

早期喉癌:可以不手术

□山东省肿瘤医院放疗九病区 张海波 郝俊芳

随着放疗设备和技术的发展,放疗已成为喉癌的主要治疗方法之一。对于某些早期患者,可以不用手术,通过单纯放射治疗可以达到治愈目的。

喉部切除,大大降低患者的生活质量

喉是人体呼吸道的一部分,也是发声器官,上与口咽相连,下接气管。一直以来,全喉切除在喉癌的治疗中广泛应用。其优点在于肿瘤组织切除得相对彻底,局部复发的机会相对较少。而缺点则是会使患者终生失去发声功能,不能有正常的生理呼吸通道。因此,医学界近年来越来越重视在切除肿瘤的同时尽量保留喉的功能。手术时只做肿瘤切除,尽量保留喉的结构,使其保存发声功能。那么肿瘤没有切除干净怎么办?术后放疗可以弥补手术的不足。手术加放射治疗已经成为当前喉癌的主要治疗方法。经过大量实践证明,半喉或部分喉切除

术后放疗的5年生存率并不亚于全喉切除。

喉癌对射线比较敏感

对于一些早期的喉癌病人,医生更倾向于保留喉,通过单纯的放射治疗。因为喉癌以鳞状细胞癌居多,鳞癌一般对放射线比较敏感。而且有研究显示,早期喉癌,尤其是没有出现颈部淋巴结转移的喉癌,采取单纯放疗,病人的长期生存率与手术相当。即使是放疗失败,病人再接受手术挽救治疗,成功率仍高达80%。

更重要的是,单纯放疗可以较好地保护病人说话的功能,在最大限度上保证了病人的生活质量。但是对于较晚期的喉癌患者,若能够争取手术切除,最好还是

把放疗作为辅助性治疗措施更为妥当。

喉癌对射线是否敏感还取决于很多因素。例如肿瘤表面有浅溃疡或溃疡型者中度敏感,肿瘤呈浸润型无溃疡者对放疗的敏感性较差。患者自身因素如贫血、合并感染等均影响放疗的敏感性。

喉癌放疗的疗效

就肿瘤的部位来说,局限于声带部位的肿瘤,很少有淋巴结转移,放射治疗治愈的机会最大。

因此若通过检查发现肿瘤长在声带上,可首选放射治疗。国外资料表明早期声门癌单纯放疗5年生存率T1N0为80~95%,T2N0为65~85%。若放疗失败经手术挽救的最终5年生存率T1N0达100%,T2N0 5年生存率达80~90%。国内资料

T1N0者单纯放疗5年生存率84%,与国外结果相似。



风险评估为患者制定个体化治疗方案

滨医附院“脑卒中二级预防诊疗优化项目院内工作实施方案”项目启动

本报12月10日讯(通讯员 张莹莹 记者 郝运红)为积极响应国家卫计委脑防委关于开展“脑卒中二级预防诊疗优化项目院内工作实施方案”项目,滨医附院于11月26日上午召开脑卒中二级预防专项启动会。

滨州医学院附属医院作为全国卒中基地医院,被选为全国100家“二级预防项目”协作医院,也是滨州市唯一一家卒中基地医院,承担本地区的住院病人二级预防工作的落实与上报及回访干预。

自2015年11月起,凡是来到滨医附院就医的脑卒中患者入院时,就会在“脑卒中筛查咨询处”领到一份“脑卒中风险筛查工具包”,患者可以在护士的协助下完成测评。测评表一式三份,测评结束后将由主治医生、护士、患者每人一份。脑卒中二级预防项目会对脑卒中患者进行全面的风险评估及病因诊断,

根据危险因素的数量和严重程度,对不同复发风险的患者进行分层,从而制定具有针对性的个体化治疗方案。

滨医附院神经内科主任陈金波介绍,脑卒中具有发病率高、致死率高、复发率高的特点,据报道,约有1/3的脑血管病患者在5年内可能复发。卒中复发可导致神经功能障碍加重,致残及致死率明显升高。脑卒中二级预防项目是在脑卒中高危人群筛查与干预项目——脑卒中一级预防基础上推出又一防治举措。控制脑卒中危险因素和规范化治疗,可有效降低其发病率、死亡率、复发率和致残率。该项目有助于构建并完善脑卒中高危人群筛查和防治体系,使医务工作者参与卒中防控,从病房开始培养患者二级预防意识,督促患者做好长期的疾病管理工作,减少卒中复发。

陈金波说,2011年脑卒中筛

查与防治工程委员会制订的32字宏观策略中就提到重要一点“高危筛查、目标干预”,积极开展脑卒中院内急救康复、院外预防干预的措施。脑卒中是可防可控的,国内外的成功经验表明,通过控制脑卒中危险因素和规范治疗,可有效降低脑卒中的发病率、死亡率、复发率和致残率,其防治成本效益比显著。

