



扫码关注新民
健康园官方微信

本报专刊部主编 | 第 705 期 | 2018 年 9 月 10 日 星期一 本版编辑: 潘嘉毅 视觉设计: 戚黎明 编辑邮箱: pjy@xmwb.com.cn

大肠息肉拉响肠癌警报

近年来,我国大肠癌发病率逐年增加。肠息肉被公认为是一种重要的癌前病变。国内外大量研究认为,80%以上的大肠癌与肠息肉有直接关联。因此,一旦检查患有肠息肉,切不要掉以轻心,特别是年轻人。早期发现、早期诊断、早期治疗,则是预防大肠癌的关键。电子结肠镜是目前诊断大肠内病变最有效的方法,同时也是治疗大肠息肉的最佳手段。



肠息肉与大肠癌关系不一般

大肠息肉属癌前病变,大量的证据提示,大肠癌的形成与大肠息肉之间有密切的关系。根据息肉的特征可分为幼年性息肉、增生性息肉、淋巴性息肉、炎症性息肉、腺瘤等。其中增生性息肉是最常见的一种息肉,分布以远侧大肠为多,一般均较小,直径很少超过1cm,不发生恶变。炎症性息肉又名假息肉,是肠黏膜长期慢性炎症引起的息肉样肉芽肿,常为多发性,多数较小,直径常在1cm以下,病程较长者,体积可增大。临床意义最大的是家族性息肉病,恶变率为100%;二是腺瘤样息肉,该息肉很容易恶变。结肠腺瘤是大肠的良性上皮肿瘤,根据组织学结构分成三种类型即管状腺瘤、绒毛状腺瘤及混合型腺瘤。

管状腺瘤:是圆形或是椭圆形的息肉,表面光滑或有分叶,大小不一,但大部分直径在1cm以下,癌变率在1%-20%左右;大于2cm,其癌变率达30%-50%左右。

绒毛状腺瘤:较管状腺瘤少见,绝大多数为单发。一般体积都较大,直径大多在1cm以上,分布以直肠最多,其次为乙状结肠。其癌变率较管状腺瘤大10倍以上,如果不早期治疗处理,往往会癌变。

混合型腺瘤:同时具有上述两种结构的腺

瘤,癌变率介于管状腺瘤和绒毛状腺瘤之间。

肠镜电灼摘除大肠息肉

肠镜是一根长140cm,直径只有1.0cm的软管,沿着肠腔可以自由弯曲。“精明的电子肠镜”可以放大6倍,从而清晰地观察到大肠黏膜的微小变化,包括:大肠内溃疡病灶,消化道出血的部位,大肠炎症,大肠息肉和肿瘤等,并可在直视下钳取可疑病变进行病理学检查,有利于早期结肠癌的发现,是大肠息肉和大肠癌最重要的诊治手段。

现在,我们可用肠镜电灼摘除大肠任何部位的息肉。术前病人需吃一天流质饮食,然后服用磷酸钠盐等以清洁肠道。手术时先做肠镜检查,当发现息肉时,医生常用的方法有:热活检钳咬除、高频电凝固圈套切除、氩离子血浆凝固术等,活组织送病理科进行病理检查。

对于扁平样或绒毛状息肉有局部癌变者,可采用肠镜黏膜切除术(EMR)或者内镜黏膜下剥离术(ESD)等方法进行治疗。

切除息肉可解除癌前警报

早期发现肠息肉立即切除,可以减少大肠癌的发生。大肠息肉有30%左右多为原发,再加上结肠息肉容易复发,我们主张对患

有结肠息肉的病人,进行术后定期随访。一般单发性息肉每两年随访一次,多发性息肉每年随访一次。若未发现新生息肉可改为2-3年随访一次;若1-2年内又发现大便带血,应怀疑肠息肉复发,尽早再次肠镜下电切手术。老年人术后更应密切观察,警惕肠息肉转化为大肠癌。

改变生活方式预防肠息肉

大肠息肉具有多发恶变的倾向,从而成为大肠癌发生的重要因素之一,广大市民应重视大肠癌的筛查,一旦发现肠息肉立即切除,相信未来大肠癌的发病率可以大大下降。

如何预防大肠息肉是值得探讨的问题,尤其是年轻人。首先,人们应该养成良好的饮食习惯,多吃新鲜蔬菜和水果,增加膳食纤维的含量,例如魔芋、大豆及其制品,减少有毒有害物质与肠壁接触的机会和时间,尽量少吃油炸、烟熏和腌制的食品。其次,养成良好的生活方式,每天解大便减少便秘和腹泻。年轻的便秘患者最好能定期洗肠,同时增加体育锻炼,从而提高机体免疫力。最后,大肠癌术后患者及有肠息肉家族史的人群,应定期肠镜检查,以期早期发现息肉并及时处理。

姚礼庆(教授) 李剑(复旦大学附属中山医院内镜中心)

免疫肿瘤治疗突破晚期肺癌诊治瓶颈



专家点拨

随着科研人员以及临床医生对肺癌研究的不断深入,肿瘤学界已经认识到,肺癌患者的生存率及治疗方案与诊断时的肿瘤分期和组织学类型高度相关。尽管肺癌在治疗手段上不断推陈出新,但对于晚期患者,特别是鳞癌及驱动基因检测呈阴性的非鳞癌患者而言,目前的治疗手段相对有限,患者亟需创新治疗方式来改善治疗现状、延长生存期。近日免疫肿瘤治疗领域传来捷报,作为在全球大多数国家和地区已成为二线非小细胞肺癌标准治疗的PD-1抑制剂纳武利尤单抗,已获得国家药品监督管理局批准,并正式登陆中国内地市场。

