

河南省放射肿瘤治疗学学科的发展研究

□樊锐太 李纳纳

发展现状

机构、人员、设备的情况
河南省医学会放射肿瘤治疗学分会每年都会对省内各医疗单位肿瘤诊疗人员的构成、设备配置、技术水平进行全面的普查摸底,掌握全省放射肿瘤治疗学学科的发展现状与存在的不足,为相关工作的开展和相关政策的制定提供详尽的第一手资料和科学的决策依据。

目前,河南省有150余家医院开展肿瘤放射治疗(简称放疗)业务,放疗从业人员不断增加。全省放疗单位的床位总数达5000余张,每年治疗患者10余万人次。放疗在肿瘤综合

治疗中的地位越来越重要。省内的医疗单位拥有200余台加速器、后装放疗机、术中放疗机等放疗设备。放疗辅助设备的数量增长也很明显,尤其是CT(计算机层析成像)模拟定位机的数量增幅较大。精确度更高的MLC(恶性淋巴瘤)适形技术和调强技术在临床上广泛应用。放疗计划系统的数量增长幅度较大,表明河南省的放疗设备正在快速更新换代。

广泛开展学术交流活动,发挥桥梁、纽带作用

学术交流是促进学术发展与人才成长的重要手段,是凝

聚科技工作者力量的基础。河南省医学会放射肿瘤治疗学分会紧紧围绕“促进学科建设,推动肿瘤放疗事业发展”这一中心任务,以学术交流为基,以会员为本,努力搭建好服务学术、服务会员及医务工作者、服务社会的“三服务”平台。

河南省医学会放射肿瘤治疗学分会每年都举办河南省放射肿瘤治疗学学术年会,邀请放射肿瘤治疗学专家、中国工程院院士于金明等人莅临会议并作学术讲座。这些专家在学术年会上传授新知识、新技术,并选取疑难病例进行讲解,对医务人员开展临床工

作有很好的指导借鉴作用。学术年会内容丰富、题材新颖,融教育、交流、新技术展示于一体,受到广大医务人员的好评。另外,河南省医学会放射肿瘤治疗学分会还承办了“中原论坛-放疗新技术进展研讨会”“2020华人肿瘤放疗治疗协作组年会”“2021年中国肿瘤学大会”“郑州市儿童肿瘤放疗学术交流会”等学术会议20余场次,为河南省的放疗工作者搭建内容丰富的学习交流平台。

重视培训与基层帮扶工作
河南省医学会放射肿瘤治疗学分会重视学科建设,以全

省住院医师规范化培训为基础,借助河南省远程医疗中心等多媒体平台,每周定期举办学术讲座与典型病例分析讨论会,邀请业务能力强、学术水平高的肿瘤治疗及相关学科专家讲课,获得了广泛好评。

河南省医学会放射肿瘤治疗学分会定期举办肿瘤治疗青年论坛,发现和培养本学科的青年人才,为他们打造施展能力的平台。同时组织专家对基层医务人员进行培训,提高基层医务人员的诊疗水平。这些专家经常深入基层,开展义诊活动,普及相关知识,提高群众的健康素养。

发展方向

针对学科特色不突出、亚专科细化有待完善的问题,深化亚专科建设,大力提高医疗服务能力

推进亚专科建设
借助区域医疗中心建设,河南省医学会放射肿瘤治疗学分会逐步确立胸部肿瘤、腹部肿瘤、头颈部肿瘤、中枢神经系统肿瘤、妇科肿瘤、儿童肿瘤、放射物理、放疗技术等专业方向。鼓励省内各放疗单位强化高年资医师的专科化定位,培养和引进亚专业学科带头人,实现患者收治亚专业化。根据亚专业分组建立病区,细化病区名称及功能,提高疑难危重症诊疗水平。

推进放疗单位品牌化、差异化发展

充分评估现有的省内放疗资源特点,处理好共性和个性的关系,按照放疗准入制度及诊疗规范,在放疗质控方面实现全省同质化管理。在亚专业建设方面,实现各放疗单位差异化发展,依托省级医院建立优势互补的学科集群。加强以食管癌、肺癌、儿童肿瘤、妇科肿瘤等为特色病种的放疗单位建设。

