

■技术·思维

钼靶X线下三维立体导丝定位活检可有效诊断早期乳腺癌

□胡本先

自20世纪70年代以来,全球乳腺癌发病率一直居女性恶性肿瘤首位,并以每年2%的速度递增。近年来,我国乳腺癌发病率也呈逐年上升趋势,且患者有越来越年轻化的趋势。

世界卫生组织认为,目前只有宫颈癌和乳腺癌是可能通过普查获得收效的肿瘤。乳腺癌的早期诊断和治疗可明显降低患者死亡率及肿瘤复发率,延长患者生存期。乳腺癌的预后与发现时病灶的大小密切相关。据文献报道,I期乳腺癌患者的5年生存率已超过95%。



在美国乳腺癌检测系统计划检出的乳腺癌患者中,有28.6%的患者病灶直径<1厘米,其20年调整生存率可达97.2%,观察的生存率也可达78.5%;而晚期乳腺癌患者的生存率却不到30%,甚至更低。

由此可见,早期发现、早期诊断、早期治疗是提高乳腺癌患者生存率的关键。大量的研究已证实,乳腺X线检查是敏感而特异的早期发现乳腺癌的检查方法。钙化是早期乳腺癌X线检查最易察觉的征象,可以单独出现,也可以合并其他征象。

有文献报道,90%的乳腺导管内原位癌(DCIS)是通过X线检查发现其微钙化而进一步确诊的。有时,钙化几乎是<5毫米的

微小乳腺癌的唯一征象。X线检查在乳腺癌发展成为触诊阳性的肿块前两年,即可发现可疑恶性钙化。

随着乳腺普查工作的广泛开展及数字化乳腺X线机的应用,临床触诊阴性而影像学表现异常的乳腺微小病灶的检出率不断增高。其中,有20%~30%病灶可能为恶性病变,需要及时手术治疗。

以往,外科医生常常只能为那些扪及肿块的乳腺癌患者做手术,对那些临床触诊阴性的乳腺微小病灶,常因无法辨别病变性质或确定手术范围有困难,而无法全部切除病灶或造成手术野不必要的扩大。对于临床不可触及的乳腺微小病灶,需要准确定位来引导进行外科手术,以保证病变的准确切除和减少不必要的乳腺损伤。

目前,医学界对乳腺微小病变诊治有钼靶X线引导下定位细针穿刺抽吸细胞学检查(FNAC)、针芯组织学活检术(CNB)、超声引导穿刺定位术、钼靶X线下三维立体导丝定位活检等。

FNAC、CNB对早期乳腺癌有较高的检出率,但这两种方法存在一定的假阴性率,且对20%~25%的病变性质不能明确诊断。超声引导穿刺定位术具有操作简单、直观、可动态观察等优点,但对大部分隐匿性乳腺病变,尤其是仅表现为细小钙化灶的乳腺癌,较难发现,定位较困难,且需要操作者具有丰富的经验。

钼靶X线下三维立体导丝定位活检操作方法简单、安全性高、定位准确,是近几年开展起来的新技术,在国外已普遍用于临床。我国已有部分医院开展了此项技术。该技术被认为是诊断乳腺微小病灶的“金标准”。

钼靶X线下三维立体导丝定位活检适应证包括以下几种:①乳腺内簇状微小钙化无肿块者;②乳腺内簇状微小钙化伴微小肿块者;③局限性不规则致密影伴或不伴有钙化灶者;④乳腺结构扭曲伴非对称性致密影及

周围有异常增多、增粗血管影者;⑤形态欠规则、边缘毛糙欠清的结节影者;⑥摄片复查原病灶形态改变或短期内病灶增大或钙化数量增多者。

经典病例

刘某,49岁,钼靶X线检查发现其右乳钙化灶15天入院。患者平素双乳偶有刺痛,疼痛与月经、情绪、劳累关系不明显。

彩超检查结果提示:双侧乳腺增生,未见明显肿块。

钼靶X线检查结果提示:右乳外上象限直径约0.5厘米范围散在泥沙样钙化,右腋下2枚淋巴结显影,长径约1厘米。BI-RADS分级:4级。

考虑恶性病变可能,需要活检明确。术前,医务人员在钼靶X线下三维立体导丝定位活检,术中取钙化表面放射状切口,楔形切除导丝标记处腺体组织,剖检见腺体内部散在点状钙化。切除组织后拍摄钼靶X线片,证实完整切除钙化灶。

