

多学科协作治疗乳腺癌

□王晓峰

在乳腺癌治疗领域，“单打独斗”的传统诊疗模式早已成为过去。如今，多学科协作（MDT）已成为主流诊疗理念，它如同一张精密的协作网络，将不同专业的医学专家汇聚在一起，为患者提供更精准、更全面的治疗方案。这种模式不仅重塑了乳腺癌的治疗逻辑，更显著提升了患者的治疗效果与生活质量。

多学科协作并非简单的科室叠加，而是由固定核心学科专家组成常态化诊疗团队。该团队的核心成员涵盖乳腺外科、肿瘤内科、放疗科、病理科及影像科专家，同时会根据患者的具体情况，灵活邀请整形外科、营养科、康复科等相关科室的专家参与。各学科均发挥着独特且不可替代的作用，共同构成诊疗全流程的关键环节。

诊疗的起点始于精准诊断，这离不开影像科与病理科的协同支撑。影像科专家通过超声、乳腺X线、磁共振等影像学检查手段，精准定位病灶位置、评估病灶范围，为后续诊断提供直观依据；病理科专家通过对病灶组织的分析，明确肿瘤的组织学类型、分子分型等关键信息，这些信息是制定个性化治疗方案的“核心密码”，直接决定了治疗方向的科学选择。

治疗方案的制定是多学科协作的核心环节。乳腺外科专家负责评估手术可行性，判断是否适合保乳手术、乳房重建等术式，力求在根治肿瘤的同时兼顾患者的

外形需求；肿瘤内科专家根据病理结果，评估化疗、靶向治疗、内分泌治疗等药物治疗的适用性，制定精准的药物治疗时序与方案；放疗科专家针对术后需要辅助放疗的患者，规划个性化的放疗范围与剂量，精准杀灭残余肿瘤细胞，降低复发风险。

多学科协作的核心优势在于实现“全周期精准管理”，涵盖从诊断到治疗再到康复的完整诊疗链条。在治疗阶段，各学科专家保持密切沟通，根据患者的治疗反应动态调整方案，避免单一学科治疗可能出现的片面性。例如，针对局部晚期患者，通常先由肿瘤内科专家实施新辅助治疗以缩小病灶，再由外科专家进行手术，术后根据病理结果由放疗科

与内科专家共同制定后续辅助治疗方案。

治疗后期，康复科与营养科专家会为患者身心恢复提供重要保障。康复科专家指导患者进行术后肢体功能训练，以预防上肢淋巴水肿等并发症；营养科专家则根据患者治疗阶段和身体状况，制定个性化营养方案，帮助增强体质，为治疗全程保驾护航。这种全周期协作模式，实现了从“单纯治病”到“整体救人”的理念升级，在关注肿瘤清除的同时，更注重患者生理功能和生活质量的全面恢复。

需要强调的是，多学科协作的核心价值在于“个性化”与“规范化”的有机统一。它整合了各学科的专业优势，摒弃了“一刀

切”的传统治疗模式，严格遵循最新的临床诊疗指南，确保每一项治疗决策都有坚实的医学证据支撑。这种模式既避免了过度治疗或治疗不足的风险，又避免让患者在不同科室间反复奔波，显著提升了就医体验。

如今，多学科协作已成为乳腺癌规范诊疗的核心保障，被各类临床指南明确推荐为标准诊疗模式。它让乳腺癌治疗从“单一维度”走向“多维协同”，充分体现了现代医学的整体思维与人文关怀。对患者而言，选择采用多学科协作模式的医疗机构，意味着可获得更精准、更全面的医疗服务。

（作者供职于山东省东营市人民医院）

呛奶与吐奶的处理方法

□王贤

对新手父母而言，新生儿吃奶后出现吐奶或呛奶的情况常令其手足无措。实际上，这两种情况的风险程度和处理方式截然不同，准确区分并掌握正确的应对方法，是保障宝宝安全的关键。本文将清晰地梳理二者的区别，并详细讲解相应的处理与急救要点，为家长提供科学且可操作的护理指导。

