

阿斯巴甜致癌争议不休

健康减糖还能吃什么？

姬薇

阿斯巴甜在我国使用广泛，共有12大类食品中可允许添加。专业人士表示，讨论阿斯巴甜的安全性时，剂量是重要因素。健康减糖，可以选择使用其它天然甜味剂，或水果来代替人工甜味剂。

近日，“阿斯巴甜致癌”登上微博热搜。据媒体报道，阿斯巴甜将于今年7月被世界卫生组织下属的国际癌症研究机构列为“可能对人类致癌的物质”。阿斯巴甜在我国使用广泛，共有12大类食品中可允许添加。人们不禁要问，无糖饮料还能喝吗？健康减糖还能吃什么？

“其实阿斯巴甜作为一种常见的人工合成的甜味剂，长期以来一直备受争议，曾被质疑可能存在神经毒性和致癌风险。然而，多年的科学研究并未能真正确定阿斯巴甜的致癌性。”清华大学第一附属医院营养科临床营养师刘雪梅接受笔者采访时表示：“我们不必恐慌，致癌物质的评级并不等同于其风险程度，很多常见食品成分都被列为致癌物，但我们仍可正常消费。”

1 哪些食品含有阿斯巴甜

目前，国际癌症研究机构依据患癌几率的高低，将致癌因素分为5类：1类，对人类有确认的致癌性；2A类，对人类很可能有致癌性；2B类，有可能对人类致癌；3类，尚不能确定其是否对人类致癌；4类，对人体基本无致癌作用。根据媒体披露的信息，阿斯巴甜将被列为2B类，即有可能对人类致癌。

阿斯巴甜作为代糖，它的甜度非常高，大概是蔗糖的200倍，而热量只有蔗糖的200~300分之一，因为热量低知名度高，因此在饮料等食品领域中被广泛应用。

我国批准阿斯巴甜可用于可乐、冰淇淋、雪糕、蜜饯、果酱、面包、糕点、水产罐头、醋、沙拉酱、浓缩汤料、碳酸饮料、风味发酵乳等很多食品中，最常见的是无糖碳酸饮料，阿斯巴甜在无糖口香糖、无糖薄荷糖中使用也很普遍。



2 无糖饮料还能不能喝

在讨论阿斯巴甜的安全性时，剂量是重要因素，由联合国粮农组织和世界卫生组织共同管理的科学专家委员会(JECFA)，之前已经发布过关于阿斯巴甜安全剂量的建议。按照这个建议，一个60公斤的人每天要喝超过12罐的无糖可乐才可能受到影响。

解放军总医院第八医学中心营养

科主任左小霞表示，大家对阿斯巴甜可能被列为2B类致癌物这件事，没必要过于惊慌，理性看待。避开剂量谈毒性是不科学的。虽然从阿斯巴甜被发现到现在，主流研究成果证明阿斯巴甜安全性没有问题，但这并不意味着阿斯巴甜可以任性吃。

“如果不是大量消费含有阿斯巴甜

的产品，那么它的风险可能并不大。”刘雪梅说：“世界卫生组织旗下的国际癌症研究机构以前将夜班工作和摄入红肉，列为可能致癌的类别，并将使用手机列为可能致癌，类似于阿斯巴甜。其实阿斯巴甜在很多大公司产品中使用的并不多，并有其他可替代的甜味剂，大家对此也不用过度恐慌。”

3 甜味剂不一定比糖更健康

如果很想喝无糖饮料，但又担心阿斯巴甜致癌问题，刘雪梅建议，可以选择使用其他天然甜味剂，或者水果来代替人工甜味剂，也可以优先选择一些使用更为安全的天然糖代替甜味剂的饮料，例如，天然植物来源的罗汉果甜苷、麦芽糖醇、异麦芽糖醇、乳糖醇、木糖醇、山梨糖醇等。

刘雪梅说，下面这几种糖可以放心选择：带“苷”的糖，如甜菊糖苷、罗汉果甜苷，它们均来自天然植物；带“聚”的糖，如低聚果糖、聚葡萄糖、低聚木糖、酵母β-葡聚糖、低聚半乳糖、燕麦β-

葡聚糖、低聚异麦芽糖、菊粉、水苏糖；带“酮”的糖，如异麦芽酮糖、异麦芽酮糖醇、阿洛酮糖；带“醇”的糖，如赤藓糖醇（存在于海藻、蘑菇等植物中），且比木糖醇不容易引起体内的含糖波动、麦芽糖醇、异麦芽糖醇、乳糖醇、木糖醇、山梨糖醇。

