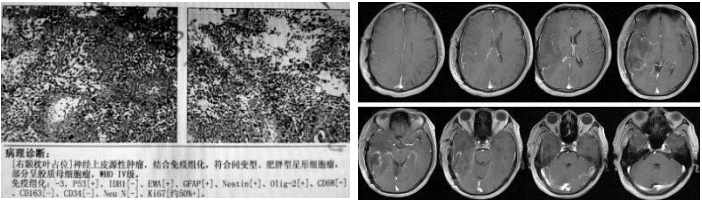


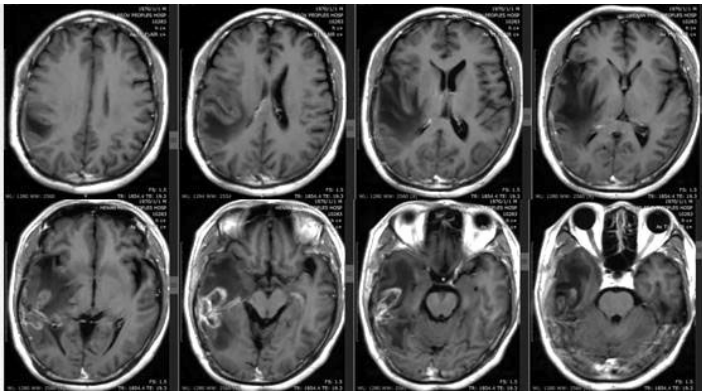
对一例胶质母细胞瘤病例的治疗分析

□韩倩文/图



患者第一次术后病理检查图

患者2015年9月的术后影像图



2015年12月,患者进行MRI复查的影像图

这是一名中年男性患者,2015年7月因“头晕进行性加重伴右耳听力下降”、头颅CT检查发现右额枕叶占位就诊。

2015年8月26日,河南省人民医院神经外科医生李永明主刀,为患者实施了右额枕叶占位切除术。术后病理检查结果提示:(右额枕叶占位)符合胶质母细胞瘤(WHO IV级,WHO指世界卫生组织)。

患者非常有主见,拒绝采用标准胶质母细胞瘤辅助治疗方案,即放疗同步替莫唑胺(TMZ)化疗和6个周期的替莫唑胺辅助化疗。患者要求进行 γ 刀治疗,继而进行替莫唑胺辅助化疗。患者化疗3个周期后,2015年12月11日进行头颅MRI(磁共振成像)检查,结果提示:胶质母细胞瘤复发可能。医生遂更改化疗

方案为“依托泊苷+福莫司汀”。

用药1个周期,患者头痛加重;2016年1月18日进行头颅MRI检查,结果提示肿瘤复发。患者情况危急。2016年1月19日,李永明医生再次主刀,为患者实施右额枕叶复发胶质母细胞瘤切除术。术后组织病理检查结果提示:(右额枕叶)脑组织水肿伴广泛出血坏死,病灶区细胞密度高,区域内见瘤细胞多形性、异型性且较明显,小血管增生显著,符合高级别胶质母细胞瘤化疗后改变。

这次手术后该怎么办?患者依从性差,第一次术后就未遵医嘱。

针对这种情况,我认为,患者肿瘤复发快可能跟两种因素有关:1.胶质母细胞瘤恶性程度高,控制困难;2.辅助治疗不规

范。建议按规范的同步放化疗和6个周期化疗的方法进行再次术后的辅助治疗,而 γ 刀治疗后有反应的脑组织已在第二次手术中切除,有机会再进行放疗。但是,与患者沟通起来非常困难,患者情绪波动较大,悲观厌世,对治疗非常抵触。最后,在外科、放疗科两位医生的强烈建议和家属的反复劝说下,患者才勉强同意治疗。

2016年2月27日,患者开始进行调强放射治疗,共放疗30次,同步进行替莫唑胺(每平方米体表面积75毫克)化疗,后序贯规律给予单药替莫唑胺(每平方米体表面积150毫克)辅助化疗6个周期。患者定期复查头颅MRI,结果提示病情稳定,这时患者情绪稳定,治疗依从性较好。

2016年12月14日,患者进行头颅MRI复查,结果提示:胶质母细胞瘤术后改变,右额枕叶及胼胝体压部异常强化,考虑复发可能。这时,患者出现头痛,情绪有所波动;家属也开始焦虑,认为家里的顶梁柱就要倒了,非常绝望。

