

阿尔茨海默病早防早治守护认知

专家建议65岁以后要为大脑做体检

健康视点

天津市新闻名专栏

主持人
赵津

9月21日是世界阿尔茨海默病日,今年的主题是“早防早治,守护认知”。《中国阿尔茨海默病报告2024》显示,我国现有阿尔茨海默病及其他痴呆症患者近1700万人,其中阿尔茨海默病患者约占70%,近1200万人。60岁以上人群,阿尔茨海默病的发病率大约在6%。阿尔茨海默病(AD)是一种神经退行性疾病,短短几年患者记忆缺失、认知功能退化,可完全丧失生活能力,平均病程是8年至10年。

天津市环湖医院神经内科王盼主任医师表示,由于致病机制复杂,还没有理想的治疗方式逆转或治愈阿尔茨海默病。但有充分证据表明,早期诊断、早期治疗的病人,经过生活方式优化、药物干预、认知训练以及良好照护,能在一定程度上改善记忆力、认知功能、精神行为症状,延缓疾病进展,让患者尽可能地保持生活能力。去年年底,国家卫生健康委等15部门联合印发《应对老年期痴呆国家行动计划(2024—2030年)》,提出到2030年,我国老年人认知功能筛查和初筛人群干预指导率要达到两个80%。目前我市已将认知功能筛查纳入基层医院老年人健康体检范围,王盼提醒筛查量表阳性的老年人一定要到医院认知障碍门诊或者神经内科做进一步检查。另外,60岁以后应充分重视脑健康体检,定期进行认知功能筛查,像知晓血压、血糖一样了解自己的记忆和认知状况。

健忘失语多疑行为异常 他们是病了不是老糊涂了

王盼说,阿尔茨海默病由遗传和环境共同作用引起,目前主流观点认为该病是 β 淀粉样蛋白(β A)和Tau蛋白在脑内异常沉积,引起了神经元损伤和神经功能障碍。另外,胃肠道炎症、血管性因素、环境污染、家族史等都与阿尔茨海默病的发病有关。

该病主要症状有健忘,特别容易忘事,刚刚发生的事就忘了,言语障碍,语言表达或交流出现问题,说不清道不明,重复,反复地说同一句话或同一件事;时空错乱,搞不清时间地点,夏天穿冬天的衣服,把吹风机放冰箱里,熟悉的地方也迷路;行为异常,性格变化显著,暴躁、喜怒无常、无缘无故骂人,焦虑、抑郁、爱哭、自言自语,对以前的爱好丧失兴趣;精神异常,会出现幻觉或妄想等症状,比如怀疑配

偶出轨,怀疑东西被偷,总是说看到或听到一些不存在的东西或声音等。

“以往这些症状常被误认为是衰老的自然表现,随着人们对阿尔茨海默病了解增多,现在很多家庭能够意识到‘他们是病了,不是老糊涂了’。门诊中还有很多病人和家属把阿尔茨海默病与脑萎缩当成一种病。阿尔茨海默病的影像检查确实有脑萎缩表现,但脑萎缩不一定就是阿尔茨海默病。”王盼说,“脑萎缩是脑组织随年龄增长出现的非常缓慢的体积缩小,是一种生理现象,就像岁数大了皮肤就会有皱纹一样。阿尔茨海默病的脑萎缩和生理性脑萎缩的萎缩部位和进程均不同。阿尔茨海默病的脑萎缩优先累及与记忆力相关的海马区域,且萎缩进程快;生理性脑萎缩通常表现为全脑弥漫性轻微缩小,没有‘重点受累区域’,且萎缩程度比较轻微、进展速度也非常缓慢。”

