

# 與癌共舞積極生活

如今，“帶瘤生存”早已不是什麼新鮮事，癌癥已漸漸成爲“慢病”。著名醫學期刊《新英格蘭醫學雜誌》近日發表了題爲《癌癥生存》的綜述。綜述指出，當下癌癥患者的存活率逐步提升，越來越多的患者能夠長期生存。換句話說，假如你不幸罹患癌，大可不必擔心害怕，你唯一需要操心的是，如何管理好癌癥並爭取更好的生活質量。

## 癌癥生存率持續上升

2018年1月，美國癌癥協會等機構發布了2000~2014年全球癌癥生存趨勢監測數據，數據顯示，全球癌癥5年生存率在穩步上升。英國乳腺癌患者5年存活率從80%升至86%。美國則超過90%，其他大部分發達國家也都在80%左右。在韓國，胃癌5年生存率高達68.9%，遠高于20%~40%的平均水平，結腸癌5年生存率高達71.8%，直腸癌5年生存率高達71.1%。日本國立癌癥研究中心等研究團隊日前也發布了癌癥患者的10年生存率，結果顯示，超過80%的甲狀腺癌和乳腺癌患者能夠繼續存活10年。

根據全國腫瘤登記中心、國家癌癥中心公布的2018年最新數據，我國癌癥的總體生存率是穩步上升的，2012~2015年間四個時間段分別爲30.9%、34.9%、35.8%和40.5%。其中，相對生存率提高最多的要數子宮癌、甲狀腺癌、子宮頸癌和骨癌，可以說相當可觀。5年存活率超過60%的癌癥包括甲狀腺癌、乳腺癌、膀胱癌、子宮癌、腎癌和前列腺癌。

南方醫科大學南方醫院腫瘤科主任醫師尤長宣表示，從全球看，癌癥生存率都大幅提升了。但從國家看，癌癥5年淨生存率位居世界前列的依舊是美國、加拿大、澳大利亞、新西蘭、芬蘭、挪威、冰島、瑞典等發達國家。從人群和地區看，通常女性高于男性，城市高于農村，年輕人高于老年人。

尤長宣表示，隨着癌癥篩查和早期檢測技術的進步、治療方法的改進以及支持性治療的開展，無論從數量上還是時間上，癌癥患者的生存率都有明顯提升。尤其是近十年來，精準醫學發展後，更加注重個性化診療。

從篩查和診斷方面來看，最明顯的進步是液體活檢的引入，第二代測序技術的成熟，導致檢測成本下降，診斷水平上升，除了影像學檢查，現在可以通過某些生化標志物指標的異常，篩查出高危人群。“更加錦上添花的是，相比過去十年，當下晚期癌癥病人的生存狀況也得到明顯改善。”尤長宣說，這主要得益於基礎醫學研究的進步和靶向藥物的研發，通過科學治療和服用藥物，更多的晚期患者可以活得更久、活得更好。



## 患癌生活要過四道關

美國國立癌癥研究所等機構將“癌癥生存”的時間點定爲“從診斷時開始，並持續整個生命週期”。這一定義鼓勵臨床醫生將對癌癥生存者的照護視爲癌癥治療一體中的組成部分，且將家庭成員、朋友和照護者也囊括在這一定義中。也就是說，在癌後生活中，醫生、患者、家屬都要做好以下方面，才能避免癌癥帶來的不良影響。

**復發監測和第二期發癌論查。**癌癥復發是指癌癥在經過治療或手術切除之後癌細胞又重新生長的現象。相對於第一原發癌而言，在排除轉移的前提下出現在人體內的第二個癌癥稱之爲第二原發癌。尤長宣介紹，當腫瘤患者經過一段時間的抗腫瘤治療後，一定程度上有效控制了腫瘤進展，而不必繼續治療，這段時期叫做“腫瘤緩解期”，這個時期長短因人而異，不同的病期、癌種，監測情況也不盡相同。例如，綜述中指出，頭頸部癌癥第一年每1~3個月1次體檢，第二年後每2~6個月體檢一次。乳腺癌前三年每3~4個月體檢一次，隨後兩年每6個月查一次，5年後每年查一次。

**關注治療的長期和遲發效應。**尤長宣介紹，通常來講，癌癥治療包括兩部分：一是針對實體腫瘤的臨床治療，通過藥物等療法殺死腫瘤，二是姑息治療。根據世界衛生組織定義，姑息治療是對治愈性治療不反應的病人，完全、主動的治療和護理。已有研究證實，把姑息治療加進去，患者生存期和質量改善非常顯著，姑息治療與針對性抗腫瘤治療相輔相成，不僅包括短期的、眼前的改善疼痛、抑制嘔吐、避免失眠、心理危機等問題；還包括長遠的人生規劃和治療決策，比如不孕不育、性功能障礙、早衰、疲勞、代謝綜合徵、心臟損害、瓣膜損傷和冠心病等。例如，化療可導致兒童患癌者過早衰老，那就需要考慮

