

防治慢阻肺

牢记「三要三不要」

高倩倩

前天坐门诊时,我碰见了这样一件“怪事”:一位老病号,明明只是轻微的慢阻肺先兆且一直控制良好,半年未见,他居然从一个精神饱满的中年人变得像一个萎靡不振的老头儿!他怎么啦?

这位患者是我的老病号,是一位有近40年烟龄的“资深烟民”。4年前,他因胸闷憋气找我就诊,经检查后被诊断为轻度慢阻肺。针对他的情况,我给他开了一些舒利迭(沙美特罗替卡松粉)让他坚持吸入治疗,同时再三叮嘱他一定要戒烟。这位老病号很配合,果真戒掉了烟瘾,随后每半年找我复查一次且都情况良好。他最后一次找我复查是在半年前,当时他中气十足、面色红润。半年不见,此时的他却面色枯黄、精神萎靡,还不时向侧背咳嗽得上气不接下气。

经过我的再三询问,他终于披露了“内情”。原来他的老伴儿在半年前意外去世,他心情抑郁之下又开始抽烟、酗酒、失眠,而且烟越抽越凶。于是,病情很快加重,咳嗽、胸闷等症也相继出现。他一直瞒着远方的儿女,直到这几天实在挺不住了,才来找我就诊。然而,他的肺功能损伤已经无法逆转。我告诉他只能缓解症状,并再次对他重申戒烟的重要性。

慢阻肺的主要症状

慢阻肺,全称为慢性阻塞性肺疾病,就是人们常说的“老慢支”“肺气肿”,病情进一步发展时出现不可逆转的气流受限的一种疾病。慢阻肺的元凶通常是有毒颗粒或气体。这些颗粒或气体进入气道,肺部引发炎症,造成小气道狭窄和肺实质损伤,最终导致肺部组织弹性降低。于是,患者就会出现咳嗽、胸闷、上气不接下气等症状。慢阻肺对肺功能的损伤具有一定的不可逆性,患者若不及时治疗,可能发展成为肺源性心脏病,最终影响心脏、脑等全身各系统。患者如果早发现、早治疗,就可以明显提高生活质量,减缓病情进展的速度,延长存活时间。

据调查,我国约有1亿慢阻肺患者,慢阻肺在40岁以上人群中患病率为13.7%,在60岁~69岁人群中发病率为21.2%,70岁及以上老年人的患病率高达35.5%。

慢阻肺的主要症状有4个:1.长期咳嗽,早上最明显。2.咯白痰,清晨痰多。3.呼吸困难:早期仅在从事体力劳动时出现,之后逐渐加重。4.喘息胸闷:重度患者或急性加重时会出现喘息、胸闷。

慢阻肺是一个不容易自我发觉的疾病,但是通过一些简单的方法可以让大家大致掌握自己的身体状况。

家庭版测试方法:点几根蜡烛放在桌子上,第一根蜡烛摆放在离嘴约15厘米的地方,之后每隔10厘米摆放一根。深吸一口气,用力吹这些蜡烛,如果离你最近的那根蜡烛你都无法吹灭,那你就小心慢阻肺了。当然,确诊慢阻肺最保险的方法还是肺功能检查,它是慢阻肺诊断、划分严重程度级别的“金标准”。

防治牢记“三要三不要”

一要戒烟

慢阻肺的发生主要与基因、抽烟量以及生活环境有关。生活环境中没有有毒颗粒和有毒气体者,首要的发病原因就是吸烟。烟草中的焦油、尼古丁、氢氰酸等会对气道造成不可逆的伤害,最终导致气道狭窄甚至阻塞。吸烟时间越长,这种毒性危害就越大,患慢阻肺的可能性就越高。慢阻肺患者如果单纯依靠药物治疗而不戒烟,任何药物的疗效都不会太理想。

二要保暖

慢阻肺患者最怕受凉。冷空气刺激肺部,会加重小气道反应,让小气道狭窄和炎症反应变得更厉害,患者的咳嗽症状也会变得更加严重。因此,在天气突然变冷时,慢阻肺往往更容易发作。由于患者几乎都是老年人,身体抵抗力差,因此要注意保暖,寒冷季节尽量不要外出;如果必须外出,一定要穿暖和一些,避免受凉,尤其不要因为受凉而引起感冒。

