

■ 札记

# 如何提高早期胃癌检出率

1970~1990 年,我国大多数医院早期胃癌手术率<5%;1990~2000 年,国内部分三级医院的胃癌手术中,早期胃癌所占比例为 5%~10%;2000 年以后,部分医院早期胃癌诊断率达到 15%;而日本 1975 年的诊断率就达到 20.9%,1990 年达到 43.4%,2005 年更是高达 70%。在东亚地区,特别是中国、日本、韩国这样人口密集的地区,胃癌的发病率

和死亡率均较高。但是,在过去半个多世纪内,日本和韩国将早期胃癌的诊断率提高了两三倍,我国却止步不前。我们的差距在哪里?其实归根结底是差在内镜普查。胃镜检查是最好的普查方法,在日本和韩国开展得非常

要想提高临床早期胃癌检出率,可以从以下几个方面入手。

一、将胃镜检查项目纳入 40 岁或 50 岁以后人群健康体检普查。胃镜检查是最好的普查方法,在日本和韩国开展得非常

二、加强卫生宣传教育,增强大众对胃癌的认识,诊疗过程中尽量告知患者该病的危害,提倡 50 岁以上人群每一两年接受

1 次胃镜检查。

三、卫生部门应在政府财力许可的情况下,实施内镜设备配置普及化,尤其在中小规模医疗机构中开展内镜检查人员培训和卫生项目宣教,力争使消化内镜诊疗普及化。

四、门诊诊疗须强化机会性检查,即有消化道症状者应做内镜检查;胃镜检查要细致,要采用自发荧光成像技术、窄带成像

及染色内镜等多种新技术鉴别早癌。

五、三级医疗机构应开展内镜黏膜下剥离术或内镜下黏膜切除术治疗早期胃癌。总之,我们可通过医生、群众的共同努力,以及决策机构与职能部门提供的进一步支持,提高人们对胃癌早期筛查重要性的认识,提高早期胃癌诊断率。

(浙江 王连聪)

# 体外冲击波碎石现状之我见

20 多年来,体外冲击波碎石技术在国内得到了广泛应用。在东南沿海地区,不仅大型综合性医院,甚至在一些社区医院乃至某些私人诊所里,我们都能见到体外冲击波碎石机的身影。碎石机如此高密度分布,照理应该取得不错的成效,然而实际上总体结果却是差强人意的。究其原因,不外乎以下 3 方面。

一、冲击波碎石适应症过度放宽 在我国,有相当一部分医

院在术前检查不完善的情况下进行体外冲击波碎石治疗,甚至仅凭单项超声检查结果即可进行碎石治疗。从表面上看,这样做似乎在减轻患者经济负担的同时也加快了治疗进程。但是实际上,这样做往往会造成许多不良后果;首先,某些本没有冲击波碎石、排石可能性的结石患者接受冲击波治疗,不仅没有减轻患者的经济负担,反而增加了患者不必要的开支,同时也延误了

患者接受正确治疗的时机,降低冲击波碎石的总体有效率;其次,不完善的术前检查有时会导致严重的并发症发生,尤其是在患者凝血机制障碍或严重感染的情况下。

二、碎石机品质良莠不齐 目前,国产碎石机以其绝对的价格优势占据了国内的大部分市场,而性能优良的进口碎石机仅

在一些实力雄厚的大型医院零星分布。单就国产碎石机而言,

由于国内碎石机厂家生产技术标准及工艺水平的差异,国产碎石机在定位系统精度以及冲击波能量输出方面也存在着显著的差异。甚至同一厂家的不同型号碎石机,碎石效率也会有明显不同。因此目前很难对国产碎石机作出一个整体的客观评估。

三、操作者的因素 在国外,从事体外冲击波碎石的医护人员都是经过专业培训取得相关的资质后才可以进行操作的;

而在国内,类似的培训还远远没有实现系统化。这也导致了国内某些碎石机操作人员在上机操作时“只知其然而不知其所以然”,这在某种程度上影响了碎石效率的进一步提高。笔者在此强调,术前诊断明确、检查完善是实施体外冲击波碎石治疗的必要条件;而选择拥有品质优良的碎石机且操作规范的医院是提高碎石疗效的重要保证。

(江苏 马雪中)

