

河南省老年医学学科的发展研究

□黄改荣 孙五美

1981年,中华医学会老年医学分会成立,河南代表魏太星当选为中华医学会老年医学分会委员。

1983年9月,河南省医学会老年医学分会(简称分会)成立,共有24名委员。经过历届委员的努力,分会逐渐壮大,在国内的影响力越来越大。

在分会的领导下,河南省老年医学学科不断发展,成绩斐然。

老年综合评估

老年综合评估是老年医学的核心技术。正确掌握和合理应用老年综合评估技术与方法,对老年病急性期的诊疗、急性后期和亚急性期的中期照护、长期照料、临终关怀与社区慢性病防控等都具有重要的指导作用和临床应用价值。目前,河南省老年医学学科老年综合评估体系已经完善,在国内处于领先水平。分会已成功举办4期老年综合评估培训,社会反响良好,获得各级医院的认可。这推进了老年医学学科相关先进理念在河南省乃至中国的实践,促进了老年医学学科特色医疗技术与应用的结合。

老年支气管镜介入诊疗技术

无痛支气管镜、经支气管镜针吸活检术、纤维支气管镜引导下插管及全肺灌洗术等技术的开展,提高了老年肺部疾病的诊疗能力,推动了老年医学学科的发展。

老年消化内镜诊疗技术

内镜在消化系统疾病的诊疗中发挥着重要作用。消化内镜诊疗技术,包括经内镜氩等离子体凝固技术、内镜下黏膜剥离术、内镜下黏膜切除术等技术的开展,改变了老年消化系统疾病的治疗方式。内镜诊疗遵循创伤更小、易操作、重疗效的原则,为患者提供更好的服务,提升患者的满意度。

我国人口老龄化形势日益严峻。老年群体的健康状况随着年龄的增长逐渐恶化,严重影响老年人的生命质量,也给家庭和社会带来巨大的养老负担。行为与生活方式对健康的影响非常大。开展老年健康管理,对实现健康老龄化具有重要意义。国家相继出台了《“健康中国2030”规划纲要》《国家大数据战略》等文件,致力于利用信息化的优势,不断推进慢性病防治工作的发展。我国关于老年健康管理的内容仍然主要围绕慢性病管理这一主题,这使得老年人健康管理碎片化。同时,我国老年人群在运用智能技术方面存在困难。因此,有必要打造一个老年智慧健康管理大数据平台,实现居家-社区-医院互联互通,实现即时服务响应和资源整合,同时有助于实现老年人不良健康结局的早期预警与预测,降低相关医疗费用。

借助河南省老年病研究所、河南省老年医学重点实验室和河南省老年健康工程研究中心平台,分会采用现代通信技术,构建河南省社区老年人健康大数据平台,全面开展老年循证医学研究,建立河南省老年健康及相关疾病数据库,提

发展趋势

高对心力衰竭、痴呆、骨质疏松、营养不良等老年人常见疾病的防治水平;针对老年常见疾病,研制出更多的新药,采取更先进、更安全的防治措施。分会通过研发适用于社区的人工智能医疗器械和建立基层老年医学培训制度,促进老年保健系统转型和优质医疗资源向社区辐射。

老年医学学科的发展方向如下:

肌肉减少症(简称肌少症)早期诊疗、预防体系的建立与应用肌少症是与增龄相关的肌肉量减少、肌肉力量下降和/或躯体功能减退的老年综合征。80岁及以上老年人肌少症患病率高达67.1%。肌少症会引起机体功能障碍,增加老年人发生跌倒、失能和死亡的风险。加强肌少症的发展机理和干预措施研究,具有重要意义。对于早期肌少症,现在有两种治疗技术:一种技术是通过血流限制提高患者对阻力训练的依从性;另一种技术是骨骼肌干细胞技术。

