同年纪大了长白头发一样，不过，近年来颈动脉斑块人群的日益年轻化、“斑”人群日益庞大，让人们不得不正视这个健康问题。据不完全统计，我国颈动脉斑块人群超过1.2亿，由此埋下的健康隐患不容小觑。到底什么是颈动脉斑块，有哪些危害，又该如何处理？

有了颈动脉斑块，就一定会脱落？

恰如自来水管年久生锈，人体的血管尤其是动脉，年久也会生锈，我们可以把动脉的“锈斑”称作“动脉斑块”。动脉斑块是动脉粥样硬化的表现，也是人体血管衰老的标志。人体的动脉系统是一个整体，四通八达，因此斑块可生长在全身动脉系统的各个部位，生长在颈动脉内的就是颈动脉斑块。所以，绝大多数的老年人，都会伴有颈动脉斑块。

既然这样，颈动脉斑块就是安全无害的吗？答案是否定的！

我们在门诊经常会碰到体检查出颈动脉斑块的患者，他们往往非常紧张，认为一旦有了颈动脉斑块就会脱落堵塞导致脑梗。真相是否如此可怕？有了颈动脉斑块，就一定会脱落？这其实得分情况而论。

一般情况下，60岁以上人群，身体健康者，无高血压、高血脂、糖尿病等代谢疾病的，数毫米的颈动脉斑块，并不会对人体造成明显危害。

那么，什么样的颈动脉斑块需要拉起警报呢？这三类人群要注意：



一是合并“三高”的患者。高血压、高血脂、高血压本身是动脉斑块的重要诱因，尤其是高血脂的患者，动脉斑块的主要成分就是脂质沉积。

二是生活饮食习惯不佳者。比如缺乏锻炼、肥胖、喜食高油高脂肪食物、抽烟等，这些不良嗜好会加速颈动脉斑块的生长。

三是年轻的颈动脉斑块患者。我们时常会遇到30岁至40岁左右的颈动脉斑块患者，他们被视为“动脉硬化”的年轻化群体，往往伴有动脉疾病的遗传因素，其颈动脉斑块的发展可能快于常人，需要额外重视。

现实生活中，这三种情况往往合并存在，多种高危因素互相影响。

颈动脉斑块会产生哪些恶性后果？

“自来水管的锈斑可以清洗，颈动脉斑块也可以清除吗？”很多患者给临床医生及医学研究者提出了很好的课题。医学专家们一直在想方设法地消除斑块。可惜的是，目前大部分的颈动脉斑块无法有效清除，有临床研究报道，只有早期的微小斑块可通过较强的药物降脂治疗得到逆转。

既然颈动脉斑块清除不了，只能任由其发展吗？当然不是。任何年龄段的人群，一旦查出颈动脉斑块，就必须高度重视，积极筛查高危因素与基础疾病，同时对饮食、生活习惯加以关注。

当颈动脉斑块持续地生长，足以明显突出到颈动脉管腔，会导致颈动脉狭窄，严重的可堵塞颈动脉导致大脑供血障碍。

此外，巨大的颈动脉斑块会破裂出血，脱落物顺着血流堵塞颅内动脉，导致远端脑组织急性缺血，称为缺血性卒中。这是颈动脉斑块导致的最严重后果。因颈动脉斑块相关的颈动脉狭窄占缺血性卒中病因的30%-50%，所以，颈动脉斑块当仁不让地被称为大脑的隐形杀手！

长了颈动脉斑块怎么办？

既然颈动脉斑块危害巨大，是不是只要有了颈动脉斑块就要手术取掉呢？这是我们最常被问及的问题之一。其实，虽然颈动脉斑块危害性大，但也不必过分紧张。处理应对上，同样分为三种情况。

