

# “病理狂人”王朝夫

**唐晔:**做病理医生需要天赋吗?

**王朝夫:**肯定是要的,因为灵感很重要。眼睛看到的是现象,我们要透过现象看本质。比如,有一种肾细胞癌类型,国内是我第一个诊断出来的。当时是2010年,一个32岁的男性,他的原诊断是良性的,当时我觉得不是良性,并且不是平常的肾细胞肿瘤,而是目前WHO分类中没有的肾细胞癌,可能是一个新的组织学亚型,后来事实证明果然如此。能发现一个新的东西是很有成就感的。

**唐晔:**您作息时间是怎样的?

**王朝夫:**我的睡眠时间很少,因为科里的疑难会诊都堆在我这里,还有行政的事情,每天只睡四个多小时吧。早上7:30之前就会到医院,一待就是12个小时以上,每天下班都比较晚了,回到家吃完饭,再喝一杯小酒解解乏,然后打开电脑处理当天的工作邮件。以前我还喜欢周日看一下CCTV5的拳击比赛,现在也没时间了。

1966年出生于安徽省利辛县的王朝夫,从小在田地边上长大,父亲患有严重的慢性支气管炎,所以他暗下决心,长大了以后要学医,把父亲的病治好。

然而,王朝夫如愿考入蚌埠医学院的第一年,父亲就去世了。王朝夫并没有因为父亲离世的打击而沉寂下去。他心底里痴迷上了病理诊断。读研时,在研究生课题之外,夜深人静时他经常会独自一人钻进病理科读技术人员当天做出的最新病理切片,一擦一擦看完,记下自己的结论,第二天拿去跟老师比对,疑惑之处去问、去悟,这几乎成了他的专属必修课。当过外科医生,又做过尸检医生,但从大学开始,他就迷恋上显微镜的放大世界。他被同学称作“病理狂人”。研究生那几年,他早就不满足于课题,每天晚上,别人都下班了,他会一头扎进显微镜下,一看就是几个小时,他看病理切片上瘾,一擦擦看下来,有一天竟然看到东方破晓。“边看边记录,第二天和导师的诊断比对,每天都有收获。”

王朝夫从肿瘤医院来到瑞金医院前,病理对他来说是一个专业,如今在瑞金医院,他希望将此当作一个事业。“我放假,在家里闲几天不看切片,就会感到失落。那种透过现象看到本质的成就感是无与伦比的。”

有人说,病理医生是“医生中的医生”。王朝夫认为,医学最高的境界就是“防患于未然”。而对于已经生病的患者来说,治疗都是建立在精准诊断的基础之上,想要精准诊断就离不开病理。病理科就像一个电路中的零件,是在干路上,一旦出了问题,整个线路

都不能正常运行。“医院几乎每个科室都跟临床病理有联系,如果诊断老是不清楚,怎么治?如果病理科本来三天能出的报告,拖了十天才出,会影响到整体治疗大局;还有,如果水平不高,诊断错了乃至需要打官司、赔偿,就会损失很多经济利益。这些都是负面的影响,还有更多潜在的损失。所以,像病理科这样的公共平台,地位举足轻重。”

从1989年至今,王朝夫从医近30年,遇到过太多的病人。他的办公室里,墙上挂的是满满的锦旗,每面锦旗的背后都有一个故事。

2008年,有一个15岁的男孩,当地医院诊断为小腿骨肉瘤,需要截肢,男孩的一家人非常绝望——这对全家来说,是多么大的一个打击。后来,他们辗转找到了王朝夫,经过精准的病理诊断,确诊为骨折后的骨瘤——原来这个孩子在学校运动的时候,意外胫骨骨折了,但症状不明显就没在意,等到后来长出了一个肿块,被误认为是骨肉瘤(俗称“骨癌”)。得知不需要截肢的时候,全家人激动得不知要如何表达,后来给王朝夫送来了一面锦旗。

2012年,有一位外地的上市公司老总,被当地医院误诊为生殖细胞源性高度恶性肿瘤,化疗效果不佳,医院对他“上海有个王朝夫,找到他,你就有希望”,病人千里迢迢找到王朝夫,王朝夫发现原诊断的肿瘤类型是错误的,不是高度恶性,临床根据纠正的诊断,改变了整体治疗方案,一个疗