三要坚持

慢阻肺患者的治疗不能“三天打鱼,两天晒网”,因为该病对肺功能的损伤是持续性的、不可逆转的。你放松一分,病情就会加重一分。我的这位老病号,就是因为放松把控开始“复吸”,才让病情持续性加重并一发不可收拾。

一不要等

早一天发现,肺功能的损伤就少一分。若发现患病,就要立即去医院找医生制订长期的诊疗计划并坚持下去。

二不要停

慢阻肺的患者千万不要擅自停药,即使症状缓解了,也不意味着没有风险,更不意味着痊愈,切不可擅自停药。患者一定要坚持长期、规范治疗。医生也会根据患者的病情选择用药方案,并在适当的时机告诉你可以停药。

三不要瞒

怕家人担心可以理解,但不能瞒着家人,尤其是不能瞒着家人停药甚至是“复吸”。患者应坦诚告诉家人自己的真实情况,和家人一起相互扶持、监督,才能最终战胜病魔。

(作者供职于新蔡县人民医院呼吸与重症医学科)



资料图片

糖尿病足的预防和护理

岳艳



资料图片

糖尿病足是糖尿病患者因下肢远端神经异常和不同程度的血管病变导致的足部感染、溃疡和(或)深层组织破坏。它通常发生在踝关节以下的组织,治疗费用较高,也是目前成人非创伤性截肢的首位原因。

危险因素

根据糖尿病足发生危险因素,可将其分为神经性溃疡和缺血性溃疡及神经-缺血性溃疡(混合性溃疡)。神经性溃疡是神经系统病变引起局部感觉功能丧失,加上各种外伤因素导致的足部溃疡;缺血性溃疡是指由于下肢与足部血管病变,局部缺血而导致组织坏死,进一步出现溃疡。在国外,神经性溃疡最为多见,我国则以混合性溃疡为主。

糖尿病足的危险因素:1.糖尿病病程超过10年;2.高龄;3.糖尿病性视网膜病变、严重肾衰竭、肾移植或心血管疾病;4.血糖控制不佳;5.足部畸形、胼胝、关节活动受限;6.保护性感觉缺失;7.下肢皮肤干燥、皲裂;8.穿不合适的鞋、袜,不讲卫生;9.吸烟;10.有过足溃疡或截肢;11.视力差,难以发现足部疾病;12.肥胖;13.个人及社会经济因素。

临床表现

神经性溃疡的临床表现:早期主要表现为足部皮肤干燥、无汗、裂

纹、脱屑及色素沉着。神经性溃疡的发生多数是由于患者存在神经系统病变,对冷、热、疼痛等保护性的感觉缺失,加之疏忽或缺乏相关知识,导致足部受到意外伤害(如锐器刺伤、切割伤、挠抓导致皮肤破溃、修剪指甲不当、加热器导致的烧烫伤等)或由于足部畸形、行走姿势不正确、穿不合适的鞋袜导致局部压力分布不均匀而形成。神经性溃疡通常发生在足跟或骨性凸起的部位,溃疡面常为圆形,边缘清晰,多数有胼胝。

缺血性溃疡的临床表现:早期主要表现为足部麻木、皮肤发凉等缺血症状,活动后有明显疼痛感,出现间歇性跛行;中期主要表现为足部静息痛;晚期主要表现为组织缺血、坏死,包括足部溃疡、足部组织坏死,严重时可能合并感染。缺血性溃疡是由于下肢动脉硬化闭塞导致的,皮肤颜色常发生改变,表现为苍白或发紫、发黑,足背动脉搏动减弱或消失,皮肤温度低。缺血性溃疡和神经-缺血性溃疡常发生于趾尖或足部的两侧。

正确预防和护理

糖尿病足虽然治疗困难且花费巨大,但是通过合理正确的预防,能

有效避免。预防糖尿病足的关键在于定期检查并识别危险因素;消除容易引起溃疡的因素;穿着合适的鞋袜;教患者及家属进行足部保护。糖尿病患者要定期检查足部,包括足部有无畸形、胼胝、溃疡、皮肤颜色变化,足背动脉和胫后动脉搏动、皮肤温度是否异常等。如果患者足背动脉搏动正常、尼龙丝触觉正常,且没有足畸形及明显的糖尿病慢性并发症,那么这类患者属于无足病危险因素的患者,可进行一般糖尿病足预防教育。

