

高同型半胱氨酸 不只是补充叶酸就行

李大爷在医院体检时查出高同型半胱氨酸血症,李大爷上网一查,这才发现原来网上说高同型半胱氨酸会增加心血管事件发生的风险,只要补充叶酸就可以降低高同型半胱氨酸了,于是他便从药店买来了叶酸片,每天一片吃了一个月,一个月后复查发现指标依旧居高不下。心急的李大爷自行加大了叶酸的剂量,每次5毫克,一天三次,一个月后复查同型半胱氨酸的水平仍然居高不下,李大爷对此感到困惑不解。因此,他找到了药师寻求帮助。

什么是高同型半胱氨酸血症

高同型半胱氨酸血症是心脑血管疾病的独立危险因素,被称为继高血压、高血脂、高血糖后的“第四高”。近年来,同型半胱氨酸的检查项目也逐渐被人们所熟知,同型半胱氨酸是人体代谢过程中蛋氨酸和半胱氨酸转化的中间产物,正常情况下,人体血液中的同型半胱氨酸水平维持在

5~15 $\mu\text{mol/L}$ (空腹抽血)。当同型半胱氨酸水平超过15 $\mu\text{mol/L}$ 时,就可以诊断为高同型半胱氨酸血症。对于存在高血压、高血脂、高血糖的患者来说,高同型半胱氨酸血症会明显增加多种心脑血管疾病的发生风险,如脑卒中、冠心病及外周血管疾病等。

高同型半胱氨酸血症,一定会增加心脑血管疾病风险吗

不一定,对于一个血压、血糖、血脂正常的年轻人,如果只是单纯性同型半胱氨酸增高,其心脑血管疾病的风险相对较低,这类人群的血管健康状况较好,自身的代谢和修复能力较强,能够较好地抵御同型半胱氨酸对血管的潜在损伤。但对一个伴有高血压、高血糖或高血脂的患者来说,高同型半胱氨酸血症带来的心血管事件的风险就大大增加了,应在积极控制血压、血糖、血脂的前提下积极控制同型半胱氨酸的水平。

高同型半胱氨酸血症,只要补充叶酸就可以了吗

高同型半胱氨酸血症的治疗需要综合考虑,可不仅仅是补充叶酸那么简单。根据医学指南,叶酸的推荐补充量为每日400~800微克,一般不超过1毫克。过量补充叶酸可能会带来副作用,如发热、全身不适、皮肤发红、肿瘤等。此外,高同型半胱氨酸血症还与体内维生素B₆、维生素B₁₂等水平有关,这些维生素的缺乏也会影响同型半胱氨酸的代谢。治疗高同型半胱氨酸血症,首先需要了解其原因。除了遗传因素外,常见的原因包括肾功能不全、维生素B族缺乏、性别(男性高于女性,女性在绝经后显著升高)、年龄增长等。治疗时,应根据营养素水平制订个体、精准的补充方案。同时,患者需要调整饮食,增加富含叶酸的食物,如绿叶蔬菜、豆类或柑橘类水果等,减少动物内脏等高蛋氨酸食物的摄入。

此外,一些药物可能会影响同型半胱氨酸的代谢,如某些降脂药、抗癫痫药等,如果患者在服用这类药物,可能需要在医生的指导下调整药物或剂量。

高同型半胱氨酸血症应在专业医生的指导下根据病因进行个体化治疗,并定期复查以监测治疗效果。重要的是,患者不应自行调整叶酸剂量,应严格遵循医嘱,自行加大药物剂量可能会带来不必要的副作用,甚至可能掩盖其他疾病的症状。同时,改善生活方式,如健康饮食、戒烟、限制饮酒、保持适当运动,也对降低同型半胱氨酸水平有积极作用。对于高同型半胱氨酸血症伴高血压、高血脂或高血糖等疾病的患者来说,严格控制血压、血糖、血脂水平才是更为重要的事情。

(作者:胡晓 福州大学附属省立医院 药学部 副主任药师)