首先，需明确吐奶与呛奶的核心区别，二者的区别在于奶液反流的路径及对宝宝的风险等级。吐奶是奶液从胃部经食管反流至口腔后溢出，属于消化道生理反射的异常表现，奶液不会进入气道，风险较低。宝宝通常表现为平静状态下或吃奶后不久，嘴角缓慢溢出奶液，可能伴有轻微的溢奶声，无明显的呼吸困难、面色改变等症状。而呛奶是奶液在吞咽过程中误入气道，属于气道异物梗阻的紧急情况，风险较高。宝宝会突然出现剧烈咳嗽、面色发紫或发白、呼吸急促等症状，需立即采取急救措施。

其次，针对常见的吐奶现象，家长需掌握正确的处理原则：以预防和对症护理为主。喂奶时应保持正确的姿势，避免让宝宝平躺进食，建议采取半卧位，使宝宝的身体呈适度倾斜状态，以降低奶液反流的发生风险；喂奶过程中需控制奶流量，防止宝宝吞咽过快。若使用奶瓶喂养，应选择流速合适的奶嘴；喂奶后切勿立即将宝宝平放或晃动，应竖抱宝宝，让其头部靠在家长的肩部，轻拍背部1分钟~2分钟，帮助排出胃内空气，再缓慢将宝宝放下，可适当垫高其上半身，减少反流发生。若宝宝出现吐奶情况，只需及时清理口鼻周围奶液，确保呼吸通畅即可，无需进行特殊处理。

最后，呛奶的急救关键是快速排出气道内的奶液，恢复呼吸，家长需牢记海姆立克急救法的核心操作要点。对于清醒的宝宝，可采取竖抱拍背法：立即将宝宝竖抱起来，并让其头部略低于身体，一只手扶住宝宝的胸部，另一只手呈空心状，从宝宝的背部下方往上，往中间快速有力地拍打，利用震动促使气道内奶液排出；若拍背无效，可采用俯卧压胸法：让宝宝俯卧在家长的前臂上，头部下垂，用另一只手的掌根在宝宝的背部两肩胛骨之间快速按压，重复操作直至奶液排出。若宝宝出现面色发紫、呼吸停止的情况，需立即拨打急救电话，同时持续开展急救，直至专业人员到达。

需要注意的是，家长要警惕“隐形呛奶”，即宝宝呛奶后未出现明显剧烈咳嗽，但可能伴随呼吸急促、精神萎靡、口吐白沫等症状，此时仍需及时就医，避免气道内残留的奶液引发感染或更严重的气道问题。无论是吐奶还是呛奶，若宝宝频繁出现发热、腹泻等异常情况，均需及时就诊，排查是否存在胃食管反流病、先天性消化道畸形等。

总之，区分吐奶与呛奶的核心在于观察宝宝的反应，吐奶侧重“预防与护理”，呛奶强调“快速急救”。家长熟练掌握相关知识和操作方法，在遇到情况时保持冷静，才能最大程度保障新生儿的生命安全。

（作者供职于山东省枣庄市妇幼保健院）

盆腔炎的居家护理要点

□张小花

下腹部坠胀疼痛、白带增多、发黄、经期紊乱伴腰酸不适……许多女性遇到这些症状时，往往误认为是轻微妇科问题，殊不知这可能是盆腔炎发出的警示信号——盆腔炎可能已经悄然找上门来。作为女性常见的感染性疾病，盆腔炎若未能得到及时治疗或护理不当，可能进一步发展为输卵管堵塞，甚至导致不孕等严重后果。除了

个人卫生护理是居家护理的核心，同时也是预防感染加重的重要环节。患者应保持外阴清洁干燥，每日使用温水清洗外阴，避免使用刺激性清洁产品。清洗时需遵循“由前向后”的原则，防止肛门部位的细菌逆行感染盆腔。选择棉质且透气的内裤，并做到每日更换。切勿与他人共用内裤、浴巾等个人物品，以防交叉感染。此外，治疗期间应禁止性

成整个疗程，不可因症状有所缓解便擅自停药，否则极易导致病情反复发作，甚至发展为慢性盆腔炎。在用药过程中若出现恶心、皮疹等不良反应，应及时与医生沟通调整治疗方案，同时做好用药记录，以便复诊时向医生详细说明具体情况。