1.足部自检 每天检查足部,包括脚趾中间;如果患者本人不能自行检查,要寻求他人的帮助(如果视力受损,糖尿病患者不应自行检查足部);同时每天检查鞋的内部。

2.洗脚 每天洗脚,水温通常低于37摄氏度,洗脚后要仔细擦干,特别是脚趾中间;每天更换袜子。

3.足部保暖 不要用加热器或暖水袋泡脚;应使用空调、暖气等设备提高整个房间的温度来保暖。

4.足部皮肤问题的处理 应找专业人士修剪足部角质化和胼胝,不应用化学试剂或膏药去除角质化和胼胝;对于干燥的皮肤,应使用润滑油和护肤软膏,但不能在

脚趾中间使用。

5.预防足部外伤 避免赤足在室内外行走或赤足穿鞋;如果出现水泡、开裂、割伤、抓破或疼痛,患者应立即告知医务人员。

6.指导患者正确修剪趾甲 平直修剪趾甲,应分为6次~8次圆弧式修剪,深浅适中,不宜剪得过深、过圆。

7.选择合适的鞋袜 鞋不能太紧或太松,不要穿边缘粗糙和接缝不平的鞋。鞋的内部应比足大1厘米~2厘米。内部的宽度应与脚趾关节处足的宽度一致,高度应使脚趾有一定的空间。如果由于足部畸形感觉太紧或存在足部受压的表现(如充血、胼胝、溃疡),患者应定制特殊的鞋垫和矫形器。建议多双鞋替换穿,避免同一部位长期受压。穿接缝向外或没有接缝的袜子,不要穿过紧的袜子或长袜。

8.定期到医院进行全面的足部检查 糖尿病患者至少每年进行1次足部检查,高危人群至少每3个月检查1次。足底有溃疡的患者可以1周~3周复查1次,根据病情随时就诊。

(作者供职于河南省人民医院老年医学科三病区)

浅谈侵袭性纤维瘤的治疗方式

李坡

侵袭性纤维瘤又称为硬纤维瘤(DTF),常见部位为四肢和腹壁,发病年龄多集中在15岁~60岁,发病高峰在30岁左右,每年发病率为百万分之二到百万分之四。这是一种来源于间叶组织的罕见的良性肿瘤,主要由成纤维母细胞、肌成纤维母细胞组成,具有局部侵袭性生长及复发倾向,但不具备转移能力。

治疗方式

一、手术 如果肿瘤位于关节影响运动,或压迫血管神经影响肢体功能,为缓解临床症状可首选手术治疗。

二、观察 观察这个概念是在1990年引入的,最初用于复发难治性肿瘤,2005年之后,原发性肿瘤患者也接受了这种方法。2017年,法国肉瘤中心对771例硬纤维瘤确诊病例进行了一项前瞻性研究。他们得出结论:接受手术的患者与观察组患者2年无病生存率无差异。另外,硬纤维瘤的位置是无病生存率的主要预后因素,其中腹壁、腹腔内、乳房、消化内脏等部位的肿瘤复发率,四肢的肿瘤复发率。2019年,日本一项针对223例患者的临床研究表明,对硬纤维瘤手术治疗的频率逐年下降,边缘切除或更广泛的切除边界无复发发生存期(LRFS)差异无统计学意义,最后得出结论:治疗方式已从手术治疗转向保守治疗。2020年,一篇汇总了25篇高文献的综述表明,大部分接受观察的患者病情稳定,大约1/3转为积极治

