■技术·思维

病理诊断不只是诊断癌症

本报记者 冯金灿

提起医院病理科，不少市民或者患者都会认为这个科室和检验科差不多，是化验各种标本出数据的地方；也有很多基层医院把病理科放到检验科，叫检验病理科；甚至有不少基层医务人员也不完全了解这个科室到底是做啥的……

被“现代医学之父”威廉·奥斯勒称为“医学之本”的核心科室，其医师被称为“医生中的医生”的病理科为何会被如何误解？国内病理科发展情况如何？未来病理科应该朝哪个方向发展……就这一系列问题，记者采访了河南省肿瘤医院病理中心主任、主任医师，南京大学医学院教授、博士研究生导师周晓军。

病理学的地位举足轻重

在临床上，如果患者身体上出现一处肿块，大家最关注的问题就是：这个肿块是不是肿瘤？是恶性的还是良性的？后续如何治疗？这些都需要病理诊断来回答。

虽然患者会做各种各样的检查，但是其报告都只能说“疑似”，最后定性要等病理科医生“一锤定音”。

可以说，作为一门基础医学与临床医学之间的“桥梁学科”，病理学的地位举足轻重。尤其是在肿瘤诊断中，病理科医生的存在宛如“法官”的角色，是做最后“判决”的人。

但是，这导致的后果是使很多人认为，病理诊断就是诊断癌症的。

“其实，病理诊断不只是诊断癌症。”周晓军说，“病理诊断在非肿瘤疾病诊断方面也大有可为。未来，我国的病理诊断向亚专科方向发展，一定会在非肿瘤疾病诊断方面起到越来越重要的作用。”

比如说，对于肺部疾病的诊断，临床医生一般看到患者肺部有阴影，首先会认为其肺部有炎症，对其进行消炎治疗，等所有的消炎治疗方案都无效后，才会怀疑是不是肿瘤。

“其实，如果一开始就对患者进行肺穿刺做病理诊断，不仅可以尽早排除肿瘤，还能分辨出这个炎性病变是结核病、间质性肺炎还是自身免疫性疾病等。这样，我们就可以尽早对其进行针对性治疗。同理，在肝脏疾病、肾脏疾病、中枢神经系统疾病和皮肤疾病等方面，病理诊断都能对疾病的诊断起到很大的帮助作用。”周晓军说，“因此，病理科未来的发展趋势是从单纯的肿瘤诊断向亚专科方向发展。病理科医生不仅在肿瘤诊断方面会提供重要依据，对于许多非肿瘤疾病也会提供有价值的诊断。当然，在非肿瘤疾病病理诊断方面，病理科医生一定要和临床紧密结合，学习到更多的临床知识，才有可能担负此重任。”

现代病理学有了更多“技术元素”

病理诊断，对许多疾病的确诊、治疗方案的选择和预后的判断具有重要的，甚至是决定性的意义。但是，任何学科在发展中有其长处，也会存在不足。长期以来，病理学存在一个难点，即病理诊断更多地依赖于医生个人的经验和对疾病的认识，病理诊断相对来说具有很大的主观性，甚至情绪因素和环境因素都有可能会影响判断。

美国一家著名癌症中心的统计数据显示，前来该中心会诊的国际患者的原医院病理诊断，错误率竟然高达25%！这意味着，25%的患者可能会接受错误的治疗，这甚至有可能危及患者的生命。因此，现代病理学的发展，必须增加更多客观的“技术元素”，以确保其准确性。

大多数时候，病理科医生根据形态学的改变就能得出准确的诊断；然而，遇见疑难病例，病理科医生无法确诊的时候怎么办？一些更复杂的病例，即使全科讨论或四处会诊也难以得出结论。在病理学近年来的发展过程中，大家逐步增加了免疫组化、分子病理等现代技术元素，大大提高了病理诊断的准确性，从而使传统具有很大主观性的病理诊断有了更高的客观性。比如，对于淋巴瘤、软组织肿瘤，虽然从切片上看很相似，但是病理科医生通过免疫组化或者分子病理，可以清楚地看到二者的区别。

