

# 市二院肿瘤科：大道至简 科学规范

新冠肺炎疫情严峻时期，市二院肿瘤科没有因为疫情影响对患者的正常收治，而是仔细筛查，精准识别，尽可能让患者得到应有的治疗。他们提高工作量，加快病床周转率，疫情期间的住院患者比平时还增加了30%。这种富有成效的做法受到了同行和患者的高度肯定。

“我们是科学管控，精准治疗。”接受记者采访时，市二院肿瘤科主任史中州说。

## 30余年发展，积淀了众多人才和优势

科学管控、精准治疗的基础是强大的人才团队和过硬的技术水平。市二院肿瘤科有全市8个最早：1991年在全市最早成立肿瘤科，1993年最早成立生物实验室，1993年率先开展介入栓塞化疗术，1994年最早开展锁骨下中心静脉置管术、静脉留置针术，1998年省内独家引进QRS检测仪，1999年最早开展肿瘤精准立体定向放疗，2003年独家开展肿瘤体外高频深部热疗技术，2008年率先开展PICC置管技术。

史中州从事肿瘤专业35年，擅长各类肿瘤的规范化治疗及介入手术治疗。他现任中国临床肿瘤协作委员会(CSCO)会员、河南省抗癌协会理事、河南省医学会肿瘤学分会第三届常务委员、市医学会肿瘤专业委员会主任委员、市肿瘤质量控制中心主任等职，他还是市一线技术精英、市学术技术带头人、市专业技术拔尖人才。

肿瘤科现有专业技术人员38人，其中病区医生11人，护理及技术人员27人。近年来该科向复旦大学附属肿瘤医院、上海交通大学附属瑞金医院、河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南省肿瘤医院等派出人员，在介入微创治疗、三维适形调整放疗、微创肿瘤外科、体腔热灌注化疗、癌痛规范化护理等方面进修学习。

该科下设多个亚专科，如肺癌治疗小组、乳腺癌、晚期肿瘤姑息治疗小组、消化道肿瘤治疗小组、淋巴瘤、妇瘤、泌尿生殖系统治疗小组、头颈部肿瘤治疗小组等。“可以说，患者



肿瘤科主任史中州(左二)和放疗科主任张公正(左一)正为患者实施放射治疗 闫一博 摄

不出我们科就能得到全面的治疗。”史中州说。

1993年，该科在平顶山地区率先开展了超声引导下的细针穿刺活检术，具有明确恶性肿瘤细胞及病理学诊断的意义，更是指导临床治疗的依据，该科医师穿刺经验丰富，尤其是对很多晚期肿瘤，用常规的检查方法往往难以获得细胞病理学的诊断，如胰腺癌、腹膜后淋巴结的穿刺活检。该项诊疗技术目前在市内仍处于领先水平。

同年，该科又率先开展了恶性肿瘤介入栓塞化疗、介入动脉持续灌注化疗、靶血管栓塞止血治疗等。

2003年，该科在我市率先开展肿瘤体外高频深部热疗技术，配合化疗，明显提高疗效，并对疼痛、冰冻腹等有良好疗效。目前仍为我市独家开展技术。

2015年，该科在我市率先开展了体腔热

灌注化疗术，填补了我市肿瘤治疗的空白。

最近几年他们又开展了射频消融术、碘125粒子植入术等新业务，均取得良好效果并受到患者赞誉。该科是省卫生厅确定的“河南省肿瘤诊疗网络分中心”，2016年，被市卫计委确定为“平顶山市肿瘤质量控制中心”。

## 规范化，让患者得到和北上广一样的治疗

放、化疗是肿瘤治疗的基石，但很多患者谈放、化疗色变，觉得副作用太大而难以接受。“许多人是道听途说，人云亦云，把放、化疗妖魔化了。实际上肿瘤治疗应该基于个体特征，使用最适合的治疗手段，不能盲目地排斥放、化疗。”史中州说。

近日，一位89岁的鼻腔鼻窦恶性淋巴瘤患者入住该科，老人3个月前出现鼻塞、涕中带血、头痛、眼胀、视物重影等症状，病情渐重，致老人数天无法入眠，只能靠吃止痛药、

贴止痛贴才能勉强维持睡眠，精神状况很差。

老人的病若不尽早治疗，病情将会继续恶化，导致失明、甚至威胁生命。但患者高龄，有高血压、心脏病支架治疗史，家属担心患者对于传统的放化疗难以耐受。

经过耐心细致地说服，老人及家属最后同意手术，医疗团队采用“三维适形调强放疗”来替代常规的治疗方案，为老人实施精准放疗，第一天放射治疗后，老人头痛、眼疼症状就有所好转，第二天鼻塞、头痛症状明显缓解，并停用了止痛药和止痛贴，夜间能安静入睡了，视力也有所恢复。放疗9次后，老人的肿瘤压迫症状明显好转，视力基本恢复到病发前水平，活动能力也有明显改善。经过近1个月的精准放疗，老人临床症状完全缓解。