脑卒中的防治包括一级预防,高危因素控制和高危病人的筛查与干预。二级预防就是有TIA或者脑卒中病人避免复发的措施。二级预防主要是个体化地分析病人的危险因素、脑内外血管的病变程度,在抗血小板剂、他汀类药物使用、抗高血压药物(ASA)三大基石的基础上,制定具体的防治措施,减少卒中复发。

为此,陈金波还对预防脑卒中的复发提出三点建议,改善生活方式,做到合理膳食、适当运动,戒烟限酒、心理平衡。积极控



制危险因素,按时服用预防药物,定期复诊复查。定期做脑血管的监测,包括颈部血管和颅内血管的检查监测,及时监测动脉血管狭窄和斑块情况。同时,CEA颈内动脉内膜剥脱术和CAS支架置入术是预防脑梗死的有效措施。

“做为卒中防治医院,不但做好脑卒中病人的院内合理急救干预治疗,出院病人的防止复发的措施及干预也非常重要。脑卒中防治系统化,防止碎片化,使病人的防治有效连续,是脑卒中防治医务人员的重要责任。”陈金波说。

滨医附院在省内率先成功实施腰椎微创斜外侧椎间融合技术 3.5厘米小切口治好腰椎病

本报12月10日讯(记者 张牟幸子 通讯员 徐彬)近日,滨医附院脊柱外科分别为两位腰椎滑脱症、腰椎不稳症患者成功实施腰椎微创斜外侧椎间融合技术(OLIF),这是滨医附院在山东省内率先开展的一项微创脊柱外科技术。

据医生介绍,这两位患者分别为中年、老年女性,都是因为腰部及双下肢疼痛麻木严重影响正常生活而住院治疗,医生为她们做了详细检查,X线片及核磁共振检查(MRI)显示腰椎滑脱或腰椎不稳,腰椎间盘突出压迫硬脊膜及神经根。滨医附院脊柱外科团队经过院内会诊,科室讨论和精心术前准备,决定采用微创腰斜外侧入路椎间融合术。手术由主任医师孙兆忠主持实施,只在腰部外侧偏前方做了一个3.5厘米的小切口,在扩张通道下成功、精确地摘除了压迫

神经的腰椎间盘,准确置入椎体间融合器,解除了椎间隙及椎间孔的狭窄。术后患者腰部及双下肢疼痛麻木消失,术后7天就能下床行走。目前,两位患者均已康复出院。

腰椎斜外侧椎间融合技术是近来国际上应用的一种新型手术方式。其技术特点是微创下恢复椎间隙及椎间孔的正常高度,通过间接的椎管内、椎间孔减压,解除对硬脊膜及神经根的压迫,重建脊柱稳定性;技术优势是创伤小,不干扰椎管内、椎间孔内神经组织等结构,对人体腰椎的生理功能影响小;该技术要求脊柱外科医师具备熟练的解剖学知识,娴熟的脊柱微创操作技能,精准、规范的定位、置入融合器技巧;该术式用于治疗腰椎滑脱症、腰椎不稳症、腰椎管狭窄症、脊柱侧凸、腰椎术后邻近椎病、脊柱结核、脊柱感染等。

▶医生正在手术中。



百余名医师与专家 共讨风湿免疫学

滨州市医学会风湿病专业委员会 第三届换届会议召开

本报12月10日讯(记者 张牟幸子 通讯员 姜红)近日,由滨州市医学会风湿病学、滨州市人民医院风湿免疫科主办的山东省滨州市人民医院风湿免疫科建科十周年学术研讨会暨滨州市医学会风湿病专业委员会第三届换届会议在滨州市人民医院举行。

本次会议有幸邀请到博士生导师、山东省医学会风湿病学名誉主任委员、山东大学齐鲁医院风湿免疫科李兴福教授,硕士生导师、天津医科大学总医院风湿免疫科主任、天津市医学会风湿病学主任委员巩路教授,博士生导师、中华医学会风湿病学青年副主任委员、北京协和医院李梦涛教授,硕士生导师、山东大学齐鲁医院青岛院区风湿免疫科主任潘正论副教授等多位专家学者莅临本次大会。滨州市卫计委副主任魏振民,滨州市医学会主任张云兰,滨州市人民医院副院长王永凯,滨州市医学会风湿病学会名誉主委滨州市人民医院业务副院长、王萍教授受邀参会。

来自滨州市各县区风湿病学及相关领域的100余名医师代表参加了会议。各位专家对系统性红斑狼疮相关疾病及感染、痛风性关节炎、骨关节炎、类风湿性关节炎、脊柱关节炎、IgG4相关疾病等风湿性疾病的诊治进展做了深入解析,参会医师均感到受益匪浅。