早干预改善病情延缓进展 常有近期记忆障碍要警惕

“阿尔茨海默病患者出现记忆下降前的15年至20年,有害的 β A和Tau蛋白已经开始在大脑内沉积,随着时间推移才慢慢出现记忆下降等异常表现。阿尔茨海默病早期阶段,包括轻度认知功能障碍和轻度痴呆期,是干预、治疗的关键期、黄金期,可有效改善病情、延缓疾病进展。如果出现记忆明显下降或者其他更为严重的临床表现时,脑内病变已经比较严重,无论何种治疗方法都差强人意。遗憾的是,我们工作中遇到的大部分患者属于后者,有症状甚至很重才就医。”王盼说。

王盼介绍,目前阿尔茨海默病分为0期至6期,0期无临床症状,仅有先天性基因突变,1期无临床表现,脑内已经有病理蛋白改变,2期通常没有或仅主观感觉轻微记忆力下降,3期是轻度认知障碍阶段,对日常生活影响比较小,4期至6期对应轻中重度痴呆。医学专家希望患者在2期、3期早期发现,通过药物和非药物干预,将疾病长期控制在3期、4期即轻度认知障碍和轻度痴呆期。1期、2期通常没有或仅有轻微记忆力下降,患者很难在这个时期接受脑脊液和PET检查。3期、4期的早期患者完全可以在社区筛查、主动就医中实现早发现。情景记忆障碍是这一时期最典型的早期表现,患者常对近期发生的事记忆有些模糊,且经过提醒也不能想起来。比如“昨天我做什么了”“我上周参加什么重要活动了”。短时间内多次重复一个问题或找不到刚刚放好的东西都属于情景记忆障碍。

“但这一时期普通人很难确定是不是病状,建议感觉记忆下降,程度比较轻不影响工作生活,可以观察3个月或6个月。如果情况加剧最好及时看医生。如果一两年甚至更长时间没有变化,则衰老的可能性大一些。家属也可以帮助

患者用AD-8(记忆障碍自测表)做初步筛查。”王盼说。

对因治疗“一滴血”检测AI测评 诊断治疗筛查进展突飞猛进

“2024年至今,阿尔茨海默病的诊断、治疗、筛查都有了令人兴奋的进展,患者、家属和医生都在期待防治‘拐点’尽快到来。”王盼表示。

诊断方面,“一滴血”诊断已经成为现实。目前阿尔茨海默病可以通过血液、脑脊液及PET-CT等检查来确诊。但腰穿脑脊液检查有创, PET-CT检查费用相对较高,血液检测创伤小、相对便宜,接受度更高。随着生物标志物检测技术的飞速发展,“一滴血”诊断阿尔茨海默病已进入临床。今年5月美国FDA正式批准上市首个血液检测产品辅助诊断阿尔茨海默病,适用于55岁及以上出现阿尔茨海默病症状的成年患者。

治疗方面,随着近两年新药上市,阿尔茨海默病的药物治疗已经从对症治疗进入对因治疗,通过清除脑内淀粉样蛋白斑块更有效地控制疾病进展。2024年,全球首个阿尔茨海默病对因靶向药仑卡奈单抗在我国上市。今年3月,多奈单抗注射液也在国内正式上市。这两款新药作用靶点不同,有望让更多患者获益。目前,国内外还有其他多靶点创新药物和创新疗法临床试验也取得了令人期待的疗效。“现在很多早期患者对因对症同步治疗,已经显示出良好疗效。”王盼说。

此外,国内多个阿尔茨海默病早期筛查AI智能系统已经上线应用,其筛查符合率与阿尔茨海默病国际通用评分量表相当甚至优于量表。与量表相比,智能系统评测更为客观、评测角度更广泛。

非药物手段也是阿尔茨海默病重要的治疗措施。目前应用较多的是认知训练。对于阿尔茨海默病患者,医生通常会针对患者的记忆力、注意力和执行功能等开展训练,形式包括纸笔游戏、计算机辅助或两者结合,目前使用较多的是计算机辅助认知训练模式。既可以居家训练,也可以一个人或以小组的形式,在医生和康复师指导下完成训练。此外,经颅磁刺激、电刺激、光照疗法等也可能具有潜在的效果。需要提醒的是,非药物治疗同样需要在医生的指导下进行,不要盲目听信广告宣传。