基于上述两种技术,河南省正在建立高效的以社区为导向的肌少症早期诊断、治疗和预防评估体系。

老年慢性心力衰竭的早期综合管理策略

延缓心力衰竭的发生发展,并针对老年心力衰竭的特点给予综合管理是老年医学学科亟待解决的问题。

以老年综合评估为基础的失能失智老人临床研究

采用以老年综合评估为基础的多学科诊疗技术,对失能失智老年人进行早期干预。通过5G(第五代移动通信技术)+老年智慧健康管理系统,在全省范围内建立筛查失能失智老年人的网络,发现并总结引起老年人失能失智的危险因素,对失能失智老年人进行早期干预,优化失能失智老年人照护系统。

建设老年智慧健康管理大数据平台

坚持大健康理念。拟采用现代通信技术,搭建河南省社区老年人健康大数据平台,整合基层医疗机构老年人健康信息数据,梳理社区医务人员和老年人健康管理实际需求,实时监测社区生活场景健康数据,全面开展老年循证医学研究,建立河南省老年健康及相关疾病数据库,开展流行病学相关病例搜集,加强临床医学研究和成果的转化。

3年前,小丽是一所大学艺术系大二学生。她美丽大方,品学兼优。爱美的她一直定期参加学校社团里的瑜伽培训班。一天下午,她做拉伸动作时觉得右大腿外侧持续性疼痛,越拉伸,疼痛越严重。她在更衣室里进行自我检查,发现右大腿膝关节外侧有一个鸡蛋大小的硬疙瘩,触之有压痛,而且局部皮肤温度高于周围皮肤。于是,小丽周末去医院做了超声检查。结果提示:软组织里面有肿块,股骨局部回声不正常,超声科医生建议小丽做穿刺活检。穿刺活检结果提示:骨肉瘤。

骨肉瘤是一种多发于青少年的原发性恶性骨肿瘤。60%的骨肉瘤发病年龄在25岁以下。骨肉瘤好发于股骨远端、胫骨近端和肱骨近端的干骺端,经常形成梭形的瘤体,可累及骨髓、骨皮质、髓腔,病灶切面呈鱼肉状,为棕红色或灰红色。骨肉瘤的主要症状为局部肿块,持续性疼痛并逐渐加重,尤其是夜间,部分患者膝关节活动受限,出现局部皮肤温度升高和静脉怒张。

小丽的母亲听说女儿得了骨肉瘤,哭红了双眼。

小丽上网查阅相关资料,可越查越难受,因为网上说得了骨肉瘤,5年生存率只有50%~60%。小丽的父母带着她到北京一家大医院就诊。专家经过会诊,认为小丽的骨肉瘤血供供应极为丰富,建议扩大范围进行外科手术切除术,以降低远处转移的发生率。尽管小丽不愿意舍弃自己的右腿,但是为了活命,只好接受了外科手术切除术。术后,小丽休学,在家调养。每个月,小丽都要到当地的肿瘤医院进行辅助性化疗。这让小丽痛苦不已,她最爱的长发因化疗已经脱落大半,人也消瘦了许多。小丽的家人看在眼里,痛在心里。

完成8个疗程的化疗后,小丽到医院进行复查。磁共振检查结果提示:肿瘤情况稳定,没有复发征象。

第二年秋天,小丽到医院进行复查。她做磁共振检查时,医生发现其腹股沟淋巴结出现转移瘤,直径4.3厘米,与髂总动脉粘连。小丽一家如五雷轰顶。小丽的父母带着小丽再次来到北京。医院专家说:“肿瘤与血管粘连加重,外科手术无法根治性切除,建议继续化疗联合放疗。”小丽的父母反问道:“8个疗程的化疗都没有完全控制住,再多几个疗程就能控制住吗?”小丽听说又要化疗,在家里闹脾气,坚决不去医院。