近年来，该科像这位八旬老人一样使用放、化疗手段进行医治并成功的高龄病例不在少数。史中州说：“我们要相信科学的力量，与过去相比，现代放疗技术极大地提高了肿瘤局部的放疗剂量，并降低了周围组织的附带损伤。”

前段时间，一位脑瘤患者从郑州治疗后返平，在该科进行治疗，治疗一段时间，患者和家属发现该科的治疗方案和郑州一样，感到很意外：早知道一样还去郑州干什么呢！

史中州说：“市二院肿瘤科一直在按照国家诊疗最新指南为患者进行标准治疗，包括肿瘤的靶向和免疫治疗，所以有些在外地治过病的患者在我们科会发现治疗方案和北上广的大医院一样。如果更多的患者知道这一点，就不会跑那么远多花钱了。”

在坚持全科医生重视治疗方案科学化、同质化的基础上，该科十分重视医护人员的学习和提高，“一个月不看书自己知道，两个月不看书同行知道，三个月不看书病人知道，我们每周都要抽出好几个时段进行集中学习。”史中州说。

在对未来的展望中，该科将再发展4至5个优秀的亚专业组，进一步细化各亚专业发展方向和措施，发展责任到人，能够做到专病专治，规范精准治疗。（本报记者 姜刚）

## 只需8毫升外周血 即可实现消化道肿瘤早诊早治

□记者 牛瑛瑛

本报讯 为更好向市民提供精准便捷的癌症早筛服务，及早发现消化道肿瘤，平煤神马医疗集团总医院健康体检科推出了高科技产品——早易安，只需抽取8毫升外周血，即可精准评估罹患4种消化系统肿瘤(食管癌、胃癌、结直肠癌、肝癌)的风险。

### 消化道肿瘤早筛可降低发病率、死亡率

2019年中国癌症统计数据显示，我国新发恶性肿瘤392.9万人，死亡233.8万人。平均每分钟有7.5人被确诊为恶性肿瘤，每分钟有5人死于恶性肿瘤，恶性肿瘤已成为我国居民死亡的主要原因之一。其中50%以上男性肿瘤患者和30%以上女性肿瘤患者均为消化系统肿瘤。河南省最新肿瘤登记年报显示，河南省人群患胃癌、食管癌的比例更是高于全国其他地区。

通过早期筛查、诊断和治疗，可以有效降低消化道肿瘤的发病率和死亡率。研究数据表明，消化道肿瘤早期筛查5年生存率可达80%以上，食管癌和肠癌更能达到90%，而到了晚期，消化道肿瘤5年生存率仅10%左右，因此，消化道肿瘤早筛极为关键。

### 消化道肿瘤早筛的常规检测方法

胃肠道属于空腔器官，消化道肿瘤多起源于腔内黏膜上，只有当消化道肿瘤发展到一定程度(肿瘤直径大于1厘米，癌细胞高达10亿)，形成较大肿块或者形成淋巴结转移后才能在核磁、CT、B超等影像学检查中发现。常见的肿瘤标志物(蛋白)在消化道肿瘤早期灵敏度低，不适用于一般人群的早期筛查。

胃肠镜检查并结合染色、放大、NBI等精查手段可以发现早期消化道肿瘤，但胃肠镜检查过程较为痛苦，人们不太愿意定期做此类检查，并且较为可靠的三级医院的医疗资源也很紧张，较难预约。再加上人们本身的

健康检测意识也不强，一般都是出现症状后才去门诊做进一步检查，此时癌症很可能已经发展到中晚期。

科学家研究发现DNA表观遗传标志物5羟甲基胞嘧啶(5hmC)能够精准反映人体的癌症状况，并且癌细胞在超早期就会释放含有癌症信息的游离DNA片段到外周血中。基于全球领先的Nano-seal-hmC cfDNA检测技术，早易安可以从8毫升外周血中精准捕获大约几千个细胞拷贝所含有的5hmC片段，再通过高通量测序将DNA序列测出，进而分析5hmC在全基因组范围的分布情况，最后通过机器学习和大数据分析构建的数据模型分析解读得出食管、胃、肝、结直肠癌风险，特异性97%，综合灵敏度大于75%。和目前的医疗检测手段相比，早易安可发现极早期癌症信号，在癌症极早期阶段就将其扼杀在摇篮中。并且，早易安可以同时精准筛查消化系统4种高发肿瘤，精准便捷。

目前，早易安核心技术已与美国芝加哥大学医学院、美国西北大学医学院、北京协和医学院、上海中山医院、东方肝胆外科医院、上海华山医院等多家国内外顶级医院开展临床合作，经过万例中国癌症血液样本和健康血液样本的验证，结果精准可靠。