王朝夫 瑞金医院病理科主任,主任医师,教授。擅长肿瘤病理诊断,特别是淋巴瘤、骨肿瘤、泌尿/男性生殖系统肿瘤的诊断。

程下来,肿块就全部消失了,直到现在病人的状况都非常好。“正确的治疗,是建立在正确的诊断基础上,会诊中漏诊、过诊的病例我都遇到过,帮他们纠正后,病人都非常感激我,有的患者开始都不敢相信,就像之前被判死刑,又忽然变成无罪释放,天上的乌云忽然散去,又见到了太阳。”

每周日早上七点半之前,王朝夫都会主持科室的业务学习。刚开始他自己讲,后来让大家讲,因为准备讲稿就是一个提高的过程。每周五上午,科室还有一次两个多小时的疑难病例讨论,而每隔一个周五,疑难病例讨论会在网上全国直播一次,这个直播已经成了全国约1.5万名病理医生的学习平台,几千人在线观看,比中国病理年会的人数还要多。“有次去湖南讲课,当地一个医生说,王老师,你们的直播提高了整个中国病理的水平。我听了很是欣慰。”王朝夫说。

他太累,要做的事太多,而到家后的一小杯白酒,是他最好的解乏。“病理医生稀缺,大环境,小环境,诸多因素,医学生都不愿干,但我想对所有的病理医生说,你同样可以活出自己的价值,包括对家庭的和对社会的,因为你是医生的眼睛。” 晔问仁医 唐晔

## 【医家坐堂】

### “疫”劳很难永逸

上海长宁路1666号2号楼乐翠:闺蜜都在谈论宫颈癌疫苗。“医家坐堂”是我们每期必读的栏目。能否详细介绍一下宫颈癌疫苗,让我以后与人交流时也能搭上话题。

**华山医院终身教授张延令:**我国每年约有15万新发宫颈癌病例,约占全球患者总数的三分之一,每年有近8万女性死于宫颈癌。

去年8月16日的“医家坐堂”我们就说过,宫颈癌是唯一一个病因明确的妇科最常见的恶性肿瘤,宫颈癌也是目前唯一可以早期预防的癌症。如果单纯从预防宫颈癌角度来说,二价与四价疫苗是一样的。

人乳头瘤病毒(HPV)持续感染,最终导致宫颈癌。我国HPV预防性二价疫苗推荐接种年龄为9~25岁。HPV感染的两个高峰,一个是17~24岁,另一个是40~44岁。高危型HPV持续感染到最终发展为宫颈癌大概需要十年时间,因此45岁以上的女性接种意义不太明显。对蛋白质、酵母类食品过敏,孕妇,哺乳期,感冒期间,这些人群不能接种HPV疫苗。如果接种后怀孕,可以继续妊娠,严密观察。全球已经接种HPV疫苗的人数近6000万,没有发现和其他疫苗有交叉反应。正常情况下,接种疫苗前无需进行HPV检测,除非感染过HPV或者由此造成了宫颈病变,应该治疗转阴后再接种。

接种疫苗后仍然需要定期接受宫颈癌筛查,因为现有的疫苗,即便是9价疫苗,也只能预防9种HPV,而HPV是一个拥有一百多号成员的大家族。尤其是30岁以上,处于宫颈癌高发期,持续感染的可能性因机体免疫力下降而增加,更易癌变。

当然,感染了HPV,未必就患上癌症。有性生活的女性一生中感染过HPV的可能性高达40%~80%,但超过80%的感染会自然清除,只有HPV16和18型等的持续感染才有可能从宫颈上皮细胞病变发展到宫颈癌前期病变,最终导致宫颈癌,在这过程中通过HPV DNA检测病毒类型,通过TCT检测细胞变化情况,便可有效掌控敌情。

开始性生活早、性伴侣多、感染HPV的女性,患宫颈癌的危险性高。人体对HPV没有终身免疫力,治疗转阴后,如果又接触到病毒,还会被感染。

感染了HPV,通常自身的免疫力可以清除,尚没有抗病毒药物,所谓的抗病毒治疗不靠谱。针对宫颈癌前期病变,可采用激光等治疗。一旦阴道分泌物异常,如白带增多、颜色和气味发生变化;性爱时出血;下腹或腰部经常疼痛,要高度警惕宫颈癌的可能。如果罹患宫颈癌,则需要做子宫切除术和化疗。

## 专家教你养肝

春季养肝,减酸增甘,可食用辛温发散的大枣、豆豉、葱、香菜、花生等,适当食用瘦肉、鱼类、乳类、蛋类、豆类等,适量补充优质动物肝脏,首选羊肝。

王晓素(岳阳中西医结合医院消化科负责人,主任医师)