是否提前冷凍卵巢，保留女童的生育能力等。

**保持健康的生活方式。**尤長宣表示，肥胖、吸煙和持續飲酒是引發多種常見癌癥發生的危險因素，可能增加癌癥生存者的死亡率。因此，癌癥患者要注意體重管理、加強鍛煉、健康飲食、戒煙、減少飲酒。尤其是肺癌患者一定要戒煙，食管癌患者要注意飲食，肝癌患者要避免飲酒。

**促進心理幸福感。**國外非常重視心理治療和疏導，一旦確診爲腫瘤，醫院就會配備一名心理治療師給患者。尤長宣說，確診腫瘤後，很多患者都需要心理調適。不僅患者需要接受教育和指導，家屬的心理也應當關注，這也包括在姑息治療的意義範疇中。患者家屬要學會接受這種現實，積極面對，快速調整心理狀態，必要時，可以向朋友傾訴，尋求心理支持，在醫生幫助下適當用藥緩解。

## 需要醫患共同努力

《癌癥生存》中提到，癌後的生活管理和照料應由初級保健醫師提供後續照料，會比腫瘤專科醫師更加具有可操作性，且照護的水平也高。

尤長宣表示，就中國來講，這就需要家庭醫生或社區保健服務人員提供支持。但現有條件下，我國各級醫療水平存在不小差距，很多基層社區醫療機構藥品和設施配備不齊，基層醫生癌後管理知識和意識尚不足，很多患者對社區醫療還不太放心，這都是當下亟需解決的問題。如果基層“接不住”患者，可能就會影響患者的癌後生存質量，甚至生存率。

尤長宣建議，針對癌癥生存者管理要區分情況。兒童癌生存者要注意治療與之相關的癌癥及合併癥。考慮他們因癌癥治療可能導致不孕不育、生殖健康和社會心理問題。針對年輕患者，要充分考慮癌癥生存期長短，如果預期癌癥生存期長，治療方案要盡量滿足患者的社會生活需求，比如升學、就業、婚育等。老年患者則要更看重自理能力和認知能力的維持，避免因併發癥增加死亡風險。

癌癥病人及家屬也要做出努力。診斷爲癌癥後，不要恐慌和消極，應第一時間找專業權威醫院確診，和專科醫生商量診療方案，一定不能陷入兩個誤區，“過度治療”和“消極等死”。要理性面對癌癥，尋求科學治療，並做出社會關係等方面的調整，比如生活重心轉變、工作安排、經濟規劃、心理調整等。根據病情，理性選擇手術根治或保守治療，在癌後生存階段，改變不良生活方式，定期去醫院復查，監測身體各項指標。家屬要積極做好癌癥患者的後勤工作，勸導患者配合治療，紓解心理問題，提供科學的家庭護理。

## 美國科學家研制“大腦起搏器”

近日，美國科學家研發出一款被稱爲“大腦起搏器”的腦神經調節器，它能夠同時監測和刺激大腦中的電流，對有可能發生的異常腦活動進行糾偏調整，有望爲癲癇和帕金森等神經系統疾病患者提供新的治療方案。

該款神經調節裝置由美國加州大學伯克利分校研究團隊研發而成。研究人員以獼猴爲對象進行測試發現，該裝置可以同時記錄獼猴大腦中128個點位的腦電活動。當獼猴準備移動操縱杆時，該裝置能迅速產生感應，并向它們發出推運動作的電子信號。根據目

前的動物實驗結果，研究人員相信新的“大腦起搏器”有望非常有效地預防各種神經系統疾病患者的衰弱性震顫或癲癇發作。

新研究的作者、加州大學伯克利分校電氣工程和計算機科學助理教授麗基·馬勒說：“由于癲癇發作時的腦電波信號極其微弱，因此爲了達到預防效果，我們還需對裝置的電刺激頻率和強度做進一步的敏感度調整，使之能夠針對特定患者提供最佳的治療效果。”專家團隊希望這種新型植入裝置能減少患者癲癇發作，並改善他們的生活質量。