“这就是新技术对病理学发展带来的转变，也是病理诊断未来的发展方向。”周晓军说。

周晓军说，现代病理诊断的准确性不仅取决于病理科医生的经验，更取决于医院病理科的整体技术水平。然而，由于病理科在国内长期得不到重视，尤其是基层医院的病理科，不仅人员缺乏，更缺乏现代技术；不少基层医院的病理医师没有接受过专业的训练，病理报告不规范，随之而来的后果就是国内病理诊断水平参差不齐，与发达国家存在很大的差距，这也是我国肿瘤患者生存率不能大幅提高的重要原因之一。

从幕后到前台，从专注诊断到诊治并重

病理科的主要任务是在医疗过程中承担病理诊断工作。病理诊断对临床医生在手术中决定手术方案至关重要，例如，临床医生可根据患者的病理诊断结果确定病变的性质是炎性病变还是肿瘤、是良性还是恶性，从而决定治疗方向。因此，在业界，病理科医生也被称为“医生的医生”。

未来，随着现代病理学的发展，越来越多的病理科医生将从幕后走上前台，直面患者，从单纯专注诊断到诊断和治疗并重。尤其是随着肿瘤的精准治疗的不断发展，病理科医生的作用也会越来越大。比如肺癌，不同的肺癌靶点不一样，治疗的药物也不一样，这就需要病理科医生准确检测出药物作用的靶点，并为临床医生提供相应的建议。

“现在，在河南省肿瘤医院，我们正在推广由病理科医生参加的多学科会诊，让病理科医生直接和患者对话，给患者最直接的建议和意见。病理报告中也不仅仅提供诊断，还要提供与疾病相关的预后因素、病理分期、生物学行为和治疗建议等。”周晓军说，“为什么要这么做呢？这是因为，所有的肿瘤既然都是由病理科医生确诊的，那么我们对这个肿瘤的生物学行为肯定最清楚，也最了解针对这样的肿瘤采取什么样的治疗方案是最适合的。我们通过直接和患者沟通，一方面可以进一步了解患者的病情，有利于给出准确的病理诊断，另一方面也可以直接向患者传达合适的治疗建议。这正是病理诊断的延伸部分，由单纯的诊断发展到诊断和治疗并重，为患者提供更有价值的病理诊断报告。”

数字化是病理科的发展方向

随着人工智能和5G（第五代移动通信技术）的发展，病理科也会发生翻天覆地的变化。首先是设备的变化。之前，病理科医生都是通过光学显微镜对病理切片进行诊断，今后10年或若干年，他们可能不再需要显微镜了——将病理切片数字化并上传到网上，病理科医生就可以通过电脑或手机在本地或全球任何地方阅片，这是有史以来病理学科巨大的变革。

“目前，河南省肿瘤医院病理中心正在进行数字化病理科建设。未来，我们的病理切片做好后，可以通过数字扫描仪对病理切片进行扫描，通过电子屏幕进行诊断，这也为基层医院病理远程会诊提供了条件。”周晓军说，“我们计划通过若干年的努力，以影像科的数字化为发展方向，在河南省肿瘤医院打造全国首家数字化病理中心。”

周晓军说，实现病理切片数字化之后，我们还可以利用人工智能病理辅助诊断系统对结果进行初筛，把一些简单的重复性工作交给机器来做，把完全阴性的病例筛出去，这样可以大大减轻病理科医生的工作量；同时，由于人工智能训练是依照最权威的标准进行的，这也会大大提高诊断的准确性。此外，通过人工智能系统，病理科医生会对一些特别复杂和疑难的病例提出参考性的建议，这样，误诊率将会大大降低。

同时，病理科数字化也将为远程病理会诊和远程病理诊断提供条件。目前，不少基层医院或者偏远地区医院的病理科医生极度匮乏，如果建成数字化病理科后，基层医院遇到疑难病例可以把病理切片扫描上传，通过远程会诊得到明确诊断；如果缺少病理科医生，也可以将全部病理切片上传给上级医院进行远程诊断，此举不仅能为基层医院及时提供病理诊断报告，也会大大提高病理诊断结果的准确性，能为基层提供同质化、标准化的病理服务，这对分级诊疗意义重大。