针对这个病例,我、李永明和影像专家李永丽进行了讨论。李永丽在神经肿瘤阅片方面经验丰富,认为可能是复发,但不排除“假性进展”,放射性损伤。三者临床上很难鉴别。怎么办?李永明说,患者不可能再次手术。我认为,患者目前症状较重,一般的对症处理效果不显著,如果是胶质母细胞瘤复发,指南推荐的是应用贝伐单抗抗血管生成药物;如果是放射性损伤,一线用药也是贝伐单抗。因为无复发的充分证据,化疗药替莫唑胺就不再用了。

我们3个人再次与患者和家属进行沟通,患者情绪悲观,家属倒是非常积极,但是对于贝伐

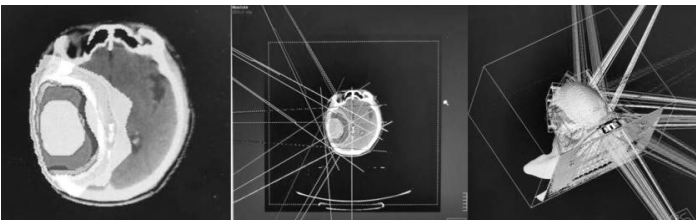
单抗的价格不能接受。这时,国产药阿帕替尼上市了,这是一种口服的小分子抗血管生成药物,并且对于贫困患者有慈善赠药政策。家属表示可以接受。于是,我们让患者每天口服阿帕替尼425毫克一次。患者头痛明显减轻,服药1个月后进行头颅MRI复查,结果提示病情稳定。从此,患者依从性非常好,在出现药物副作用手足综合征、高血压的时候,积极与我们沟通,配合治疗。

胶质母细胞瘤是成人中最常见的原发性中枢神经系统恶性肿瘤,且具有生长迅速、侵袭性强、术后极易复发的特点。胶质母细胞瘤患者的中位生存期为16.7个月,5年生存率不超过10%。这位患者从确诊到现在近6年,第一

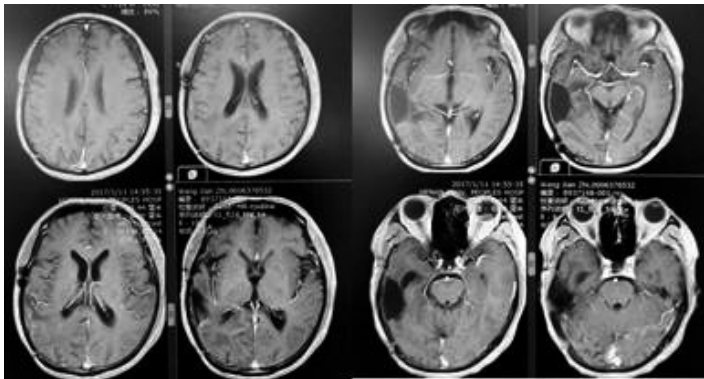
次复发到现在5年多。这几年,对患者的随诊并非一帆风顺,特别是最初应用阿帕替尼的时候,时不时磁共振检查发现水肿加重,有强化明显的表现。在李永丽的建议下,我们应用磁共振灌注PWI(磁共振灌注成像)序列为患者扫描。我们一次次推翻患者肿瘤进展的诊断,通过调整药物剂量为患者减轻症状。

目前,患者生活能够自理,每半年来医院复查一次,继续进行阿帕替尼药物治疗。

5年前,肿瘤多学科诊疗未广泛开展,但我们为这名胶质母细胞瘤患者多次进行多学科讨论,使这名患者获益;现在,肿瘤多学科诊疗已经规范化,分子病理指导下的胶质母细胞瘤的精准治疗较几年前有了长足发展。



放疗剂量分布图



患者口服阿帕替尼1个月后的MRI影像图

(作者供职于河南省人民医院)

患者术后出血原因何在

□梁宝松

前几天,我们收治了一名青年男性患者。他腹泻,每天3次~4次,大便有时带血,没有腹痛,没有里急后重感。他到当地医院做结肠镜检查,医生发现他的升结肠和乙状结肠上有两个巨大的息肉。他有高血压,担心巨大的息肉切除手术风险太大,就来到河南省人民医院,让我们通过结肠镜给他做微创手术,把结肠息肉切掉。

这名患者入院后,我们给他做有关切除结肠息肉所需的基本检查,排除手术禁忌证后为他制定了手术方案:先在息肉根部用钛夹夹持,再用高频电套圈套牢,切割,之后回收息肉做病理检查。

