

技术·思维

先肺结核后肺癌 这个诊断顺序该变一变了

□王启鸣

目前,中国每年新发现肺癌患者高达80万人,每年死亡的肺癌患者接近70万人。《2018河南省肿瘤登记年报》显示,肺癌、胃癌、食管癌、肝癌、结直肠癌在河南最多发,也是最致命的。其中,不管是发病率还是死亡率,肺癌都稳居首位。根据国家公布的第三次全国居民死亡原因调查结果,在过去的30年间,我国肺癌死亡率上升了465%,成为上升速度最快的癌症,并且已取代肝癌成为首位肿瘤死因。

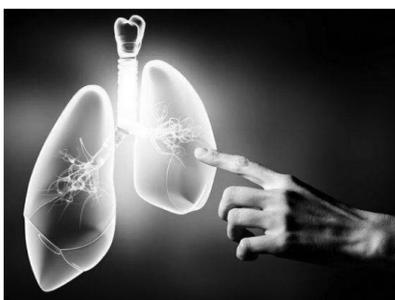
在我国,肺癌的早期发现很困难

中国每年因癌症死亡的人数接近300万人,其中肺癌导致的死亡人数接近70万人。我国肺癌发病率正以每年26.9%的速度增长,预计到2025年,中国每年死于肺癌的人数将接近100万人。

这是多么触目惊心的数字啊!事实上,这些数字是可以大幅减少的。有研究数据显示:在美国,80%~90%的肺癌患者可以在中早期发现,而60%~70%的早期肺癌患者可以实现临床治愈。这一成果的取得,既得益于先进的医疗技术,更得益于肺癌的早期发现。

但是,在我国,肺癌的早期发现很困难。我国民众对健康重视程度不足,而在基层医疗机构,患者误诊误治现象也时有发生。民众健康意识薄弱,平常出现咳嗽等症状也不太重视,只有咳嗽难忍、影响到正常生活的情况下才会去医院检查。这时,肺癌往往已经是中晚期了。肺癌到了中晚期,想要治愈几乎是不可能的,而且治疗也相对比较困难。

应提高肺癌的临床诊断优先度



以肺结核为例。肺结核和肺癌的症状有不少相似之处,比如咳嗽、气急、胸闷。在相当长的一段时期,我国的肺结核发病率很高,但是肺结核患者通过化疗大部分是可以治愈的。而且,肺结核治疗几乎是免费的。

但是,大部分的晚期肺癌患者生存期不到一年,也没有什么特别有效的治疗办法。晚期肺癌几乎就是“绝症”,不

可能治愈。

以前,当临床医生发现肺部病变,不能明确鉴别是肺癌还是肺结核时,会先试验性进行抗结核治疗,教科书上是这么写的,临床上也是这么做的。

根据《2018河南省肿瘤登记年报》,肺癌的发病率和肺结核的发病率几乎一样,但肺癌的死亡率是肺结核的200倍还多。随着肺癌诊断和治疗手段的突飞猛进,高效低毒的化疗、精确的靶向治疗,还有最新的免疫治疗,使得肺癌患者的生存期大大延长,比如ALK(一种间变性淋巴瘤激酶)阳性的肺癌患者,中位生存时间可以达到89.6个月以上。你没有看错,就是7年多,部分患者实现了临床治愈。

另外,CT引导下肺穿刺、超声支气管镜、导航支气管镜等多种技术的应用,使得肺癌的诊断变得更加快捷安

全。基于此,我认为,临床诊断顺序需要改变一下了:针对原来通行的肺部疾病,医务人员应先考虑为肺癌。

在临床工作中,我们碰到不少患者,在基层医疗机构先被诊断为肺结核,然后接受治疗,治疗一段时间后不见效,再转到上级医院,但那时,肺癌已从早期发展到中晚期了。

在此,我也想提醒广大基层医生,尤其是全科医生,碰到发热、咳嗽等肺部疾病患者,可先考虑为肺癌。

需要注意的是,肺癌、肺结核影像资料非常相似,不容易分辨,建议患者尽快拿到病变组织,直接做病理诊断。通过病理诊断,是肺癌还是肺结核一目了然。

事实上,肺癌并不可怕。根据世界卫生组织相关报告的说法:三分之一的癌症是可以预防的;三分之一的癌症是可以治愈的;三分之一的癌症通过规范治疗,可以提高患者的生活质量、延长患者的生命。因此,可以这么说,癌症是可防、可控、可治的,关键在于做到“早发现,早治疗”。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

