

大医二院胃肠肿瘤诊疗中心全力攻坚胃肠肿瘤 依托于团队 扎根于规范 决胜于细节

今年2月,国家癌症中心发布了最新一期的全国癌症统计数据。由于全国肿瘤登记中心的数据一般滞后3年,本次报告发布数据为全国肿瘤登记中心收集汇总全国肿瘤登记处2014年登记资料。数据显示,2014年全国恶性肿瘤估计新发病例数380.4万例,平均每天超过1万人被确诊为癌症,每分钟有7个人被确诊为癌症。按发病例数排位,肺癌位居全国发病首位,位居其后的为胃癌、结直肠癌、肝癌和乳腺癌。目前,现代医学对于癌症的认识,是全身性疾病在局部的具体表现,肿瘤在生长过程中容易转移、复发,其发病机理还没有完全被揭示。由于每种癌症的生物学行为不同,即使是同一种癌症发生在不同的人身上,其预后往往也是不同的。因此,针对患者个体化的综合治疗已成为医学界对治疗癌症的共识。

2016年8月,大连医科大学附属第二医院(简称大医二院)成立多个集多学科于一体的诊疗中心,胃肠诊疗中心是其中之一,该中心整合了胃肠外科、肿瘤科、放疗科、病理科、放射科、消化内科多方面的专家力量,全力攻坚胃肠肿瘤,力争为每一个患者提供规范化、个体化、综合性的专业治疗。

1 消化道内镜 捕捉肿瘤蛛丝马迹 消灭早癌于萌芽之时

从世界范围看,亚洲是消化道肿瘤的高发地区,在中国,辽东半岛又是胃肠肿瘤的高发区。近年来,随着人们对于体检的重视,主动进行胃肠镜检查的人越来越多。据姜春萌主任介绍,2016年大医二院消化内科完成胃肠镜检查4196例;2017年完成5062例。从今年前三个月的统计来看,2018年的胃肠镜检查数量还会上升。

对于胃癌的早防早治,许多媒体文章都会呼吁,当出现某些症状时一定要到医院做相应检查。对于这样的说法,姜春萌主任认为有一定的误导。“从临床来看,大量的病例已经证明,胃癌早期是没有明显症状的,只有通过胃镜检查才会捕捉到蛛丝马迹。换句话说,当出现某些症状时,就已经不是胃癌早期,而是进展期了。所以等到有症状再到医院做检查并不能真正做到胃癌的早防早治。”姜春萌主任介绍,50岁以上的人群无论是否有症状,是否有家庭史,都应该先做一次胃镜检查。如果检查没有问题,那么2年做一次胃镜,3~5年做一次肠镜复查;如果发现问题,患者需要根据问题严重程度,遵医嘱进行复查,再决定下一步是否要做手术。

对于胃肠肿瘤,胃肠镜检查是目前最高效的筛查手段。近年来,随着内镜设备及技术的更新,以胃肠镜为代表的内镜在胃肠癌的早期治疗上也实现了突破,能够消灭早癌于萌芽之时。姜春萌主任介绍说,以ESD(经内镜黏膜剥离术)为代表的技术可以在镜下直接切除生长在黏膜层的消化道早癌或者癌前病变,这种微创手术,大大减少了手术创伤,有利于患者术后康复,可显著提高患者生活质量。“只要判断早期胃癌没有突破黏膜肌层,都可以在内镜下切除,而通过内镜黏膜下剥离术治疗胃早癌及癌前病变可以达到治愈性的治疗效果,对于高龄、基础疾病多、不能承受手术的患者尤其适合。”近年来,大医二院消化内科的早癌内镜剥离手术例数逐年增多,2015年完成了70多例,2016年增长到127多例,2017年则完成188例。比今年前三月的手术量来看,2018年的手术量将持续上升。

在胃肠癌的早防早治上,与许多人拖延检查、忽视症状形成鲜明对比的,是一些人对于疾病的过度紧张。“我们在临床上经常会遇到这样一类患者:已明确诊断为胃病却反复询问甚至主动要求增加检查,担心自己是胃肠肿瘤漏诊、错诊。”姜春萌主任介绍,胃镜检查加病理是诊断胃肠肿瘤的金标准,老百姓完全可以相信二者“相加”之后的诊断结果,既要有肿瘤的预防意识,又不必过度紧张。



姜春萌主任带领团队为患者进行内镜下检查。



任双义主任带领团队完成微创手术。

2 理念做引导 技术做保障 让手术效果好恢复更快

目前,国际公认的胃癌、肠癌的治疗方法是以外科为主的综合治疗。如何让手术效果更好,是外科领域一个恒久的问题,也是外科医生一生的追求目标。近年来,微创成为外科领域的新热点,以手术效果好、创伤小、恢复快等优势被应用于多个领域。