## 单髁膝关节置换保留更多骨量

我院骨科从 2009 年进行第一例微创单髁置换手术至今,已累计近百例的成功手术经验。该手术创伤小、恢复快,术后步态更接近于正常膝关节,患者满意度较高。

膝关节炎是引起中老年人膝关节疼痛、功能障碍的常见疾病。对于各种严重的膝关节炎,经过保守治疗无效,膝关节置换是一种有效的治疗方法。传统的全膝关节置换是将组成膝关节的股骨内外侧、胫骨内外侧平台和髌骨表面已经磨损的部分截骨后以人工假体替代,重新获得无痛、稳定、活动的膝关节。我院骨科在上世纪 90 年代开始进行大量的膝关节置换术,获得非常可靠的手术疗效。

在大量的手术病例中,我们发现有许多病例的病变仅局限在膝关节的内侧间室,也就是人体膝关节主要负重的股骨内髁和胫骨内侧平台,如果手术把仍然具有较好软骨表面的外侧间室和髌骨关节也同时置换,似乎有些过度治疗。在我们目前进行的膝关节置换病例中,有 1/3 的病例更

适合进行单髁膝关节置换,即患者临床表现为局限在膝关节内髁的机械性疼痛,无膝关节外侧疼痛和髌骨关节疼痛,膝关节屈曲畸形<15°,膝关节前交叉韧带功能完整,影像学上表现为膝关节内侧间隙狭窄,外侧间隙正常,胫骨平台后部关节面完整,应力位可纠正的内翻畸形。我院骨科与国外同行积极交流,引进微创单髁置换手术技术。

与传统的全膝关节置换术相比,单髁膝关节置换术主要针对病变的膝关节内侧间室进行置换,通过 6~8 厘米的膝关节内侧手术切口,仅对股骨内髁和胫骨内侧平台进行截骨后进行假体置换,保留了更多的膝关节的骨量,同时也保留了膝关节的前后交叉韧带。该手术创伤小,术后患者疼痛感觉减轻,在第二天就可获得良好的膝关节活动并能下床行走。在随访中发现,单髁膝关节置换比全膝关节置换的膝关节功能恢复更快。微创单髁膝关节置换手术也有着更为广阔的应用前景。

(上海 刘志宏)

## 幽门螺杆菌 别轻易用药



近几年来,幽门螺杆菌成了一大热门话题,因为研究表明它容易引起胃炎、溃疡及癌症。因此,群众高度关注它,体检常规检查它,大夫更是重视它。检查中一旦发现幽门螺杆菌,不管有没有症状,必然使用 4 种药物治疗,1 个疗程 2 周,杀不死就再来几次。由此甚至形成了一个庞大的

产业。但是,我们也应注意一下以下细节:一、我国有 50%的人幽门螺杆菌呈阳性,而胃癌发病率不足 1%,幽门螺杆菌有那么可怕吗?二、我国滥用抗生素现象惊人,国家正在严控,现在为了这么一个细菌兴师动众,一下子用 2 种抗生素,一用就是 2 周,不行还得再用,是有史以来临床使用抗生素中前所未有的,而由此引起的过敏反应、不良反应逐渐增多,很多患者的症状并未改善,如此用药是否有远期副反应更不得而知。

因此,我们应该谨慎看待幽门螺杆菌,不要轻易用药。

(北京 李晓林)

### 中外专家输血共识

用自己的血治自己的病,用自己的血救自己的命;最好的输血是不输,不输晚输是上策。

血液管理指恰当使用血液制品,尽量减少使用。对患者的血液管理,就是科学地保持患者血红蛋白水平,防止贫血,优化止血,减少出血,并努力改善患者转归。术前提升血红蛋白。

术前贫血是术后发病率和死亡率的独立预测因素。优化基础血红蛋白(Hb)的目标,是使患者术前 Hb 接近正常值 10~12 克/分升。提高基础 Hb 可以为术中血液稀释、减少术中输血创造条件,防止贫血因失血而恶化。为了争取早期手术,慢性贫血患者术前至少要输 1U 红细胞,中等以上手术 Hb 至少提高到 8~9 克/分升才比较放心。

对慢性贫血患者首先要评估铁状态,正常铁蛋白>100 微克/升或转铁蛋白>20%,如果<30 微克/

升或<15%~20%,为铁缺乏,会产生铁限制性红细胞生成的贫血。缺铁性贫血来自炎症或慢性病,而月经过多则是无炎症下缺铁的重要原因。慢性肾病引起的贫血可考虑应用刺激红细胞生成的药物(ESAs),其他优化 Hb 的措施还包括减少抽血化验,取消或替换抗凝药及有效处理凝血病等。

ESAs 治疗能增强造血功能,可与术前自身储血联合使用,也能明显减少 ICU 和化疗患者的输血。但 ESAs 也能增加癌症患者心血管事件,降低生存率。对非癌症患者如贫血或慢性肾功能衰竭,有增加心脏病发作、心力衰竭或血栓形成的风险。如果高血压患者应用 ESAs 或 Hb 增长过快(>12 克/分升),也会增加心血管事件。为此美国食品药品监督管理局(FDA)要求凡用 ESAs 的患者,应有危险处理方案。