推进研究型病房建设
对标国际一流机构,依托

郑州大学第一附属医院、河南省肿瘤医院等省内先进的放疗单位,增加多中心临床试验项目数量,提高研究效率。鼓励引进和培养临床研究人才,探索医、研、企结合的发展模式,力争省内放疗单位每年主持开展1项~3项多中心临床研究,获得一批能改写临床指南的研究成果。

加强肿瘤规范化诊疗、精准放疗多学科会诊

鼓励各医疗单位建立放疗相关学科及肿瘤放疗亚专科间多种形式的多学科会诊制度,并积极组织省内专家通过线上线下平台及自媒体渠道进行会诊,提高危重肿瘤患者诊疗水平。

加强对新技术的引进及研发

河南省已开展TOMO(螺旋断层放射治疗系统,适用于全身多部位肿瘤的精准放疗)全身放疗、后装植入放疗(近距离放疗的一种形式)、儿童全麻下放疗等一批国内先进的新技术,同时在食管癌、脑胶质瘤的放疗基础研究,纳米技术与放疗增敏药物的协同作用等领域取得了一批优秀的研究成果。未来3年,拟进一步加强对新技术的

引进,力争每年研发国内领先、填补行业空白的新技术2项~3项,并实现有效落地,提升诊疗水平。

针对人才队伍建设有待加强的问题,积极开展人才引进和培养工作

丰富人才培养内涵
鼓励各放疗单位按照不同人才层次及专业发展方向构建区域内肿瘤放疗人才培养体系。要求科研水平和疑难危重症业务水平并重,做到“高年资专病化、中年资专科化、低年资全科化”。

加大人才引进力度

落实高层次人才引进计划,搭建“送出去”和“引进来”的国际人才服务平台,通过引进和培养,实现顶尖人才零的突破。

针对科研平台创新能力、成果层次有待进一步提高的问题,推进科研平台建设,加强成果转化

加强平台建设

鼓励省内各放疗单位单独或联合申报建设“委省共建重点实验室”、国家肿瘤疾病临床医学研究中心河南分中心、河南省放射肿瘤治疗学重点实验室等,力争实现国家级科研平台的突破。

开展创新性研究

聚焦食管癌、肺癌、脑胶质瘤放疗基础研究,实现纳米技术与放疗增敏药物的协同作用、放疗远程大数据应用等研究成果的突破,建立重点病种人群队列,开展原创性科研工作。利用区域内丰富的肿瘤疾病临床资源,借助纳米技术实验室及国家超算中心等高技术平台,开展原创性基础研究和临床转化及应用研究,探讨肿瘤放疗增敏减毒、放射免疫治疗的新机制及治疗靶点。

积极提高教学水平

鼓励省内各教学医院放疗科以住院医师规范化培训为抓手,兼顾本科生、研究生教学实践,建立激励制度和奖惩制度,设置由高年资、低年资人员合理搭配的轮转岗位专职教学团队,并强化绩效考

