

记者 王小蒙

## 出现这些症状 要警惕脑胶质瘤

脑胶质瘤是一种最常见的脑内原发性恶性肿瘤,占中枢神经系统恶性肿瘤的80%,绝大部分发病原因不明。

有数据显示,我国胶质瘤新发病例为,每年8人—10人/10万人,可发生于任何年龄。“星形细胞瘤好发于青壮年,胶质母细胞瘤好发于中老年,而髓母细胞瘤多见于幼儿和青少年。男性发病率明显高于女性,大约为1.5:1。”

李刚表示,世卫组织将胶质瘤分为1—4级,级别越高,恶性程度越高,其中1—2级为低级别胶质瘤,3—4级为高级别胶质瘤。

1级一般为良性,如毛细胞型星形细胞瘤等;如果能够做到肿瘤完全切除,即使术后不辅以放化疗,复发率也很低,但这部分患者的比例较低,仅不足5%。

2—3级包括星形胶质细胞瘤,少突胶质细胞瘤,其中2级属于低级别,3级为高级别,而4级胶质母细胞瘤恶性程度最高,生长及复发速度最快,多数患者术后不到一年时间就会复发,中位生存期仅1年半左右。

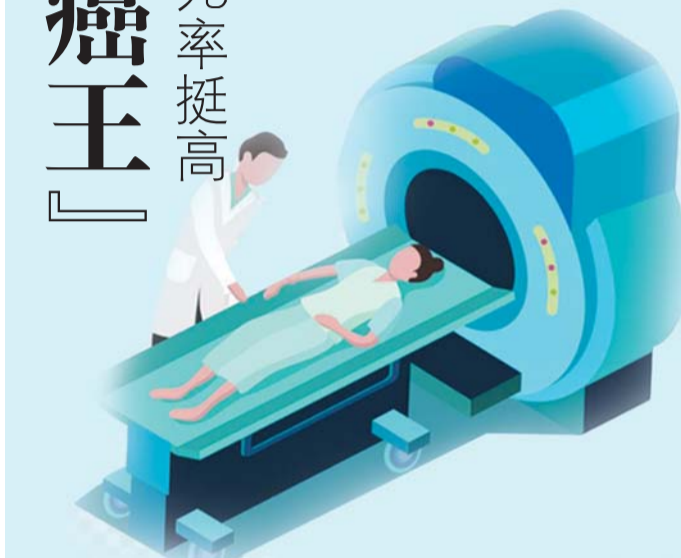
胶质母细胞瘤患者的生存时间与多种因素有关,如年龄、部位、肿瘤的切除程度、术后生活质量、肿瘤的病理级别、肿瘤的分子病理、术后是否经标准治疗,以及肿瘤对标准治疗的敏感性等一系列因素相关。

有传统观点认为,胶质瘤的预后不容乐观,但李刚表示,最新临床研究证实,经过正规综合治疗,低级别胶质瘤患者的中位生存时间已可达到十余年;高级别胶质瘤预后虽然与低级别胶质瘤相比,仍存在很大差距,但同样有越来越多临床证据证实,对于高级别胶质瘤或复发胶质瘤患者,只要及时进行规范化、个性化的针对性治疗,均能显著提高患者

# 警惕「新癌王」 脑胶质瘤致残致死率挺高

## 壹问医答

尽管脑胶质瘤的发病率,在全身肿瘤中并不属高发,但由于其治疗难度非常高,致残、致死率也很高,所以有“新癌王”之称。日前,山东大学齐鲁医院神经外科主任李刚教授做客《壹问医答》栏目,带来关于脑胶质瘤诊疗的专业解答。



的生存期。因此,胶质瘤患者应当树立战胜肿瘤的信心,积极进行规范治疗。

“胶质瘤的分类多种多样,肿瘤的位置和生长速度等也相差很大,临床表现症状也不尽相同。”李刚说,胶质瘤最普遍的临床表现为,颅内压升高导致头痛症状以及功能区占位引起的神经功能缺失。

低级别胶质瘤早期临床症状往往不典型,最常见症状为癫痫,也可伴有偏瘫、失语、视力下降及认知记忆障碍,而头痛、呕吐等症状一般出现较晚。

高级别胶质瘤尤其是胶质母细胞瘤,由于生长速度快,一般发现即为晚期,肿瘤体积大,症状重,多数患者会出现头痛、呕吐、视力下降、癫痫,甚至出现偏瘫、失语和昏迷等,最严重者可能因为脑疝直接危及生命。因此,有上述症状的患者应及早就医。