### 早易安适用人群

随着年龄增长，消化道肿瘤的发生率会逐渐升高，40岁以后发病率急速上升。因此，一般建议超过40岁的人群每年做一次早易安。还有一些是高危人群，比如有不良生活习惯，有消化道慢性病或消化道肿瘤家族史，也应定期进行早易安筛查。

2019年7月15日，国务院正式发布《关于实施健康中国行动的意见》，全面推进健康中国战略。早易安基于高科技，通过一管血即可实现消化系统4种肿瘤早期筛查，为人群提供更好的消化道肿瘤早筛的选择，助力健康中国。健康热线：0375-2799207/2799206。

## 警惕！偏瘫患者康复行为的八大认知误区

偏瘫又叫半身不遂，是指同一侧上下肢、面肌和舌肌下部的运动障碍，是急性脑血管病的常见症状。轻度偏瘫病人虽然尚能活动，但走起路来往往上肢屈曲，下肢伸直，瘫痪的下肢走一步划半个圈，这种特殊的走路姿势，叫作偏瘫步态。严重者常卧床不起，丧失生活能力。

在偏瘫患者的康复及护理过程中，患者及家属常常容易走入一些误区。在此，平煤神马医疗集团总医院康复一区主任张占伟总结了八个常见的误区，以提醒患者注意。

### 误区一：要保持绝对静养

后果：易导致废用综合征  
制动不但可导致患肢关节挛缩变形、肌肉萎缩、全身肌力下降、心肺功能下降、骨质疏松、褥疮等，使患肢丧失运动功能，还可导致健侧肢体因失用而废用。

要尽量引导患者自己动手，慢慢学会洗脸、刷牙等日常活动，以避免患者过度依赖他人而丧失自理能力，但要注意安全保护和必要的护理援助。

### 误区二：凡是活动就不活动好

后果：易导致误用综合征  
贸然对其不能自己动的患肢进行过多活动极易造成患者软组织损伤，甚至引起关节脱位和骨折。虽然有的损伤较为轻微，但这些损伤会不知不觉中引起关节内部的炎症和粘连。

### 误区三：锻炼的强度越大效果越好

后果：易导致过用综合征  
对运动功能恢复的期望值过高，于是刻苦锻炼，并顽强坚持，结果休息之后即出现患肢肌肉疲劳、酸痛，关节部位肿胀等过用综合征。随后又信心骤降而走向消极一端，最终影响了运动功能的恢复。因此，患者锻炼要遵循适度循序渐进的原则。

### 误区四：患手多练握、拉、提等，可加速手功能的恢复

后果：易导致上肢屈肌痉挛  
手握健身球、橡皮圈或练拉力器、抓握物

品等动作可增强屈肌的肌力和肌张力。而在生理和病理上偏瘫患者上肢极易发生屈肌痉挛，训练屈肌运动强化了屈肌的张力，是屈肌痉挛非常危险的诱发因素。一旦发生则表现为肩内收内旋、屈肘、屈腕、屈指，同时练习越多屈肌痉挛越重，最终导致典型的挎篮模式而丧失有效的运动功能。

### 误区五：家属辅助时扶患肢

后果：易导致误用综合征  
牵拉患肢，则可导致肩关节固定肌的保护性损伤而加重肩痛，并使活动范围更小，所以应辅助健肢或提腰带。

### 误区六：输液应输患肢，利于患肢恢复

后果：易加重患肢循环综合征  
患肢血液和淋巴循环状况不如健肢(尤其是肩手综合征时患肢浮肿，循环更差)，在患肢输液加重浮肿，更不利于患肢运动功能的恢复。并且患肢输液使患肢制动，也影响患肢运动功能的恢复。因此偏瘫患者输液应尽可能输健侧。

### 误区七：自主锻炼和陪练收不到良好效果

后果：易增加患者的医疗依赖性和惰性  
如果只有医护人员的治疗而得不到患者和家属的配合，或者患者和家属积极配合却得不到医护人员的正确指导都不可能取得好的效果。不仅要调动患者锻炼的积极性，还要调动家属陪练的积极性，使患者和家属明白康复是一个被动→部分主动→主动的过程，反复练习、经常地训练才能提高运动功能。医务人员的治疗只是基础，只有经患者长时间的自我锻炼才能提高疗效，尽快恢复。

### 误区八：出院即可终止锻炼

后果：易使已恢复的运动功能退化  
偏瘫的运动功能是终生锻炼来维持的，否则已恢复的运动功能还可退化；有些患者的运动功能在出院时并未恢复到最大限度，出院后经过锻炼还可提高。此时健康教育的内容是指导患者和家属树立终身康复的意识，使已恢复的功能长期保持，未恢复的功能继续提高。（牛瑛瑛）