送检快速病理结果显示:(右)乳腺高级别导管内癌,考虑个别区域浸润?边缘组织插到少量导管内癌,非典型增生,导管内乳头状瘤。因是否浸润无法明确,向患者家属讲明并征得

同意后,待常规病理明确后行二次手术。

常规病理结果显示:结合冰冻快速诊断为高级别导管内癌伴导管内乳头状瘤。遂行二次手术——右乳皮下腺体切除术,并取右腋下约8毫米×8毫米色白、质韧淋巴结。送检快速病理结果显示:未见转移。

结论

钼靶X线下三维立体导丝定位活检是诊断乳腺微小病灶的理想而有效的方法,具有“早期发现、精确定位、准确切除、明确病理”的实用价值。

它不仅提高了早期乳腺癌的诊断正确率,也提高了保乳手术的可能性和患者的预后;解决了以往外科医师对乳腺微小病灶的定位及定性问题,又避免了以往外科盲目手术切除或穿刺活检假阴性问题,减少了正常乳腺组织的切除量,大大提高了活检的准确性。

(BI-RADS是美国放射学会的乳腺影像报告和数据系统的缩写。BI-RADS分级法将乳腺癌病分为0~6级,用来评价乳腺癌病变恶性程度。一般来说,级别越高,恶性的可能性越大。)

作者供职于陕西省岚皋县中医医院

提醒

日前,巴基斯坦城市拉瓦尔卡纳警方通报,当地超过90人因被一名医生用受污染的注射器注射药物而感染了艾滋病病毒,其中包括65名儿童。虽然事情发生在国外,但是也为我们国内的医务人员提了一个醒。

据世界卫生组织估计,全球每年发生各种注射160亿次,其中30%为不安全注射。安全注射应包括以下原则:

一、严格执行“三查七对”制度。

二、严格遵守无菌操作原则。

三、选择合适的注射器及针头:根据药液量、黏稠度和刺激性的强弱选择;注射器应完整无裂隙,针头应锐利,型号合适,无钩,无弯曲;注射器和针头的衔接必须紧密;一次性注射器的包装应密封,且在有效期内。

四、选择合适的注射部位:避开神经血管、炎症、硬结、疤痕等处进针;需要长期注射的患者,应经常更换注射部位;静脉注射时选择血管应由远心端在近心端。

五、排尽注射器内的空气。

六、检查回血情况。

七、严格执行消毒隔离制度,预防交叉感染。

(作者供职于镇平县第二人民医院)

本版未署名图片为资料图片

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》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

联系人:杨小沛
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com

精雕细琢,在大脑深处“筑路架桥”——走近新郑市人民医院脑血管病诊疗中心

本报记者 王婷 通讯员 樊改萍 王梦梦 文/图



新郑市人民医院脑血管病诊疗中心主任陈金喜

介入手术 安全微创成首选

陈金喜,新郑市人民医院脑血管病诊疗中心主任,性格沉稳、冷静。作为4个病区的“大当家”,他掌管着里里外外的事务。

每天早上7点半,陈金喜来到医院的第一件事,就是打开电脑查看患者的病历。其中,新入院的、疑难危重的患者,是他重点关注的对象。

50岁的范先生近10天反复头晕,连走路都需要家属搀扶。为了弄清原因,家人带他来到新郑市人民医院脑血管病诊疗中心。

新郑市人民医院脑血管病诊疗中心神经内科二病区医生接诊后,经询问得知,范先生有5年的冠心病史,两年前曾做过一次冠脉支架植入术,半年前因“急性脑梗死”又一次入住新郑市人民医院,经治疗后康复,没有留下什么后遗症。那头晕从何而来呢?

