

如何诊断、治疗肺结节

今年,《亚太和中国肺结节诊治指南》(以下简称《指南》)在相关杂志上发表了。这是由中国专家牵头制定的首个《指南》,也是亚太最早的有关肺结节诊治的《指南》。其主编、上海市呼吸病研究所所长白春学在中国发起了肺癌防治联盟“百千万工程”,目的是降低肺癌发病率。

在各地分中心揭牌仪式上,白春学不遗余力地讲授肺结节诊断知识。他说,医生的眼睛不能只盯着肺,要把关口前移,紧盯肺病的“爸爸”——肺结节。

为何如此?业内有研究表明,肺癌与肺结节的比例约为1:10,即每10个肺结节患者中有1人被诊断出肺癌。对肺结节进行筛查、诊断,可降低肺癌发生率,为患者节省医疗费用。

如何诊断、治疗肺结节?前不久,在中国肺癌防治联盟肺结节诊治分中心落户郑州人民医院学术研讨会上,白春学向与会专家介绍了经验。

《指南》做了哪些修订?
先来看看全世界肺癌的发病趋势。全世界每年新发肺癌为160万例,占所有恶性肿瘤的13%;而肺癌导致的死亡每年有140万人,占所有恶性肿瘤死亡

人数的18%。无论男性还是女性,肺癌死亡率都占第一位,这与诊断偏晚关系密切。

《指南》关注影响肿瘤的6个变量,分别是年龄、吸烟史、有胸腔外瘤病史、结节直径、结节边缘有毛刺、结节位于上叶。

“社会上很少有人注意到癌症的发病年龄。”白春学说。这也是肺癌高发的因素。

新中国刚成立时,肿瘤发病率很低,因为当时的平均寿命只有40多岁。现在,人们的平均寿命提高了,其中上海市民的平均寿命和美国不相上下,故发病率较高。

在吸烟史方面,抽烟400支/年,连续抽20年,这类人群为肺癌高发人群。抽烟越多,发生肺癌的概率就越大。有胸腔外瘤病史者,其肺部患第二个原发瘤的可能性就偏大。

在结节直径方面,结节直径越大,肿瘤发生率越高;若结节边缘呈毛刺征或结节发生在上叶位置,发生恶性肿瘤的概率明显增加。

“需要注意的是,恶性肿瘤在30毫米以下的类圆形、局灶形、影像学表现密度增高的阴影,才叫肺结节。最早定义是在50毫米以下的称为肺结节。后来,医学界

发现范围这个太大,从而缩小到30毫米。”白春学说。

除此之外,还有一个变化是在《指南》中增加了物联网医学内容。

临床诊断肺结节经验
临床诊断肺结节,要考虑《指南》中提出的6个变量。

白春学指出,从影像学方面讲,对于肺结节诊断没有太多特殊要求,最好能做到1毫米,这样可以深度挖掘诊断早期肺结节。影像学一般将肺结节分为3类:实性、毛玻璃影、混合性。

在显微镜下观察,肺部实性结节的肿瘤细胞密度高,密度较高。若肿瘤细胞稀疏地生长或葡萄状生长,有一种毛玻璃影感觉,这种结节发生恶性的概率就高。因此,发现肺结节呈毛玻璃影改变时,要高度警惕肺癌的可能性,混合性的肺结节,中央肿瘤细胞密密麻麻地生长,周围稀疏生长,在CT上表现中间密度偏高,周围密度偏低。对于这种结节要观察。

据白春学介绍,若这种结节长大后直径超过2毫米,体积超过50%,再有密度增加或血管生成,则建议手术切除;即使气管镜、穿刺拿不到病理切片,也建

议做手术。这是因为肺结节诊断要想把原位癌等发现出来,一定要在没转移之前。

在没转移之前,肺结节有多大?一般来讲,肺部实性结节一般在8毫米以内,毛玻璃影结节在10毫米。“记住,要在8-10毫米时尽可能地诊断出来,这个时候诊断出来的肺癌是原位癌,若长到20毫米或30毫米时再诊断,术后转移的概率就会较大。”白春学说。

而对于毛玻璃影结节,10毫米以下相对安全;10毫米以上,建议进行病理诊断。如果无法做病理诊断,医生要应用物联网医学软件多观察几次,提示直径超过2毫米,体积大于50%,要做手术切除。这些80%以上是肺癌,可以按实性结节进行随访。