个人卫生护理是居家护理的核心，同时也是预防感染加重的重要环节。患者应保持外阴清洁干燥，每日使用温水清洗外阴，避免使用刺激性清洁产品。清洗时需遵循“由前向后”的原则，防止肛门部位的细菌逆行感染盆腔。选择棉质且透气的内裤，并做到每日更换。切勿与他人共用内裤、浴巾等个人物品，以防交叉感染。此外，治疗期间应禁止性

生活，即使症状消失后，也建议在复查确认痊愈后再恢复，以免因性生活导致盆腔充血，加重炎症或引发复发。

生活习惯的调整对盆腔炎的恢复至关重要。在休息方面，急性发作期应确保充足的卧床休息，建议采取半卧位姿势，这样能使盆腔内的脓液积聚在最低处，减少炎症扩散，缓解腹部疼痛，同时应避免过度劳累和剧烈运动，如跑步、搬重物等，以防加重盆腔充血。在饮食方面，应以清淡、易消化且营养丰富的食物为主，多摄入富含蛋白质和维生素的食物，以增强身体抵抗力，促进身体康复，同时避免食用辛辣、生冷及油腻食物，这类食物可能会刺激盆腔充血，从而加重病情。

此外，还要做好症状监测

和定期复查。居家期间要留意下腹部疼痛、白带、月经等情况，若出现疼痛加剧、白带异常增多且伴有异味、发热等症状，可能是炎症加重，需及时就医。同时，严格遵医嘱定期复查，医生会根据检查结果评估治疗效果，并调整护理和治疗方案。另外，女性要注意避免诱发盆腔炎的高危因素，比如避免不洁性生活、减少人工流产次数等，从源头预防盆腔炎的发生。

盆腔炎并非难以治愈，只要做到规范治疗、科学护理，就能有效促进身体康复，降低复发风险。女性要多关注自身健康，出现不适及时就医，切勿因忽视而延误病情。

（作者供职于山东省济宁市第一人民医院）

哪些情况属于高危妊娠

□刁美霞

对女性而言，妊娠是一段特殊而珍贵的旅程，而当孕妇自身或胎儿出现生理、病理问题时，母婴健康便可能受到威胁，这样的妊娠被称为高危妊娠。及时识别高危因素并采取科学干预措施，是保障母婴安全的关键。接下来将详细解读哪些情况会被界定为高危妊娠。

孕妇自身因素是界定高危妊娠的关键指标，其中年龄与医学指南明确指出，孕妇年龄低于20岁或达到35岁以上时，妊娠风险将显著增加；35岁以上的孕妇则面临卵子质量下降的问题，易导致胎儿染色体异常、早产等。部分指南甚至将40岁及以上孕妇列为极高危人群。在体重方面，医学标准同样明确：体重指数（BMI）达到26千克/平方米及以上的超重或肥胖孕妇，更容易并发妊娠糖尿病和妊娠期高血压；

而BMI低于20千克/平方米的偏瘦孕妇，可能因营养储备不足增加胎儿生长受限的风险。部分指南亦将BMI达到28.0千克/平方米的孕妇纳入高危范畴。既往妊娠史的影响同样不可忽视。有流产、早产经历的孕妇，再次妊娠时不良结局的复发风险较高；曾分娩过低出生体重儿、患有不孕症或通过辅助生殖技术受孕的孕妇，也需要特别关注。产科并发症更是重要的警示信号，如既往有前置胎盘、产后出血、臀位分娩史，曾分娩双胞胎、多胞胎，以及妊娠间隔过短（小于1.5年）或过长（大于5年）的孕妇，均属于高危人群。这些经历往往提示其生殖系统功能或妊娠调节机制可能存在薄弱环节。

本次妊娠期间出现的并发症，是高危妊娠的主要诱因之一。妊娠期高血压（尤其是子痫前期）和妊娠糖尿病较为常见；前者可能引发子痫、胎盘早剥，后者则容易导致巨大胎儿、新生儿低血糖。妊娠期贫血同样不容忽视，它会增加产妇产后出血及胎儿缺氧的风险。需要注意的是，若孕妇本身患有糖尿病或系统性红斑狼疮、抗磷脂综合征等自身免疫性疾病，将显著提高子痫前期并发症的发生概率。多胎妊娠因子宫过度膨胀，容易并发子痫前期、早产、胎儿生长受限等问题，尽管相关指南因发生率相对较低将其列为中风险等级，但临床实践中仍需密切监测。

