

## · 临床研究 ·

## 复杂高颈段髓外肿瘤多学科协作治疗的诊疗经验

王 凯,马庆海\*,薛际航

(内蒙古医科大学附属医院 神经外科,内蒙古 呼和浩特 010050)

关键词:椎管内肿瘤;多学科协作;诊治

中图分类号:R739.42

文献标识码: B

文章编号:2095-512X(2021)S1-0001-03

多学科协作治疗(multi-disciplinary team, MDT)是多个相关联医学诊疗学科组成的相对固定的专家组,针对某个复杂疾病进行临床讨论会,从而提出个体化及优选诊疗意见的临床治疗模式。目前我们肿瘤患者的就诊模式是:在哪个科室就诊就在哪个科室看,很可能有重复检查和不适宜的诊疗,甚至失去最佳治疗时间窗,尽管临床已经细化到亚专业并发展至较高水平,但是仍然无法满足医患双方对诊疗流程和疗效的需求<sup>[1]</sup>。对于难治性复杂并涉及多学科的肿瘤疾病,学科间的沟通多协作尤为重要,因此MDT诊疗模式逐渐兴起,从长计议,制定出个性化的诊疗方略,使患者得到最佳治疗,效果显著<sup>[2]</sup>。

高颈段脊髓外椎管内肿瘤大部分是良性肿瘤,约占脊柱椎管内肿瘤的20%多,发病率比较偏低,在临床表现上缺乏特征性,等到检查发现时肿瘤已经比较大,脊髓受压迫很严重,因此导致手术难度增大,有时手术后可能导致患者高位截瘫等并发症的危险,甚至影响呼吸功能,威胁患者生命<sup>[3]</sup>。现在我们常规采用多学科协作诊疗模式,优化了诊治程序,取得了很好的治疗效果。

## 1 病例报告

病例1:女,年龄38岁。主因“左侧颈部皮下肿物切除术后16个月,发现复发5个月”入院,入院后体格检查:意识清,语言流利。头颅外形未见异常,伤口愈合佳,左侧颈部可及皮下肿物,大小约2.0×4.0cm<sup>2</sup>,边界清楚,无压痛,活动较好;体格检查心

脏、双肺、腹部、脊柱及四肢未见明显异常。神经系统检查:双侧瞳孔等大等圆,光反应(+),活动自如。伸舌居中无偏一侧,咽反射(+),颈抵抗(-)。四肢活动良好,生理反射(+),双下肢病理征(-),左上肢感觉减退。B超显示:左侧颈部皮下囊实质性肿物,良性肿瘤可能性大。颈部MRI示:左侧颈5、6椎管内髓外双向生长呈哑铃型肿瘤。颈椎CT的血管成像和3D图像提示:椎间孔明显扩大,上下关节突变薄,同侧椎动脉受压移位,我们组织了影像科、骨科、口腔科、麻醉科等相关科室的专家,制定了详细的手术方式及预案。气管插管静脉复合麻醉,采取右侧卧位以肿瘤为中心做颈后正中切口,首先由骨科医生给显露棘突、椎板和关节突、关节外缘,在肿瘤上极的上一个节段开始至肿瘤下缘的下一个节段之间进行侧块螺钉植入,并且使用连接杆固定,以重建脊椎的稳定性,然后切除肿瘤侧半椎板及关节突,暴露硬脊膜和神经根肿瘤的基底部和向外生长部分;再由神经外科医生在显微镜下分离,可见肿瘤边界清楚,有包膜,椎动脉受压移位,切断肿瘤基底及向椎间孔外生长的肿瘤。分层次来逐层缝合肌肉、皮下组织和皮肤,最后将伤口包扎。再将病人取仰卧位,重新消毒、铺单,口腔科医生从胸锁乳突肌内侧逐层剖入,仔细分离肿瘤与周围血管、神经的粘连。因第一次手术以左颈部皮下肿物而做的部分肿瘤切除术,遂将剩余肿瘤完全切除(可见肿瘤断端),创面仔细止血,逐层缝合皮肤诸层。病理结果回报为神经鞘瘤。术后3天下地,8天拆线,查体同手术前,术后复查颈椎MRI肿瘤全部切除,痊愈出院。

基金项目:内蒙古医科大学附属医院博士启动金项目(NYFY BS 2018)