肺部多发性结节的发病比例越来越大,甚至达到1/3以上。白春学建议,首先假定是转移性质的,做检查看其他部分是否有肿瘤转移到肺部;若没有,是良性的可能性较大。

从肿瘤标志物上看肺结节。白春学提醒,一定要特别注意胃泌素释放肽前体可作为小细胞肺癌的诊断和鉴别诊断的首选标志物。“因为它的敏感性、特异性要远远

高于其他标志物。”白春学说。

“因此,对于小细胞肺癌诊断,如果能做胃泌素释放肽前体,就可以不做NSE(神经特异性烯醇化酶)。”白春学说。

白春学特别提醒临床医生注意,不要期望测一次胃泌素释放肽前体,就能诊断早期肺癌,因为有些患者需要进行动态观察。第一次测的结果是基础值,此后半年、1年、2年、3年再测,可以做对照。若发现肿瘤标志物在缓慢升高,或4个标志物都在升高,要高度警惕早期肺癌的可能性。

在临床上,碰到手术高风险的患者怎么办?比如,一些患者不能做手术且连活检都做不到,怎么办?白春学的处理方式是向专家介绍《肺结节诊治中国专家共识》和《指南》。中国或其他亚洲国家肺结节诊治专家碰到这种情况时多选择观察。白春学会告诉患者,临床诊断肺癌八九不离十,但也可能会有误治风险。

(本文由常娟根据白春学在郑州人民医院肺结节诊治分中心学术会上的报告部分录音整理而成;详情请关注《亚太和中国肺结节诊治指南》(肺部结节诊治中国专家共识))

预防出生缺陷 守好三道防线

生一个健康聪明的宝宝是准爸爸、准妈妈的心愿。然而,要想实现这个心愿并非易事。当前,出生缺陷问题已经成为我国婴儿死亡、儿童和成人残疾的主要原因之一。缺陷儿的出生,给孩子、家庭、社会都带来很大的影响。因此,做好出生缺陷预防,对家庭和社会来说非常重要。

出生缺陷预防的关键是预防。

预防先天性缺陷新生儿有3道防线,即“三级预防”。目前,国际和国内基本上都是采取“三级预防”模式,并将重点放在一级和二级预防上,即孕期和孕中期干预。

一级预防:一级预防就是在孕早期采取健康教育宣传、婚前医学检查、孕早期健康检查、补服叶酸等措施,预防出生缺陷的发生。从源头做好预防工作,健康教育尤其重要。目前,河南省为城乡居民提供免费婚前医学检查,并对参加婚前医学检查的夫妇奖励婚假7天;对农村居民提供免费的孕早期健康检查和免费叶酸。

二级预防:就是在孕中期通过产前筛查、产前诊断,早发现、早诊断和早采取措施,以减少严重出生缺陷儿的出生。对已确诊的致死致残畸形胎儿,做选择性终止妊娠手术。具体措施包括:建立《孕产妇保健手册》、孕产妇健康管理、产前筛查与产前诊断等。

三级预防:指在出生缺陷儿出生后采取及时有效的诊断、治疗和康复措施,以提高患儿的生活质量,防止病残,促进健康。有些先天性疾病如果能得到及时的诊断、治疗,就可阻止症状的发生和发展。对有结构异常的患儿可做矫正手术。比如,先天性心脏病房间隔或室间隔缺损,可做修补手术;先天性食管闭锁和肛门闭锁患儿,出生后可做矫形手术。

提示 出生缺陷高危人群

- 1.夫妇双方或一方已确诊为基因病的患者或生育过基因病宝宝的患者,生育基因病患儿的风险会增大,最好做产前基因诊断分析。
- 2.夫妇双方或一方具有染色体异常,特别是本身具有染色体异常但无任何临床症状的夫妇,生出有缺陷宝宝的概率明显高于正常夫妇。因此,最好在婚前进行染色体检查。
- 3.怀孕早期发生高热的妇女;接近猫、狗的孕妇;每天化浓妆的孕妇;孕期精神紧张的孕妇;经常饮酒的孕妇;吃了霉变食物的孕妇,都有可能生出缺陷儿。(本报记者综合整理)

脑部疾病「盯」上年轻人 熬夜容易诱发脑卒中

中风是一种常见病。那么,卒中和中风是不是一回事呢?