麻醉后先补充容量 机体可以失血,但不可以丧

## 护士自创钥匙量角器



一块四四方方的白色纸盒,上面画了一个圆形;其上半部分是“寻找合适的角度”几个字和一个可爱的娃娃;下半部分被分成了 6 格,每格代表不同的角度;纸盒中间打了一个小孔,孔上系着一把钥匙……日前,专科护士陈丽君发明的专门测量床头抬高角度的工具——钥匙量角器,出现在四川大学华西医院重症医学科小儿重症监护病房的患者床头。有了它,就能准确地使床头抬高 30 度~45 度,可预防和减少呼吸机相关肺炎的发生。(据《成都晚报》报道)

## 基因突变瘦成皮包骨



英国 23 岁的自行车运动员汤姆·斯塔尼福怎么吃都不长肉,瘦成皮包骨,居然还患上了 2 型糖尿病。科学家最近确诊,斯塔尼福的一个基因发生变异,致使他头部和四肢没有皮下脂肪,出现听力衰退等一系列问题。来自英国埃克塞特大学、剑桥大学以及印度、意大利和美国的科学家们绘出斯塔尼福及另外 3 名相同症状患者的完整基因序列,与健康家人的基因对比,发现斯塔尼福 19 号染色体上的 POLD1 基因出现异常,对脱氧核糖核酸(DNA)复制至关重要的一

个酶缺少一个氨基酸。全世界患有这种名叫 MDP 综合征的只有 8 人。(据《科技日报》报道)

■ 前沿

## 房颤消融失败后应再消融

美国一项随机试验结果显示,当首次消融治疗阵发性房颤遭遇失败时,再次进行消融比抗心律失常药物治疗更加有效。

美国哥伦比亚大学的研究人员称,症状性阵发性房颤的首次消融治疗成功率通常约为 60%,而其余 40%首次消融失败者应当如何治疗目前尚无定论,此前尚无有关这一问题的随机临床试验证据可供参考。这项研究纳入了 154 例在首次接受消融治疗后 3 个月内复发的症状

性阵发性房颤患者。所有受试者被植入以追踪房性心律失常事件。然后研究者将这些受试者随机分组,再次行消融术(仅限于再隔离肺静脉)或根据指南给予抗心律失常药物治疗。心电图记录器显示,随机化时的平均房颤负担为 15%。在主要终点——随访 36 个月时的房颤负担方面,再次消融组与药物治疗组分别为 5.6%和 18.8%。再次消融组在各项次要终点方面也均优于药物治疗组。

## 术后心肌梗死影响 5 年生存率



美国血管外科学会 2013 年会上报告的一项大规模长期研究结果显示,术后肌钙蛋白水平升高和心肌梗死(MI)均可影响血管手术患者术后 5 年生存率。马萨诸塞大学血管外科

的研究人员称,肌钙蛋白水平升高可使死亡风险增加 50%,而 MI 可使死亡风险增加近 2 倍。“应进一步对上述相关性以及术后心肌梗缺血常规筛查进行评估研究。”这项研究旨在确定术后肌钙蛋白水平升高与血管外科手术患者长期生存率的相关性。研究人员指出,危重医学文献中已有报道,术后 MI 影响短期和长期死亡率,肌钙蛋白水平升高也已被证实对多种疾病患者生存率具有负面影响,这种现象还见于普通外科手术患者。

## 普遍去定植可防止 ICU 内感染

在重症监护病房(ICU)采取有针对性的目标细菌去定植和普遍去定植都是防止卫生保健相关性感染的候选策略,特别是对于那些由耐甲氧西林金黄色葡萄球菌引起的感染。研究人员深入研究后发现,在常规 ICU 中,普遍去定植措施更为有效,有针对性的去定植或筛查分离措施也可以减少耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的临床分离和任何病原体引起的血液感染。

研究者进行了一项群组随机试验。入选医院被随机分配到三大策略组,每一家医院的 ICU 接受相同的策略。第一组实行集 MRSA 筛查和分离策略;第二组实行有针对性的去定植(即筛查分离耐甲氧西林金黄色葡萄球菌携带者并对其进行去定植);第三组实行普遍的去定植(即未经筛查并对所有患者都采取去定植措施)。结论:在常规 ICU 护理中,普遍去定植措施是更有效的。

