

宫颈癌患者成功怀孕的启示

◆ 吴小华

一位女士结婚后不幸被查出宫颈癌,由于还未怀孕,她多地奔波求医,但都被告知要摘除子宫。她来复旦大学附属肿瘤医院就诊,并接受了腹式根治性宫颈切除术。术后半年,她就成功怀孕并且病情也得到了控制,5年内肿瘤并未出现复发和转移。

宫颈癌早发现 才能为“保育”创造机会

要想尽早发现宫颈病变,女性朋友就要密切关注自己身体发出的信号。一般而言,从宫颈的癌前病变发展到浸润性宫颈癌,需要5~15年的时间。大部分女性因为机体自身的免疫力多在短时期内一过性地感染HPV病毒。只有持续感染HPV病毒的患者,才有可能进展为宫颈上皮内瘤样病变(CIN),这是宫颈癌病变的最先“信号”。此时采取必要的医疗措施,就能遏止宫颈病变的趋势,远离宫颈癌。

宫颈癌早期女性的身体会发出异样的讯号,比如阴道出血:这一症状常常表现为接触性的出血,经常发生在性生活、妇科检查以及出现便后出血。另外,有些女性会有阴道排液的症状:患者常诉阴道排液增多,



白色或血性,稀薄如水样或米汤样,偶尔会有异味。一旦出现类似症状,女性朋友不应忽视或拖延,应该立即就医,和宫颈癌的进展速度进行“赛跑”,为早期治疗赢得宝贵时间。

“保育”手术 不会引发复发和转移

对于“腹式根治性宫颈切除术”,病人问得最多的一句话就是:留着子宫会不会增加复发风险?

很久以来,肿瘤手术的“彻底性”已经成为普通大众的共识。许多人误认为,尽可能多、尽可能大范围地摘除脏器,将会极大地减少复发和转移的风险。现代肿瘤外科的发展愈来愈重视患者的生活质量。肿瘤外科手术的目的,是在不影响生存率和手术安全性的情况下,提高患者生存质量,减

少不必要的损伤以及手术并发症。

在严格筛选的患者中进行腹式根治性宫颈切除术,先要彻底清扫腹膜后淋巴结,确定肿瘤没有转移,则可将病灶所在的宫颈切除,保留子宫体,在根治肿瘤的同时,给患者保留了日后生育的机会。

早在2004年,复旦大学附属肿瘤医院就为一位早期宫颈癌患者施行了第一例“腹式根治性宫颈切除术”。但由于知晓率等各方面的原因,这一手术直至2008年才在复旦大学附属肿瘤医院广泛地开展起来,目前已经累计完成此类手术96例,是世界上完成这一手术例数最多的医疗机构,这一临床实践的相关论文发表于妇瘤界权威杂志Gynecologic Oncology。目前已有4位患者成功孕育了下一代,所有96例病例没有一例复发或转移,突显了这一手术的“安全性”和“保育的优越性”。

经过多年临床实践和摸索,复旦大学

附属肿瘤医院对于这一手术的适应人群给出了符合中国患者的“复旦标准”:1.淋巴结未有转移;2.肿瘤最大径小于4cm;3.肿瘤局限于宫颈;4.年龄小于45岁且无不育病史;5.本人有强烈的保留生育功能愿望;6.肿瘤病理类型为鳞癌、腺癌或鳞腺癌等。

女性洁身自好 社会摒弃“偏见”

据不完全统计,一年中全球宫颈癌发病患者约有50万人次。中国占了13万人次。值得注意的是,十余年来复旦大学附属肿瘤医院妇科就诊的宫颈癌患者小于35岁的比例低于10%,而现在这一比例已上升至15%。宫颈癌发病年轻化的趋势不容小觑。

从预防宫颈癌的角度来看,年轻女性应该洁身自好,注意个人卫生,培养良好健康的生活习惯,关心自己的健康,定期行妇科检查。同时,社会和家庭应该认识到宫颈癌是一种可以预防可以治愈的肿瘤,摒弃对宫颈癌患者的偏见,以一种更加宽容、包容的心态去接受这群需要关怀和帮助的特殊人群。

一些已婚未育的年轻夫妻,妻子得了宫颈癌,丈夫应该充分认识宫颈癌的治疗进展,要对现代医学有信心,以百倍的精力去关怀妻子,鼓舞和勉励她们,以一种更加积极、乐观的心态面对生活,并创造新生命的降临。

(作者为复旦大学附属肿瘤医院妇科主任,教授、主任医师)

慢性髓细胞白血病,以往也称之为慢性粒细胞白血病(CML),是一种起源于多能干细胞的肿瘤性疾病,具有特征性的费城染色体(Ph染色体),所形成的BCR/ABL融合基因是该病的关键致病因素。其临床特点是外周血粒细胞显著增多并出现幼稚粒细胞,脾脏明显肿大。自然病程包括慢性期、加速期及急变期三个阶段。CML约占全部白血病的20%~35%,占慢性白血病的90%,发病率随年龄增长而逐步上升,诊断时的中位年龄为45~50岁,峰值发病年龄为50~60岁。