从获批适应证来看,这种PD-1抑制剂用于治疗表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。

众所周知,肺癌早期依靠手术切除可获根治机会,中晚期患者需经过基因检测明确可选用的靶向药物或放化疗方案。而占肺癌

总患病人群近60%的EGFR/ALK基因阴性患者长久以来缺乏有效药物和手段,确诊后生存期大约仅一年,一直是临床治疗难点。上海交通大学附属胸科医院肿瘤科主任陆舜教授指出,免疫肿瘤治疗方案被临床研究证实对这一部分患者延长生存期是积极有效的。与传统治疗方式不同,免疫肿瘤治疗并不直接作用于肿瘤本身,而是通过激活患者自身的免疫系统来抗击肿瘤,在一些瘤种治疗上已显示出长期生存获益的特点,且安全性及耐受性良好,已成为抗肿瘤领域最前沿的治疗手段之一。

现阶段,在全球,肺癌的免疫肿瘤(I-O)治疗特指免疫检查点抑制剂,其中最具代表性的是PD-1/PD-L1抑制剂、CTLA-4抑制剂。此次中国内地首个获批上市的免疫肿瘤治疗药物即属于PD-1抑制剂的一种。对于没有EGFR和ALK基因突变(即EGFR/ALK基因阴性)的晚期非小细胞肺癌患者,在其接受一线含铂治疗后出现疾病进展或不耐受时即可使用该药物,无需进行相关生物标记物检测。

过往数据表明,晚期非小细胞肺癌患者的5年生存率不到5%。一项临床研究证实,这种PD-1抑制剂首次将该数据提高到了16%,改善了患者的生存预期。

抗肿瘤免疫细胞有记忆,现在大多数接受免疫肿瘤治疗的患者需用药两年。在此过程中,患者有可能会出现一种较为特殊的缓解模式——假性进展。这部分患者可能出现肿瘤先变大再明显缩小,病理活检证明这个“变大”不是肿瘤细胞增多,而是淋巴细胞的反应。临床研究表明,肺癌免疫治疗的假性进展发生率为5%-7%。关于假性进展的原因目前还需进一步探索。因此,患者应选择正规医院进行治疗,由专业医生判断进展情况以及可否继续用药。

陆舜教授表示,免疫治疗接下来的任务是进一步明确获益人群以及针对不同人群所匹配的治疗模式,寻找可靠的生物标志物预测疗效以及管理副反应。正因为免疫肿瘤治疗调节的是人体免疫系统,所以涉及它的研究比较广泛,不单研究肿瘤,还要研究肿瘤周边的微环境,免疫细胞不同亚群之间有无差别,宿主状态如肠道菌群分布对治疗的影响等,这些课题随着免疫肿瘤治疗的推进逐一涌现出来,全球肿瘤学界都在积极探索中。此外,免疫肿瘤治疗联合放化疗等其他手段的效果如何,也处于临床跟踪状态,以便惠及更多的病人。

潘嘉毅



医护到家

压疮是困扰老年护理的世界性难题,一旦发生,病程发展极快,且容易形成并发症,重则危及生命。发生压疮最集中的机构是基层医院、老年院和护理院,患者和照料者特别需要获取这方面的知识和技能。日前,同济大学附属杨浦医院(杨浦区中心医院)伤口造口团队与上海市日月星护理院签署了“专科护理联合体”协议,把伤口造口、糖尿病足等7个专科护理团队资源下沉到护理院,设立了沪上首个护理院伤口(压疮)护理专区,实现了区属三级医疗机构牵手基层医疗护理机构的愿景。

发生压疮的危险因素分为外部因素和内部因素,外部因素主要是压力,持续卧床时间超过3个小时,持续坐在轮椅上超过2个小时,局部皮肤就有发生压疮的风险;内部因素有年老体弱、皮肤完整性不佳、终末期疾病、严重营养不良等。

单一药物治疗,不能解决根本,治疗后易复发,难以稳定,且病人非常痛苦。专科护理联合体采用“一控二清三通四调”的方式,根据褥疮创面情况的不同(主要指形成的时间、创面的大小、创面的深度、有无结痂、溃烂坏死组织等)制定科学、合理的诊疗方案,采用国际先进的伤口湿性愈合理念,遵循TIME治疗原则,根据病人情况应用先进的方法与敷料,预防与处理各种伤口与溃疡及压疮,帮助病人修复伤口,减轻患者在治疗过程中的疼痛和不适,加速伤口愈合,受到了病人及家属的广泛好评。

杨浦区中心医院与上海日月星护理院进行专科合作后,将有效利用优势学科的医疗资源和专家团队,在技术指导、人才培养等方面实现资源共享、精准教学指导,共同推进分级诊疗,提高医疗服务系统整体效率,从而更好地满足居民对便捷优质医疗服务的需求,造福患者。专科护理联合体的成立,将在城市医联体建设和分级诊疗改革上继续探路,发挥自身的社会职能作用,主动承担起服务社会、造福百姓的使命。 乔阅 本版图片 TP



压疮护理四步走 伤口愈合并不难

专科护理联合体为社区居民传经送宝