6月29日,郑州大学附属郑州中心医院(郑州市中心医院)神经内科副主任刘威说,平时人们常说的卒中,其实就是脑卒中,又叫脑中风,也就是急性脑血管病。

据刘威介绍,脑卒中有发病率、死亡率、致残率高、复发率高等特点。我国每年用于脑卒中的医疗费用高达200亿元,给家庭和社会带来了巨大的经济负担。

脑卒中可防可治。通过科学预防,可使脑卒中的发病率明显下降。如果人们不幸患上了脑卒中,通过及时规范的治疗,就可以使脑卒中的死亡率和致残率明显下降。

作息不规律等容易诱发脑卒中

随着我国人口老龄化进程加剧,脑血管病的发病率呈快速上升趋势,而且正在以每年8.7%的速度快速增长,位居我国居民死因的首位。

特别是近年来,脑卒中的发病趋势有逐年年轻化的迹象,三四十岁的发病人群增多。这对我们来说,的确是一个严峻的挑战。

据刘威介绍,脑卒中的病因有很多,有不可改变的因素(比如年龄、性别、种族、家族史等),以及可改变的因素。

目前,容易诱发脑卒中的可改变的因素包括:高血糖、高血脂血症、心房颤动、吸烟、肥胖和缺乏运动等。需要强调的是,只要有其中3项,就属于高危人群。

另外,曾经发生过脑梗死或者有短暂性脑缺血发作的人,不管是否具备以上的危险因素,都属于脑卒中高危人群,必须定期进行脑卒中筛查和有效干预。

刘威说,现代人生活节奏快,工作压力大,作息不规律,喜欢熬夜,爱吃大鱼大肉,吸烟,肥胖,缺乏运动等,都是脑卒中发病率越来越高的原因。

生活中如何避免脑卒中

刘威建议,人们平时饮食要注意低盐、低脂、低糖,戒烟限酒,控制体重,注意锻炼,尽量不熬夜,定期体检,发现有刚才所说的那些危险因素,要及时加以控制。这些都是预防脑卒中的有效方法。

如果不幸得了脑卒中,怎么办?刘威说,要及时去正规的医院进行规范诊治。对急性脑梗死患者,在4.5小时内可以给予阿替普酶静脉溶栓治疗;如果是大血管的病变,可以通过介入手术的方法进行机械取栓或动脉溶栓治疗。这些都是需要争分夺秒进行的。

刘威希望广大市民多学习一些脑卒中的基本知识,遇到有人突发一侧肢体无力、麻木,突发言语不清、口角歪斜、头晕头痛、眼前发黑、视物不清、昏迷或神志模糊,要尽快拨打120,送患者到医院并由专业的医师诊断和治疗。

治疗脑卒中患者,有哪些先进的医疗手段?