## 脑胶质瘤诊疗 基因检测是必要环节

据介绍,颅脑核磁扫描,是诊断胶质瘤最常用的手段,对于怀疑胶质瘤或者胶质瘤术后进行复

查,首选平扫加增强颅脑核磁检查。另外,灌注成像、波谱成像、弥散加权成像和弥散张量成像等扫描序列,也常用于脑胶质瘤的诊断。

“对于脑胶质瘤的确切诊断来说,必须依赖手术切除所获取的肿瘤标本,进行组织病理检测和基因检测,二者结合才能得到最终诊断。”李刚说,组织病理诊断,可以确定病变性质,其中还包含Ki-67等重要指标,Ki-67表达水平,能较客观地反映脑肿瘤的增殖速度和恶性程度,Ki-67阳性标记指数越高,恶性程度越高,预后越差。

专家表示,基因检测能确定胶质瘤的具体分型,目前临床主要采取二代测序技术,这也是脑胶质瘤诊疗必不可少的重要环节。

“基因检测一般包含IDH1/IDH2突变,染色体1p/19q联合缺失,MGMT启动子区甲基化、TERT启动子区突变,EFGF扩增、7号染色体扩增与10号染色体缺失等关键分子标志物。例如,MGMT启动子区甲基化,可以预示患者对放化疗更加敏感,IDH1/IDH2突变、染色体1p/19q联合缺失,预示着患者生存期较长。”

李刚表示,虽然目前在胶质母细胞瘤的临床治疗中,疗效确切的分子靶向药物较少,但仍鼓励通过分子病理检测,来鉴定肿瘤是否携带相关的驱动基因,因为这是对患者后续可能的靶向治疗相关临床试验的基础,目前已开展多个针对脑胶质瘤的靶向药物临床试验,只有通过基因检测,才能明确是否携带相关分子突变,并在这些临床试验中获益。

齐鲁医院神经外科也承担了大量的相关临床试验,因此,较为全面的基因检测,是患者获得最佳治疗方案的重要保障。

## 手术切除肿瘤 是首要治疗手段

目前,脑胶质瘤的推荐治疗方法是手术切除、放射治疗、化学

治疗,靶向药物治疗及电场治疗等。

手术切除肿瘤是首要治疗手段,综合利用术中的导航、核磁扫描、电生理监测、快速分子病理检测等技术,在尽量保护患者语言、运动等重要功能的情况下,最大限度地切除肿瘤组织,为后续治疗打下良好基础。

术后结合肿瘤组织病理和基因检测结果,制定相应的放化疗方案,并可辅以电场治疗或分子靶向治疗,从而做到针对不同患者的个体化综合治疗。

“多数患者经手术治疗和康复训练后,可以恢复正常生活,但也有部分病人术后症状不如术前。”李刚表示,如果胶质瘤发生在与运动功能区相关的部位,或者对这些部位造成压迫,即可出现肢体不同程度的活动异常。如果仅为压迫症状,手术解除压迫后,活动障碍能得到明显缓解;如果功能区受损,即使切除肿瘤,四肢的活动障碍也不能完全缓解。

值得注意的是,绝大多数胶质瘤,在术后不同时间点都会出现复发,如果胶质瘤复发较早,体积较小,可以考虑采用化疗,控制肿瘤生长。如果控制效果不佳,肿瘤继续生长,建议手术治疗。

如果肿瘤复发位置在不能手术切除的部位,如发生在丘脑、脑干或其他重要功能区,就应考虑以化疗为主,手术治疗的意义就不大了,对于部分患者还可以采用靶向药物治疗,可能有一定的疗效。

李刚提醒,化疗在胶质瘤治疗中也起着十分重要的作用,但并不是所有的胶质瘤患者术后均需要化疗,对于1级胶质瘤,术后一般认为无需放化疗;对于2级低级别胶质瘤,可以从放化疗中受益,但如果手术能够达到全切,并且患者年龄<40岁,可以不化疗。高级别胶质瘤一般在术后均推荐同步的放化疗,并可以同时应用电场治疗。

