

■技术·思维

支气管胸膜瘘的个体化介入治疗

□穆倩倩

支气管胸膜瘘是支气管与胸膜腔之间形成的异常通道。这一并发症常见于肺肿瘤切除术后,由于支气管残端愈合不良等原因,气体和液体可通过“漏洞”在呼吸道与胸腔之间异常流动。患者常表现为反复咳嗽、咳大量脓痰、持续发热,严重时可危及生命。传统外科手术修补创伤大、风险高,许多全身状况差的患者难以耐受。近年来,支气管镜介入技术快速发展,为解决这一难题提供了兼具微创性与精准性的方案。近期,河南省胸科医院呼吸与危重症医学科六病区副主任韩俊垒团队连续收治3位支气管胸膜瘘患者。团队坚持“一人一策”,为这3位患者量身定制微创介入方案,术后均取得显著疗效。

个体化介入治疗三例支气管胸膜瘘

病例一:房间隔缺损封堵器治疗支气管残端瘘

51岁的周女士(化名)因肺恶性肿瘤先后接受双侧肺部手术、支气管动静脉栓塞术等治疗。术后,她反复出现咳嗽、咳大量脓痰、间断发热,体温曾高达40摄氏度。检查发现其左下肺存在支气管胸膜瘘。支气管镜下测量,发现瘘口直径较大且形态不规则,常规应用医用生物蛋白胶封堵或覆膜支架难以奏效。韩俊垒团队大胆创新,决定采用先天性心脏病封堵器——房间隔缺损封堵器,为患者实施支气管镜下瘘口封堵术。

房间隔缺损封堵器原本用于治疗先天性心脏病,采用镍钛合金丝编织而成,呈双盘结构,腰部连接两侧盘面,内覆聚酯薄膜。手术时,房间隔缺损封堵器利用腰部提供支撑,双侧

大圆盘封闭支气管瘘口,起到立即隔绝气体和液体的作用。术后,胸腔闭式引流瓶内气泡溢出明显减少,感染指标逐步下降,患者的病情趋于稳定。

将原本用于心脏的房间隔缺损封堵器用于气道,不仅拓宽了该封堵器的适应证范围,更为那些无法耐受外科手术

病例二:Y型硅酮支架置入术封堵复杂瘘口

68岁的禹先生(化名)被确诊为右肺腺癌(ⅢA期),曾接受化疗、免疫治疗和外科手术,出现右侧液气胸并脓胸、支气管胸膜瘘。此前,他曾接受支气管镜下医用生物蛋白胶封堵术,但效果不理想,胸腔闭式引流瓶内仍有大量气泡溢出。

综合评估后,韩俊垒团队为患者实施了硬质支气管镜下Y型硅酮支架置入术。术中,韩俊垒精准置入Y型硅酮支架,并经球囊扩张确认位置良好、释放满意。术后,胸腔闭式引流瓶内气泡溢出明显减少,呼吸道症状减轻。硅酮支架具有良好的生物相容性,尤其适用于管腔中部瘘及复杂气管瘘的封堵。Y型硅酮支架置入术是呼吸内镜领域的高难度手术,对团队的技术水平和配合能力要求极高。

病例三:医用生物蛋白胶封堵术精准封堵远端瘘口

62岁的孙先生(化名)因右肺下叶鳞癌接受右肺中下叶切除术后,反复出现右侧液气胸,胸腔闭式引流瓶内可见气泡溢出。胸部CT(计算机层成像)检查提示右上肺后段支气管分支与胸

腔之间可能存在瘘口。

今年7月,韩俊垒团队于支气管镜下探查,明确瘘口位置后,成功实施医用生物蛋白胶封堵术,操作顺利。

韩俊垒团队采用亚甲蓝示踪法,经引流管注入亚甲蓝稀释液,内镜下清晰观察到右上肺后段有蓝色液体渗出,精准定位瘘口位置。随后,团队分别于右中间干残端及右上肺后段注入少量医用生物蛋白胶,顺利封堵。术后,胸腔闭式引流瓶内未见气泡溢出。

医用生物蛋白胶封堵术相对简单,尤其适用于瘘口较小(通常直径3毫米以下)的患者。医用生物蛋白胶在局部形成物理屏障,封堵瘘口后逐渐被机体吸收,有效规避了异物长期存留所致感染、肉芽增生等潜在风险。

