

■技术·思维

一例高龄肺癌合并肺结核的诊疗

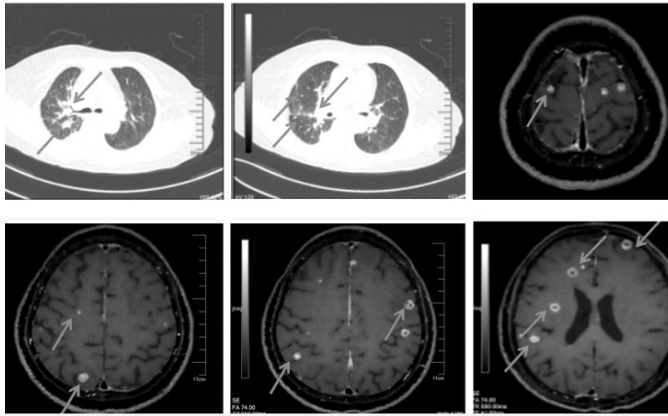
□刘 娟 李家枫 文/图

临床数据显示,2%~5%的肺癌患者会合并结核分枝杆菌感染。鉴于二者临床表现高度重叠——均可表现为咳嗽、咳痰、咯血、发热及胸闷,且胸部CT(计算机层析成像)影像学特征缺乏特异性,临床鉴别诊断极具挑战,误诊、漏诊风险居高不下。此类误诊不仅延误最佳干预窗口,更常导致病情迁延、复杂化,显著恶化患者预后。“肺癌和肺结核为何会同时发生?两种疾病同时存在,还有救治的希望吗?”在河南省胸科医院,经常有患者及其家属提出这样的问题。

临床病例

3月初,70多岁的李女士出现反复咳嗽、胸闷、气喘等不适,在当地诊所输液治疗,症状始终未见缓解。其家属随即将其送至当地县级医院就诊。胸部CT检查提示右上肺存在阴影。经痰液检查及支气管镜肺泡灌洗液检测,发现结核分枝杆菌阳性,患者被确诊为肺结核。随后,患者接受了为期两个月的规范抗结核治疗。但是,在服药期间,患者出现明显药物不良反应,表现为食欲锐减、反复口腔溃疡、口苦及高尿酸血症;同时,核心症状(咳嗽、气喘)未见改善。复查胸部CT,可见右上肺病灶不仅未见吸收退,反而范围持续扩大。结合病灶进展特征,当地医院怀疑合并肺恶性肿瘤。这让患者及其家属陷入了巨大恐慌,颇感无助。

多方打听后,患者家属得知河南省胸科医院在复杂肺病、疑难共病诊疗方面经验丰富,遂陪同患者来到该院,找到肿瘤内科副主任医师李瑞杰就诊。



治疗前的影像图

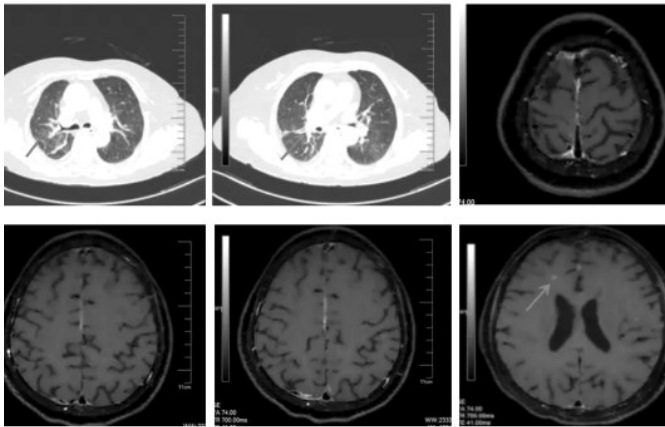
凭借多年的疑难肺病共病诊疗经验,李瑞杰精准判断患者并非单纯肺结核,高度怀疑肺结核合并肺恶性肿瘤。为明确诊断,李瑞杰团队立即为患者完善气管镜活检。根据病理检查结果,最终确诊为肺腺癌。进一步全身分期检查提示,患者的病情已进展至晚期,伴有脑部、骨骼多发转移。至此,患者病情诊断明确:晚期肺腺癌合并活动性肺结核,两种重症叠加在一起,诊疗难度大幅提升。这让患者家属忧心忡忡。一方面,患者对抗结核药物耐受性极差,不良反应明显;另一方面,鉴于晚期肺癌合并肺结核的复杂病情,患