疗。目前最新指南推荐,对于初诊初病情稳定的患者选择观察。

三、放疗 放射治疗(RT)通常用于治疗不可切除或复发的侵袭性纤维瘤,局部控制率较好。5年和10年的局部控制率分别达到82%和78%,总生存率分别达到98%和95%。得克萨斯大学安德森癌症中心统计了209名从1965年到2015年接受放疗的患者,得出结论:如果硬纤维瘤侵犯人体的一些关键部位或范围较广,此时切除肿瘤将会造成重大并发症,而放疗可替代手术。关于放疗边界和剂量,有实验表明,CTV(肿瘤靶区)边缘为5厘米且剂量>45Gy(放疗剂量单位)的患者,可取得良好的临床疗效。高剂量放疗(50Gy~60Gy)的局部控制率明显更高,但侵袭性纤维瘤患者的剂量反应关系仍不清楚,放疗的长期局部控制率为70%~93%。另外,放疗对患者的年龄有要求,年龄<20岁的患者5年局部控制效果明显低于年龄>40岁的患者;尤其是对于儿童和有生育要求的女性,不推荐。但是在日本,因侵袭性纤维瘤不是恶性肿瘤,放疗尚未成为标准治疗;在欧美,放疗作为一项标准治疗,目前治疗标准不统一。

四、全身治疗 大多数患者通过局部治疗可控制肿瘤。然而,患者年轻,病变位于四肢,瘤体大复发风险增加时,或许应该考虑将全身治疗作为这些高危人群的一线治疗,主要有:非甾体抗炎药(舒林酸或塞来昔

布)、激素或生物制剂(他莫昔芬、托瑞米芬或低剂量干扰素)、化疗(甲氨蝶呤+长春碱、基于阿霉素的化疗方案)、靶向药(伊马替尼、索拉非尼)等。

1.非甾体抗炎药。此类药物常用于成年人,并在临床上取得了良好的疗效。儿童和患有心血管疾病的患者不建议使用。

2.激素治疗。他莫昔芬、托瑞米芬一直是激素治疗的首选,作用机制不详。有一项收集了关于放疗进展和/或症状恶化的患者的临床试验,证明放疗进展和/或症状恶化的患者应用激素治疗有效。

3.化疗。甲氨蝶呤+长春碱是迄今为止临床中唯一评估的化疗方案,结果证明此方案治疗有效。

4.靶向治疗。2017年,一项伊马替尼的Ⅱ期临床(纳入不适合放疗或手术的患者)研究表明,患者应用伊马替尼治疗6个月后肿瘤进展停滞率为65%。在第9、12、15、18、21和24个月的进展停滞率分别为65%、59%、53%、53%、50%和45%。伊马替尼治疗失败后应用尼洛替尼可能有效。

在一项关于帕唑帕尼对比化疗(甲氨蝶呤+长春碱)的研究中,入组患者均为成人,帕唑帕尼组43名患者6个月肿瘤无进展的患者比例为83.7%,最常见的3级或4级不良事件为高血压(21%)和腹泻(15%)。结果证明帕唑帕尼在治疗侵袭性纤维瘤中可获得良好的效果。

2018年,《新英格兰》杂志发表了

一篇关于索拉非尼的研究。这是一项双盲Ⅲ期临床试验,中位随访27.2个月,索拉非尼组的2年无进展生存率为81%。在进展性、难治性或症状的硬纤维瘤患者中,索拉非尼可以显著延长无进展生存期,并可以诱导持久反应。目前已证明索拉非尼是控制疾病进展的最有效药物。

侵袭性纤维瘤的治疗选择多种多样,包括手术和不同类型的药物治疗。目前,对于病情稳定且无症状的患者,观察通常是首选。相反,有疼痛或疾病进展的患者可选择药物治疗。对于术后患者,切缘R0、R1或更广泛的切缘术后复发率差异无统计学意义,囊内切除的患者可能复发率高(目前各中心统计结果不一致)。若术后复发可选择放疗,但是患者的年龄建议大于30岁,年龄小的患者放疗副作用大,且肿瘤控制率低。若放疗失败可选择药物治疗。有关研究表明,放疗失败或疾病进展的患者在应用激素类治疗后仍然有效。

个人体会

1.患者个体差异非常大。2.MDT(多学科综合治疗)非常重要。3.若手术是必要的,对侵袭性纤维瘤患者的治疗首先是保留功能,其次是切除肿瘤,临床医师应当在保留患者功能与降低创伤之间找到某种平衡。4.对侵袭性纤维瘤是否采取积极治疗,关键在于肿瘤的进展速度和临床特征。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

提升医疗服务 进行时 让老年人就医更舒心更便捷 ——探访“十大举措”暖心服务岗参评科室、郑州九院老年医学中心 本报记者 刘 畅 通讯员 樊星 文/图