一是对老年的颈动脉斑块患者，他们往往伴有高血压、高血脂、糖尿病等，很多还合并其他心脑血管疾

病。对这些患者，我们建议加强监测，严格控制基础疾病，同时加以药物治疗。

二是年轻的患者。这类患者出现颈动脉斑块的时间提前了，为此，我们建议半年到一年随访观察，严格控制饮食，加强锻炼，戒烟限酒，尽量通过非药物方式控制稳定斑块。但对于伴有“三高”等代谢疾病的，还是需要积极药物治疗。

三是相对健康的颈动脉斑块者。他们没有不良生活习惯，饮食健康，无合并疾病。对这类人群，我们建议首先随访观察，如果长时间监测发现颈动脉斑块无明显变化，则无需特殊干预。如果发现斑块持续增长，尽管无基础疾病，也建议早期药物治疗。

颈动脉斑块监测的经济有效手段是颈动脉彩超，经典的药物治疗首选抗血小板药物如阿司匹林，控脂药物如他汀类药物等。

如果通过各种方式，颈动脉斑块仍然无法有效控制，甚至发现时已经是颈动脉狭窄，达到手术指征的，就需要外科手术治疗了。当颈动脉斑块进展导致颈动脉70%以上的狭窄，即使没有出现任何症状，如脑梗等，也需要手术治疗。又或者虽然没有达到70%以上的颈动脉狭窄，但已经发生斑块脱落、脑梗的现象，也需要积极的手术治疗清除或稳定斑块。

最后，要反复强调的是，颈动脉斑块不可怕。定期规律检查、随访，让颈动脉斑块得到动态的监测、有效的管理、适时适当的干预，使这些“不定时炸弹”变成“哑弹”，即可实现动脉粥样硬化而人体不生大病。

（作者均为海军军医大学第二附属医院血管外科医生，柏骏为副主任医师，曲乐丰为主任医师）



警惕不良用眼方式导致眼底“破个洞”

■殷悦

一天晚上，正在加班的小王坐在电脑前快速敲击着键盘，为了及时响应工作信息，她把手机屏幕向上，端放于自己左手边的办公桌上。忽然，她感觉余光里左手边似乎闪了一下，马上抓住了手机，“嗯？没有任何消息提醒啊！”她有些疑惑地把手机放回原位，重新投入敲击键盘中。没一会儿，她感觉左下方又闪了，但拿起手机，还是没有任何消息提醒。反复几次后，她怀疑是手机屏幕坏了才会乱闪，她把手机翻了个面，屏幕向下，放到了自己的视线范围外。可是没过多久，她的眼前左下方又闪了……

此时，小王才反应过来：难道不是手机坏了，是自己的眼睛坏了？小王是高度近视，她想起自己前几天躺在床上举着平板电脑刷剧，一个瞌睡袭来，平板电脑就砸到了左眼球，虽然当时并无大碍，但遭遇闪光感后就不再大意，第二天她赶到医院眼科就诊。

眼科医生了解小王的情况后，为她的左眼开具了B超和超广角眼底照像检查，并散大她的瞳孔，彻查了一番眼球后段结构，也就是俗称的“眼底”。经详细检查后，医生最终得出诊断：左眼玻璃体后脱离，以及左眼视网膜裂孔。

小王这个“新鲜”的视网膜裂孔，就位于她左眼的右上方，因为视网膜的呈像为镜像倒像，即上下、左右均颠倒，这就是她左眼左下方闪光感的由来。

眼前突增“飞蚊”，别轻视这个信号

“所以，真的不是我的手机坏了，是我的眼底破了个洞！”小王既感慨又着急，“医生，我的眼睛是被砸坏了吗？还有得救吗？会不会瞎？”

玻璃体后脱离，其实是一种几乎人人都会经历的眼部状况，或早或晚。要说一说这个脱离，就要先聊一

聊玻璃体。眼球从其大致结构而言，就像是一个灌满了透明果冻的皮球，玻璃体就是那个主要填充并支撑起皮球的透明果冻。玻璃体“体”如其名，是一种无色透明的胶状物质，作为一种含水量高达98%的组织成分，随着年龄的增长，其中的水分会逐渐析出，这被称为“玻璃体液化”。