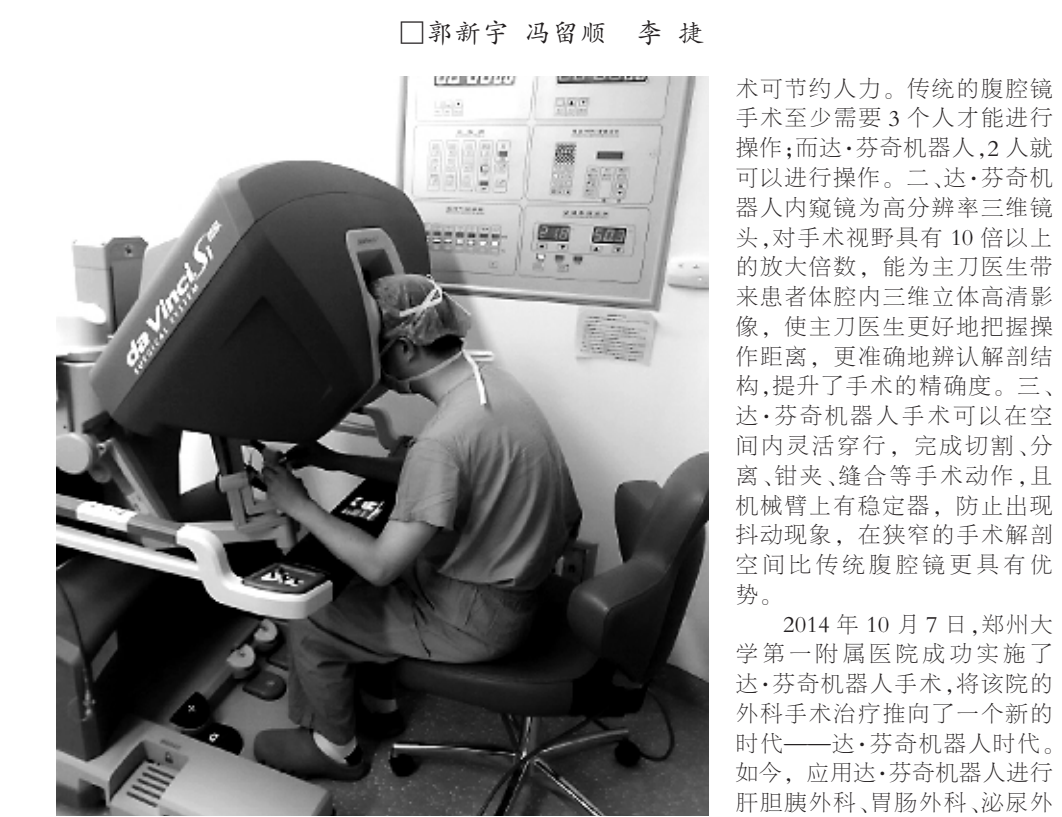
一个人得了急性脑梗死后,每分钟就有190万个神经细胞死亡,故需要争分夺秒地开通血管。国际上对急性脑梗死患者静脉溶栓治疗有一个考核指标,就是从患者到达医院,再到用上溶栓药物的时间,国际标准要求是60分钟以内。按照郑州大学附属郑州中心医院的流程,目前最快为13分钟。这在国内外甚至国际上,都是比较先进的水平。

如果患者是大血管的病变,可以通过介入手术的方法进行机械取栓或动脉溶栓治疗,使血管再通率由单纯静脉溶栓的50%以下,提高到80%以上。

据了解,郑州大学附属郑州中心医院对颈动脉狭窄的患者采取颈动脉内膜剥脱术方法进行治疗,疗效和安全性在省内位于前列。刘威说,通过卒中中心建设,该院对卒中患者的综合救治能力有了很大的提高。在该院接受治疗的卒中患者,死亡率、致残率和复发率有了大幅降低。

(李大贝)

外科手术有了划时代改变



图为李捷在操作台前进行手术操作

传统的腹腔镜手术是医师围坐在手术台旁进行开腹手术,具有创伤大、术后并发症多、患者恢复慢、愈合周期长、间接增加治疗费用等缺点。随着医疗技术的进步、医疗设备的更新,以及微创理念的日渐深入人心,腹腔镜手术逐渐兴起并推广开来,且基层医院也已经能够熟练地开展此类手术。目前,一种新型的腹腔镜手术——达·芬奇机器人手术的出现,将改变未来腹腔镜手术治疗的方法和理念,将微创手术解释得淋漓尽致,具有操作精准、手术时间短、患者创伤小、术后并发症少、身体恢复快等优点,开创了新的外科手术时代。

达·芬奇机器人手术系统是

以美国麻省理工学院研发的机器人外科手术技术为基础的。美国已经批准将达·芬奇机器人手术系统应用于成人和儿童的胸外科、泌尿外科、妇产科、头颈外科以及心脏手术。

达·芬奇机器人这种高级的腹腔镜系统由外科医生控制台、床旁机械臂系统、成像系统组成。主刀医生可以坐在远离手术台的控制台上通过操作两个主控制器及脚踏踏板来控制器械和一个三维高清内窥镜,使手术器械尖端与外科医生的双手同步运动,完成高难度的复杂精细手术。

达·芬奇机器人手术与传统的腹腔镜手术相比,具有诸多优点:一、达·芬奇机器人手

术可节约人力。传统的腹腔镜手术至少需要3个人才能进行操作;而达·芬奇机器人,2人就可以进行操作。二、达·芬奇机器人内窥镜为高分辨率三维镜头,对手术视野具有10倍以上的放大倍数,能为主刀医生带来患者体内三维立体高清影像,使主刀医生更好地把握操作距离,更准确地辨认解剖结构,提升了手术的精确度。三、达·芬奇机器人手术可以在空间内灵活穿行,完成切割、分离、钳夹、缝合等手动动作,且机械臂上有稳定器,防止出现抖动现象,在狭窄的手术解剖空间比传统腹腔镜更具有优势。

