

健康园

本报副刊部主编 | 第 523 期 | 2015 年 2 月 2 日 星期一 责任编辑:潘家新 视觉设计:窦云阳 编辑邮箱:pjx@xmwb.com.cn

高龄与超高龄真是骨科手术禁区吗

◆ 邵云潮

一个多月前,101 岁的倪老太太不慎又跌了一跤,送到中山医院急诊,拍片诊断为右侧股骨颈骨折,并伴有明显移位。老太太 14 年前曾经发生过左侧的股骨颈骨折,也是在中山医院骨科治疗,做了左侧的半髌关节置换手术,术后并发了左下肢的深静脉血栓形成,所幸并未因此继发其他的不良事件,14 年来生活良好,每天仍然可以在家人陪伴下在小区内散步活动。老太太近十年来新增加了高血压和心脏病,都需要服药控制,又因为美尼尔氏综合征时常会有头晕,前一阵子又被诊断为腔隙性脑梗塞。这样一个超高龄的病人还有手术机会吗?不手术又会如何呢?

半年前,92 岁的张奶奶也是不慎摔了一跤,导致了左侧的股骨转子间骨折,移位明显。这可愁坏了老太太,因为就在 2 年前,她的小姐妹也是因为同样的骨折到医院就诊,由于年龄太大医生建议保守治疗,要卧床 3 个月。她亲眼看着自己的朋友被疼痛折磨着,精神一天比一天差,还生了褥疮和肺炎,仅仅两个多月就撒手人寰。想着自己早已步入耄耋之年,十几年的老慢支、高血压和糖尿病还需要药物控制,情况远比自己的小姐妹差很多,张奶奶觉得眼前一片灰暗。

82 岁的冒老先生患有糖尿病、高血压等多种疾病,3 个月前出现双下肢感觉减退、无力,行走困难等症状,胸椎核磁共振检查显示:胸椎管内肿瘤,脊髓严重受压。老人到多家医院就诊,均因为年龄太大,基础病增多,术中风险大、术后并发症多、预后差等原因被拒绝手术治疗。

随着人均寿命的增加,上海截至 2013 年底,60 岁以上人口已占本市总人口的 27.1%。骨科所面临的病人群体与 10 年、20 年前相比,有了明显的不同,老年骨科病人正在变得越来越多,高龄甚至超高龄病人的比例也正在逐渐上升。这些病人的一个显著特点是合并疾病多且复杂,糖尿病、高血压、心脏病等等是常见病,多种内科疾病合并发生也非常常见,有一些病人的心脏装过支架、做过搭桥手术,还有一些病人肾功能衰竭需要常年血透,更有病人是移植过肾脏甚至心脏的。上述三位病人正是这一群体的典型代表。

那么,高龄与超高龄真的是手术禁区吗?

答案当然是否定的,高龄与超高龄不是直接的手术禁忌证,但是这些病人的外科手术处理一定有与年轻病人不同的地方。首先,在手术前,需要合理地处理并控制内科合并疾病,比如高血压、高血糖等等必须调整到能够耐受手术的范围;并且对病人的手术风险进行合理的评估,与病人家属甚至家族进行有效的沟通,使他们明白手术的必要性及其可能的风险与收益。其次,需要制定合理的手术方案,组建合适的手术团队,以尽可能小的创伤、短的时间、少的麻醉反应完成手术,以减少手术对机体的干扰。再次,手术后的管理同样极为重要,实力强大的监护室以及内科、康复团队是良好恢复的有效保障。

复旦大学附属中山医院凭借强大的综合实力,骨科、麻醉科、外科监护室、内科各专业、康复科等多个学科密切协作,形成了成熟的多学科合作团队。在上述三个典型病人中,101 岁的倪奶奶在伤后的 48 小时内做了右侧的半髌关节置换术,术后第 5 天开始下床活动,现在已可独立扶拐室内活动。92 岁的张奶奶在伤后第 2 天做了闭合复位髓内钉内固定手术,免除了长期卧床的痛苦和风险。82 岁的冒老先生则做了后路胸椎管内肿瘤切除术,术后恢复良好,很快又能重新站立行走了。因为两位老奶奶都属于绝经后妇女的骨质疏松性骨折,因此后续的抗骨质疏松治疗与防跌倒教育则由骨质疏松多学科团队进一步跟进,实现骨松治疗的无缝衔接,努力争取实现“把病人的第一次骨折变成最后一次骨折”的目标。

据中山医院骨科主任董健教授介绍,为了应对老年骨科疾病病种繁多、发病率极高的状况,中山医院骨科多年来在脊柱、关节、关节镜、创伤、骨肿瘤、足踝、显微与手外等 7 个亚专业上有意识向老年骨科方向倾斜发展,在脊柱退变性疾病、骨关节炎、骨质疏松、骨质疏松性骨折、肩关节周围退变性疾病、骨肿瘤、足踝、糖尿病周围神经病变等老年骨科疾病处理方面形成特色,在医院兄弟科室的支持下,造福老年骨科疾病患者。