核。牵头或参与编写本科生、研究生等放射肿瘤治疗学相关专科培训教材,打造肿瘤放疗治疗学精品课程,大大提高教学水平。

在加强学科建设的基础上,大力推进智慧医疗和信息化建设,不断强化区域内辐射带动作用

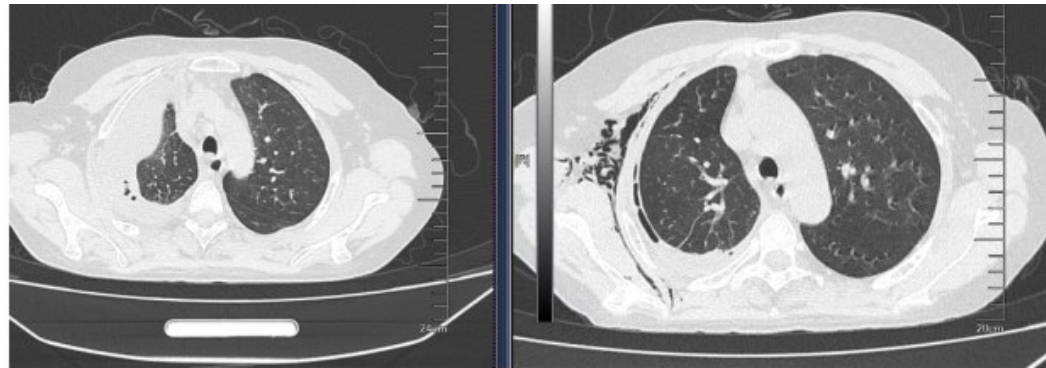
鼓励各放疗单位依托肿瘤疾病诊疗能力提升工程信息化建设规划,在3年内建成重点疾病专病数据中心,数据质量管理平台,重点疾病高危人群筛查、随访、管理及自动上报系统,智慧医疗大数据共享平台,科研管理系统,教学培训系统,以及人工智能诊疗系统等。力争在1年内完成布局,3年内逐渐完善,使省内的学科信息化建设达到国内领先水平。



临床技术

内科硬质胸腔镜联合卵圆钳治疗急性脓胸

□穆倩倩 文/图



CT检查图1

王女士来自驻马店,2个月前出现反复发热,半个月前出现右侧急性胸痛,遂到当地医院就诊,被诊断为右肺感染及右侧脓胸。当地医院医生给予抗感染、胸腔闭式引流等治疗,但效果不佳。3月27日,王女士胸闷加重,脉搏血氧饱和度降至88%,伴口唇发绀,被急诊转至河南省胸科医院呼吸与危重症医学科六病区。

呼吸与危重症医学科六病区副主任韩俊奎接诊了王女士。王女士入院后,做了相关检查。根据CT(计算机层析成像)和其他检查结果,王女士被确诊为急性脓胸。

急性脓胸的治疗重点在于迅速控制感染,通过胸腔穿刺抽脓或胸腔闭式引流排尽脓液,促使肺组织尽快复张。但是,王女士以前接受胸腔闭式引流,效果并

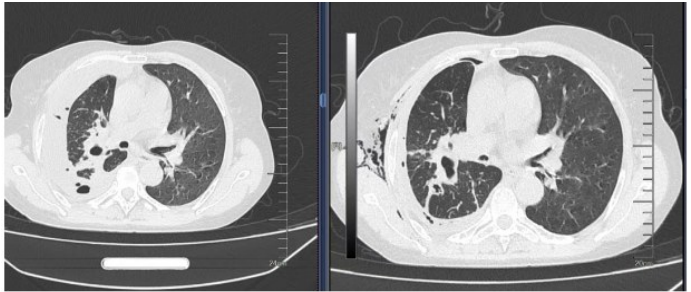
不好。根据王女士的病情和身体条件,韩俊奎提出对其进行内科硬质胸腔镜联合卵圆钳脓胸清除术。与传统的内科胸腔镜相比,内科硬质胸腔镜能为医生提供更大的操作空间和更广阔的视野,在此基础上使用卵圆钳,可以更精准快捷地分离粘连的胸膜,更高效地清除脓液。

术后,王女士的胸闷、胸痛症状消失。

据韩俊奎介绍,脓胸患者接受常规胸腔闭式引流,若效果不佳,可能会形成胸膜纤维板,此时就需要进行外科治疗。胸膜纤维板是胸膜发生炎性病变(如结核性胸腔积液、脓胸)后,纤维蛋白在胸膜表面沉积并纤维化形成的坚韧纤维层,可分为壁层纤维板和脏层纤维板。胸膜纤维板通常伴随着胸膜粘连和胸腔功能障碍,会引起呼吸功能严重减退、慢性化脓性胸膜炎、恶性肿瘤等后果。内科硬质胸腔镜的刚性结构