这就像是皮球内部从最初扎扎实实地填满了果冻，逐渐变成了部分是脱了水的果冻、部分是脱出来的水的状态。这些“脱水果冻”将不再像刚出厂（出生）时那么均质透明。当浓缩的凝胶物质随着眼球转动飘荡到视野内，我们就会看到点线状、条索状的漂浮物，但这不痛，也不影响视力，更像是飞虫不断在眼前徘徊。也因此，这种情况，有一个大名鼎鼎的俗称——“飞蚊症”，眼科医生也会称其为一种生理性的“玻璃体混浊”。

单纯、生理性的玻璃体混浊如果长年情况稳定、无明显突发增多，不需要特别就诊。但病理性的玻璃体混浊常有出血、炎症、感染等情况相关，一般合并有显著的视力下降，或眼红眼痛等其他不适表现，需要及时到医院眼科就诊。

与玻璃体直接相连的视网膜，位于眼球壁后段的最内层，主要承担感光功能。当液化的玻璃体与视网膜最内层分离，这种状态就被称为“玻璃体后脱离”。玻璃体后脱离后，眼前除了突然增多的“飞蚊”外，也常可见环形的漂浮物。又因为脱离过程中可能对视网膜产生牵拉，所以会像小王那样产生“闪光感”。

65岁以上的人群，玻璃体后脱离的发生率约为65%-75%。因此仅仅玻璃体后脱离本身，常为机体老化的表现，而并不是一种疾病。

除了年龄增长以外，眼部外伤、高度近视也是发生玻璃体后脱离的常见原因。像小王这样的“高度近视+外伤+闪光感”，妥妥的“玻璃体后脱离”。

“有洞及时补，光明常相随”

此外，正如前文提及的，玻璃体后

脱离过程中对视网膜可能存在牵拉，因此会拉拽产生“视网膜裂孔”，而视网膜的裂孔如不及时处理，随着析出的水分进入视网膜下，会进一步分离视网膜与其他更外层的球壁结构，并最终引起增殖性的“视网膜脱离”，产生视物遮挡等症状。

虽然玻璃体后脱离是“人之常情”，但视网膜脱离是严重影响视力的大问题！因此，如果患者能明确感知并表述自己新增“飞蚊”、视物遮挡或闪光感的大致方向，建议在就诊时告知医生，也许能让医生在检查眼底、寻觅是否有视网膜裂孔时更有针对性。

这则病例里的小王虽然不幸出现了视网膜裂孔，但幸运的是，就诊时她的裂孔还没有向视网膜脱离发展。因此，她在门诊就可以进行眼底激光光凝治疗，也就是在视网膜裂孔周围密密地打上一圈激光斑，将裂孔周围的视网膜牢牢地“焊”在其余眼球壁上，这足以拯救她的左眼球。

通常及时发现裂孔只需要一次激光治疗，安全性较好。但激光治疗后的两周，患者需要再次进行眼底检查，以

确认产生的疤痕反应已成功将裂孔周围的视网膜“焊”牢。倘若治疗效果不佳，则需要再次激光治疗。如果患者进展为视网膜脱离，就需要及时转向手术治疗。

需要提醒的是，怀疑或确诊视网膜裂孔的患者，完善激光治疗以及确认激光治疗效果前，应尽量避免搬重物、剧烈运动等行为，以防止眼底情况恶化。小王在激光治疗前后，好好静养了几周，最终顺利完成了治疗。也是这次就医经历，让她再也不敢举着平板电脑躺着看了，唯恐类似“惨案”再度上演。作为一名眼底相对更脆弱的高度近视者，从此以后她也加入了每年定期检查眼底的行列。

目前，随着近视矫正手术的普及，还有不少年轻人的视网膜裂孔是在手术前的常规检查中被发现的。在这类人群中，和小王一样的高度近视也更为常见，因此，建议高度近视人群定期检查眼底，早发现、早治疗，所谓“有洞及时补，光明常相随”。