医务人员进一步检查后发现,患者后循环供血差,左侧椎动脉管腔重度狭窄。采用单纯的药物治疗已经不能解决问题,而外科治疗中采用的动脉内膜切除术或支架植入术,尽管技术上可行,但成功率很

低。医务人员商讨后,决定采用血管内介入治疗方案——主弓动脉及全脑血管造影术+左椎动脉起始处重度狭窄支架植入术。

当天,手术在局麻下开始。医务人员穿刺患者右侧股动脉,置入导丝到左侧锁骨下动脉平直处。造影证实,颅内左侧椎动脉闭塞,右侧椎动脉严重狭窄。1个多小时后,手术顺利完成。

陈金喜介绍,椎动脉是供应人脑血液的重要血管。一旦椎动脉发生闭塞或重度狭窄,便会引起短暂性脑缺血、脑梗死。采用支架植入技术进行血管内介入治疗颅外椎动脉粥样硬化性狭窄,尤其是起始部的狭窄,安全有效,已成为治疗的主流。

作为诊断脑血管病的“金标准”,脑血管造影术可清晰、直观地反映颅部和脑血管实时影像,可帮助临床医师判断脑卒中中的病因、发病部位、病变程度等,且具有很高的安全性。

2016年,新郑市人民医院脑血管病诊疗中心开展全脑血管造影后,为颅内外动脉狭窄血管内支架成形术、出血性脑血管病的血管内介入栓塞治疗等神经介入项目提供了重要的辅助。



新郑市人民医院脑血管病诊疗中心医务人员

溶栓治疗 把握“黄金时间窗”

临床数据表明,目前急性缺血性脑卒中占脑卒中的比例接近80%,且发病呈年轻化趋势,具有高发病率、高致残率及高死亡率的特点,给患者的家庭和社会带来沉重负担。

36岁的张先生是房产公司销售人员,平时工作忙,作息不规律,还有抽烟、喝酒的习惯。一天早上6点多,他早起到小区楼下散步,转了一圈后坐下来休息,没想到,这一坐竟起不来了,接着右侧肢体突然麻木失去知觉。这可吓坏了张先生的电话,一家人立即将其送往新郑市人民医院。经检查,这是脑梗死。

新郑市人民医院脑血管病诊疗中心神经内科三病区医务人员立即为张先生进行药物溶栓治疗。2小时后,其右侧肢体慢慢恢复了知觉,一周后能下床活动。配合几个月的康复锻炼后,张先生的肢体、语言功能恢复正常。

“脑卒中从发病到溶栓治疗的最佳时间为4.5小时。早期溶栓可以消除脑梗死病灶,大大改善患者脑组织的缺血状

态;一旦拖延,梗死面积增大,梗死灶硬化,患者就会失去溶栓机会,导致脑组织缺血坏死,从而导致偏瘫等后遗症,严重的甚至会危及生命。”陈金喜说。

静脉溶栓再贯通治疗是国际公认的非常有效的治疗方法。新郑市人民医院自2009年开展此项技术后,至今已为600多位脑梗死患者成功开通血管。

早期康复治疗 是减少残障之本

脑血管病患者长期卧床,易导致肌肉萎缩、骨质疏松、关节活动度下降、肺部感染等。因此,患者的康复治疗进行得越早越好。

在新郑市人民医院脑血管病诊疗中心,康复训练和治疗几乎是同时进行的。

对于缺血性脑卒中,只要患者生命体征平稳,病情不再发展,48小时后即可进行康复训练。脑出血患者一般在治疗两周后进行康复训练。

相比其他疾病,脑血管病患者因不同程度的脑组织受损,其肢体功能和智力水平都会受到影响,很容易情绪失控,需要护理人员和家属付出更多

的耐心。

“针对患者的治疗,社会层面和心理层面的治愈也很重要。我们首先要看患者是一个完整的人,一个有思想的人。”在陈金喜的理念引领下,新郑市人民医院脑血管病诊疗中心医务人员注重对患者和家属的宣教,以及康复治疗,形成从预防、急救到预后的全程管理。