医技在线

“孩子睡一觉就能完成穿刺治疗,没有痛苦,我们做家长的感到十分欣慰。”日前,小哲(化名)的父母这样对郑州市第三人民医院小儿血液肿瘤病区副主任王娟静说。

4个月前,2岁的小哲被确诊为急性B淋巴细胞白血病。

明确病情后,王娟静迅速为小哲制定了相应的治疗方案。

但是,在治疗过程中,需要进行多次穿刺。这些穿刺主要有骨髓穿刺(骨穿)、腰椎穿刺(腰穿)及鞘内注射(鞘注)。骨穿常选骨盆的髂后上棘或髂前上棘,腰穿是通过腰椎抽取脑脊液,鞘注是腰椎穿刺鞘内注射。其中,骨穿和腰穿是为了进行相关化验,以便医生及时掌握孩子的病情,鞘注则是为了注射治疗药物。

不少孩子会因为疼痛对治疗产生恐惧和抵触心理,而家长看到孩子如此痛苦,也容易出现自责和无助的情绪,这些都会使穿刺治疗难以进行。

为了减少小哲的疼痛,医生在治疗时采用了无痛鞘注穿刺治疗。穿刺前,医生先给小哲注射一种镇静剂,让小哲进入深度睡眠状态,接着再开展相应的穿刺治疗。这一技术在病房即可完成,免去了孩子要到手术室接受麻醉的程序,也不会给孩子留下痛苦的记忆。目前,小哲的病情已经得到了控制,后续治疗正在有序进行中。

据王娟静介绍,年龄在1~9岁的患儿,在排除禁忌证后即可接受无痛鞘注穿刺治疗。

(作者供职于郑州市第三人民医院)

无痛鞘注 让患儿在睡眠中完成穿刺治疗

□王秋红

本版未署名图片为资料图片

医学影像

硬化性骨髓炎的影像表现



硬化性骨髓炎是一种低毒力感染引起的以髓腔密度增高、闭塞,骨质硬化为特征的慢性骨感染。

该病比较少见,发病常与外伤有关,多发生于抵抗力较强的年轻人,好发生于长骨干(如胫骨、腓骨、尺骨及胫骨)等处。

硬化性骨髓炎一般无全身症状,仅见局部软组织肿胀、疼痛,夜间加重。症状反复发作作为其特征。

硬化性骨髓炎在临床上的检查方法主要是应用X线检查,其医学影像表现主要有以下几点。

长骨局限性或广泛性骨质增生硬化,皮质增厚,髓腔狭窄闭塞,在骨质破坏区内一般无低密度破坏,但病史较长者可有小的不规则骨质破坏区,以“破坏区周边骨质硬化向正常区逐渐移行,骨内膜增厚,髓腔变窄”为特征,有别于肿瘤病变。

硬化性骨髓炎发病初期1个月内无异常表现,时间长可见骨皮质弥漫性增厚,致密,呈硬化状,与正常骨无明显分界,髓腔较正常狭窄或闭塞,说明髓腔内也有增生和新骨形成。

硬化性骨髓炎应与以下疾病

进行鉴别诊断。

一、硬化性骨肉瘤

硬化性骨肉瘤多发生于青少年群体,见于干骺端而不在骨干,有放射状增生和骨膜三角存在,如果延误治疗可发生肺部转移。

二、尤文氏肉瘤

患者年龄较小,病程发展快,似急性化脓性骨髓炎,有高热,畏寒,疼痛剧烈,血清AKP(碱性磷酸酶)值较高,X线片显示骨皮质呈葱皮样改变,髓腔有破坏且扩大。

三、骨样骨瘤

骨样骨瘤会引起骨干上端一

边骨皮质增生,中间有小透亮区,为窝巢状。

四、梅毒性骨炎

梅毒性骨炎无疼痛表现,呈多发性骨质增生,两侧对称。

五、畸形性骨炎

畸形性骨炎好发生于老年人,呈多发性,偏重下肢部位。病变呈弯曲,病程进展慢,疼痛不剧烈,可能有局部低热的情景。患处髓腔扩大,在凸侧骨呈代偿性增生,血清AKP值增高,血钙正常。

(本文及图片由新乡医学院医学影像中心提供)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医擅药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

没有最好,只有更好

河南省通过国家卫生健康委员会消除疟疾省级技术评估

本报记者 杨须 通讯员 鲁德领 文/图

7月18日至23日,国家卫生健康委消除疟疾省级技术评估专家组,对河南省进行了消除疟疾省级技术评估。

专家组通过听取汇报、资料审核、现场核实等形式,对河南省疾病预防控制中心、疟疾诊断参比实验室、省级疟疾定点救治医院(河南省传染病医院),以及河南省最后一例本地感染疟疾病例所在地永城市、输入性疟疾病例较多的濮阳县的疾控及医疗机构、乡镇卫生院等单位消除疟疾工作进行了实地技术评估。