合并内外科疾病的孕妇，妊娠风险呈倍数增长。心脏病、甲状腺疾病、神经系统疾病等慢性内科疾病，会因妊娠期间血流动力学改变和代谢负担加重而病情恶化，同时影响胎儿的供血供氧。炎症性肠病（IBD）患者因肠道

吸收功能受损，易出现营养缺乏，且疾病活动期可能引发流产、早产，因此每个IBD孕妇的妊娠均需按高危情况管理。感染性疾病也不容忽视，它不仅会威胁孕妇健康，还可能通过母婴传播影响胎儿，需通过规范干预降低传播风险。

高危妊娠的界定并非仅凭单一标准，而是基于年龄、体重、既往病史等多方面因素的综合评估。对孕妇而言，孕前应完成全面健康检查，并主动向医生告知既往病史；孕期则需定期进行产检，密切监测身体状况变化，这是及时识别高危因素的关键。医护人员需通过精准评估，为高危孕妇制定个性化的监护和干预方案。唯有医患双方紧密合作，才能有效降低高危妊娠风险，切实保障母婴安全。

（作者供职于山东省淄博市市立医院）

经腹超声和经阴道超声如何选

□刘雅歆

在妇科检查中，超声是重要的无创检查工具，经腹超声和经阴道超声是其中常用的两种检查方式。很多女性对这两种检查常感到困惑，不知道如何选择。其实，两者并非替代关系，而是互补关系，医生会根据患者的年龄、性生活史及检查目的等综合判断。

首先，需明确两种检查的核心差异。经腹超声是将探头放在下腹部，通过腹壁观察盆腔器官，检查前需憋尿使膀胱充盈，以形成“透声窗”，避开膀胱干扰，从而清晰显示盆腔结构。该检查使用的低频探头穿透力强，能覆盖整个盆腔，适用于观察盆腔大范围病变情况。

最后，在检查目的上两者各有侧重。优先选择经腹超声的情况包括：当需要评估盆腔整体状况时，例如检查巨大子

宫瘤、卵巢囊肿等大范围病变，能够全面观察肿块的大小、形态及其与周围组织的关系；孕中晚期监测胎儿发育时，可清晰呈现胎儿的整体情况及胎盘、羊水的状态。而优先选择经阴道超声则主要集中在需要精细观察的情况下：备孕期间的排卵监测，能够精准显示卵泡的大小、数量和发育状态；怀疑早期妊娠或异位妊娠时，可更早、更清晰地发现孕囊位置，是排查异位妊娠的重要手段；出现异常子宫出血（如月经淋漓不尽、绝经后出血）时，可清晰观察子宫内膜厚度及是否存在息肉或黏膜下肌瘤等微小病变。

需要注意的是，这两种检查均安全无辐射，对人体及胎儿均无不良影响。在临床实践中医师通常会根据患者的具体情况与医生的专业建议，从而使检查过程更加高效，诊断结果更加准确。

（作者供职于山东省潍坊市中医院）

冬季是流感高发期，流感病毒可通过飞沫快速传播。儿童感染流感病毒后不仅会出现发热、咳嗽等不适，还可能引发肺炎、心肌炎等并发症。要降低儿童流感传染风险，需筑牢“疫苗接种+非药物干预+药物预防”三道防线。

第一道防线：疫苗接种，最经济有效的核

心手段

接种流感疫苗是预防儿童流感最关键的措施，能显著降低发病、重症及死亡风险。建议在流感流行季前完成接种。通常接种流感疫苗后2周~4周才能产生足够保护力的抗体。目前，上市的流感疫苗有灭活、减毒活、重组3种类型，按组分可分为三价疫苗和四价疫苗，家长可以根据儿童的年龄、体质，在医生的指导下选择合适的疫苗。