判断一种食品健不健康？关键要学会看配料表和营养成分表。

科信食品与健康信息交流中心主任钟凯提醒，甜味剂不是减肥药，而只是减糖的一种选择。有减糖需求

的消费者应多喝水，不喝或少喝含糖饮料，如果特别喜欢喝甜味饮料，选择无糖、低糖产品是相对更好的选择，不过，控制体重没有捷径可走，吃多了就得运动。

专业人士提醒，关于阿斯巴甜被列为致癌物名单的消息，消费者需要保持清醒的头脑，用科学的眼光理性看待问题。虽然目前尚未得到官方权威机构的确认和具体建议，但随着新研究的出现，相信权威机构也会做出相应调整。

2023年7月14日 星期五
责编：赵彩娥
投稿：kxdbnews@163.com

近视手术该如何选择

又是一年高考结束季，每年这个时候，不少眼科医院都会迎来一波“摘镜热”，很多高中毕业生排队去做近视手术。近视手术该如何选择？手术有没有安全隐患？笔者为此采访了解放军总医院眼科医学部副主任医师贾烈曦。

近视手术分两大类

贾烈曦介绍，近视手术大体分两大类，一类是角膜屈光手术，另一类是ICL晶体植入手术。

大部分近视散光的患者都适合做角膜屈光手术，角膜手术不需要穿通眼球，没有眼内感染风险。这类手术分为表层手术、飞秒制瓣的半飞秒和全飞秒手术。

表层手术包括E-K、T-PRK全激光等术式，适用于中低度近视患者以及角膜厚度不够的患者，缺点是术后视力恢复较慢，术后用时长。

半飞秒手术的优势是可做远视、老花以及不规则散光的个性化切削。缺点是切口大，干眼发生率较高，眼球受到外伤后易出现继发损伤。

全飞秒手术不需要制作角膜瓣，损伤更小，术后干眼症状轻微且恢复快，但只适用于900度近视和500度散光以内的患者。

晶体植入手术则适合超高度近视和角膜比较薄的中高度近视，这种手术需要在角膜上做一个穿通眼珠的切口，可以理解为把特制微型眼镜植入眼睛。需要注意的是，接受ICL晶体植入手术的近视患者可以报考警校，但是不能参军和报考军校。

近视手术也存在并发症

贾烈曦说，近视手术具有非常高的安全性，但依然会有潜在手术并发症和禁忌证。例如，有圆锥角膜等其他禁忌证的患者就不应实施手术。

贾烈曦告诉笔者，接受近视手术后，也有较少部分患者会出现一些轻度并发症，主要包括干眼、夜间眩光和术后近视回退。如出现干眼，通过1~3个月左右的治疗可以缓解；如出现夜间眩光，3~6个月后，眩光的程度可以减轻，而且绝大部分术后患者认为眩光并不影响夜间活动。