经过多方打听,小丽的父亲来到郑州大学第一附属医院,找到国内著名的介入专家韩新巍。韩新巍仔细阅读了小丽的磁共振片子,认为确实是淋巴结转移,但病灶比较局限,可在全身治疗的基础上,对淋巴结转移瘤进行精准“打击”。韩新巍说,病灶距离髂动脉血管比较近,对于靠近髂动脉血管的肿瘤可以采用放射性粒子(这里用的是¹²⁵I粒子,即碘-125粒子)植入术进行治疗,¹²⁵I粒子能够持续释放γ射线,对周围1厘米以内的肿瘤进行精准“打击”;对于远离髂动脉血管的肿瘤,可以采用消融术进行治疗。小丽的父母问:“北京医院的专家认为这个病灶靠近动脉,位置特殊。现在,你们用粒子治疗会比放疗更加高效吗?能控制残留的肿瘤吗?”韩新巍耐心地解释道:“传统的外放疗是一个体外机器产生X射线,X射线穿过皮肤进入肿瘤内部,使肿瘤细胞的DNA(脱氧核糖核酸)链断裂而凋亡。对于一般肿瘤,传统的外放疗剂量是60Gy(放疗剂量的单位)。而放射性粒子植入术是近距离放疗,是将穿刺针刺入肿瘤,将可以持续释放γ射线的粒子永久性植入肿瘤内,开启一天24小时不间断低剂量辐射,局部肿瘤累计受到的辐射剂量可以达到200Gy~300Gy(远远超过外放疗的60Gy),可以实现对肿瘤的精准控制。”小丽的父母认为这种治疗方法比较好,小丽痛苦也小,就回家劝说小丽。小丽愿意接受这种治疗方法。

在局部麻醉下,郑州大学第一附属医院介入科医生对小丽的腹股沟淋巴结转移瘤进行了磁共振引导下消融术联合¹²⁵I粒子植入术,在用粒子植入穿刺针穿刺的同时,进行消融毁损。手术用时大约40分钟。术后,小丽说:“我躺了一会儿手术就结束了,感觉就像蚂蚁咬了一小口。”术后2个月,小丽来到郑州大学第一附属医院进行复查。磁共振检查结果显示:局部病灶完全失去活性。小丽还要接受化疗,以进一步巩固手术效果。韩新巍特别细心,在查房时送给小丽一本书《唤醒内在的智慧》,并鼓励小丽:“好好看病,好好养身体,好好读书,啥时候也不能放弃自己的梦想。”小丽感动得泪流满面。

(作者供职于河南省郑州大学第一附属医院介入科)

征 稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:(0371)85967002

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

技术先进,诊疗水平高

临床笔记

对一个腺病毒肺炎病例的诊疗

□贾婉玉 宋春兰

病例

患儿,女,8岁,2023年11月2日因“发热9天,咳嗽4天”住院治疗。

患儿9天前无明显诱因出现发热,体温最高39.5摄氏度。患儿口服退热药物,体温可下降,但两小时后体温再次升高,伴鼻塞,无流涕,无呕吐、腹泻等症状。患儿家长带其至当地诊所进行推拿治疗。推拿治疗6天,患儿未再高热,但间断低热。4天前,患者开始咳嗽,有痰不易咯出,进行药物治疗、雾化治疗2天,仍反复发热,咳嗽没有减轻。自发病以来,患儿精神一般,饮食欠佳,睡眠质量一般,大小便正常。

入院后,医生对患儿进行体格检查。体格检查结果:神志清,精神一般,咽部充血;双肺呼吸音粗,可闻及少量湿性啰音;心音有力,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音;腹软,未触及异常包块,肝脾肋下未触及。血常规检查结果:白细胞升高,中性粒细胞为主,C-反应蛋白、降钙素原升高。咽拭子胶体金法检测结果:腺病毒抗原阳性。胸部DR(直接数字平板X线成像系统)检查结果:双肺散在片状、斑片状影,部分融合,提示肺炎。