县级病理中心是未来发展趋势

一名合格的病理科医生要具备各种复杂的学科知识和丰富的临床经验。培养一名能独当一面的病理科医生一般需要5~10年的严格训练。但国家卫生健康委员会最新数据显示，全国只有1万名左右有资质的病理科医生。初步估算，我国病理科医生的缺口应该在3万~5万名。

那么，对于广大基层医院来说，每一个医院都建成完整的病理科和培养成熟的病理科医生比较困难，但可以利用现代物流和数字化技术，将全县的病理检查集中到县级病理中心统一进行诊断。“对于一个县来说，建设一个高水平的病理科就可以满足全县的基本需求，如果有必要还可以请上级医院进行远程会诊。如果一个县建设几个病理科，不仅无法实现高水平的诊断，而且无法实现物尽其用、人尽其用。”周晓军说，就河南来说，病理学科发展良好，但是存在“有高原没有高峰”的问题，这需要我们加大投入力度，在高原中寻找优势亚专科，最终建设国内顶尖的亚专科。

怎样扶持你，医院的病理科室

统计数据显示，我国目前病理科医生匮乏，且国内现有的病理科医生有近一半以上是处于成长中的病理科医生。因此，国内合格的病理科医生数量更是少得可怜。

如此大有可为的行业为何日渐萎缩呢？压力大、责任大、收入低，是导致病理科医生留不住的重要原因。现实很残酷，一方面是病理科医生收入普遍偏低，导致吸引力不够；另一方面是病理科医生培养周期长，工作压力大。

病理科医生的风险大，责任也大，因为要决定临床最后的治疗。以肿瘤为例，病理诊断是肿瘤各种检查方法中最可靠的“金标准”，也是许多疾病最终诊断的关键，一旦发生错误，后面针对肿瘤治疗使用的药物就可能都是错误的。如果误诊，又没及时得到纠正，病理科医生首先要承担责任。

病理检查收费标准低，未包含病理科医生的诊断费用，无法体现病理诊断的技术含量，这是造成病理学科萎缩的一个重要原因。与检验、影像设备不断推陈出新，收费不断攀升相比，病理诊断收费远低于其他医疗项目收费。一边是病理人才短缺，一边是病理科医生收入低，造成人员转型流失，更加重了病理学人才的短缺。

那么，应该如何拯救“萎缩”的病理科呢？周晓军表示，一方面，病理科医生自身要积极创新，抓住分子病理、“互联网+”和数字化病理技术带来的机遇，让更多有社会效益的技术方法应用于病理诊断中。另一方面，希望政府出台更多的优惠政策，有利于病理学人才的成长，并合理调整病理收费机制，积极扶持病理专业的发展，提高病理科医生的待遇；增设病理专项基金，为优秀病理人才在医教研方面的成长创造条件、提供空间，使我省的病理学科得到快速提升。

儿科急救，做区域的『领头羊』

——确山县人民医院儿科发展纪实

本报记者 丁宏伟 通讯员 曹天顺

近期，确山县人民医院儿科被河南省卫生健康委员会命名为河南省第一批儿童急救网络成员单位，并获批成为河南省县级临床重点专科。

真诚的服务 赢得百姓称赞

儿科是个特殊的科室，服务几乎牵涉整个家庭。

真诚的服务是赢得患儿家长认可的关键，确山县人民医院儿科在秉承医院“团结、敬业、求实、创新”的精神，不断完善科室各项规章制度，加强科室医疗质量管理，大力改善就医环境，以“真诚、善意、关爱”为服务指南，逐渐形成了有科室特色的医疗服务文化内涵。

同时，确山县人民医院儿科加强合理用药考核，完善分级诊疗及三级医师查房和会诊制度，按照临床路径要求规范用药、合理检查，缩短了患儿平均住院日，受到患儿家长的好评。该科新生儿病区被河南省总工会授予“五一巾帼标兵岗”荣誉。