手术由医生张海辉实施。在插入结肠镜的过程中,张海辉在患者的乙状结肠上发现了一个直径25毫米的长蒂息肉,在升结肠上发现了一个直径20毫米的长蒂息肉。张海辉首先对息肉做了白光检查,接着又应用NBI(内窥镜窄带成像术)和放大功能对息肉的腺管开口形态进行仔细观察,认为属于良性息肉的可能性大,符合内镜下手术切除指征。张海辉分别在两个巨大的息肉根部打上钛夹,避免手术切割的时候息肉的滋养血管出血,接着在钛夹靠近息肉的那一侧套上圈套器,通电,完整地把息肉切下来;切下来之后,观察息肉残蒂,没有出血,遂将息肉回收送病理检查。

患者回到病房后,没有便血,没有腹痛;检查腹部,没有压痛、反跳痛和肌紧张;叩诊,肝浊音界正常;心率、血压均没有明显异常。

第二天,患者一切正常。第三天,当我们准备让患者开始进食的时候,患者说清晨排大便一次,里边有红色的血液。医师陆小丹说:“梁主任,咱们那个切除巨大息肉的患者发生了术后出血,您看是否需要立即再做镜下止血。我已经通知张海辉老师了,让他做好准备!”“别着急,现在跟我一起去看看患者再说。”

和陆小丹一起来到病房后,我直接询问患者:“你什么时候解的大便?有几次?什么颜色?里边有没有血凝块?解大便的时候有没有头晕、心慌、出汗?”“我今天早晨解的大便,就两次,暗红颜色,里边没有血凝块,当时没有头晕、心慌、出汗,现在什么感觉都没有。”“你平时血压高,有没有吃阿司匹林、波立维、血塞通?有没有吃保健品?药物和保健品可能会影响凝血,我需要再次确认。”“这些都没有吃,你们术前都问过了。”

我对陆小丹说:“我查看过对患者进行内镜治疗的图片,钛夹夹持的位置很好,有可能是切除残端表面渗血。患者大便中没有血凝块,血管出血可能性小,再次确认没有应用抗凝药物,渗血时间不会太长,应该可以自行停止。血凝块是否存在很重要,血管出血往往会有血凝块存在,常常需要立即进行内镜下止血。现在,患者生命体征平稳,可以延长禁食时间,要密切观察患者的大便次数和颜色,如果大便次数越来越多,间隔时间越来越短,便血颜色越来越鲜艳,血压脉搏不稳定,就提示出血继续,需要立即在内镜下再次治疗;反之,说明出血已经停止,观察即可!”

我们查房后,患者没有再便血,现在已经排出了正常颜色的大便。这时,我才可以说,对患者的治疗成功了!

(作者供职于河南省人民医院)

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。

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张~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:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉点东南角河南省卫生健康委员会8楼医卫生报社编辑部

■ 医 技 在 线

为患儿实施脾破裂切除术

□郑刚

1名仅1岁的患儿,在郑州市第二人民医院普外一科做了外伤性脾破裂腹腔镜下切除术,手术成功。

脾是腹部内脏最容易受伤的器官,在腹部闭合性损伤中,脾破裂占20%~40%。脾遭受强烈的振动而破裂或撕裂,会造成内脏出血,是临床常见的急症之

一,若患者得不到及时救治,常造成休克、死亡。小儿脾脏是重要的免疫及造血器官,有强大的免疫、抗肿瘤功能,对小儿的生命健康很重要,但小儿不具备自我保护意识,再加上小儿腹壁薄,腹肌力量差,极易损伤。

这名患儿发生车祸后哭闹不止,家人送他到医院进行检

查。查体:左上腹部腹肌紧张,触之患儿哭闹加剧。查血常规,结果提示血红蛋白逐渐下降;多次做腹腔彩超检查,结果提示腹腔积液逐渐增多(脾脏周围积液,考虑脾破裂)。

患儿病情凶险,需要紧急手术。经过会诊,结合患儿的情况,专家决定实施腹腔镜探查手

术。做好输血等手术准备后,由副主任医师张建军主刀,手术开始。医务人员经患儿脐部打孔进入腹腔,见腹腔有积血(约150毫升),脾脏中上极近脾蒂处有IV级破裂,脾脏几近断裂,无法进行保脾手术,只能进行脾脏切除手术。然而,这个只有9.8公

斤的患儿,腹腔空间极小,相对于传统开腹手术,腹腔镜手术难度极大。医务人员为患儿切除了脾脏,并为患儿做了腹腔镜下脾脏大网膜移植手术,手术成功。术后患儿恢复良好,未发生手术并发症,腹壁切口非常小,真正做到了微创。

(作者供职于郑州市第二人民医院)

有精神症状就一定是精神疾病吗?