传统治疗主要为化疗(羟基脲等)、干扰素及造血干细胞移植。上世纪90年代末,初治慢性期患者的推荐治疗仍然是造血干细胞移植和干扰素。近年来随着CML发病机制的阐明,酪氨酸激酶抑制剂(TKI)等靶向药物的应用使CML治疗取得巨大进步。应用传统治疗的慢性髓细胞白血病患者平均生存期仅3~5年,而格列卫等靶向治疗药物可以使患者的预期生存期达到15~20年。

格列卫(伊马替尼)是针对BCR/ABL酪氨酸激酶的靶向治疗药物,目前作为CML的标准一线治疗,显示出良好的疗效和耐受性。传统对标准剂量格列卫耐药的慢性期患者,可增加药物剂量,或者换用第二代酪

战胜「慢粒」,医患配合很重要

◆ 王健民

氨酸激酶抑制剂,例如达希纳(尼洛替尼)。

对于第二代酪氨酸激酶抑制剂治疗失败、或伴有T315I等耐药突变的患者,异基因造血干细胞移植可能是最合适的治疗选择。异基因造血干细胞移植可作为加速期或急变期患者的一线治疗,在化疗诱导获得细胞遗传学反应后应尽早移植。

慢性髓细胞白血病的诊疗目标已经不仅是获得血液学及遗传学缓解(染色体转阴),更重要的是达到分子学缓解(BCR/ABL基因转阴),只有获得良好分子学反应的患者才能长期生存。因此,严密监测染色体及BCR/ABL融合基因变化是判断疗效和进行治疗选择的重要依据。如果忽视这些检查,不能及时随访病情变化,对药物疗效缺乏准确的评价,很可能会影响治疗选择和疗效。不仅仅是治疗方案的选择,患者的依从性、对治疗的配合程度也会影响治疗效果。因此,加强与患者之间医学信息的沟通,可以增加患者对疾病的认知,提高患者对治疗的配合度,有利于医患双方共同努力战胜疾病。

(作者为第二军医大学附属长海医院血液内科主任暨全军血液病研究所所长,主任医师、教授;专家门诊:周一下午)

什么是H型高血压

◆ 贺耀宗

如今在高血压防治中不断提到一个新词——H型高血压,什么是H型高血压?

在高血压中,伴有血浆同型半胱氨酸(Homocysteine, Hcy)升高的原发性高血压就是H型高血压,通常标准是Hcy≥10umol/L就算升高。

同型半胱氨酸(Hcy)是蛋氨酸代谢过程中产生的一种含硫氨基酸,是导致血管粥样硬化的主要危险因素之一。它是一种有害的“坏”氨基酸。血中本来就有,但在理想状态下,Hcy在人体血液中含量很低,一般<5umol/L,越低越好。实际上,当血浆Hcy水平达到6.3umol/L时,即已进入心脑血管事件高危区,当血浆Hcy达10umol/L时,心脑血管事件发生率明显升高。

提出H型高血压这一概念对我国高血压防治有重要意义,因为我国高血压大部分为H型高血压。这有利指导高血压危险分层管理和更有针对性的高血压防治。

一项我国南北6大城市调查结果显示,我国高血压患者大约有75%为伴有Hcy升高的H型高血压,有些地区更高。如:山西太原敦化坊等三大社区H型高血压竟高达94.3%。我国是典型的高Hcy国家。而高Hcy是脑卒中的独立危险因素。专家认为,我国脑卒中高发可能与此有关。

高Hcy究竟有什么危害?研究证实,血中Hcy升高可直接导致动脉粥样硬化。大量Hcy在血中聚集,通过产生过氧化物直接导致血管内皮损



伤,改变凝血因子的功能,促进血小板聚集,使血栓形成倾向明显增加。高Hcy已成为我国位列第二的心血管危险因素。高Hcy与任何其他危险因素(如高血压、吸烟、高脂血症、高尿酸、高血糖)叠加均有协同作用,其中高血压与Hcy的协同作用尤为突出,危险作用显著升高。上世纪90年代欧洲9国19个中心研究发现,高Hcy是血管病独立危险因素,若与高血压结合,导致血管疾病风险显著增加,男性增加12倍,女性高达28倍。我国安庆39165人的研究结果也证实,高Hcy与高血压协同,增加心脑血管事件风险约12倍。伴有高Hcy的高血压导致心脑血管事件的危险增加,是单纯高血压的4~5倍,是正常的28倍。因此,高Hcy血症这一“国情”被专家认为是我国脑卒中高发的重要因素。正是因为高Hcy与高血压之间的这种高度协同作用的关系,才提出了H型高血压这一概念。

为什么我国国民有这么高H型高血压?这和人种、遗传基因、环境、生活习惯等多方面因素有关。首先,我国人群TT基因型的携带率高,约为25%,远高于西方国家10%~16%的水平。TT基因型患者的血浆叶酸水平低,导致Hcy水平高。此基因型与脑卒中的发生呈显著正相关,增加卒中风险26%~50%,TT型基因属易突变基因,突变导致Hcy升高。其次,我国饮食习惯是富含叶酸的食物摄入量少,我国人群低叶酸率至少在60%以上,美国仅为0.6%。这直接导致我国H型高血压显著高于西方国家。

防治H型高血压当属心脑血管病防治中的重中之重,为此,我国已启动国家“十二五”重大项目-H型高血压比较效果研究(CER),我们期待着预期结果出现。