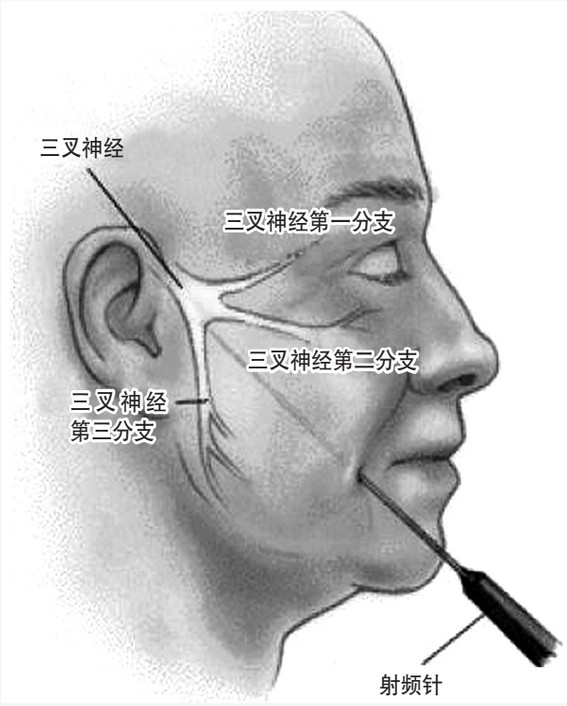
■技术·思维

三叉神经痛射频手术怎么做

郑州颐和医院神经外科二病区（功能神经外科）主任 王学忠



三叉神经痛是非常顽固的头面部疼痛，号称“天下第一痛”，通常是发作性、电击样或者刀割样疼痛。时间从几秒到几分钟不等。

得了这种疾病，一般可以通过口服药物控制疼痛，但有时会导致头晕、嗜睡等不良反应，也可能影响肝肾功能。此外，随着时间的延长，药物治疗效果也会下降，所以不能长期大剂量用药。

对于年轻人来讲，可以通过三叉神经微血管减压术来根治性控制疼痛，但这是一种开颅手术，优点是不会引起神经损伤，可以保留正常的面部触温感觉。但老年人、体弱的患者，一般不能耐受手术创伤。对于这类患者，为了能有效控制疼痛，建议应用微创经皮穿刺三叉神经半月节射频热凝术治疗。

技术优势

三叉神经痛射频热凝治疗效果如何呢？该方法安全、高效，且创伤小，仅在面部用一根直径几毫米的穿刺针穿刺到半月节就能解决面部疼痛，用时30分钟左右。

患者在清醒状态下接受射频热凝治疗，效果立竿见影，可即刻解除长期疼痛和服用止痛剂的烦恼，且复发率低（精准的射频热凝治疗有效率可以达到90%以上，1年以上复发率在10%以下）、费用低廉，被广大患者接受。

病例

76岁的男性患者史某，右侧面部反复疼痛2年有余，主要在右侧上颌、鼻旁、上牙部位，电击样疼痛，严重时影响吃饭、说话等日常生活，被多家医院确诊为三叉神经痛。口服药物后能缓解疼痛，但患者不能忍受药物带来的头晕、嗜睡等副作用，经过针灸、封闭等治疗，始终未能解决面部疼痛问题。

为了解决疼痛，史某来到河南大学附属郑州颐和医院神经外科二病区（功能神经外科）就诊。经过陈志功主治医师术前检查，该患者高龄，且合并高血压、脑梗死、冠心病等基础疾病，不适合做开颅微血管减压术，且家属也不愿意让患者做开颅手术。

经过与患者及其家属沟通，我们决定采取安全有效的方法——微创经皮穿刺三叉神经半月节射频热凝术治疗面部疼痛。

术中，在CT（电子计算机断层扫描）引导下，医务人员用专用穿刺针经皮准确穿刺至三叉神经半月节部位，给予一定温度射频热凝。反复几次，5分钟后手术即结束，患者面部疼痛随之消失。

适应证

那么，哪些患者适合做半月节射频热凝治疗呢？

年龄大于70岁者；全身情况较差者（患有心、肺、肝、肾、代谢性疾病等）；已行微血管减压术后无效或者疼痛复发者；拒绝开颅手术者；带状疱疹后遗症者；鼻咽癌相关性三叉神经痛者。