现场核查,认真审核

技术评估组听取了河南省消除疟疾工作情况汇报,查阅了河南省历史疟疾流行情况和消除疟疾行动计划实施以来的工作资料,特别是对近3年的网报疟疾疫情、疟疾病例的诊断和实验室复核资料,实验室确诊病例的个

案流行病学及疫点调查处置资料等进行了重点核实。

技术评估专家组对河南省疾病预防控制中心、疟疾诊断参比实验室、河南省传染病医院开展了现场核查,重点核查省疾病预防控制中心消除疟疾相关工作文件、资料以及疟疾诊断参比实验室病例复核确认与质量控制工作记录。

专家组根据全省疟疾历史疫情分布和输入性病例报告等实际情况,现场确定本次评估抽查的县(市)。除了永城市作为河南最后一例本地感染疟疾病例所在地必查之外,评估专家组还对输入性疟疾病例较多的濮阳县进行了现场核查。

技术专家组分别核对了永城市疾病预防控制中心2011年以来疟疾病例的诊断依据、个案流行病学调查和疫点调查与处置的记录,实验室血片复核工作记录、媒介监测等资料,对永

城市人民医院和濮阳县人民医院的发热患者血检工作现状及血检工作记录、疟疾住院病例资料进行了核查,并对永城市黄口卫生院、演集镇卫生院、濮阳县海通乡卫生院等单位的消除疟疾工作进行了核查。

评估反馈,肯定特色

在7月23日的评估反馈会上,专家组充分肯定了河南省的消除疟疾工作:一是政府重视,多部门合作。长期坚持苏、鲁、豫、皖、鄂五省疟疾联防联控机制,根据疟疾流行形势和特征的变化,及时调整消除疟疾策略和措施。二是全省建立了省、市、县三级疟疾救治定点医院,形成了完整的疟疾诊疗和转诊体系。三是疟疾防治知识的宣传与管理有特色,通过“两封信,一承诺”等措施提高出入境人员的疟疾知晓率,

增强临床医生的疟疾诊疗意识,及时发现输入性疟疾病例。四是重视疟疾防治人员的培训和能力建设,保障了疟疾病例及时诊治和规范处置。

评估组一致认为,河南省申报的消除疟疾材料完整、数据翔实,最后一例本地感染疟疾病例判定准确,消除疟疾监测体系健全、灵敏,有防止输入再传播措施。全省范围内设立2402个疟原虫镜检站,乡镇以上医疗机构开展“三热”患者的血检工作;河南省已连续7年无本地感染疟疾病例,经过省级疟疾诊断参比实验室镜检和PCR(聚合酶链反应)复核确认,病例个案流调记录完整,输入来源地及判定依据明确,疫点调查与处置记录完整。2016年以来所有疟疾病例均有排除本地感染的明确依据,并有完整规范的疫点调查处置记录,能够证实近3年没有本地感

染疟疾病例。

技术评估组认为,河南省符合开展消除疟疾省级终审评估的条件,建议国家卫生健康委员会组织进行终审评估。

展望未来,任重道远

此次技术评估的通过,标志着疟疾在河南省的传播已阻断,输入性疟疾得到有效防治,在我国的疟疾防治史上具有里程碑意义。

疟疾在河南省曾经广泛流行,20世纪70年代最高年发病率达16.94%。在各级党委政府的领导下,全省强化了疟疾诊断、报告、治疗和流调处置等工作机制,实施了一系列有针对性的消除疟疾策略和措施,有效阻断了疟疾的传播,本地疟疾发病率直线下降。2012年,河南省实现了无本地疟疾病例发生。

下一步,针对境外输入性病



现场核查

例,为了巩固消除疟疾成果,河南省将继续以非洲、东南亚疟疾流行区回国人员为重点人群,进一步加强监测和疟疾防治知识宣传,保持疟疾监测系统的灵敏性及防控能力;重点加强县级以上医疗机构的疟疾病例诊断意识及救治能力。

同时,河南省将继续加强多

部门合作,通过卫生与商务、旅游、海关等部门密切合作,有效开展联防联控工作,防止输入性疟疾引起继发传播;进一步补充收集、整理历史资料,加强消除疟疾工作成绩和经验的提炼;力争早日通过终审评估,如期实现《中国消除疟疾行动计划(2010~2020年)》目标。