个体化介入治疗成功的关键要素

支气管胸膜瘘作为肺部术后最严重的并发症之一,其治疗一直是呼吸与危重症医学领域的难点。

对于这3位支气管胸膜瘘患者,韩俊垒团队并未拘泥于单一术式,而是基于精准的术前评估(综合瘘口大小、位置、形态以及患者的全身状

况),进行精准治疗。针对周女士巨大的不规则瘘口,常规手段难以奏效,团队大胆创新,将原本用于先天性心脏病的房间隔缺损封堵器用于气道,利用镍钛合金丝编织的双盘结构,紧紧夹闭瘘口,即刻阻断呼吸道与胸腔的异常交通。针对禹先生的复杂情况,

团队则选择了技术难度极高的硬质支气管镜下Y型硅酮支架置入术。硅酮支架良好的生物相容性和支撑力,为瘘口愈合提供了长期稳定的环境。针对孙先生瘘口位置深、管径细等情况,团队采用亚甲蓝示踪法精准定位,利用医用生物蛋白胶进行局部

封堵,既微创又避免了异物长期存留。

对于这3位患者,这种基于精准评估的个体化治疗策略,不仅有效降低了传统开胸手术的风险,显著降低了死亡率,更大幅改善了他们的生存质量。

这3种方案的背后,是对

“同病异治”的深刻理解和临床实践。在介入肺脏病学快速发展的今天,临床技术手段日趋多元。要从中选出最适合患者的治疗方式,离不开医生深厚的临床积淀与精准决策智慧。

(作者供职于河南省胸科医院)

一科一品聚力高质量发展

肿瘤诊疗中心的“慢医疗”与“暖医学”

本报记者 刘 旻 通讯员 刘 培 梁 楠 文/图



病例讨论

在肿瘤诊疗的过程中,许多医生习惯了“快”——快诊断、快化疗、快消灭病灶……但在河南中医药大学第一附属医院(以下简称河南中医一附院)肿瘤诊疗中心,管理者却反复强调一个“慢”字、一个“柔”字。

在这里,医生给患者开药前会先问一句:“今天吃饭香吗?”他们把“带瘤生存”比作“跑过竞争对手”,会为了保留患者的食欲主动下调药物剂量。依托国家医学中心建设,河南中医一附院肿瘤诊疗中心凭借对免疫治疗不良反应的精准把控和对老年肿瘤患者的全程呵护,在赋予肿瘤诊疗硬核技术的过程中不断融入医学的温度。

抓住免疫治疗这束光
夏日15时,河南中医一附院肿瘤诊疗中心病区安静而有序。该中心主任王涛的办公室就在一隅。他2004年来到这里工作,2013年开始“执掌”科室。谈及过往,他没有过多渲染“创业”的艰辛,只是平静地回忆:“那时候,科室只占半个楼层,收治的大多是终末期患者,首诊患者很少。”
改变的契机出现在2018年前后。那一年,免疫治疗获得诺贝尔生理学或医学奖,国产免疫

药物随后获批上市,肿瘤治疗迎来了全新的时代。作为河南省首批开展免疫治疗的团队之一,河南中医一附院肿瘤诊疗中心团队敏锐地抓住了这束光。

“免疫治疗的出现,让我们第一次有了‘治愈’某些晚期肿瘤患者的希望。”王涛说。但希望背后是巨大的挑战——免疫药物在激活免疫系统攻击肿瘤的同时,也可能“敌我不分”,攻击人体正常组织,引发严重的免疫相关不良反应。

如今,那个曾经不起眼的科室已发展壮大:4个病区整齐划一,血液肿瘤方向更是跻身全国前五。在这里,60%~70%的患者是老年人,这为整个科室定下了独特的诊疗底色——温和、包容、坚韧。

在毫厘之间寻找真相

在肿瘤诊疗领域有一种共识:免疫治疗的不良反应越严重,往往意味着疗效越好。但是,这大大增加了临床精准鉴别的难度。“同样是肺炎,是感染了还是免疫药物惹的祸?这直接关系到患者的生死。”王涛以肿瘤患者免疫性肺炎为例,点出了临床鉴别的核心难点。临床上,这种病症常被误诊为普通感染性肺炎。但

