

“无知与误解比胰腺癌更骇人”

医生的使命:加强科普,规范治疗,深入探索



图 TP

胰腺癌是一种恶性程度极高的消化系统肿瘤,作为“癌中之王”总是让人谈之色变。近年来,随着人民生活水平的提高,饮食结构与生活方式的西方化,胰腺癌的发病率也逐年快速上升。据复旦大学胰腺肿瘤研究所统计的数据,上海市近十年胰腺癌的发病率已经从10/10万上升至15/10万;上海市疾控中心提供的数据也显示上海平均每天就有5个胰腺癌的新发病例。上海等国内一线城市胰腺癌的发病率已经和发达国家相似,曾经的少见病已不再稀罕,如何预防、如何发现、如何治疗胰腺癌也成为大家关心的话题。

搞晕医生和患者的四大非典型表现

1. 长期腰酸背痛,被误作腰肌劳损、腰椎间盘突出治疗;
2. 反复出现中上腹饱胀感,被误作胃肠道消化不良治疗;
3. 新发的无法控制的血糖升高,被误作糖尿病治疗;
4. 突发眼睛巩膜黄染,被误作肝炎治疗。

加强科普,提高警惕 早期诊断不再遥不可及

在门诊,我们遇到很多胰腺癌病人曾经被漏诊、误诊,走了很多弯路,最后才发现病灶在胰腺,可惜已经错过了最佳的治疗时间。一些患者在出现腰酸背痛之后往往认为是腰肌劳损、腰椎间盘突出等骨科疾病,在出现中上腹饱胀感后以为是胃肠道消化不良,出现血糖升高仅去内分泌科就诊,出现眼睛发黄就以为是肝炎去看肝病科,而这些患者,甚至一些非胰腺肿瘤专科医生,都会忽略胰腺癌也可能表现为这些症状。因此,当出现上述表现又无法确定原因时,应该去胰腺肿瘤专科看一看,做一个胰腺薄层CT,明确或排除胰腺问题。

如果发现胰腺上有占位,又希望能够在治疗前明确诊断,超声内镜下的细针穿刺是个很好的选择。美国著名的梅奥医学中心收集了2000多个病例的最新研究表明,细针穿刺并不会导致肿瘤细胞的播散,相反,细针穿刺对于无法手术的胰腺癌患者非常重要,可以明确占位的性质,尽早开始规范治疗。目前,复旦大学附属肿瘤医院胰腺肿瘤多学科

诊治团队(multidisciplinary team,MDT)每年实施的超声内镜下胰腺细针穿刺,无论穿刺成功率还是阳性率均已达到国际水平,积累了大量的经验,曾经的高风险检查已变得十分安全可靠。

复旦大学胰腺肿瘤研究所、复旦大学附属肿瘤医院胰腺肝胆外科的官方微博和官方微信,定期推送胰腺肿瘤知识,让更多的人了解和关注胰腺癌,同时帮助胰腺癌患者做出正确的治疗抉择。

因人而异,因病施救 规范合理的综合治疗是重点

胰腺癌目前主要的治疗方式包括手术、化疗和放疗。

手术是根治胰腺癌的唯一手段。但是胰腺癌根治术是大家公认的高风险、高难度手术。如何提高手术安全性、合理性及有效性就变得十分重要。而肿瘤的首次创伤性治疗对于患者来说是何等重要!

复旦大学胰腺肿瘤研究所国际首创的“胰十二指肠切除术中线性全封闭型胰管空肠吻合术”大大提高了手术安全性,使胰漏发生率小于10%,又在此基础上创新性地提出

“人工乳头胰空肠吻合技术”,进一步降低了术后胰漏率,成果发表于Journal of Surgical Research及Scientific Reports等国外著名期刊并获得了国际同行专篇述评赞扬,在手术技术这一长期为欧美发达国家垄断的领域中提出了中国学者的观点;同时,创新性地提出锐性清扫、无瘤切除胰腺肿瘤,提高了胰腺癌的R0切除率;通过研究揭示胰腺癌淋巴转移特性,规范了手术淋巴清扫范围,发表了《中国胰腺癌临床诊断标准探讨》《胰腺癌淋巴转移诊治进展与处理规范》,对中国胰腺癌淋巴转移人群的基本病理特征及诊断标准、治疗策略提出了总结性意见,并被业界广泛采纳运用;国际首创外科微创腹腔镜技术引导下术中放疗的新方法,突破了传统放疗在胰腺癌上运用的局限性;通过探索“胰腺癌手术-多时相介入综合治疗”以及优化改良术后辅助化疗方案使胰腺癌术后肝转移的发生率下降了1/3,淋巴结转移发生率下降了70%,中位生存期与5年生存率明显提高。