为术者提供了更大的操作空间和更广阔的视野范围,便于术者在胸腔内进行复杂操作(如分离粘连的胸膜、清除脓液等)。内科硬质胸腔镜搭配专用器械(如卵圆钳),能够快速分离粘连组织、精准获取胸膜及纵隔病变组织样本,显著提高活检阳性率;对于急性脓胸等急症,可快速清除病灶,避免传统引流无效导致的感染恶化。

(作者供职于河南省胸科医院)



CT检查图2

临床笔记

一天中午,我正在外面吃饭,接到了一个好朋友的电话:“我爸三叉神经痛,最近疼痛严重,想去你那里住院治疗。”“没问题!”随后,我安排值班医生给这位老先生办理了住院手续。

下午一上班,我开始对这位老先生进行常规问诊和病情评估。然而,初步评估的结果,让我高度怀疑三叉神经痛这个诊断。

这位老先生今年73岁,7年前因为颌面部疼痛到当地医院就诊,被诊断为三叉神经痛,经保守治疗后疼痛消失。1年前,他出现下颌部疼痛,呈阵发性,经中医针灸后好转。1个月前,他再次出现下颌部疼痛,且疼痛程度较前严重,每日发作1次~2次,多于傍晚或夜间发作,每次持续10分钟~15分钟。他有高血压病史10余年,服用降压药物,血压控制效果不错。

这位老先生有三叉神经痛病史,此次为下颌部疼痛,呈阵发性,难道是三叉神经痛复发?

然而,通过进一步问诊和体格检查,我直接推翻了三叉神经痛的诊断:典型的三叉神经痛一般是单侧的三叉神经分布区的剧烈疼痛,多位于眼眶上部(眼支)、上颌、上唇及上牙床部位(上颌支)或下颌、下唇及下牙床部位(下颌支),呈阵发性,一般为几秒至几分钟(单次发作很少超过10分钟),发作时往往有局部诱发因素(如洗脸、刷牙、说话等),有的患者有扳机点(轻微触碰可突发剧烈疼痛)。这位老先生双侧下颌部疼痛,每次疼痛时间长达10分钟甚至更长时间,无明显诱发因素(吃饭、刷牙、说话均不受影响),体格检查中没有压痛,也没有扳机点。“您这不是三叉神经痛。”我对这位老先生说。

不是三叉神经痛,那么他的疼痛是什么原因引起的呢?“您平时疼痛发作的时候,一般是在做什么?除了疼痛,还有什么不舒服?”“一般是在休息的时候,有两次是在拖地的时候。痛得比较厉害,有时候还感觉有点心慌。”此时,虽然他的心电图显示没有异常,但我依然作出了初步诊断:他的下颌部阵发性疼痛很有可能是冠心病心绞痛导致的。

很多人认为,心绞痛发作时都是心前区、前胸或背部疼痛。但实际上,并不是所有人发作时都是这样的。很多人心绞痛发作时,可能出现肩膀痛、胳膊痛、颈部疼痛、腹痛、牙痛、头痛,有的甚至都心肌梗死了,还没有任何症状(无症状性心肌梗死)。一位心内科教授说:“除了发梢和脚指头,其他部位的疼痛,都有可能是心绞痛导致的。”虽然这句话有一定的夸张成分,但是说明了心绞痛疼痛部位的多样性。心电图显示没有异常,是因为不是发作的时候做的,不具有决定性的参考价值。

稍后,这位老先生的进一步检查结果和我的初步诊断相符:下颌部无异常;心脏CT(计算机层析成像)血管造影显示主动脉根部瘤样扩张,冠状动脉多处狭窄,其中左回旋支中段重度狭窄;心脏彩超显示主动脉瓣狭窄,跨瓣压差57毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。根据检查结果,我基本确认这位老先生的下颌部疼痛与心脏疾病相关。

最后,我让这位老先生去心内科住院治疗。

疼痛治疗的第一步是什么?诊断!准确诊断是治疗的基石。很多疼痛治疗效果不佳,很有可能与诊断错误有关。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

他的下颌部疼痛与心绞痛有关

□谢广伦

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习。文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室