“一般来说，术前近视度数越稳定的患者出现视力回退的可能性就越小。另外，术后健康用眼非常重要，定期复查也必不可少。”贾烈曦强调。

吴琼

人体最没用的器官，割掉反而更好？

如果要给人体无用器官排名，扁桃体肯定能名列前茅，毕竟它不仅没啥用，还总爱发炎。于是在每个“吞口水都痛”的日子里，大家都会冒出一个共同的想法：

在人类进化过程中，扁桃体还一直留存着，说明它还是有“亿”点点用处。

作为人体的免疫器官，扁桃体可说是一道天然的保护屏障。在我们3岁时，体内其他免疫器官还没有完全发育成熟，就主要靠扁桃体这一活性免疫器官，抵抗外界病毒细菌的感染。

当发育到6~7岁后，扁桃体才开始萎缩，免疫能力逐渐减弱，其余免疫器官就会来顶它的班。

它总爱发炎，其实跟它所处的位置有关。扁桃体处于食道附近，经常跟各种东西打交道，食物太烫或太辣、冷空气太强等都容易刺激扁桃体，影响它正常工作。

此外，过度劳累、着凉、烟酒过度、免疫力下降等因素，也容易削弱扁桃体战斗力，让病菌有可趁之机。

扁桃体发炎初期，主打的就是一个“痛”字，吃东西痛，说话痛，甚至睡着了也能把你痛醒。

此外，因为扁桃体肿大，你还可能出现吞咽困难、恶心干呕等问题。

如果炎症不及时清除，还会诱发低热、中耳炎、颈淋巴结炎等局部炎症。

对于儿童来说，扁桃体炎症反复发作还易导致腺样体肥大，继而引起鼻塞、分泌性中耳炎（易导致传导性耳聋或耳鸣）和阻塞性睡眠呼吸综合征（如通气不良、打鼾）等问题。

2019年美国耳鼻咽喉头颈外科发布了儿童扁桃体切除指南，指南指出当遇到以下情况时，建议割掉扁桃体。

虽然有些人符合教科书上的切除病症，但还是会犹豫：切了后会不会削弱免疫力？对免疫力本来就不成熟的小朋友来说，影响是不是更大？

虽然这些问题没有统一答案，但目前国内研究给出的

结论类似：切掉反复发炎的扁桃体，好处或许更多。

一项发表在《柳叶刀》的研究指出，在患有复发性急性扁桃体炎的453名患者中，切除扁桃体的患者在一年内咽喉疼痛的天数减少了47%。该研究是迄今最大规模的关于成人扁桃体手术治疗的临床研究。

《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》的临床数据显示，3~12岁的儿童进行低温等离子射频扁桃体部分切除术后，1个月内免疫力有所下降，但3~6个月后会大部分都会恢复正常。

手术再小，依然也会存在一定风险。就目前的医疗水平来看，扁桃体手术引起严重并发症的概率较小，比较常见的并发症是术后24小时内容易出血、咽喉疼痛、恶心干呕等，但一般都会自愈。

平时保养好扁桃体，能大大降低扁桃体发炎的几率，大家不要等到要手术治疗才追悔莫及。

科普中国

别太孤独了 容易折寿

哈尔滨医科大学学者发表的一项纳入全球220多万人的90项前瞻性队列研究的汇总分析显示，孤独或社会孤立的人，死亡风险高。

研究者指出，目前还不完全清楚孤独或社会孤立究竟是如何影响一个人的健康和幸福的，但存在许多理论。

研究认为，社交孤立或孤独的人健康饮食和定期锻炼的可能性相对较低，更可能吸烟和饮酒。不仅如此，社交孤立与炎症和免疫系统减弱有关。社交孤立的人不太可能得到医疗护理，因为他们的社交网络较小等。

研究者还指出，社交孤立和孤独并不是一回事。社交孤立是指缺乏与他人的联系。相比之下，孤独是一种孤独的感觉，与社会接触无关。

这项研究回顾分析了90项前瞻性队列研究，结果显示社会孤立和感到孤独都与死亡风险的增加显著相关。

同时，社会孤立与心脏病死亡风险增加有关。对于患有心血管病或癌症的人，社会孤立使总死亡及癌症死亡风险增加。

研究者表示，多加关注社交孤立和孤独有助于改善人们的幸福感，降低死亡风险。

此外，美国公共卫生局曾发布了一份长达85页的研究报告指出，孤独或社会孤立是公共卫生流行病。

报告称，社会联系是人类的基本需求，与食物、水和住所一样对生命至关重要。孤独和社会孤立分别增加26%和29%的过早死亡风险，相当于每天吸15支烟。

杨进刚

重视房颤筛查 预防隐形杀手

心房颤动简称房颤，是最常见的心律失常之一，在慢性的肺部疾病、高血压病、心衰、冠心病、瓣膜病、肥胖、糖尿病等人群中发病率明显增加。几乎见于所有的器质性心脏病会并发心房颤动，也可以孤立发生于无任何心脏及心脏外疾病的病人。我国大规模流行病学调查显示，2003年35~85岁人群中房颤患病率为0.61%，2012~2015年我国35岁以上人群中房颤患病率为0.71%，2014~2016年我国45岁以上人群的房颤患病率为1.8%（男性与女性分别为1.9%与1.7%）。房颤患病率随年龄增长而升高，在75岁以上人群中，男性和女性的患病率分别为5.4%和4.9%。根据2014~2016年这项研究，结合2020年我国第七次人口普查数据，估计我国约有1200万房颤患者。

心房颤动的症状与基础心脏病有关，也与心室率快慢有关，可能出现心悸、气短、胸闷、乏力，尤其在体力活动后心室率明显增加，并可出现晕厥，但是仍有很多患者没有任何症状，可谓隐形杀手，房颤患者的死亡风险是无房颤患者的1.5~1.8倍，其机制可能与血栓栓塞、心衰风险增加，以及共患病症的协同作用有关。未接受抗凝治疗的房颤患者卒中、短暂性脑缺血发作及体循环栓塞的发生率约34.2/1000人·年，是无房颤人群的3~5倍；房颤所致卒中往往病情更严重，致死、致死率和复发率均更高。房颤患者的痴呆发病率约4.1%/年，是无房颤人群的1.5倍，可能与卒中、颅内出血、血管和大脑低灌注等机制有关。60%以上的房颤患者有不同程度的症状，16.5%伴有严重或致残性症状。房颤患者住院率非常高，达到了43.7/100人·年，心血管住院（26.3/100人·年）非心血管住院（15.7/100人·年）更为常见。