胰腺癌被认为是一种异质性十分明显的肿瘤,也就是说,不同患者手术、化疗和放疗的效果都不一样,但是哪些患者可以直接通过手术获益,哪些患者应该做新辅助化疗后

再手术,哪些患者又应该行术后放化疗,却一直让每个胰腺肿瘤专科医生心存困惑。合理规范治疗的根本在于通过现有的技术手段甄别鉴定出不同肿瘤生物学行为和治療敏感性的患者人群,“因病施救”,实现个体化治疗,避免因不恰当治疗或效果不确切的保健品给患者带来不必要的伤害。我们对此进行了深入的研究,其研究结果显示并非所有患者均从手术中获益,一组具有“三阳性:CEA+/CA125+/CA19-9≥1000U/ml”特征的患者难以从手术中获益,此类患者术后半年内的肿瘤复发率高于90%,暗示患者术前体内可能存在“隐性转移病灶”。我们的另外一项研究对200多例行根治性手术后的患者进行分析,发现有淋巴结转移的患者术后行辅助放化疗可以明显获益,延长生存。通过我们自己的临床经验的总结和对最新指南的解读,我们针对不同的胰腺癌的患者,制定出合适的治疗方式,以期让患者最大可能地获得长期生存。

知己知彼,深入探索 提高认知方能远行

近几年,复旦大学胰腺肿瘤研究所针对胰腺癌相关的临床和基础研究成果,陆续发表在国际主流期刊上。我们研究发现PET/CT可以很好地评估胰腺癌的肿瘤代谢负荷,预测患者的手术疗效,并作为个体化治疗进一步的补充;又发现中性粒细胞和淋巴细胞的比例可以很好地预测胰腺癌化疗的疗效。

我们正在针对已经筛选出的不同特征的胰腺癌人群进行分子分型的深入研究,探索他们的不同生物学行为特征的发生发展机制,为我们的临床实践寻找新的干预靶点。

医学作为科学是无止境的探索,围绕胰腺癌还有很多是我们所未知的,相信在这一领域努力前行,将收获更多成果,造福患者。

虞先濬(复旦大学胰腺肿瘤研究所所长、复旦大学附属肿瘤医院胰腺肝胆外科主任)

假如H3N2来袭…… 感染病专家未雨绸缪指点迷津

近来申城气温跌宕,多变的天气让不少孩童感冒发烧。前不久又传来我国港台两地出现孩童中招甲型H3N2流感病毒而丧命的消息。农历立春在即,冬春之交更是流感高发季……

据上海市公共卫生临床中心感染病专家卢洪洲教授介绍,甲型H3N2流感是一种由甲型H3N2流感病毒引起的呼吸系统疾病,通过呼吸道传播,患者多表现为普通流行性感冒症状,包括发热(病毒感染发热一般是持续的,但下午较其他时间温度要高)、咳嗽、喉咙痛、身体疼痛、头痛、发冷和疲劳,或伴有腹泻和呕吐,重者会继发肺炎和呼吸衰竭。尤其是孕妇、婴幼儿、老年人及慢性病患者等高危人群。与欧美发达国家相比,我国流感疫苗接种率极低,未接种流感疫苗的高危人群罹患流感后死亡风险更高。

如何判断孩子得的是普通感冒还是流感呢?卢洪洲教授指出,普通感冒和流感虽然都存在上呼吸道症状,但流感往往起病较急,有高热、咽痛、头痛、全身酸痛等全身性症状,鼻塞流涕的呼吸道卡他症状较轻,只是在疾病恢复阶段才逐渐明显。普通感冒则主要表现为卡他性呼吸道症状,如不停打喷嚏、鼻塞或流鼻涕。由于流感是病毒性传染病,卢洪洲教授认为,严格遵照医嘱早期使用抗病毒药物有效。目前世界公认的预防流感最有效方法是接种流感疫苗,一般在接种两周后就会产生抗体。