者家属担心老人的身体无法承受后续抗肿瘤治疗。患者家属询问医生能否规避化疗,减少患者身体创伤。李瑞杰耐心安抚患者家属,并告知他们,肺癌合并肺结核虽为疑难共病,但河南省胸科医院在这方面有成熟的诊疗体系与丰富的救治经验。该院依托多学科团队,整合呼吸与危重症医学科、结核科、影像科、胸外科、病理科等学科专家资源,针对此类复杂病例,制定安全高效的综合诊疗方案,帮助众多同类患者实现了病情控制与临床康复。多学科会诊后,李瑞杰团

临床诊疗

队先针对患者存在的耐药与不良反应问题,调整抗结核治疗方案,精准规避抗结核药物与后续抗肿瘤药物的相互作用,最大限度降低药物毒副作用。方案调整后,患者的不适症状显著缓解,身体状态逐步改善,为后续肿瘤治疗筑牢基础。与此同时,患者的肿瘤基因检测结果提示EGFR(表皮生长因子受体)敏感突变。结合患者高龄、身体耐受差且拒绝化疗的核心诉求,以及晚期肺腺癌伴多发脑转移的病情特点,李瑞杰摒弃了传统“靶向治疗+化疗”的常规治疗方案,为其制定了无化疗、高耐受、精准高效的

双靶向联合治疗方案,即口服靶向药物联合皮下注射靶向药物治疗,在有效抗肿瘤的同时,最大限度保护患者机体功能,规避化疗带来的副作用。经过两个周期的规范治疗,患者的病情显著改善,长期困扰她的咳嗽、气喘症状完全消失。影像学复查结果显示,肺部原发肿瘤病灶显著缩小,脑部多发转移病灶基本消退,治疗效果远超预期。如今,李女士已摆脱病痛



治疗后的影像图

脑血管造影+经皮颅内动脉取栓术治疗少女急性脑梗死

□赵源征

下肢疼痛、口角歪斜、肢体无力、意识模糊……这些看似与青少年无关的老年病症状,竟然在一小时内出现在一个12岁少女的身上。近日,少女言言(化名)被紧急送至郑州大学第五附属医院。接诊医生发现,言言的病情罕见且危重,初步判断为急性脑梗死。急性脑梗死是缺血性卒中的典型亚型,占有卒中中的70%~80%,核心病理是脑血管被血栓或栓子堵塞,血流中断导致脑组织缺血性坏死。郑州大学第五附属医院立即开通卒中绿色通道。神经内科一病区医生田小瑞火速抵达现场,经紧急评估,确诊为急性脑梗死。然而,一个严峻的挑

战摆在面前:言言年仅12岁,属儿童缺血性卒中,静脉溶栓缺乏高级别循证依据,属超说明书用药,临床决策需谨慎。为破解这一难题,郑州大学第五附属医院迅速启动多学科协作(MDT)机制。神经内科团队紧急联系神经外科医生梁威团队进行会诊,为言言量身定制了最佳手术方案——脑血管造影+经皮颅内动脉取栓术。脑血管造影+经皮颅内动脉取栓术是急性大血管闭塞性脑梗死的一线微创急救方案,通过造影精准定位血栓后同步完成取栓操作,可快速重建脑部供血,大幅降低患者致残致死风险。在DSA(数字减影血管造影)实时引导下,经股动脉

穿刺建立通路,先通过造影明确颅内闭塞血管位置,再送入取栓装置捕获并取出血栓,实现血管再通。这类手术主要针对颈内动脉颅内段、大脑中动脉M1段、基底动脉等颅内大血管急性闭塞的脑梗死患者,要求核心梗死体积小、存在大量可挽救的缺血半暗带脑组织,无严重凝血功能障碍、颅内出血等禁忌证。介入团队精准定位,成功从言言的右侧颈内动脉取出了一条长约10厘米的血栓。术后,言言被转入重症监护室接受后续生命支持治疗。术后第二天,言言意识渐清,生命体征趋于平稳,原本无力的左侧肢体也开始恢复力

量,从重症监护室转回神经内科一病区。在医护人员精心治疗与护理下,言言从吐字不清到说话流利,从卧床不起到独立行走,恢复得越来越好。言言的康复效果令人欣喜,但一个巨大的问号萦绕在许多人心头:为何这么小的孩子会得急性脑梗死?追溯病因,本次脑梗死考虑为心源性栓塞,而非颅内血管原位病变——言言此前曾被查出患有心房颤动(简称房颤)。房颤是一种常见的心律失常,虽多见于老年人,但各年龄段均可发生。它好比心脏的“电路系统”出了故障,会导致心房无法正常收缩,从而乱颤。房颤会引发急性脑梗死。