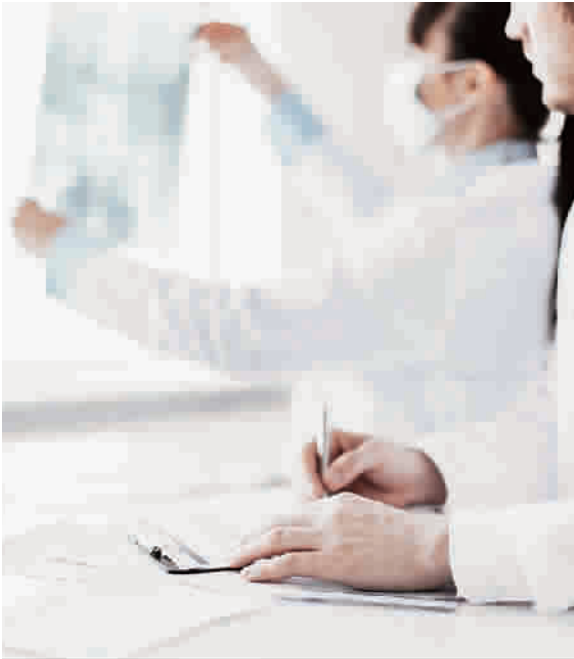
(作者为复旦大学附属中山医院骨科关节外科副主任)



“结”后人生这样安度

◆ 余飞

随着经济实力的提升和医疗技术的进步,浅表器官超声检查逐渐成为体检套餐中的常规项目,甲状腺超声检查自然也不例外。然而这看似普通的检查却给很多人带来了烦恼——“甲状腺结节要紧吗?需要手术切除吗?会恶变吗?”



结节超九成五是良性

甲状腺结节在人群中发病率很高,但恶性结节所占的比例较低,只约占 5%,超过九成五的人都是良性结节,手术不是必选项。因此,查出甲状腺结节并非都要一切了之,需要警惕过度治疗。

要判断结节的良恶性,需要综合多方面因素判断。首先看病史和表现,如果童年接受过射线照射、家族中有人患有甲状腺癌、结节迅速增大、质硬、固定,伴有持续性声音嘶哑、发音困难、吞咽困难等症状,都要警惕结节可能为恶性。

关注超声报告的描述

一看到上面写有“甲状腺结节”,许多人都心里一惊。而后面写着的“微钙化、粗大钙化、海绵状形态、低回声”等一长串医学名词,究竟意味着什么,更是令人摸不着头脑。

超声检查报告有一些关键词,可助患者简单了解结节是良性还是恶性。如果超声结果写明“高回声、粗大钙化(除甲状腺髓样癌以外)、结节周边有丰富血流信号(促甲状腺素正常情况下)、海绵状形态、结节后方彗星尾征”,则往往提示属于良性结节,无需惊慌。

如果有“微钙化、低回声、结节血供内部丰富且杂乱分布、边界不规则,周围不完整的晕、横截面前后径大于左右径”等字眼,意味着患有甲状腺癌的可能性比较大,需要做进一步检查。

做细针微创穿刺检查

有些术前怀疑甲状腺癌的患者没有经过严密的检查,便贸然进行手术,结果为良性病变,这种情况并不少见。要判断结节是恶性还是良性,是否需要进行治疗,现最为可靠的检查方式是对结节进行细针或粗针穿刺,取少量组织进行病理学检查诊断。

病人一听说要进行穿刺,往往比较抗拒。其实细针抽吸穿刺常用 25 号针头,操作安全简便,是最常用的方法之一,可以局麻或者不用麻醉。细针穿刺风险不大,只有极少数患者出现局部肿痛或者出血、感染。有些病人的结节是混合型的,或者位于甲状腺叶后部,则需要在超声引导下做穿刺,以

避免误诊。当患者有甲状腺恶性肿瘤的高危病史,或者超声提示有可疑恶性的征象时,结节直径只要大于五毫米,也应该接受超声引导下的细针穿刺活检。甲状腺癌高危病史包括一级亲属患有甲状腺癌、儿童时期有外照射治疗史、儿童或青少年时期有辐射照射史、过去做甲状腺部分切除时查出甲状腺癌等。

不过,有四种情况是不用做穿刺活检的。一是经甲状腺核素显像证实为“热结节”。二是超声提示为纯囊性的结节。三是根据超声影像已高度怀疑为恶性的结节。四是结节直径小于一厘米,超声无恶性征象。

盲目手术反带来麻烦

恶性结节要尽快到外科进行手术切除,且手术后要终身服用甲状腺素进行抑制治疗。如果是良性结节,未必都要一切了之。有些病人因为“恐癌”,盲目切除良性结节,结果反而出现甲状腺功能减退(即“甲减”)。

良性结节且甲状腺功能正常,只需要定期观察即可,不用手术治疗。但是,如果良性结节合并甲状腺功能亢进,表现为三碘甲状腺原氨酸(T3)和甲状腺素(T4)指标升高,而促甲状腺素(TSH)降低,则需要进行药物或同位素 131I 治疗。如结节手术后出现甲减,则需长期服用左旋甲状腺素(L-T4)进行替代治疗。

半年至一年勿忘随访

如果查出结节定性可疑,但病人又抗拒穿刺检查,则可定期(3~6 个月)复查。对于确诊为良性的甲状腺结节,可以每隔半年到一年进行随访。良性结节患者要注意自我观察,一旦出现声音嘶哑、呼吸困难、吞咽困难、结节固定、颈部淋巴结肿大等迹象,要立即就医。

在此提醒,在确诊、复查过程中,有些检查无需做。经常有人拿着写有“甲状腺结节”的体检报告,要求做 CT、磁共振和全身 PET-CT 确诊,其实它们在敏感性和特异性方面都不比超声检查好。良性结节患者到医院随访复查时,需要复查甲状腺超声,甲状腺自身抗体和甲状腺球蛋白定量测定对结节病因判断可能有些帮助,但这两项检查对鉴别结节良恶性价值不大。

(作者为同济大学附属第十人民医院副教授,专家门诊:周四上午)