许多年轻人因工作压力大常选择带病工作,或因对流感认识不足,认为自行买点感冒药服用就行。卢洪洲教授特别强调,这种做法并不可取,此类流感非常容易在学校、办公室、商场等人员密集的场所传播,所以得流感后最好采取“居家隔离”的方法。儿童聚集的幼托机构、学校等公共场所因冬季居室密闭,病毒传播危险系数将无形增大。

老百姓对于H3N2流感不必恐慌,保持良好个人卫生习惯是预防流感的重要手段,卢洪洲教授详细提示4个生活细节:

1. 增强体质和免疫力 倡导生活中保持健康行为,如睡眠充足、营养充分、注意锻炼身体等。冬季尤其要保持体力,多休息,减少不必要之消耗,以保持体能来全力对抗病毒。注意保暖,尤其要做好头部与足部的保暖。
2. 勤洗手 这是预防流感的重要措施。尤其在咳嗽或打喷嚏后、就餐前或接触污染环境后。尽量避免用脏手触摸眼、鼻和口。打喷嚏或咳嗽时应养成用纸巾轻掩口鼻的习惯。
3. 避免接触呼吸道感染患者 流感高发季节,尽量少去人群密集的公共场所,以减少可能接触流感样病例患者的机会。照顾流感样病例患者时一定要佩戴口罩。
4. 多呼吸新鲜空气 保持家庭和工作场所良好通风状态。每天保证一定时间开窗通风。经常带孩子去户外呼吸新鲜空气。

严晓慧(上海市公共卫生临床中心)

腹壁“打洞”约半小时完成胆囊切除

传统的开腹胆囊切除术创伤大、伤口愈合慢、易出现并发症,导致患者痛苦大、术后恢复不良等问题。腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)自上世纪90年代法国医生Mouret完成世界首例至今,经过近30年的技术发展,目前已成为胆道外科最常见最普及的手术之一,并为外科医师及广大患者所普遍接受。

胆囊结石能“打洞”吗?

目前腹腔镜胆囊切除术能广泛适用于大部分胆囊疾病,其适应症包括:

1. 有症状的胆囊疾病:胆囊结石、胆囊息肉、慢性胆囊炎、急性胆囊炎早期等。
2. 无症状但有合并症的胆囊疾病:伴有糖尿病、心肺功能障碍疾病稳定期。
3. 容易引起胆囊癌变的胆囊疾病:年龄大于60岁的胆囊结石、巨大结石(直径>2厘米)、陶瓷胆囊、单发直径>1厘米的胆囊息肉、增长迅速的胆囊息肉等。

完成手术需要多长时间呢?

腹腔镜胆囊切除术被广大病患俗称为“打洞”手术,在建立起气腹后,外科医生正是通过在腹壁上做3-4个直径5-10毫米的戳孔,将手术器械置入患者腹腔内,实现如传统手术一样的解剖分离操作,解剖胆囊三角区结构,离断并夹闭胆囊管、胆囊动脉,然后切除包括结石在内的整个胆囊,并从腹壁的戳孔处取出胆囊。如今熟练的外科医生平均20-35分钟就能完成一台腹腔镜胆囊切除术。

手术后会有不适吗?

腹腔镜手术后因麻醉药作用可能会有短暂的恶心或呕吐,可在医生的指导下有针对性地药物进行治疗。手术后6小时,若无呕吐现象可先进食流质,手术后12小时就可以下床活动,若医护人员未告知有特殊限制,术后第二日可恢复半流质饮食。

手术伤口疼痛情形多半不严重,如无法解除疼痛,可告诉医生,在医生的指导下用止痛药。伤口通常7日即可拆线,如有异常出血渗液,要告知医务人员。

“打洞”后多久可以出院呢?

腹腔镜胆囊切除术相比传统手术,具有以下优势:

创口小:腹部微小切口,0.5厘米至1厘米,有“钥匙孔”之称。

疼痛轻:患者疼痛感小,基本不留疤痕。

恢复快:大大减少了对脏器的损伤和对脏器功能的干扰,使术后恢复时间缩短。

出血少:术中几乎不出血。微创手术视野比较清楚,血管处理会更精细,有助于减少出血量。

目前腹腔镜胆囊切除术已经成为瑞金医院微创外科日间手术的典型手术病种之一。患者上午空腹入院完成各种术前检查,当天就能完成手术,一切恢复顺利术后第一天即可出院。

潘睿俊(上海交通大学医学院附属瑞金医院普外科)