由于约1/3的患者无症状及阵发性房颤筛查不足漏诊，故房颤可谓隐形杀手。

诊断：单导联心电图（≥30秒）或12导联心电图（≥10秒）显示P波消失，代之以大小、形态及时限均不规则的颤动波（F波）、RR间期绝对不规则即可诊断为房颤。

目前房颤规范治疗：1.房颤的治疗原则是在病因治疗和改善心功能的基础上，转复和维持窦性心律、控制心室率、预防血栓栓塞。2.房颤的治疗分药物保守治疗、外科手术治疗、导管消融治疗、左心耳封堵治疗及房室结消融+希浦系统起搏治疗。正规药物治疗5年仅20%~30%患者能有效维持窦性心律。室率控制房颤患者根据脑卒中风险评分CHADS2~2分者，需终生抗凝治疗。长期服药除有出血、胃肠道反应、甲状腺功能异常、肺纤维化、眼角膜微粒沉积等副作用外，也增加患者的医保经济负担。外科手术治疗成功率稍高，但因创伤大未能在临床推广。由于抗心律失常药物疗效有限，也不改善患者预后，故房颤的经导管消融治疗房颤目前成为主要治疗手段，而对于合并有脑栓塞和不能服用抗凝药物的患者，近几年的左心耳封堵术又称为房颤患者的福音，特别是高危脑栓塞和高龄房颤患者。

房颤明确诊断证据简单，治疗方案规范。但临床“隐形”病例较多。增加房颤筛查，提高患者生存率，改善生活质量至关重要。

常见筛查：房颤筛查：（1）一般人群的房颤筛查：房颤的筛查策略包括机会性筛查（指全科医师对因不同原因在社区就诊的患者通过脉搏触诊或心电图顺便进行房颤筛查）和系统性筛查（指对高危人群通过定期或连续心电监测进行系统详细的房颤筛查）。对年龄≥65岁人群应用单导联心电图或联合脉搏触诊、血压计测量进行机会性筛查未显著提高房颤检出率。年龄≥70岁的人群，可考虑通过定期或连续心电监测进行房颤的系统性筛查。房颤筛查方式包括心电模式与非心电模式，前者包括普通心电图、动态心电图、手持式或可穿戴式心电记录仪以及心脏植入式电子装置；后者包括脉搏触诊、光容积脉搏波描记和使用有房颤识别功能的电子血压计等。脉搏触诊、血压计测量、非12导联心电图和移动设备检测房颤的敏感性相似，其中脉搏触诊的特异性较低，但由于简单易行，仍然是房颤检测的实用手段。脉搏触诊常常包括3个内容：节律规整、搏动强弱、频率快慢。房颤脉搏触诊特点为：节律不规则，快慢不一，强弱不等。（2）心脏置入式电子装置患者的房颤筛查：具有心房感知功能的心脏置入式电子装置通过连续监测可检出房性快速性心律失常，也被称为心房高频事件（atrial high frequency event, AHRE），包括房性心动过速、房扑和房颤。AHRE的持续时间及频率在各研究中略有差别，目前的指南和共识建议将持续时间和频率下限分别界定为5次/min和175次/min。无临床房颤史的患者若发生AHRE，其发生临床房颤的风险为无AHRE者的5.7倍，缺血性卒中或体循环塞风险为无AHRE者的2.4倍。且CIED检出的房颤负荷与缺血性卒中的发生风险具有显著相关性。房颤负荷超过1h的患者发生缺血性卒中的风险比房颤负荷≤1h的患者的2.11倍。故常规规程控时应评估AHRE并明确房颤诊断，以及时调整抗凝治疗决策。对记录到AHRE的患者，需进一步进行临床评估以明确房颤诊断。（3）卒中患者的房颤筛查：房颤是不明原因卒中的重要原因，7.7%的急性缺血性卒中或TIA患者可通过首次急诊心电图检查发现房颤，结合多种心电监测手段可在23.7%的患者中发现新诊断房颤。延长监测时间，提高监测频率可提高房颤检出率。研究发现，间断进行7~14d的长程动态心电监测，每年累计监测超过28d，对于房颤负荷的评估可达到与置入式心电监测装置（implantable cardiac monitor, ICM）等效的评估能力，因此，对于未诊断房颤的卒中患者，可考虑通过上述方式尽可能地发现房颤并及时进行治疗。

（作者系山西省大同市第三人民医院副主任医师）