——从病例分析浅谈临床诊断思维能力的培养

河南省精神病医院精神七科 赵品媛

临床思维是指临床医生运用自己的专业知识和实践经验,将通过询问病史、查体及各种辅助检查搜集到的资料,按照逻辑思维的规律和方法进行全面分析,进而推断疾病的本质,以确立诊断和治疗方案的思维过程。

在临床工作中,临床思维的培养,对于疾病的识别、分析、诊断和鉴别诊断等是至关重要的。我们通过下面的一个病例,看一下临床思维的重要性。

李某,女,20岁,农民,未婚。入院27天前,她顺产一女婴;22天前,她晚上入睡前突然出现胡言乱语,称有人摸她、奶奶在门口等她,哭泣,持续约一小时后自行入睡。之后第二天,她开始弯着腰在屋里转来转去,反复去卫生间,把衣服脱下马上又穿上。家人问她为什么这么做,她不解释,睡觉多,醒后就喊饿,在3小时内吃了4顿饭,并出现发热,体温最高时约38摄氏度。

19天前,李某被家人送至当地医院住院,被诊断为“1.肺炎;2.

产后抑郁症”。医生对她进行“抗炎、抗感染”治疗。治疗期间,她睡眠质量差,不停地来回走动,哭哭笑笑,不停地喝水。

17天前,李某被转入当地医院精神科,诊断、治疗不详,疗效欠佳,因持续发热再次转入神经内科治疗,进行“降颅压、抗炎、抗病毒、营养神经”等治疗后,体温恢复正常。她开始不说话,拒进食拒喝水,无故哭泣,在床上反复躺下、坐起,不愿走路,大小便解在床上。她被诊断为“产后精神障碍:亚木僵状态?”她服用舒必利、艾司西酞普兰后,疗效欠佳,拒进食拒喝水。家人为寻求进一步治疗,将她转入河南省精神病医院。

李某发病后饮食差,睡眠质量差,大小便无明显异常,病后体重明显下降(具体不详),体力下降,病史中无明显冲动、消极言语,有拒进食拒喝水行为。

入院查体,医生发现李某神志清,鼻导管、尿管保留中,心肺听诊结果无异常,肝脾未触

及。进行神经系统检查时,她不配合,四肢肌张力高,未发现其他病理征,右锁骨下留置深静脉导管。与她交谈不合作,缄默,问话不答,静卧于床,偶尔自行翻身,有时小声哭泣,无知无力,对住院持无所谓的态度。

李某的血常规检查结果无明显异常,体温37.3摄氏度~37.5摄氏度。入院后进行辅助检查,结果提示:甲功五项、血糖、血脂、电解质、十二导心电图、特殊脑电图/地形图均无明显异常。在治疗上,选用舒必利片、地西泮注射液,改善她紧张、拒食等精神症状,有多条哌齐片促进脑细胞代谢,补液。患者入院第二天,拔除鼻导管、尿管,在督促下稍微进食,3天后拔除右锁骨下深静脉导管。一周后,她在家属的搀扶下下床活动,但四肢肌张力高,仍不能很好缓解。患者经常哭泣,诉说她想家,言行幼稚,坐在地上或躺在地上,走路时前倾,小碎步,流涎,吞咽东西缓慢、困难,说话时吐字不清,因她的精神症状

和药物不良反应不能解释目前的症状,只好再次进行脑电图检查,结果仍正常,血常规检查结果和体温也都正常。

我们请神经内科专家进行会诊。根据病史及症状,我们诊断李某为器质性木僵(脑炎),建议在维持现治疗方案的同时,给予脑营养剂,维持水电平衡,注意营养问题。我们和患者家属进行沟通,谈了患者目前的情况、下一步治疗方案和预后等可能的结局,之后将患者转至神经内科继续治疗。

这个发热和精神症状重复出现且同时存在的病例,看似简单,但基层医院却诊断未明。该病容易被误诊为精神疾病的原因如下:

- 1.患者确有精神症状;
- 2.基层医院诊疗后均考虑精神疾病,建议转入精神科,这时候接诊是否有先入为主的想法?
- 3.进行体格检查、精神检查时是否仔细?有没有异常的体征?精神症状是否典型?

- 4.当出现精神症状和药物不良反应均无法解释的症状,是否仍用精神症状解释,而不是考虑症状为躯体疾病或躯体疾病伴发?

其实,临床思维从收集病史资料时就已经开始了。在收集资料时医生就要进行思考,在察言观色中补充问诊,并通过观察患者的病情,及时制定合理的治疗方案。

忌讳个人主观判断,注意揭示疾病本质。做医生的要“白天多看病,晚上多看书”。在临床上,每一个患者都不同,同一个患者每天都不同。

精神卫生之窗

协办单位:河南省精神病医院(新乡医学院二附院)
咨询电话:0373-3373990; 0373-3373894