当心房“不工作”时,血液容易在心房(尤其是左心耳)淤滞形成血栓。这种血栓一旦脱落,就会随着血流“乱跑”,经常堵塞脑部大血管,造成心源性脑梗死。这类脑梗死往往发病急、症状重、预后差。这例12岁房颤相关心源性急性脑梗死的成功救治,为低龄卒中患者的临床决策提供了极具参考价值的实践范本。它打破了“脑梗死仅属于老年病”的传统认知,也警示临床工作者与公众:儿童及青少年群体的突发神经功能缺损症状,不能直接排除卒中可能,需第一时间启动卒中绿色通道完成精准评估。(作者供职于郑州大学第五附属医院)

检测的慢性前列腺炎精准化分层研究,为Ⅲ型前列腺炎的精准诊疗提供了循证支撑。在前列腺癌诊疗中,“保留性神经的根治性切除术”等术式成为经典。新型内分泌治疗、精准放疗及基因检测技术的应用,标志着河南前列腺癌诊疗迈入个体化、精准化时代。

河南省男科学在科普宣教与基层帮扶中走出了一条特色之路。每年“男性健康日”,河南省医学会男科学分会都会组织百余家医疗机构,数百名专家开展联动义诊。通过“幸福快车”名医进基层、适宜技术推广项目,将精囊镜、激光前列腺手术等先进技术送到基层,提升基层医疗水平。

河南省男科学的发展研究

□张祥生 孙五美

自成立以来,河南省医学会男科学分会深耕基础研究、学科建设、人才培养、国内外合作及科普宣教等多个领域,取得了丰硕成果,推动河南省男科学健康发展,达到国内一流水平。依托河南省人民医院,河南省医学会男科学分会构建了坚实的学科平台,先后成立河南省男科基础与临床研究院士工作站、河南省男科学教育培训中心和河南省男科医学重点实验室,为全省男科学科研与人才培养提供了强力支撑。在性功能障碍领域,河南省男科学成绩斐然。河南省人民医院男科与能量医学科团队在国内率先开展低能量冲击波治疗勃起功能障碍(ED)的临床及机制研究,牵头编写《低能量体外冲击波治疗ED的中国专家共

识》,推动了该技术的规范化与基层普及。团队与美国得克萨斯大学休斯敦健康科学中心王润教授团队、北京大学第三医院姜辉教授团队等国内外顶尖团队合作,利用功能性磁共振技术揭示了心因性ED的大脑结构改变机制,相关研究成果发表于“Human Brain Mapping”(《人脑映射》)等国际权威期刊。此外,团队还开展了阴茎假体植入、高选择性静脉栓塞等一系列前沿技术,首创的“男性勃起功能障碍整体化诊疗”体系荣获2020年度河南省医学科技奖一等奖。生殖男科领域同样实现了重大突破。河南省人民医院率先开展显微取精联合单精子注射技术,填补了技术空白。在生殖男科遗传筛查中,团队相继检出DNAH1(关联精子鞭毛多发形态

异常/严重畸弱精子症)、TSGA10(关联无头精子症及畸精子症)等基因突变,明确了其在男性不育、非梗阻性无精子症及特殊畸形精子症中的致病贡献,扩展了河南人群男性不育遗传疾病谱。同时,作为发起单位,牵头联合省内23家医疗机构开展“特发性非梗阻无精子症和少弱畸形精子症遗传因素多中心研究”,系统绘制了省内男性不育遗传图谱,为优生优育及胚胎植入前遗传学检测(PGT)提供了精准分子诊断依据。近年来,河南在该领域累计发表SCI(科学引文索引)论文20篇,影响因子超过40分,并积极开展电生理适宜技术、纳米材料应用等前沿探索。在精囊与前列腺疾病诊疗方面,河南省男科学具有鲜明的技术特色。省内多家医院率先进

并优化精囊镜技术,在顽固性血精、射精管梗阻等疑难病诊治上处于国内前列。针对高发的前列腺增生,省内广泛开展了钬激光、绿激光、铥激光等多种微创剜除手术,并通过学术沙龙、技术帮扶等形式向基层推广。对于慢性前列腺炎,基于UPOINT(泌尿系症状、社会心理、器官特异性、感染、神经/全身、盆底肌触痛)表型分类系统联合细胞因子



河南医学学科发展

■临床笔记

皮质扩布性抑制是大脑皮层内神经元和胶质细胞同步发生的缓慢去极化波,伴细胞外钾离子升高、钙离子内流、脑血流量先升后降。它是偏头痛先兆(视觉闪光、视野缺损等)的直接脑电/代谢基础。皮质兴奋性过高,被认为是易诱发皮质扩布性抑制的可能机制。此外,最新的临床前数据提出了诱发皮质扩布性抑制的其他途径,即微栓塞会触发皮质扩布性抑制,并可能导致缺血。