（作者为复旦大学附属眼耳鼻喉科医院眼科医生）



求医问药

你有医学健康疑问，我们邀请医学专家来解答。

tangwj@whb.cn

问 帕金森患者如何“迈开腿”？

陈生弟 上海交通大学医学院附属瑞金医院终身教授

高超 上海交通大学医学院附属瑞金医院神经内科医生

帕金森病是常见的神经退行性疾病，其发病原因是中脑黑质多巴胺神经元的死亡。行走障碍是帕金森病患者常见的症状，走路不稳、容易摔倒，更严重者想走却走不了，脚好像被粘在地上，迈不开腿，被称为“冻结步态”。

行走看似是“自动化”的行为，但实际上，行走需要神经元之间精密的调控。当帕金森病患者大脑中的多巴胺神经元死亡达到一定程度，控制步态的神经环路就会出现功能障碍，人就走不好路甚至不会走路了。

一般来说，帕金森病患者在早期时单侧肢体行动会受到影响，不过症状不明显，比如走路略慢，步子略小。但随着疾病进展，症状会逐渐加重，开始影响对侧，出现小碎步，可能会伴有姿势前倾，有“往前冲”的状态；到晚期，冻结步态更频繁，患者难以迈步，易跌倒，伴有平衡减退和姿势不稳，以至于需要使用轮椅。由于帕金森病的病理过程无法逆转，目前可以通过一些方法延缓步态障碍的进展。

对未出现行走障碍的帕金森病患者，单胺氧化酶B抑制剂司来吉兰可能可以延缓或预防冻结步态的发生。在帕金森病早期阶段，在显著的步态障碍出现前，打太极拳或有氧运动（如快步走）或可延缓疾病进展，减轻未来发生步态障碍的严重程度。

通过调整步行方式、使用有效的提示帮助行走，是目前改善步态障碍的有效手段。通俗说，这一手段的原理就是“将损坏了的自动化运转机器，改为手动操作”。

出现步态障碍的根本原因是：控制我们日常行走的神经元丢失了，这些神经元和其他神经元的连接中断了。行走这一原本无需意识参与的自动化过程无法“自动化”了，这就需要我们在行走时变得刻意，想好如何去走路。

改善步态障碍需要“刻意练习”行走

帕金森患者可以结合自身情况，通过摸索练习，选择适合自己的行走方法。需要注意的是，特定方法可能会应用一段时间后效果减退，病人可以尝试其他方法。另外，太极拳、瑜伽、普拉提

等通过保持身体柔韧性和灵活性对改善步态障碍也是有意义的。

保持身体直立，目视前方，不要低头盯着自己的脚。

走路时把脚踢出去，然后脚稳稳地落地，这样可以使步子变大，避免脚尖着地的小碎步。

尽量迈大步走路，哪怕走得慢一点。

走路时只想着走路这件事，避免走路的同时讲话或思考。

当出现冻结步态时，完全停下来，深吸一口气，腰板挺直，专注于走路，想好先迈哪条腿，然后将重心转移到另一条腿上，想着第一步要把脚踢出去，迈大步，脚跟着地，重新再试着起步。

准备转弯时，脚要先动起来，而不是上身先转，这样可以避免冻结步态。转弯时尽量不要总想着转，而要想着先把脚迈出去，然后按照一定的角度，连续走几步，自然就完成了转弯。转弯时要转大弯，避免转小弯。

走路时若有人陪同，当自己突然无法起步时，可请同伴将脚横在自己脚前，然后试着跨过同伴的脚，也可以重新起步。

利用“外部提示”辅助行走

外部提示常用的是视觉提示和听觉提示，这是目前比较认可的改善冻结步态的方法。

【视觉提示】居家环境：在地上贴上与地板颜色形成明显反差的带颜色的胶带，类似于斑马线，推荐胶带长度40-60cm，两条胶带之间间隔35-50cm。地面瓷砖之间的缝隙也可作为参考线。走路时踩着胶带或者缝隙线走，可以预防冻结。