此外，根据三叉神经痛患者的具体情况，我们还可采用多种方法治疗，如药物治疗、微血管减压术、射频热凝术、感觉根部分切断术等，均能达到止痛的治疗效果。

■图说

贫血的原因有哪些？应该怎么治？（上）

原因一：造血工厂原材料不足

缺铁和铁利用障碍 ⟹ 缺铁性贫血

铁需求量增加而摄入不足

- 多见于快速生长的婴幼儿、青少年
- 妊娠、哺乳期妇女
- 偏食

铁吸收障碍

- 饮食不当
- 胃大部切除术后
- 胃肠道功能紊乱（如慢性肠炎）

铁丢失过多

- 慢性胃肠道出血（如痔疮、胃十二指肠溃疡）
- 月经过多

叶酸或维生素B_{12}缺乏 ⟹ 巨幼细胞贫血

摄入减少

- 食物加工不当（如烹调时间过长）
- 偏食

吸收障碍

- 内因子缺乏（如胃切除、恶性贫血）
- 胃肠道功能紊乱（如腹泻、肠炎等）

原因二：造血工厂设备损坏

柳小毛/制图

■临床笔记

癌症早期发现：亟待解决的观念和技术

河南省人民医院消化内科主任医师 梁宝松

上午的门诊，来了一位来自于南阳伏牛山区的60岁的女患者。她的检查申请单上写着吞咽困难，一周前消化道钡餐检查显示食管中段僵硬。

我拿起胃镜为她做检查。在距离门齿22~25厘米的地方，明显可以看到有新生物生长，已经引起了食管管腔的轻度狭窄。看到这样的病变，我几乎可以肯定，这就是进展期的食管癌！

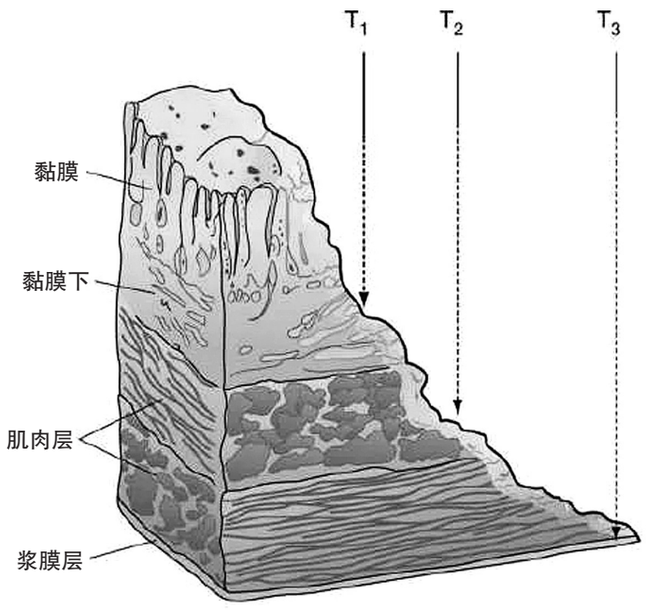
我继续完成了整个胃镜检查，并且在病变处取了组织，送病理科做病理检查，以便把这食管癌的诊断“办成铁案”！

做完这个检查，我的内心久久不能平静！这样的进展期食管癌，在三甲医院，竟然钡餐检查只发现了食管壁的僵硬；而同样的上消化道癌症，在日本的发现率可以达到50%~70%。

同样，在日本，早期上消化道癌症胃镜检查的诊断率可以达到50%~80%；而我们国内的状况，却是连50%都很难达到，有些地方甚至连20%~30%都难以达到！这究竟是为什么？

为了说清楚这个问题，我先给大家科普一下有关消化道壁的分层和早期癌症的概念吧！

我们的食管分3层，从里到外，分别是黏膜层、黏膜下层、肌肉层。我们的胃除了这3层，外边还有一层浆膜层。



癌症，就像是一棵毒草的种子，从我们消化道最里边的黏膜层生发、扎根。

如果癌症仅仅局限于最里边的黏膜层，那肯定是早期癌症！假如癌症扎根，进入第二层，也就是黏膜下层，如果没有碰到淋巴管和血管，仍然可以定义为早期癌症。这样的癌症，只需要通过胃镜，在第一层和第三层之间，打上水垫，再用电刀完整旋切就治愈了，而且不会复发！假如癌症已经扎根进入第三层，或者更远，那就肯定不是早期癌症了。

癌症的可怕之处就是它的扎根生长，并且可以扎进淋巴管和血管而引起远处的淋巴结和通过血管转移到其他脏器。假如到了这个阶段，就算是做了外科手术，也很难达到根治的目的。对于这样的进展期癌症，我们能够谈到的也就是几年的生存率而已！