微栓塞是血流中比正常血细胞体积大的异常成分(如微小血凝块、脂肪滴、空气泡等)堵塞人体微小血管,造成局部血流受阻的病理状态,发作快,消退也快,但容易反复出现。

动物研究证据

临床前模型表明,皮质扩布性抑制可能导致脑缺血。其触发因素可直接通过激活钠和钙通道起作用,或间接通过抑制神经元钠钾ATP(磷酸腺苷)酶(如缺血状态下)起作用。在动物模型中,内皮素-1诱导的血管痉挛可导致皮质扩布性抑制,并与组织学检查中的选择性神经元损伤相关。其他临床前研究则表明,微栓塞亦可诱发皮质扩布性抑制。研究人员将空气微栓子、聚苯乙烯微球和胆固醇颗粒注入28只大鼠的颈动脉。结果显示,微栓塞在16只(57%)动物中触发了皮质扩布性抑制,部分动物皮层神经元中检测到缺血性改变,但无明显脑梗死。较小的栓子诱导快速、短暂的皮质扩布性抑制发作,伴有脑血流量显著下降。较大的栓子则触发延迟且持久的皮质扩布性抑制发作,伴随小而持久的脑血流量减少。最大的栓子更易引起微梗死。大多数栓子可能因体积太小而迅速自发溶解,故仅引起去极化事件而不导致缺血。相比之下,较大的栓子溶解需用时更久,因而导致明显梗死。这一观点得到了小鼠模型实验证据的支持:在该模型中,不稳定、可自发溶解的血栓仅引起皮质扩布性抑制事件,而更稳定的血栓更可能诱发脑梗死。较大的栓子,加之其触发的皮质扩布性抑制导致的明显缺血事件,可能构成了偏头痛与缺血性卒中间关联的生物学解释,适用于罕见发

脑微栓塞的患者,如房颤和卵圆孔未闭患者,也包括动脉夹层(脑微栓塞源于动脉)患者。

总之,皮质扩布性抑制诱导的神经元死亡及其严重程度,取决于神经元的脆弱性及皮质扩布性抑制触发因素的强度。

人类研究证据

卵圆孔未闭:经颅多普勒超声配合声学造影常用于检测右向左分流。在偏头痛患者中,经卵圆孔未闭进入循环的空气微栓塞,已被证明可在经颅多普勒超声检查中引发皮质扩布性抑制。一项连续病例系列研究显示,检查期间的空气微栓塞在7.5%的患者中触发了典型先兆偏头痛,但产生显著临床先兆的发作仅见于大卵圆孔未闭患者。从机制角度看,检查中的空气微栓塞可被视为皮质扩布性抑制的弱触发因素,故仅在少数情况下导致临床发作;较大的右向左分流可能导致更大的微栓塞,因此注射空气微泡后发生偏头痛的可能性更高。与动物研究证据一致,弥散加权磁共振成像在先兆期间未显示急性脑缺血改变。

在隐性卒中患者中,卵圆孔未闭封堵术与偏头痛天数减少显著相关。一项最新的个体患者数据荟萃分析显示,与药物治疗相比,使用蘑菇伞封堵器行经皮卵圆孔未闭封堵术,在减少每月偏头痛发作次数、每月偏头痛发作次数以及增加偏头痛完全缓解患者比例方面,均具有显著优势。尽管这些分析存在一定局限性,但提示减少矛盾性栓塞负荷可能有助于减轻偏头痛。

导管消融和心房颤动:既往病例报告及小样本病例系列研究显示,新发先兆偏头痛可能与心房颤动患者接受导管消融术相关。通常,先兆偏头痛发作出现在消融后第一周内,且不定期持续。一项大规模研究显示,2069名接受导管消融的患者中,48名(2.3%)报告了术后头痛,22名(1.1%)符合新发明明确偏头痛标准,12名(0.6%)符合新发可能偏头痛标准。大多数明确偏头痛患者在1年~2年内症状完全缓解,表明这是一种短暂且自限的术后现象。可能的机制包括:动脉血暴露于仅存于静脉循环的分子(绕过肺循环)以及脑微栓塞。这些操作也可能导致隐匿性急性脑梗死,成因可能涉及导管或鞘管内血栓形成、左心房功能障碍、空气栓塞及凝血级联激活等机制。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《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:16799911313

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