大医二院胃肠外科任双义主任介绍,传统的胃肠癌手术,需要在患者的腹部开一个20至30厘米的切口,患者不仅术中损伤大,而且术后恢复需要较长时间。与之相比,腹腔镜辅助胃癌根治术的创伤要小很多,只要在病人腹部做一个6至8厘米的小切口,外加4个0.5厘米的小孔就可以完成手术。2015年,任双义主任带领团队将胃癌微创手术又提升到新的高度——率先在东北地区开展了3D全腹腔镜胃癌根治术。“3D全腹腔镜胃癌根治术,仅需一个2至3厘米的腹部切口外加4个0.5厘米的小孔即可完成手术,与腹腔镜辅助胃癌根治术相比,这种手术的术中创伤小,术后恢复更快,患者术后第一天即可离床活动,少量进食,而且不用放置胃管,极大地减轻了患者的痛苦和创伤。”胃肠外科刘岩副主任介绍,3D全腹腔镜胃癌根治术是目前全球最先进的一种胃癌根治性手术术式,因对医生经验及腹腔镜技术要求较高,国际上仅有少数发达国家的医疗中心能够开展此项技术,国内开展此技术的医院较少。

随着现代医学对人文关怀的关注,加速康复成为近年来外科医学共同关注的话题。刘岩副主任介绍,加速康复在大医二院胃肠外科不仅早已实施,而且取得了良好的效果。“有成熟的腹腔镜技术做保障,我们根据每位患者的个体情况,在术前、术中、术后都给予相应的技术支持,基本都可以实现不下鼻胃管、术前不做大规模肠道准备,患者术后疼痛轻、恢复快、免疫功能影响小、并发症少,术后第一天就可以离床活动并开始进食,一周即可出院。”

在任双义主任看来,加速康复是外科发展的必然趋势,要实现加速康复,要理念在先,技术做保障,同时还要关注细节。在大医二院胃肠外科的加速康复方案中,VTE的预防是非常重要的一项内容。任双义主任介绍,VTE(静脉血栓栓塞症)以其高发生率、高致残率和高死亡率,是医院内非预期死亡的重要原因。为此,大医二院胃肠外科接收的每一位手术患者,术前都要接受VTE评估,风险较高的患者会得到药物、机械预防等相应的医疗支持。“术后患者发生VTE的主要原因是不敢下床,而我们的微创手术及围手术期及术后不下鼻胃管等措施,可以有效帮助患者尽早下床,这样就大大降低了VTE的发生几率,有效保证了医疗的安全性。”

3 内科治疗 控制肿瘤基础上争取手术机会 让化疗药物的选择更“精准”

在肿瘤的治疗手段单一的时期,肿瘤过大、肿瘤转移几乎就是向患者宣判了死刑。随着化疗、靶向治疗、生物治疗的发展,以及立体定向放疗、粒子植入、射频消融、介入治疗等局部毁损手段的不断丰富,让许多肿瘤晚期的患者看到了活下去的希望。在大医二院肿瘤内一科(消化肿瘤方向)副主任吴涛看来,内科在胃肠恶性肿瘤的治疗上,是以改善晚期肿瘤患者的生活质量、延长生存期为基础,同时通过化疗力争缩小肿瘤,实现肿瘤降期,为患者争取根治手术机会,并通过术前的化疗疗效为患者术后辅助化疗药物的选择提供参考,让化疗药物的选择更“精准”,效果更好。

MDT(多学科诊疗模式)是肿瘤治疗的新兴模式,对于一些疑难复杂的肿瘤病例,MDT不仅有必要,而且有效果。吴涛副主任认为,通过MDT,可以让肿瘤的内科治疗更好地与外科、放疗科、介入科密切配合。“内科治疗中的转换治疗或新辅助治疗,其目的就是力争让初始不可切的肿瘤变成可切肿瘤,为患者争取根治手术

机会或初始虽然可切但手术难度大,通过缩瘤使手术难度降低,获得更好的R0切除率。实践证明,由外科、内科、放疗科、介入科、影像科、病理科等组成的MDT模式在肠癌的治疗上已取得良好地效果。”

对于肿瘤晚期的患者,其治疗原则是以内科治疗为主的综合治疗模式。吴涛副主任表示,肿瘤是全身性疾病在局部的具体表现,内科治疗中的化疗、靶向治疗、生物免疫治疗就是全身治疗方法,在此基础上充分合理运用放

疗、粒子植入、射频消融等局部治疗手段往往会为患者争取更长的生存时间及更好的生活质量,甚至是治愈的机会。“近年来,一些新的化疗药物,特别是靶向药物进入临床,为许多肿瘤晚期的患者带来了希望,也让内科医生在患者个体化的肿瘤内科治疗上有了更多的选择,让肿瘤的内科治疗有了更大的空间、更多的可能。”

文/赖莹 图/大医二院