目前临床最常用的化疗药物是替莫唑胺,可以口服或静脉注射。

# 吃了未煮熟的肉,六旬老人感染戊肝致肝衰竭

## 戊肝容易“病从口入”,接种疫苗很有必要

记者 张如意 见习记者 何雨晴

## 对戊肝来说 预防大于治疗

9月22日,在济南市天桥区官扎营社区卫生中心预防接种门诊,21岁的大学生小晴正等待接种戊肝疫苗及宫颈癌疫苗。

中秋国庆假期,小晴和好友准备出国旅游,因此在放假前的一周,她专门请假来到社区门诊接种疫苗。“我父母是医务工作者,我上大学前,他们就想让我接种戊肝疫苗,当时没机会去,这个假期我们打算出国,就怕病从口入,想给自己一份健康保障。”小晴说。

提起戊肝,门诊负责人邢志华想起曾遇到过的一个案例。据她介绍,章丘曾有一位60多岁的老人经常购买猪下水自己煮着吃,有一回吃完猪下水不到一周便浑身蜡黄,同时伴有恶心呕吐、浑身乏力,小便茶色等症状。经过

戊型肝炎病毒是急性病毒性肝炎的一种,主要通过消化道传播,一旦感染这种病毒,重则会引起肝衰竭及一系列并发症。目前,预防戊肝病毒最直接、最经济的手段是注射戊肝疫苗,除此之外,日常生活中也要注意个人卫生以及饮食健康。



医院诊断,老人患的是急性戊型肝炎,已发展成肝衰竭,用上了人工肝治疗,住了两周院才好。

“这种病不仅让老人遭了很大罪,给家里也带来不小的经济负担,因此对于戊肝来说,预防一定是大于治疗的。”邢志华说。

## 三类人群感染戊肝 容易发展成重症

邢志华介绍,戊肝是戊型病毒性肝炎的简称,是由于感染戊

型肝炎病毒导致的一种较为常见的急性传染病,以肝损害为主。它的主要传播途径是消化道传播,戊肝病人和隐性感染者,被戊肝病毒感染的猪、牛、羊及海产品等都是传染源。

“就像章丘这位老人一样,戊肝的临床表现主要为乏力、食欲减退、恶心、呕吐、厌油、腹胀、肝区痛、尿色加深、黄疸,少数可伴发热。”邢志华说,对戊肝来说,各年龄组人群均可感染,在受影响人群中,孕妇、老年人、慢性肝炎

患者一旦感染,情况会更严重。比如,对妊娠期妇女来说,戊型肝炎病死率高,孕前需重视戊肝的预防。孕妇患戊肝后病情表现更为严重,可能发展成重型肝炎、肝衰竭;对于老年人来说,戊型肝炎的特点是病程长,常合并其他基础性疾病,常出现并发症,重症戊肝发生率及病死率高。

邢志华表示,市面上流行的刺身、醉虾等,都是戊肝传播的高危途径,很多人为了追求食材的鲜嫩口感,会选择“生吃”,这是比较危险的,此外,爱吃涮火锅、五分熟牛排的食客,也千万要当心。

## 戊肝疫苗 可维持30年保护效力

邢志华表示,对于戊肝来说,目前最直接最经济的预防方式就是接种疫苗。戊型肝炎疫苗用于16岁及以上人群,推荐免疫程序为0-1-6程序,即全程免疫3剂次,第1剂次后1月和6月分别接

种第2、3剂次。

“戊肝疫苗的安全性是有相关数据的,且发表在《柳叶刀》杂志上。通过目前接种情况来看,也没有不良反应的发生。”邢志华说,戊肝疫苗的保护力是非常好的,可以维持30年的保护效力。

畜牧养殖户、疫区旅行者、餐饮业人员、集体生活等高危人群,以及感染HEV后可能病情较重的慢性肝病患者、育龄期妇女、老年人等,建议接种戊肝疫苗。“普通人也非常有必要接种戊肝疫苗,尤其是现在大家的饮食尤其丰富,更应格外注意。”邢志华说。

除了接种戊肝疫苗,日常生活中还有其他方式预防戊肝病毒感染吗?邢志华说,首先是注意个人卫生,日常生活中应养成勤洗手的习惯,尤其是在接触了戊肝患者后,其次就是注意饮食健康,避免生食和吃未经充分烹煮的海鲜、肉类和蔬菜等可能存在感染风险的食物,避免在不洁环境中购买或食用食物。