过硬的技术 赢得百姓信赖

成立于1994年的确山县人民医院儿科，经过25年的发展，由原来的一个综合儿科发展为3个病区，分别是：儿科一病区、儿科二病区、新生儿（包含小儿康复、儿童重症）病区，共有床位170张。

该科的新生儿病区是确山县危重新生儿救治中心，配备有进口高频常频“双水平”一体呼吸机1台、常频呼吸机3台、无创CPAP（持续正压通气）呼吸机1台、脑功能监护仪1台，以及床旁X线机、血气分析仪、多功能监护仪、输液泵及注射泵、暖箱、经皮胆红素检测仪、辐射抢救台、微量血糖分析仪等多种医疗急救设备。

确山县人民医院儿科共有专业医务人员81人，其中主任医师3人、副主任医师6人。该科的学科带头人刘冬丽主任医师，是驻马店市第四届人大代表，确山县第七批、第八批、第九批专业技术拔尖人才；2013~2014年度驻马店市学术技术带头人；河南省医师协会新生儿科医师分会基层医师委员会委员，河南省康复医学会儿童康复分会委员。

在刘冬丽带领下，确山县人民医院儿科强化救治能力建设，率先在全市县级医院中成立新生儿急救中心、儿童康复治疗专业，为区域新生儿的救治和康复打下了良好的基础。

同时，确山县人民医院儿科强化技术培训，送出多个工作能力强的医生到北京、上海等地进行专科进修学习，并增添设备，儿科的诊治水平显著提高。

确山县人民医院儿科医务人员救治了许多急危重症患儿，如成功救治孕28周生下来只有1.3千克的早产儿、孕28周生下来只有1.4千克的早产儿；率先在确山县开展INSURE技术（即气管插管-使用肺表面活性物质PS-拔管使用CPAP）治疗新生儿NRDS（呼吸窘迫综合征）、新生儿高频震荡通气、脑功能监测等，在对儿童急性中毒、重症肺炎、新生儿窒息、新生儿呼吸窘迫综合征、早产儿、极低出生体重儿、胎粪吸入综合征、儿童重症脑炎、肺炎合并心衰、呼吸衰竭、心肌炎、重症黄疸等疾病的救治方面，有丰富的诊疗经验。

远程会诊救治疑难病症患儿

为了提高儿科诊断技术，确山县人民医院儿科一方面选派人员外出进修学习，另一方面鼓励医生参加各种学术交流活动，学习新技术、新疗法。

确山县人民医院儿科加强学科建设，加强和省级、市级医院的联系，积极参加省级、市级医院的各种学术交流，和郑州大学第一附属医院、河南省人民医院、河南省儿童医院、驻马店市中心医院建立了儿科医疗联盟，获得多个省级、市级学术任职；建立急危重症患儿远程会诊系统，急危重症患儿的抢救成功率有了极大提高。

同时，确山县人民医院儿科不断完善各项规章制度，加强医疗质量管理，加强合理用药考核，完善分级诊疗及三级医师查房和会诊制度，积极利用省级、市级医院的医疗联盟这个平台，对急危重症患儿进行远程会诊。在该科，急危重症患儿抢救成功率、入出院诊断符合率、抗菌药物使用比例、纳入临床路径患儿比例明显提高，患儿平均住院日、药品收入占业务收入比例明显下降。

技术下沉提升区域急救能力

儿童急救刻不容缓，基层医院水平的提高是抢救成功的基础。

近几年来，确山县人民医院儿科专家每个月都会抽出一定的时间到乡镇卫生院、村卫生室进行诊疗技术培训，举办妇儿健康大讲堂，使技术下沉，并建立联络体系，使危重患儿的抢救工作有效开展，此举也得到了基层医务人员的好评。

确山县人民医院儿科医务人员兢兢业业，严格按照规章制度规范医疗服务行为，得到了社会各界人士的认可。

本版未署名图片均为资料图片