规避14种因素降低痴呆风险 年轻时健康生活年老脑子好

对于阿尔茨海默病的预防,国际权威研究指出有14种危险因素会增加罹患阿尔茨海默病的风险,包括教育水平低、高血压、高胆固醇血症、肥胖症、抑郁症、缺乏运动、听力障



王盼在门诊为患者诊治。

图片由受访单位提供

碍、视力障碍、吸烟、糖尿病、缺乏社交、过量饮酒、头部受伤、空气污染。将这些可控的危险因素按年龄段划分,其中,早年受教育程度较低、中年失聪和晚年吸烟的人,患老年性痴呆症的概率更高。如果很好地预防14种危险因素,能减少45%发生痴呆的风险。另外,老年人经常玩一些益智游戏也可以强化记忆和认知功能。同时,65岁以后要关注记忆减退、判断力下降、性格改变等早期症状,并应定期进行认知功能筛查。

王盼还提醒市民,并不是只有65岁以上的老年人才会得阿尔茨海默病,也有一部分患者在50多岁甚至更年轻就发病,称之为早发型阿尔茨海默病。但中青年人偶尔忘事儿也不必过度紧张,这种情况大多是压力大、睡眠不足等原因造成的,只有在忘事儿发生比较频繁、明显影响到工作和生活时,才需要就诊。

王盼建议预防阿尔茨海默病的发生要从年轻时开始。包括坚持运动、规律睡眠、均衡饮食、控制体重、戒烟限酒等。同时要保持活跃的社交,培养长期的兴趣爱好,比如阅读、绘画等,还要保护好听力和视力。所有这些方法看起来非常日常,但是只要长期坚持,就可以有效地延缓大脑衰老,能够切实降低阿尔茨海默病的发病风险。

记者 赵津

我市首家基层医院 AI智能中医门诊启用

近日,天津市化工职工职业病防治院(以下简称“化工职防院”)与泰达城发集团共建的AI智能中医门诊正式启用。这也是我市基层医院和职业病防治领域“传统中医+智能科技”的首次实践应用。特殊光源机器采集舌象面色信息、脉诊仪捕捉寸关尺三部脉象、体质辨识直接生成健康报告……在该AI智能中医门诊,医生们借助中医四诊仪、人体成分分析仪等智能设备,采集舌诊、面诊、脉诊、问诊的详细诊断信息,将其转化为可视数据和图像,经大量中医案例与职业人群健康大数据模型客观分析后,由AI辅助诊疗系统生成体质健康报告供医生参考。通讯员 刘焕

无气管插管 无引流管 无导尿管

无管微创手术加速胸部手术患者康复

43岁的王先生在单位体检中发现右肺有一个直径约8毫米的磨玻璃结节,他来到天津医科大学总医院肺部肿瘤外科,赵洪林主任医师接诊后建议他手术切除。经过严格的术前评估,王先生接受了无管微创手术。手术中,王先生没有气管插管,仅在口鼻处放置喉罩,在麻醉医生严密监护下,赵洪林主任顺利完成了胸腔镜肺结节切除手术。王先生的手术历时约1个小时,只在体表留下一个3厘米长的小切口。手术结束后,王先生随即清醒,摘下喉罩被送回病房,术后两小时下地活动,术后第3天顺利出院,一周后已经回到工作岗位。

据该院肺部肿瘤外科主任陈军介绍,传统胸部手术通常需要“气管插管+胸管+尿管”三重管路。王先生接受的无管微创手术是加速康复外科(ERAS)的重要组成,它在胸外科手术中做到“术中无气管插管+保留患者自主呼吸”“术后不置胸管引流”和“术后不置导尿管”,手术麻醉用药量降低,不使用肌松剂,可以减少80%以上的胸部手术应激反应和术后并发症发生。患者创伤小,恢复快,平均住院天数缩短,降低了住院费用,一些肺结节患者可以实现术后24小时内出院。