室外环境：可购买能够发出一条横线的激光发射器，将其拿在手中，或者固定在拐杖、腰带、助行器、鞋上，使激光横线投射在行进方向的前方一定距离，当出现冻结时，跨过激光线或踩上激光线，可以利用它改善步长。

【听觉提示】

随身携带小型节拍器，调节与步频一致的节拍，随着节拍器的节奏走路。或播放节奏感、韵律感强的音乐，跟着音乐的节奏行走，也会有帮助。

问 生酮饮食能治癫痫？

丁玎 复旦大学附属华山医院神经病学研究所研究员

朱国行 复旦大学附属华山医院神经内科主任医师

癫痫是常见的神经系统发作性疾病，发作时患者常表现为失去意识、抽搐、牙关紧闭等。除抗癫痫药物、神经调控及外科手术外，生酮饮食用于治疗儿童难治性癫痫已有数十年历史。虽然其抗癫痫的机理尚不清楚，但其有效性、安全性已获得公认。

我们普通的饮食结构以碳水化合物为主，如米饭、面条，占全天能量的45%-60%。生酮饮食以脂肪和蛋白质（如肉类、乳制品等）作为主要食物来源，碳水化合物则降至5%-10%，并且主要是粗粮一类升糖指数(GI)较低的碳水化合物。

癫痫发作是神经元同步异常放电，快速耗能，导致大脑能量耗竭的过程。这部分能量通常由葡萄糖提供。生酮饮食将人体主要产能形式转化为产生酮体的脂肪酸代谢，缓慢而持久地为机体提供能量，进而抑制癫痫的发作。

生酮饮食主要包括四种方案

经典生酮饮食：高脂肪和低百分比蛋白质+碳水化合物饮食，常见比例为4:1或3:1。

中链甘油三酯饮食：在饮食配比中允许添加更多碳水化合物和蛋白质。

改良的阿特金斯饮食：不严格要求比例，碳水化合物全天摄入量限制在10-15克，因此能提供可口、限制性更低的饮食。

低升糖指数治疗：低升糖指数碳水化合物的全天摄入量可达40-60克。

生酮饮食适合哪些癫痫患者

生酮饮食的主要适应证是儿童难治性癫痫。尽管抗癫痫药物应用广泛，但仍有

约30%的药物难治性癫痫患者，即规范使用两种以上耐受性好的抗癫痫药物后发作依然控制不佳。临床试验表明，生酮饮食可使50%-80%的难治性癫痫患儿发作频率减少50%以上，10%-20%的患儿可达到完全无发作，提升生活质量。

婴幼儿是启动生酮饮食的理想年龄。不过，由于生酮饮食以脂肪作为能量来源，故脂肪转运和氧化障碍的疾病应为绝对禁忌证，如原发性肉碱缺乏症、β-氧化缺陷、关键酶系缺陷等。

目前生酮饮食治疗癫痫的主要受益者为儿童，但这并不意味着生酮饮食对成人癫痫无效。相反，生酮饮食对控制成人癫痫有效，较传统药物和麻醉镇静治疗有更高的安全性和更少不良反应。不过，生酮饮食在成人癫痫治疗效果上还需要更多研究来验证。

生酮饮食注意事项

目前认为，在减少癫痫发作方面，经典生酮饮食比改良的阿特金斯饮食更有效，且启动期(开始生酮饮食的最初5天)是饮食治疗的关键时期。因而可以从经典生酮饮食开始，之后根据病情过渡到更灵活的饮食方案。

生酮饮食的启动阶段需进行多学科评估和定期随访，并指导、督促家长及时检测患儿血酮、血糖等，出现不良反应需对症处理。

建议生酮饮食的前3个月，尽量保持服用抗癫痫药物；3个月后可根据发作情况适当调整。如经药物结合生酮饮食治疗达到完全无发作1个月后，或治疗效果明显时，可试着缓慢减药。

生酮饮食期间应尽量避开食用蛋糕、饼干等升糖指数高的食物。

本版图片：视觉中国