## 使用他汀与脑出血预后无关

血脂水平和发病前他汀使用情况与脑出血预后的关系尚不清楚。为此,芬兰赫尔辛基大学的研究人员进行了一项研究。研究结果显示:发病前他汀使用对脑出血的转归没有影响,但是低密度脂蛋白较低与较高的住院死亡率相关。赫尔辛基脑出血研究是一个对连续性脑出血患

者进行的单中心观察性注册。注册中纳入 964 位脑出血患者。他汀类药物使用者有 187 位(占 19%)。研究发病前他汀应用、基线血脂水平及临床转归的相关性。研究结果显示:相较那些没有使用他汀类药物的患者,他们年龄较大,合并症较多,同时服用其他药物的比例更高、血脂较低。

## 雌激素替代疗法有益厌食症

美国麻省总医院及哈佛医学院波士顿分校的研究者们开展的一项小型随机研究表明,患有厌食症的少女如果雌激素水平恢复正常,则增重焦虑会相应减轻。主要研究者表示,如果上述结果得到进一步证实,将会成为一项重大发现,因为增重焦虑不利于神经性厌食症的治疗。生理性雌激素替代疗法是减轻焦虑的一项潜在策略,并可提高治疗效果。

该研究团队将年龄 13~18

岁的女性厌食症患者随机分组,给予雌二醇透皮贴片、每周 2 次+周期性孕酮治疗,或安慰剂贴片+丸剂处置。18 个月后,活性药物组的 20 名女孩儿与安慰剂组的 17 名女孩儿相比,根据儿童状态—特质焦虑量表的评估结果,特质焦虑的发生显著减少。雌激素水平最高的患者特质焦虑评分的降幅最大。这些女孩儿基线时均闭经,雌激素水平远低于正常;经过干预治疗后,其雌激素水平恢复至生理水平。

(以上内容为本报综合摘编)

已成为体外循环心脏手术重要的预充液,它使心脏手术不输血率

限制输血根据指征 红细胞:在 Hb7~8 克/分升时输

2005~2008 年,美国 FDA 共接到输血相关性不良事件报告 212 起,主要原因是输血相关性急

家调查,当 Hb≤8 克/分升输 RBCS 能改善转归,属恰当输血;而 Hb≥10 克/分升还输则不能改善转归,属不恰当输血;但 Hb 在 8~9.9 克/分升之间输 RBCS 是否改善转归的证据不充分,需进一步研究。

美国血库学会(AABB)强

性肺损伤 114 例,溶血性输血反

应 46 例,输血相关感染 18 例,输血相关性循环过负荷 7 例,巴贝西虫病 10 例,过敏反应 6 例及移植物抗宿主病 1 例。输血的负面

根据一项大型同种红细胞(RBCS)输血对转归影响的专

烈推荐遵循限制性输血(Hb7~8 克/分升),对 ICU 成人和儿童患者,当 Hb<8 克/分升或出现贫血症状时应考虑输 RBCS。该指南比较符合中国的临床现状。

血浆:多数情况不必输 血浆输注的适应证较小,主要包括创伤患者严重出血,有活动性出

血并发凝血障碍(PT-INR>2,APTT>50 秒),进行复杂心血管手术及颅内出血需紧急逆转华法令等。在多数情况下,输血浆是不恰当的,尤其是以扩容或营养为目的时。

血浆用量的中位数为 2U(5~7 毫升/千克)。有时治疗不够有

20×10<sup>9</sup>/升两种阈值,证明血小板 10×10<sup>9</sup>/升对急性白血病或造血手术及颅内出血需紧急逆转华法令等。在多数情况下,输血浆是不恰当的,尤其是以扩容或营养为目的时。

治疗性输注,主要用于术前血小板<50×10<sup>9</sup>/升,败血症<20×10<sup>9</sup>/升,特发性血小板减少性紫癜及尿毒症患者等。

大量输血风险不小

大量输血的定义是在 24 小时内输用 10 个单位以上 RBCS(相当一个血容量)者。

为了对抗大量输血引起的酸中毒、低温和凝血障碍,创伤早期可联合输用胶体液、RBCS 和血浆,尽量减少晶体液的使用。创伤患者一般只可输用 1U 未交叉的 O 型血,用 2U 以上者需等待交叉配血。由于失血使凝血因子稀释和消耗,创伤早期易发生凝血,因此,有资料支持用 1:1:1=RBCS:血浆:血小板方案,将他们组合成输血包或分别输用。

血小板:分预防性和治疗性输注 预防性输注主要用于恶性血液病和干细胞移植患者,输注指征为血小板计数阈值 10×10<sup>9</sup>/升。有人比较了 10×10<sup>9</sup>/升与