## 【病例报告】

### 施瓦辛格置换心脏瓣膜

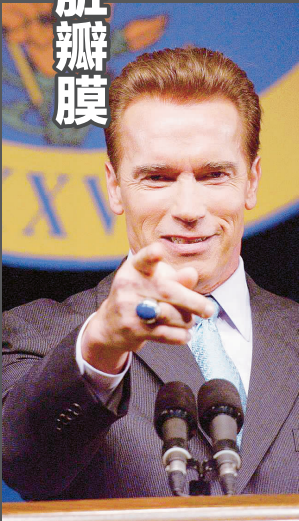
新闻回放:阿诺德·施瓦辛格21年前更换的瓣膜已经过了使用年限,为此现年70岁的他3月29日成功接受了经导管心脏瓣膜置换手术。目前,他状况稳定,恢复良好。

心脏瓣膜置换的手术方式包括正中开胸瓣膜置换、微创瓣膜置换及经导管主动脉瓣置入术(TAVI)。TAVI分为经导管主动脉瓣置入和经心尖经导管主动脉瓣置入,其优点是切口小或零切口,病人耐受性好,缺点是植入瓣膜寿命较短。对于一般条件好、年纪较轻、心肺功能尚可、首次接受心脏手术的病人,外科医生会选择正中开胸瓣膜置换或微创瓣膜置换。而对于年龄较大、身体状况差、心肺功能不能耐受手术或再次心脏手术的病人,外科医生会考虑推荐病人选择TAVI。随着技术的发展,TAVI也逐渐推荐应用于中危患者。

那么,应该如何选择合适的人工瓣膜呢?人工心脏瓣膜中,机械瓣需终生抗凝(定期验血),有潜在的出血和血栓栓塞风险,但是瓣膜相对寿命长,再次手术概率低;生物瓣抗凝3~6月,再次手术率高。一般来说,对于五六十岁的病人,建议使用机械瓣,对于65~70岁的病人,建议使用生物瓣。随着二次手术成功率提高及TAVI的发展,越来越多的年轻患者为了追求较高的生活质量,选择使用生物瓣。

施瓦辛格1997年便选择了生物瓣,心脏手术的安全性及良好的疗效保证了其演艺和政治事业的蒸蒸日上。21年后的今天,瓣膜寿命到期,更加安全的TAVI及二次开胸手术将会继续保障其生命质量。

励峰(上海市第六人民医院心血管外科主任,主任医师)



## 莫以疝小而不为

1999年,华山医院外科在时任党支部书记向阳医师的倡导下,创办了“外科青年论坛”。论坛坚持至今,有效地促进了青年医师积极钻研临床业务、不断提升诊疗水平的主动性。今年第一期的论坛由沈奇伟医师主讲《腹壁嵌顿疝的急诊处理原则》、许博医师主讲《食管裂孔疝的处理》。我们摘要选登沈奇伟医师的部分讲稿,让读者朋友增加医学常识,同时见识华山人的风采。

一旦腹腔内压力突然上升,疝内容物可强行扩张疝囊颈,突入疝囊,随着疝囊颈弹性收缩,疝内容物被卡住,无法回纳至腹腔,就称之为嵌顿疝。其主要症状表现为轻度疼痛以及肠梗阻症状,患者的体温、脉搏等生命体征多数是正常的。嵌顿疝发展到血液循环障碍时,即为绞窄性疝,临床表现明显加重,且肠梗阻症状较为明显,并伴有全身中毒症状。两者属于同一疾病的不同阶段,嵌顿性疝如能及时诊治,可避免发展到绞窄阶段。

有了疝气需要提高警觉。一般来说,嵌顿疝都有腹股沟疝的前期病史,嵌顿的持续时间对于判断病情的严重程度十分重要,时间拖得越久,就越是容易发展到绞窄的程度。

难复性疝的病程较长,而嵌顿性疝尽管有腹股沟疝病史,但多数是可回纳的,此次发病的时间也相对较短。同时难复性疝多数只有一些胀痛的表现,甚至没有症状,但嵌顿性疝都是有明显的疼痛症状的。最重要的区别在于患者有没有肠梗阻的存在,如果存在肠梗阻症状,那多数是嵌顿疝。

绞窄性疝因为肠管坏死感染,常有皮肤红肿的表现。是否有腹膜炎以及全身中毒症状,也是鉴别绞窄和单纯嵌顿的重要因素。

绞窄疝的病死率大约在10%左右,尤其是老年患者死亡率更高。对于诊断明确的嵌顿疝患者,大都建议尽快选择手术治疗,以免嵌顿疝很快发展到绞窄阶段。 沈奇伟