“对于脑卒中患者,除了基础的生活护理、皮肤管理,心理护理也同样重要。我们会帮助他们树立信心,使他们积极配合康复锻炼,从而更快地回归社会。”新郑市人民医院脑血管病诊疗中心神经内科二病区护士长赵菲说。

43岁的赵先生由于平时应酬多,没注意控制血压,引起了脑出血,幸亏抢救及时才保住了生命,但是留下了严重的后遗症。

清醒过来后,赵先生发现自己一侧肢体瘫痪,话也说不清了,一时接受不了这个现实,每天都处在悲观、忧愁的情绪中,变得不愿意见人。家属心急如焚。

在康复科医生的专业指导下,护理人员结合赵先生的工作性质、性格特点等,有针对性地进行心理疏导。赵先生逐渐振作起来,积极配合康复训练,现在,他每天都过得很充实。

“管人先管事” 凝心聚力共进步

一个团队风气正不正,凝聚力强不强,关键在领导。在陈金喜看来,当好这个“大主任”,既要会“钢琴家”,也要会“指挥家”,不仅要管好自己所在的科室,还要做好各科室之间的协调工作。

新郑市人民医院脑血管病

诊疗中心由4个病区组成,除神经内科二病区外,神经内科一病区开放床位56张,拥有专业医务人员20名。神经内科三病区是医院的优质护理服务示范病区,开放床位42张,拥有专业医务人员18人,擅长脑出血的微創治疗、蛛网膜下腔出血的脑脊液置换治疗,以及偏瘫、失语、吞咽困难等脑卒中患者的神经康复治疗。神经内科五病区开放床位36张,拥有专业医务人员15名,在急性脑梗死患者早期病情评估+药物溶栓+血管介入取栓+康复的综合规范化治疗,颅内血管狭窄及颈部血管狭窄的介入支架治疗,帕金森病、癫痫、痴呆的个性化治疗方面有独到研究。

面对200多张床位、61名医务人员的大团队,如何实现科学管理?如何让大家凝心聚力,齐头并进?陈金喜自有“法宝”。

“管人必须先管事,通过管事来管人。”陈金喜说,最核心的一条就是紧抓业务不放松,以绩效考核的办法来激发大家的工作积极性。

为了提升大家的职业素养,陈金喜在每天的查房过程中,会针对疑难、危重病例,提出专业的指导意见;同时,每两周组织大家进行一次集中学习,主要内容为脑血管病防治的前沿知识,诊疗技术的新进展等。此外,4个病区的主任每个月进行一次座谈会,既探讨业务,又交流感情。

善谋者胜,远谋者兴。医学发展到一定程度,亚专业兴起是必然趋势。在陈金喜看来,目前,该诊疗中心的4个病区的业务范围仍存在交叉,下一步要细化分科,定向培养人才,持续优化诊疗流程,为脑血管病患者提供更高效、精准、个性化的诊疗服务。

“幸亏医务人员来得及时,幸好医院有绿色通道,不然我父亲就危险了!感谢新郑市人民医院脑血管病诊疗中心的医务人员……”6月6日,患者王先生的女儿想起这几天的经历,十分感慨。

此前,63岁的王先生突然在家中昏倒。家属急呼120,患者被新郑市人民医院急救车接走,经检查,竟然是脑出血。该院脑血管病诊疗中心手术团队紧急为其行微创介入手术,清除其颅内血肿,及时避免了一场悲剧的发生。

大脑是人体的神经中枢,结构复杂而精细。在这里施行手术,稍有不慎,就可能造成灾难性后果。医生就像“穿越火线”的“侠客”,和时间赛跑,与死神较量,让濒临枯竭的生命重现生机。

新郑市人民医院脑血管病诊疗中心就有这样一个团队。20多年间,新郑市人民医院神经内科逐渐发展成为拥有4个病区(神经内科一病区、二病区、三病区、五病区)的脑血管病诊疗中心,学科发展更加精细,救治更加高效。从急性脑梗死的溶栓到介入取栓的桥梁治疗,从首例蛛网膜下腔出血的脑脊液置换术到首例颅内血管狭窄介入支架术……该中心医务人员展现了不凡的实力。