在王涛看来,两者有着本质的区别,这种区别就藏在细微的病史上。“免疫性肺炎通常没有高热,也没有‘先咳嗽后有痰’这个过程,患者往往是突然感到呼吸困难。”王涛说。这种基于免疫病理生理学的精准鉴别,是河南中医一附院肿瘤诊疗中心的核心竞争力之一。对于使用激素无效的难治性免疫相关不良反应,如心肌炎、脑炎、重症肌无力等,该中心积累了丰富的经验,经常受邀在全国性学术会议上分享“河南经验”。

“我们不能只看片子上的阴影,我们要看的是这个‘人’。”王涛强调,之所以能精准鉴别,是因为对大量临床病例的复盘,以及将中医整体观融入现代医学的诊疗逻辑中。

肠道菌群里的“中医智慧”

在河南中医一附院肿瘤诊疗中心,黄芪是一味常用的药材。在现代医学的“显微镜”下,它的作用机理被赋予全新的解释。“很多人以为中药是直接杀死癌细胞的,其实不然。”王涛解释道,现代研究发现,像黄芪多糖这样的中药成分,进入人体后没有直接被吸收,而是主要去“喂养”肠道里的菌群。

这就解释了河南中医一附院肿瘤诊疗中心中西医结合治疗的一个维度:通过调节肠道菌群来平衡免疫系统。

中医认为,肿瘤的发生发展与人体正气亏虚、邪气内生有关,治疗讲究“调节”与“疏通”。现代医学发现,肠道菌群的多样性直接影响免疫治疗的效果。河南中医一附院肿瘤诊疗中心通过多样化的中药配比,丰富了患者肠道菌群的多样性,从而让免疫系统达到一种平衡——既足以杀灭肿瘤细胞,又不至于过度反应而伤害患者。这种基于“肠道菌群—免疫”轴的融合疗法,让该中心拥有4个源于全国名中医郑玉玲学术思想的院内制剂,其中2个已被纳入医保。这不仅是学术传承的体现,更是切实为患者减负的举措。

老年肿瘤诊疗的“反常识”

如果说精准治疗是河南中医一附院肿瘤诊疗中心的“硬实力”,那么对老年肿瘤患者的全程管理,则是其最动人的“软实力”。走进河南中医一附院肿瘤诊疗中心病区,你会发现一个有趣的现象:医生会花大量时间询问患者的饮食、睡眠和排便情况,甚至会为了一顿饭而调整治疗方案。这源于王涛提出的核心理念:“把人当作一个整体,而非只看病。”

对于老年肿瘤患者的治疗,这里有一个著名的比喻:在森林里遇到老虎,你不需要跑得比老虎快,只需要跑得比竞争对手快就行。王涛解释道,对于许多高龄、基础疾病多的患者而言,追求肿瘤完全消失往往意味着巨大的身体消耗和高昂的经济代价,甚至可能加速病程进展。“我们的目标是在可控的代价下实现‘带瘤生存’。只要肿瘤长得慢或者不再生长,患者能吃吃得、睡得着,就是胜利。”

在查房时,王涛常对年轻医生说:“饭比药重要。”因为在临床中,他曾遇到过这样的情况:一套标准的化疗方案下去,肿瘤确实缩小了,但患者的体重骤降10千

克,食欲全无,最终因营养不良不得不中断治疗。“这时候,我们要敢于减量,敢于停药。”

现在,河南中医一附院肿瘤诊疗中心根据患者的耐受性进行个体化给药,反对盲目使用标准剂量。“如果治疗严重影响食欲,就必须调整方案。只有保住了营养,保住了体力,患者才有机会跑赢这场马拉松。”王涛补充道。

当“绝境”遇上“巧劲”

在河南中医一附院肿瘤诊疗中心,40多岁的张先生(化名)的抗癌故事成了“活教材”,常被用来教育年轻医生什么是“全程管理”,什么是“不放弃任何希望”。

2021年4月,张先生因剧烈腹痛、腹泻、呕吐来到这里治疗。检查结果犹如晴天霹雳:升结肠腺癌Ⅳ期,肝脏多发转移。更棘手的是,他的基因检测结果显示MSS型(微卫星稳定型)。这意味着,他对常规免疫治疗天然耐药;同时,伴有KRAS、PIK3CA、PTEN(均为肿瘤领域关键驱动基因,参与多条重要信号通路)突变,属于医学上公认的难治性肠癌。此外,张先生的BMI(身体质量指数)高达43.9(重度肥胖),有乙肝病史20年,入院时合并腹腔感染、小细胞低色素性贫血、低蛋白血症和电解质紊乱,一般状况