## 父母離異別傷着孩子

對爲人父母的夫妻來說，離婚後對年幼孩子的關愛養育不能隨之“支離破碎”。不管孩子“判”給了誰，雙方都應該共同承擔起照顧孩子的責任，一份完整的愛更利於孩子健康成長。

**1.保持以孩子爲中心。**要注意站在孩子角度處理雙方關係，別讓孩子左右爲難。如果雙方有矛盾衝突，盡量在孩子不在身邊時溝通。雙方話語爭執，會讓孩子覺得必須要選邊站隊，時間久了會變得缺乏安全感。

**2.別向孩子發泄情緒。**離異對家庭和心情影響都很大，這種情緒可能被帶到生活中，更會在不經意間傳染給孩子。建議當有負面情緒想要發泄時，可以找朋友、家人或心理諮詢師傾訴，別傷着孩子。

**3.別讓孩子當“信使”。**當你讓孩子傳話給另一方時，無疑是把孩子置于矛盾衝突的中心，讓他們覺得父母連話都懶得說，不利於關係和睦。如果實在遇到不好溝通的問題，可通過電郵、短信等方式溝通，而不是讓孩子夾在中間當傳話筒。

**4.把彼此看成合作夥伴。**離異後，可把對方想象成合作夥伴，從而努力成爲稱職的“共同父母”。雙方爲了養育孩子的共同目標，必須精誠合作、同心同德，交往中也就會相互尊重、自然隨和。

**5.雙方要定期碰面。**同前夫或前妻保持交流、定期碰面，有助於孩子建立安全感，知道父母仍保持着“統一戰線”。

**6.重組家庭變化別太大。**離婚後，如果重新組建的兩個家庭能在生活習慣、方式上保持原樣，那麼孩子就能更好地適應新環境，有助降低焦慮感。建議雙方在制定行爲準則、對壞行爲進行懲戒及作息、三餐、做作業等方面進行協調，有助於孩子更好地在兩個家庭環境中轉換適應。

**7.及時處理矛盾分歧。**離婚後撫育孩子的過程中，肯定會有分歧，這時需要及時處理化解。如果雙方解決不了，可找第三方調解，以防無休止的爭吵影響孩子心理健康。

## 腰越粗，心臟病風險越大

腰圍每增加9.5厘米，冠心病風險就會升高16%



和死于缺血性心臟病的風險越高。

呂筠在接受記者採訪時說，國外這些年一直有中心型肥胖與冠心病相關性的成果，但國內缺乏類似的大規模隊列研究。“我們從2004年開始，建立了中國人自己的隊列，目前已經隨訪了10多年。這個研究數據可以用於驗證中心型肥胖對心血管疾病的影響是否與國外結論一致。”

據介紹，該研究對中國慢性病前瞻性研究中的42萬餘成年人進行了分析，年齡爲30~79歲。數據顯示，平均隨訪9.1年期間，新發缺血性心臟病2.69萬例，急性冠心病事件4320例，2787例死于缺血性心臟病。

在劃分中心型肥胖狀態後（即非中心型肥胖爲男性腰圍<85厘米，女性<80厘米；中心型肥胖前期爲

肥胖傷身，腰粗傷心。北京大學公共衛生學院流行病與衛生統計學系教授呂筠及其同事的新研究再次證實，腰變粗（中心型肥胖）是冠心病的獨立危險因素。也就是說，腰越粗，發生和

男性腰圍85~89.9厘米，女性80~84.9厘米；中心型肥胖爲男性腰圍≥90厘米，女性≥85厘米），研究人員分析發現，與腰不粗的人（即非中心型肥胖）相比，腰粗的人腰圍每增加9.5厘米，發生冠心病、急性冠心病事件和死于冠心病的風險就會分別增高16%、21%和26%；即使體重指數（BMI）屬于正常，與腰不粗的人相比，腰粗的人（包括中心型肥胖前期和中心型肥胖）發生和死于冠心病的風險也會增加。研究同時顯示，男性腰粗者冠心病發病風險比女性更高；腰粗的吸煙者比不吸煙者冠心病發病和致死風險更高，這可能是因爲吸煙會影響脂肪分布，更易讓脂肪“爬”到腹部。

過多脂肪對健康不利的觀點早已深入人心，但脂肪分布位置不同，造成的不良影響程度也有不同。呂筠說，皮下脂肪和肌肉間脂肪對健康的損害通常不會非常大，真正危險的是臟器間脂肪，主要表現爲腹部肥胖。本項研究雖然沒有直接涉及中心型肥胖導致冠心病風險升高的原因，但過往研究認爲，這可能與腹部脂肪導致的胰島素抵抗、血脂異常、高血壓等有關。

由于身體結構等的差異，亞洲人比歐美人更易發生腹部脂肪堆積，出現中心型肥胖。這也是爲什麼對歐美人而言正常的BMI值，會導致亞洲人出現心腦血管疾病風險。呂筠特別提醒，隨着年齡增長，人體新陳代謝變慢，腰圍會明顯增粗，特別是人到中年，攝入量尚未減少，運動量却在降低，再加上代謝速度減慢，腰圍增長幅度會更加顯著，必須引起高度重視，密切關注自己的腰圍，調整生活方式。