2014年10月7日,郑州大学第一附属医院成功实施了达·芬奇机器人手术,将该院的外科手术治疗推向了一个新的时代——达·芬奇机器人时代。如今,应用达·芬奇机器人进行肝胆胰外科、胃肠外科、泌尿外科、心胸外科和妇产科手术在该院日渐成熟和普遍。新兴的技术在该院迅速扎根并蓬勃发展。

大胆设想一下,随着科技的发展,达·芬奇机器人手术系统在基层县级医院得到普及时,位于省城的专家坐在自己医院的控制台上,应用远程网络控制基层医院的机械臂,可以运筹帷幄,决胜千里之外,在当地医师的辅助下进行远程操作为患者做精准的外科手术,让患者不出门就享受到专家级的技术服务。这不失为一种缓解看病难问题的良好途径。

(作者供职于郑州大学第一附属医院肝胆胰外科。其中冯留顺为教授,主任医师,硕士生导师;李捷为副教授,副主任医师,硕士生导师)

优生优育 呵护健康

临床使用呼吸机的指征

症状表现

- 窒息
- 呼吸窘迫
- 鼻翼翕动
- 呼吸急促
- 肋间隙增宽、凹陷
- 心跳加快 心律失常
- 血压异常 升高/降低
- 精神状态改变

临床参数

- 呼吸频率 >30次/分钟
- 氧分压 <60毫米汞柱
- 二氧化碳分压 >55毫米汞柱 (提示通气障碍)

(注:1毫米汞柱=133.322帕)

刘梅/制图

失眠治疗仪

河南阿拉丁医疗器械有限公司
诚招各市县代理商 400-650-7100

手术麻醉不可小觑 要为有过敏性休克史的肝占位患者制定个体化麻醉方案

家属都焦急万分。最后,患者来到河南省肿瘤医院就诊。该院肝胆胰外科三病区医生黄长山接诊了患者,并以肝占位为诊断结果将其收治。根据患者有麻醉药物过敏性休克的病史,黄长山邀请麻醉科主任卢锡华对患者进行会诊。卢锡华与患者之前的麻醉医生取得联系,了解了第一次手术时的情况和细节,随后又针对患者的病情在科内组织会诊,最终为患者制定了个体化的麻醉方案。

方案

首先,考虑尽可能回避使用首次手术时的麻醉药物。患者之前在手术中使用的3种镇静药物分别为舒芬太尼、依托咪酯、罗库溴铵,后两种药物确实有少量过敏反应的文献报道。对此,卢锡华决定改用舒芬太尼、咪唑安定、丙泊酚、顺苯磺酸阿曲库铵。

其次,避免使用抗感染导管。在之前的颈内静脉穿刺置管中,医生使用了抗感染导管,抗感染导管里含有具有抗菌作用的物质:磺胺嘧啶银和洗必泰。一旦穿刺药物直接进入心脏,就会迅速造成过敏性休克。因此,本次手术,黄长山等使用了非抗感染中心静脉导管。

最后,做好患者的术中监测。在手术过程中,除了监测患者的心电图、氧饱和度、体温、呼气末二氧化碳外,还进行了BIS监测(脑电图监测),确保患者术中麻醉深度。医生在术中采取桡动脉穿刺技术监测患者的血压变化和中心静脉压。

最终,手术顺利进行。目前,患者恢复良好,已经出院。

提示

麻醉学界有这样一种说法,“外科医生是治病的,麻醉学是保命的”。麻醉学是一门大学问。很多患者,甚至医生,尤其是基层的外科医生,普遍忽视患者的术前麻醉会诊,认为麻醉师就是不起眼的“打麻药的”。这种错误观点害人不少。

比如,对于像梅女士这样的高敏体质患者,如果在术前进行规范的麻醉会诊,对其既往史、药物过敏史、是否存在困难气道等重要因素进行沟通确认,就可以大大降低患者在术中发生过敏性休克、心跳骤停等事件的发生率。临床经验丰富的麻醉师可以根据术前的麻醉访视,为危重患者制定个体化的麻醉方案,从而取得更好的麻醉效果,为手术的顺利进行保驾护航。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

手术麻醉不可小觑

要为有过敏性休克史的肝占位患者制定个体化麻醉方案

□王晓凡