我询问了这位患者的病史，她是一个月前在大口吃馍的时候开始有吞咽不适感，但没有引起足够的重视，等了差不多一个月还不缓解，这才想起到医院来。虽然我们的诊断正确，可是，她却不是早期癌症了。也就是说，尽管她的病变部位长度只有3厘米，她还是临床上比较早期的食管癌，我们也只能是谈几年生存率而不是完全治愈率的问题了。

也许大家都知道，以林州为中心，河南、河北、山西交界地区的太行山区是食管癌的高发区；可是大家也许忽略了，在我们河南省的伏牛山区，也是食管癌高发区。假如我们的科普能够再广泛一些，当地的老百姓在出现了吞咽不适的时候立即就诊，也许他们的食管癌会诊断得更早一点儿！

说来说去，那么早期癌症有什么症状呢？我想告诉大家，早期癌症，什么症状都没有！真正的我说的能够通过胃镜切下来、不复发的早期癌症，都是没病找病找出来的病！所以说，对于高发区的患者，开展适当的普查才是发现早期癌症最重要的事情！

当天上午，我一边做胃镜，一边不断有人进来要求我加诊，我都拒绝了！

为什么？发现早期癌症需要认真检查，时间是保证正确诊断早期癌症的基础！可是，我们那些焦躁不安的患者，坐在等待区的时候，总嫌自己等的时间长；而等到自己做检查的时候，又总嫌自己的检查时间短！究竟到了什么时候，我们的患者才能够做到坦然淡定、耐心地等待检查呢？

最后，我想说说我们的医生，早期癌症，不是你想发现就能发现的！我们需要基本的检查时间做保证；我们需要耐心细致地冲洗、清洁检查区域；我们需要观察黏膜的颜色、隆起与凹陷，黏膜的光滑与否；我们需要辨认腺管开口的形态和微血管的表现；我们需要做必要的电子染色和色素内镜，还要辅助必要的活组织病理检查，才能发现早期癌症。

要想发现早期癌症，我们的大众需要提高警惕，进行必要的胃肠镜检查。当你的检查结果是没有癌症的时候，请不要埋怨你的医生给你乱开了检查！

我们的医生，除了要提高警惕，也要提高我们的技术。

■技术前沿

做个粪便检测就能知道是否患肠癌

日前，“第八届中美癌症研究前沿论坛暨第五届郑州国际癌症论坛”在郑州举办。会议期间，梅奥诊所全球业务发展CEO（首席执行官）兼医疗总监Paul Limburg（保罗·林堡）博士一行4人来到河南省肿瘤医院参观访问，并与该院专家进行学术交流。

在学术交流环节，梅奥诊所专家就结直肠癌中粪便DNA（脱氧核糖核酸）检测研究做了专题报告，阐述了粪便DNA检测在结直肠癌早期发现中的重要作用。

目前，大肠癌在北美、西欧发病率普遍较高，美国大肠癌死亡率占全部癌症死亡原因的第二位。近几年，中国大肠癌死亡率占全部恶性肿瘤死亡率的比例也大幅上升，每年有超过19万人死于肠癌，发病率也已跃居恶性肿瘤的前三位。

可是，由于早期肠癌通常没有明显症状，我国的肠癌患者感到不适就诊时，往往已经发展到中晚期，仅8.7%的人能获得早期诊断，这也导致了我国肠癌患者的死亡率居高不下。

其实，大肠癌是一种常见的消化道恶性肿瘤，早期大肠癌无任何症状，一旦出现症状多为中晚期大肠癌，且肿瘤可发生在大肠的任何部位，所以在大肠癌初期的预防、发现及治疗等方面都存在极大困难。

国外医学界主张，45岁时应该做人生的第一次肠镜，高危人群（如超重、生活不规律、长期便秘、生活在结直肠癌高发区者）以及直肠息肉患者、消化道肿瘤患者、女性生殖系统肿瘤患者、久病未愈的溃疡性结肠炎患者、直系亲属中有患大肠癌的人，均应定期进行肠镜检查，预防大肠癌的发生。

大肠癌早期如果被检查出来，医生可以制定好治疗方案，及时进行治疗；如果到了中晚期，就错过了最佳治疗时机，治疗成本要高很多了，治疗效果也远不如早期治疗。

大肠癌的传统筛查方法有肠镜检查和大便隐血试验，各有优缺点。结肠镜是迄今为止最准确的大肠癌筛查方法，肠镜加病理活检被认为是大肠癌筛查和诊断的金标准。

在美国和欧洲的有些国家，结肠镜被广泛用于大肠癌的筛查，50岁以上的人每10年被要求做一次肠镜。但是因为肠镜的侵入性和肠道准备时的不适感，导致超过半数的美国人不愿接受肠镜检查。