较差。

河南省医学会血液病学分会(以下简称分会)自成立以来,既重顶层设计,又重落地执行,推动全省血液病学高质量发展。目前,分会已设立白血病、淋巴瘤、造血干细胞移植等9个专业学组,围绕红细胞疾病、白血病、淋巴瘤、造血干细胞移植等重点方向,持续引进新技术、新理念、新方法,多项成果填补省内及国内空白,整体实力稳居国内一流水平。

在血液肿瘤精准诊疗领域,学科聚焦白血病、淋巴瘤、骨髓瘤等方向,构建起基于临床特征与基因突变的AML(急性髓系白血病)复发风险预测模型,推进全程管理的规范化与同质化。

河南省1981年开展异基因骨髓移植治疗再生障碍性贫血,此后相继开展同基因外周血干细胞移植治疗慢性髓系白血病、同胞HLA(人类白细胞抗原)相合脐血移植治疗急性白血病、脐血移植治疗丙种球蛋白血症,以及脐血移植治疗WAS综合征(湿疹-血小板减少-免疫缺陷综合征)、单倍型相合造血干细胞移植治疗重型再生障碍性贫血等多项标志性技术,整体移植水平持续位居国内先进行列。

当前,血液病学作为现代生物技术的重要突破口,在转化医学与精准医学领域具有示范效应。依托细胞遗传学、分子生物学的快速发展,恶性肿瘤的治疗手段日益丰富,已从传统的放化疗、造血干细胞移植,拓展至靶向治疗、CAR-T(嵌合抗原受体T细胞)治疗等前沿领域。

对标国内外血液病学发展趋势,河南省虽然已取得长足进步,但仍面临以下问题:原始创新能力有待提升,区域诊疗同质化与均衡化水平不足,基层专业人才梯队建设相对滞后,且缺乏覆盖全省的血液病专病队列及标准化生物样本库平台。

未来,分会将以建设全国一流学科为目标,系统推进以下工作:提升科技创新策源能力,积极申报国家重大课题,深化国内外学术合作;全面提升诊疗水平,推进高通量测序等前沿技术在临床诊断与预后评估中的应用,加快CAR-T、干细胞治疗等技术的临床应用转化;完善临床研究体系,提升研究设计与质量控制能力,构建省内临床研究协作网络;夯实支撑平台,建设集多组学数据分析、基因与细胞免疫治疗、病理细胞与生物样本保藏等功能于一体的综合支撑平台;推进流行病学调查,建设大数据库,摸清全省血液病诊疗底数,建立疾病监测网络;加强人才队伍建设,通过培训与进修提升基层诊疗能力。



如今,张先生已经回归正常生活,能吃饭、能散步,偶尔还能帮家里做些轻活。

回归医学的本质

“医生不要只盯着片子上的肿瘤,而忽略了治疗对患者带来的心理创伤及经济耗竭。”王涛认为,一名好的肿瘤科医生,必须具备职业热爱和服务意识。这种服务,是基于专业知识的耐心沟通和基于个体差异的精准决策。

在河南中医一附院肿瘤诊疗中心的墙上,挂着许多患者送来的锦旗。但王涛最看重的,是患者不经意间说出的话:“医生,我现在能吃下一碗面条了。”“昨晚我睡了好觉。”这些朴素的评价,或许比任何排名和数据更能衡量医学的价值。

从2004年仅占半个楼层,到如今全国领先的学科地位;从单纯抗癌,到关注肠道菌群调节;从追求病灶消失,到守护一碗饭的温热——河南中医一附院肿瘤诊疗中心走过的路,是一条回归医学本质的路。

在这里,医学不再是冰冷的刀锋和灼热的射线,而是一股静水流深的力量。它温柔地告诉每一位身处困境的患者:别怕,我们不仅要帮你打败病魔,更要帮你守住生命的尊严与生活的美好。



查房

河南省血液病学的发展研究

□姜中兴 孙五美