甲状腺乳头状癌术后 如何复查甲状腺功能

甲状腺乳头状癌是甲状腺癌中最常见的类型,约占所有甲状腺癌的80%以上。它生长相对缓慢,预后较好,但仍需重视术后管理以防止复发和转移。手术是PTC的主要治疗手段,通常根据肿瘤大小、位置和扩散情况选择甲状腺腺叶切除或全甲状腺切除,必要时清扫颈部淋巴结。术后,患者需要服用左甲状腺素(L-T₄)进行激素替代并同时抑制治疗,以维持正常甲状腺功能并降低肿瘤复发风险。TSH抑制治疗的目标是将TSH控制在特定范围内,具体取决于患者的复发风险分层。

不同风险分层的患者,术后TSH指标如何控制

甲状腺乳头状癌患者术后的复发风险差异较大,医生会根据肿瘤的病理特征和手术情况将患者分为低危、中危和高危三个层次。不同风险分层的患者,其术后复查的频率和项目会有所区别,以实现个体化的精准随访。

一、低危患者:低危患者是

指肿瘤局限于甲状腺内、无周围组织侵犯、无淋巴结转移或仅有微小淋巴结转移(<5枚且直径<0.2cm)、无远处转移,且手术已完全切除病灶的患者。这类患者术后复发风险较低(一般<5%)。对于低危患者,术后TSH抑制治疗的目标可适当放宽,术后1年内:TSH在0.5~2.0mU/L;术后1~5年:TSH控制在2.0mU/L左右即可。待TSH指标控制满意后,建议每6个月复查甲状腺功能(TSH、FT₃、FT₄、Tg)。

二、中危患者:中危患者的复发风险中等(6%~20%)。这类患者包括肿瘤有镜下甲状腺外侵犯、侵袭性组织学亚型(如高细胞型、柱状细胞型等)、血管侵犯,或颈部淋巴结转移在5枚以上但直径均<3cm等情况。对于中危患者,术后1年内:术后TSH应控制在0.1~0.5mU/L;术后1~5年后:TSH控制在0.5~1.0mU/L即可。复查方面,中危患者的随访频率介于低危和高危之间,待TSH指标控制满意后,之后每3~6个月复查甲状腺功能(TSH、FT₃、

FT₄、Tg)。

三、高危患者:高危患者术后复发和转移风险最高(>20%)。

符合以下情况之一者通常归为高危:肉眼可见肿瘤侵犯甲状腺周围软组织、肿瘤未能完全切除、有远处转移、术后血清Tg提示存在远处转移,或颈部淋巴结转移灶直径≥3cm等。

高危患者需要更严密的随访监测,术后1年内:术后TSH应控制在<0.1mU/L;术后1~5年后:TSH控制在0.1~0.5mU/L,必要时延长抑制时间至10年。

复查方面,待TSH指标控制满意后,每3个月左右检测一次甲状腺功能(TSH、FT₃、FT₄、Tg),以便及时发现指标变化。高危患者常规应在碘131清甲治疗后12个月复查刺激状态下的Tg(TSH升高状态),并建议在术后3年内每年复查刺激Tg,以更敏感地发现隐匿病灶。

高危患者的随访频率和检查项目均较密集和全面,目的是在复发早期即能及时发现并采

取干预措施,改善预后。

术后复查的注意事项

TSH抑制治疗有一定的副作用,可能会加重心脏负荷和心肌缺血(老年人尤甚),引发或加重心律失常(特别是心房颤动)等,TSH指标的控制及复发风险分层也并非一成不变。医生会在随访过程中根据患者的治疗反应和复查结果进行动态评估,结合复发风险分层及抑制治疗副作用风险来调整随访策略。

患者应理解自己的风险分层,并与医生保持密切沟通,配合进行个体化的复查计划至关重要。

(作者:陈兴 福州大学附属省立医院 副主任医师)

医学科普专栏投稿邮箱:

fujianwsbkp@126.com

联系电话:0591-88369123

联系人:杨老师