粪便隐血筛查，无创、方便、便宜，但准确性不高，假阳性率达到了20%，对肠癌的敏感性也比较低，只有30%~65%。

如今，大肠癌高危人群有了更好的选择，那就是粪便基因筛查。

那么，什么是肠癌粪便基因筛查呢？梅奥诊所专家表示，肠癌粪便基因筛查项目是通过检测粪便中脱落的肿瘤细胞基因，从而早期发现大肠癌和癌前腺瘤，检测假阳性率仅7%，敏感性达83%，对早期的I、II期肠癌的检测敏感性可达91%。并且，其对癌前腺瘤的检测敏感性亦可达64%。对于筛查发现的腺瘤行肠镜下微创切除，可以有效预防大肠癌的发生。

粪便基因检测目前已获得美国食品和药物管理局（FDA）批准临床使用，并被写入美国早期大肠癌防治指南。

大肠肿瘤一般发生于结直肠上皮组织中，先向肠腔内生长，在其生长过程中，不断有肿瘤细胞脱落到肠腔内并随着粪便排出。粪便中脱落的肿瘤细胞中含有特殊的成分，例如发生了突变和甲基化的人类基因，它们可以作为肿瘤标志物。因此，检测粪便中的肿瘤细胞成分就可以提供一种无创的大肠肿瘤筛查诊断方法。

肿瘤发生相关基因的突变是肿瘤特有的，而基因启动子区域的甲基化水平则在肿瘤细胞中比在正常细胞中明显提高，所以这两种基因的改变可以作为肿瘤标志物用于筛查或者诊断大肠肿瘤。

不过，河南省肿瘤医院专家提醒，粪便基因检测只能作为一种肠癌筛查的方法，如果出现阳性结果仍必须要通过肠镜进行确诊和干预。粪便基因检测最好和肠镜结合使用，二者相辅相成，相互补充。

（本报记者冯金灿、通讯员庞红卫整理）

鲁山县人民医院医疗共同体正式成立

目的是建立“基层首诊、分级诊疗、急慢分治、双向转诊”的就医新格局

本报讯（记者卜俊成 通讯员刘海军）由鲁山县人民医院为主体，3家县区医院、1家企业医院、22家乡镇卫生院、6家民营医院组成的鲁山县人民医院医疗共同体正式成立——这是记者11月9日从该院获得的消息。在成立大会上，鲁山县卫生计生委主任王向阳、副主任房琴，河南省人民医院部分专家，全县31家医疗机构代表，鲁山县人民医院中层以上干部等近200人出席会议。会议由鲁山县人民医院纪委书记刘云超主持。

据介绍，成立鲁山县人民医院医疗共同体，目的在于从医院管理、人才培养、专科扶持、远程医疗、技术提升、双向转诊等方面对成员单位进行相互指导和帮助；通过科室培育、人员进修等举措，提高基层技术能力；通过心电图远程中心、影像远程中心，建立检查结果互认共享机制，建立畅通的术前准备、上转实施手术、术后恢复下转医疗管理机制；实现医共体内优势互补、相互协作、共同发展，从而建立双向转诊绿色通道、设立服务中心等工作机制，最终实现“小病、康复在基层，大病、疑难危重病在医院诊治”的目的。

鲁山县人民医院院长温玉珍在致辞中对出席此次大会的成员单位表示感谢，同时表示鲁山县人民医院和医共体成员单位已经成为命运共同体，该院将积极探索和实践医共体新的工作模式，不断拓展医共体服务范围，提升技术水平，提高服务质量，加快信息化建设，积极推进分级诊疗、双向转诊，不断形成共同的发展愿景、管理理念、技术布局、文化品牌，认真总结经验，为推进鲁山县医疗卫生事业发展，提高群众健康水平做出新的贡献。

鲁山县卫生计生委主任王向阳要求当地各级医疗机构要充分认识到开展医共体工作的紧迫性和必要性。县域医疗服务能力不足，群众“看病难、看病贵”现象依然存在，加强三级诊疗协作，建立分级诊疗体系，引导群众有序就医，就是破解这一难题的有力举措。要抓好医共体建设，切实提升医疗质量，医共体各成员单位要进一步发挥资源优势，讲团结协作、重学术氛围、求服务质量、创专科特色，增进交流与合作，实现资源共享、优势互补、共同发展。要加强领导，确保医共体工作顺利推行。希望各方共同努力、精心呵护、友好合作、精诚团结、用好平台，尽快形成“基层首诊、分级诊疗、急慢分治、双向转诊”的就医新格局。

本版未署名图片均为资料图片