第二道防线：非药物干预，日常防护筑牢基础

良好的日常习惯是预防流感传播的关键，无需借助药物，便能显著降低感染风险。家长应引导儿童做到以下几点。

个人卫生要做好。勤洗手是防护关键，接触呼吸道分泌物或公共物品后，务必使用肥皂与流动水彻底清洁双手；咳嗽或打喷嚏时，使用纸巾或毛巾遮掩口鼻，防止飞沫扩散，随后立即清洁双手；尽量避免用手直接触摸眼、鼻、口等部位，减少病毒侵入人体的机会。

环境与行为需规范化管理。在流感高发季，尽量不带儿童到人员密集的公共场所，以降低交叉感染风险；保持居家环境干净、整洁，每日定时开窗通风，确保室内空气流通。同时，确保儿童营养均衡，睡眠充足，从而增强机体免疫力，有效抵御病毒侵袭。

感染后的管理要到位。当儿童出现发热、咳嗽等流感症状时，应立即让儿童居家隔离，避免儿童与其他家庭成员接触。照护者在照顾儿童时需保持适当距离，必要时佩戴口罩。患儿使用的玩具、衣物等需定期进行清洁消毒。

第三道防线：药物预防，针对性守护高危儿童

药物预防并非常规手段，仅适用于特定情况，且必须在医生的指导下使用，切勿自行给儿童用药。适用人群主要包括：存在流感疫苗禁忌证的高危儿童、接种疫苗后两周内尚未形成足够免疫力的高危儿童、与确诊流感患者有密切接触的高危人群，以及免疫功能受损、接种疫苗后抗体不高的高危儿童。

用药时机至关重要，建议在暴露后48小时内尽早用药，疗程应持续至末次暴露后7天。即使超过48小时，也需严格遵医嘱用药。需要注意的是，由于安全性和有效性数据不足，3月龄以下婴儿不常规推荐药物预防，家长切勿盲目给儿童用药。

此外，校园防控工作同样至关重要。由于儿童流感容易在校园中暴发流行，因此明确复课标准显得尤为关键。建议流感患儿在体温恢复正常且流感样症状完全消失48小时后，再返回校园，这样可以有效避免因过早返校而导致病毒在同学之间传播，从而守护校园整体健康环境。

综上所述，儿童流感防控需要采取多项综合措施，将每年接种当季流感疫苗作为首要任务，同时结合日常卫生防护和环境管理，针对高危儿童适时实施药物预防，并严格执行复课标准。家长若能做好科学防控，不仅可以降低儿童的感染风险，还能为校园和家庭构建起一道安全防线，使儿童平稳度过流感高发季。

（作者供职于山东省第二康复医院）

青少年近视防控刻不容缓

□李博

近年来，青少年近视问题已成为影响国民健康的重要公共卫生议题。2023年，我院眼科对某小学3123名学生开展视力筛查，结果显示该校筛查近视率高达38.71%，且女生高于男生。统计显示，2018年入学的高年级学生近视率达55.85%，较2022年入学的低年级学生增长近3倍。这些数据为青少年近视防控敲响了警钟，提示近视防控需从儿童青少年时期着手，需家庭、学校与社会多方协同努力。

基于以上分析，家庭、学校、医疗机构协同行动是实现青少年近视科学防控的核心举措。在家庭防控方面，应帮助孩子养成良好的护眼习惯，遵循“20-20-20”护眼法则，严格控制电子产品使用时间。在学校防控方面，应优化校园用眼环境、严格落实“课间十分钟”制度、定期开展视力筛查、为学生建立视力健康档案等，一旦发现视力异常及时告知家长，督促尽早干预。在医疗干预方面，建议对儿童从3岁起建立视力健康档案，每年进行眼轴长度、屈光度等检查，以实时监测近视进展速度。临床需根据近视程度制定个性化矫正方案：低度近视可选择角膜塑形镜或离焦框架镜；高度近视需定期排查眼底病变，以降低并发症风险。同时要避免防控误区，切勿轻信“近视可治愈”等虚假宣传。

近视防控是一项需要长期坚持的系统工程。只有家庭、学校与社会共同努力，才能守护好孩子们的“心灵之窗”，让他们在清晰的视野中看到更广阔的世界。

（作者供职于河南省新安县第二人民医院）

如何降低儿童流感传染风险

□司家锋