据了解,无管微创技术由广州医科大学附属第一医院国家呼吸医学中心何建行教授团队首创,目前已在国

内外推广应用,并由胸外科手术向骨科、泌尿外科、心脏外科等领域推进。天津医科大学总医院肺部肿瘤外科从2020年在全市首次开展无管微创手术,累计已完成1000多例胸部无管微创手术,使该院胸部微创手术及术后康复进入一个新的发展阶段,为包括肺癌在内的患者带来了高水平的康复和生存质量。

该院麻醉科闫东来副主任医师表示,无管微创手术的核心是麻醉方式的变革,以精准麻醉替代全身麻醉,术中静脉麻醉联合区域神经阻滞的镇痛方案大幅减少镇痛药、肌松药的用量,让患者保持自主呼吸,处于类似“深度睡眠”的麻醉状态。相对气管插管全麻手术后数小时才能完全清醒,无管手术患者术后一两分钟就能睁眼,意识清晰能正常对话。传统全麻手术常见并发症如术后恶心呕吐、静脉血栓能下降90%以上,谵妄几乎消失。快速清醒、并发症少为患者快速康复奠定了基础。此外,术中喉罩代替气管插管,还避免了气道损伤风险,尤其适合播音员、歌唱家等对发声有特殊要求的患者。

“刚刚确诊时,我一想到要接受肺部手术就非常焦虑。在我的印象中,肺部手术是一个大手术,全麻、时间长、创伤大。术中、术后身上插满管子,连着各种监护设备,手术恢复也需要很长一段时间。做无管微创手术完全颠覆了我对肺部手术的认知,没想到术后恢复得这么快。”王先生说。“开展无管

微创手术以来,病人获益明显。因为麻醉不插管,很少听到病人说嗓子疼、声音哑。麻醉药量减少了,多数患者术后两个小时就能进食进水,并在家人辅助下地活动。部分保留胸腔引流管的病人也能在术后24小时内撤管。不下尿管,尿路感染和尿路刺激征也没有了。不用或少用肌松剂,患者术后疼痛级别几乎降至零级。”该院肺部肿瘤外科护士长李梅说,“病人术后并发症少了,患者术后护理重点也从管道护理、并发症观察转移到康复和健康教育。与传统胸部微创手术平均住院5天到7天相比,无管微创病人的平均住院时间在4天以内。”

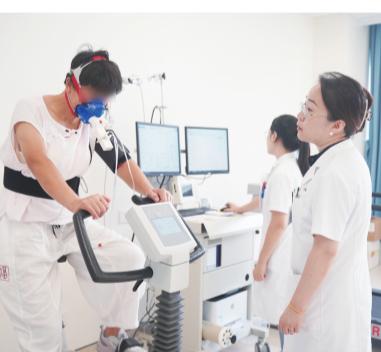
陈军表示,现在肺结节、肺良恶性肿瘤、气胸、肺大疱、纵隔肿瘤、手汗症等都可以进行无管微创手术,但需外科医生及麻醉师评估才可以手术。对于患者来说,年龄、体重指BMI小于28、肺功能都是非常重要的手术指标。

该院副院长宋作庆强调,无管微创手术并不是单纯地把气管插管换成喉罩那么简单,它需要精湛的外科技艺及高超的麻醉技术,需要胸外科、麻醉科和手术室等多学科“无缝配合”,对医院整体医疗水平、团队协作能力都有很高要求。经过多年探索实践,该院无管微创技术已形成一套标准化协作流程。医院已计划将该技术推广至食管外科、心脏外科,让更多患者受益。

记者 赵津

解码运动潜能 守护心脏健康

专访天津康汇医院心血管内科主任医师赵英宏 谈心肺运动试验



息检查可能完全正常,但运动时就会出现心肌缺血、心律失常等风险。而CPET正是通过模拟运动负荷,实时监测心脏、肝脏、肌肉等系统的协同反应,精准评估心肺功能和运动风险。可以说,CPET是连接静态体检与动态生活的桥梁,为患者提供科学的运动“导航图”。

笔者:很多患者认为CPET就是简单的跑步测试,您能详细解释一下这项检查的技术原理和核心监测指标吗?