结合患儿的临床表现、症状体征、实验室检查结果、胸部影像学检查结果,我们确诊为腺病毒肺炎。患儿住院后,我们对其进行退热、止咳、雾化、补液等对症处理,给予其重组人干扰素α-2b喷雾剂抗病毒治疗等。住院治疗5天,患儿的体温恢复正常,咳嗽明显减轻,肺部听诊无异常,临床好转,出院。

分析和确诊

腺病毒肺炎是儿童社区获得性肺炎中较为严重的类型之一。目前,在郑州,腺病毒感染较为常见。腺病毒肺炎多发于6个月至5岁的儿童。部分患儿临床表现重,肺外并发症多。重症患儿易遗留慢性气道疾病和肺疾病。腺病毒肺炎是目前造成婴幼儿肺炎死亡和致残的重要原因之一,需要高度重视。腺病毒感染的潜伏期一般为2天~21天,平均3天~8天。潜伏期末至发病急性期,腺病毒的传染性最强。有症状的腺病毒感染者和无症状的腺病毒感染者(隐性感染)者均为传染源。

腺病毒的传播途径包括飞沫传播、接触传播、粪-口传播。有基础疾病的患儿和免疫功能受损的患儿(如器官移植患儿、艾滋病病毒感染患儿、原发性免疫缺陷病患儿等),感染腺

病毒后,容易发展成为重症腺病毒肺炎患儿。

腺病毒肺炎起病急,经常在起病之初即引起体温39摄氏度以上的高热,可伴有咳嗽、喘息等症状。轻症腺病毒肺炎患儿一般7天~11天体温恢复正常,其他症状会随之消失;重症腺病毒肺炎患儿的高热可持续2周~4周,以稽留热多见,也有不规则热。在发病后的3天~5天,腺病毒肺炎患儿开始出现呼吸困难症状,伴全身中毒症状,精神萎靡或者烦躁、易激惹,甚至抽搐。部分腺病毒肺炎患儿有腹泻、呕吐症状,甚至出现严重的腹胀。少数腺病毒肺炎患儿有结膜充血、扁桃体有分泌物等症状。重症腺病毒肺炎患儿一般病情重,面色苍白或发灰,精神萎靡或者烦躁、易激惹,呼吸困难或加快,口唇发绀,三凹征明显,心率加快。

如何确诊腺病毒肺炎呢?这需要医生结合患儿的临床症状、实验室检查结果、肺部影像学资料等进行综合分析。腺病毒的检测包括抗原检测和核酸检测两种,均为咽拭子检测。影像检查包括胸部X线检查和胸部CT(计算机层析成像)检查。胸部X线表现:发病早期,双肺纹理变粗增多、毛糙,双肺中内

带明显;发病3天~7天,出现片状影,以小片状融合多见,进一步发展可表现为大片病变。部分腺病毒肺炎患儿合并胸腔积液、气胸、纵隔气肿和皮下气肿。如果腺病毒肺炎患儿出现严重呼吸困难,应当及时进行CT检查。胸部CT表现:以肺气和肺多叶受累的肺实变为主要特征,急性期肺实变多以双肺团簇状影为主,呈向心性分布,实变密度较高,多数实变影中可见支气管充气征,增强后强化较均匀。

治疗

治疗原则和要点:对于腺病

相关链接

社区获得性肺炎是什么

社区获得性肺炎是指在医院外(社区)发病的感染性肺炎,包括在医院外(社区)感染了具有明确潜伏期的病原体而在入院后发病的肺炎。社区获得性肺炎为肺实质和(或)肺间质部位的急性感染,会引起机体不同程度的缺氧和感染,通常有发热、咳嗽、呼吸增快、肺部湿性啰音等表现,并有胸部X线片的异常改变。

社区获得性肺炎是儿童期常见的感染性疾病。儿童社区获得性肺炎常见的症状有发热、呼吸急促和呼吸困难。



素质技术人才,申报相关课题,使老年医学学科基础建设水平居国内一流水平,完成项目的

总结验收工作,实现科技成果的转化,提升老年医学学科在国内的影响力。