赵英宏:这是一个常见的误解。CPET其实是一项非常专业的功能性检测。患者在专业监护下,佩戴呼吸面罩和心电设备,在跑步机或功率车上逐步递增运动强度,从静息到极限状态。监测过程中,设备会实时采集分析20多项生理指标,核心监测三大领域:一是肺的通气换气功能,包括最大摄氧量 $VO_{2\max}$ 、呼吸交换率 RER 、氧脉搏 $(O_2\text{Pulse})$ 等;二是心脏的泵功能,捕捉运动诱发的心肌缺血、心律失常和血压波动,如果达到报警值会及时终止测试;三是运动耐力阈值,精准定位无氧阈 AT 值,为制定安全运动强度提供依据。最终生成个性化的“身体功能评估报告”,就像给身体做了一次全面的“压力测试”。这是任何单一系统的检查都无法比拟的。它在疾病的功能评估、鉴别诊断、预后判断和运动处方制定方面具有重要的价值。

笔者:您提到CPET能发现静态体检无法捕捉的问题,能否举例说明其临床价值?

赵英宏:当然可以。例如,一位患者静息心电图、超声心动图都正常,但CPET中发现最大摄氧量降低,心电图ST段压低,提示心肌缺血,这可能就是冠心病的早期信号,我们会督促患者改善生活方式,制定安全运动处方。又如,高血压患者CPET检测时发现血压异常升高,我们会告知其注意运动强度,避免心脑血管意外的风险。还有些患者总感觉胸闷气短,但常规检查并无异常,通过CPET发现无氧阈偏低,通气效率异常,提示心肺储备功能下降,为早期干预射血分数保留型心衰提供了关键依据。CPET还能量化评估心肺系统的“衰老程度”——如果最大摄氧量等显著低于同龄人,即使无症状,也可能潜在风险较高。CPET不仅仅是一个“检查”,更是一个强大的生理学功能评估系统,它将患者的症状与其背后的病理生理机制直接联系起来,为静态影像学和实验室检查“正常”的灰色地带提供了至关重要的诊断信息。

笔者:哪些人群最需要接受CPET评估?是否有禁忌症需要注意?

赵英宏:CPET适用人群广泛,尤其推荐三类人群:一是健康与亚健康人群,如运动爱好者(计划参加马拉松、越野、高强度间歇训练(HIIT)前),40岁以上、有心血管病家族史、吸烟、“三高”人群,体检不出原因的异常、经常感到不明原因的乏力、运动能力下降、或轻微活动后就胸闷气短者;二是慢性病患者,如冠心病、心衰、高血压、糖尿病、肥胖、代谢综合征、慢阻肺等,用于评估病情,制定运动处方,指导心脏康复;三是外科手术患者,术前评估心肺储备能力,降低手术风险。当然,CPET也有禁忌症,如急性心肌梗死、不稳定心绞痛、未控制的高血压危象等,必须由心内科医生严格评估后才能进行。

笔者:最后,您如何看待CPET在健康管理中的意义?对患者有什么建议?

赵英宏:CPET体现了一种先进的健康管理理念——真正的健康不仅是静息时的“没问题”,更是在运动压力下的“从容与强大”。对于患者而言,CPET不仅是一份检查报告,更是一份“身体使用说明书”:健康人可据此科学提升运动表现;慢性病患者能获得个体化的安全运动处方;提升手术患者体验,优化围术期管理。我建议,无论是追求运动突破,还是管理慢性疾病,或面临手术风险,都应考虑通过CPET“解码”身体的运动密码,让健康之路更加科学、安全。

文 张毅