作者简介:王凯(1980-),男,内蒙古医科大学附属医院神经外科副主任医师。

通讯作者:马庆海,主任医师,教授,E-mail:doctorwangkai@163.com 内蒙古医科大学附属医院神经外科,010050

病例2:男,62岁。主因“左侧肢体渐进性无力3个月,加重半个多月入院。”常规检查:意识清楚,应答正确,头颅外形正常无畸形。五官端正,心脏、双肺、腹部、脊椎及四肢未见明显异常,神经系统检查:颅神经检查无明显病变。左侧肢体肌力2~3级,左手挛缩,肌张力减低,浅感觉较对侧差。T1以下浅感觉减退,颈椎MRI显示:第6~7颈椎管水平内脊髓外硬膜下双向生长肿瘤(考虑神经鞘瘤)。颈椎CT血管成像和三维图像显示:肿瘤所在的部位相应椎间孔扩大,椎动脉受压移位。我们协调组织影像科、骨科、麻醉科等多个科室专家会诊讨论,提出和制定了手术的相关预案。在病人全麻满意后,取右侧卧位,电生理联合黄荧光下以肿瘤为中心的后颈部正中切口,逐层剖入,暴露棘突、椎板和左侧上下关节突外缘,在肿瘤上下节段之间的侧块做螺钉植入,切除肿瘤侧的半椎板及上下关节突,充分解剖暴露硬脊膜、神经根及肿瘤双向生长之基底。神经外科医师在显微镜下操作,先切断肿瘤基底,分块将肿瘤全切,硬脊膜无破损,脑脊液无外漏。再由骨科医师用连接杆固定,重建脊椎的稳定性,逐层缝合包扎,术后3天下地,8天拆线,复查MRI肿瘤全切,痊愈出院。

## 2 讨论

### 2.1 高位颈髓肿瘤的概述

颈部脊椎管内肿瘤占全部脊椎管内肿瘤的20%~26%左右,肿瘤常生长于脊髓和相连接的组织结构上,其中常包括神经根、硬脊膜、血管、脂肪组织等脊髓肿瘤,以脊髓外部位多见,以神经鞘瘤、神经纤维瘤、脊膜瘤等良性肿瘤居多。因为是良性肿瘤,所以发病常隐袭并缓慢,在临床表现上缺乏典型症状,且症状时轻时重,被相关科室极易误诊为颈椎病、肩周炎、枕大神经炎、末梢神经炎等。肿瘤对脊髓是慢性压迫,待脊髓已适应及代偿功能建立后,则使病情变化较多,等明确诊断时,肿瘤常常已较大,脊髓压迫严重<sup>[4]</sup>。MRI对脊椎管内肿瘤的诊断是最可靠的,并且是首选的检查方法,能准确定位,清晰分辨肿瘤与周围结构的关系,并能初步判断出肿瘤性质。脊椎管内外哑铃型肿瘤术前应做脊椎的3D影像、CTA、MRA,必要时甚至做DSA检查,以了解肿瘤与椎动脉等血管的关系。这些所有必要的检查为手术方案的确定有着非常重要的意义<sup>[5]</sup>。颈椎管内的肿瘤手术复杂,难度非常大。稍

有疏忽就可能造成严重的后果,导致患者高位截瘫的危险,甚至威胁到患者的生命。

### 2.2 诊断与治疗

高位颈段椎管内肿瘤一旦确诊,手术是首选且必须的治疗方案,它能解除脊髓压迫症,并且保证颈椎的稳定性。脊椎管内的神经鞘瘤,从椎间孔向外生长形成椎管内外哑铃型肿瘤,因部位深在,解剖暴露困难,且常与椎动脉关系密切,其手术治疗具有一定的挑战性。以往常采用分期手术的方法,患者往往要承受二次手术造成的精神上痛苦和身体伤害。随着微创及显微技术的迅猛发展以及多学科协作治疗,对哑铃型肿瘤采用一期手术切除,联合口腔科和骨科使用半椎板开窗切除椎管内肿瘤,螺钉植入侧块,咬除上下关节突,扩大椎间孔;在电生理监测联合黄荧光显微镜下操作手术,严格在肿瘤包膜下分块切除肿瘤,瘤内外交替操作,最后分离包膜与正常组织间隙,完整切除肿瘤,可以避免损伤椎动脉。严密缝合硬脊膜,用钉棒固定,避免了脊柱的不稳定性和畸形,最大限度的保留脊柱的结构和功能,并且大大提高了患者的生活质量和工作能力。

## 3 多学科协作治疗

我国医学教育大多数是专科教育,学科交叉缺乏,也没有培养出MDT的复合型人才。所以传统治疗是以专科治疗为主,最多联合一个科室协作治疗,很少联合两个以上科室联合讨论同时手术治疗。高位颈段部位脊髓外硬膜下肿瘤,以往的治疗基本是在神经外科显微镜下切除。

目前我们是通过脊柱的MRI准确定位,并且能够清楚了解肿瘤与椎管、脊髓和椎动脉等之间的关系;必要时还需做颈椎三维CT、颈椎血管成像,甚至DSA。术前应经过MDT专家组(神经外科、口腔科、骨科、影像科和麻醉科)的评估,制定详细的手术策略,它包括:(1)相对明确的术前诊断;(2)避免误诊误治;(3)规范手术指征;(4)评估手术可切除性和制定综合治疗方案;(5)评估合并症及手术危险。

MDT最重要核心是以病人为中心,以多学科专业组相对固定的专家为依托,确保诊断和治疗的科学性、合理性,必要性。避免随意以单一手段采取治疗,最大限度的减少误诊误治的发生率,使患者在诊断和治疗的过程中得到好的受益<sup>[6]</sup>。因此MDT是一种能提高医疗效果,对诊疗水平有充分保障的工作、协调组织和实施方法。

## 参考文献

- [1]吕艺芝,杨坚,陈郁明,等.我国三级医院多学科协作诊疗模式开展现状调查分析[J].中国医院杂志.2021;25(2):21-23
- [2]张伟杰,常志伟,王留兴.多学科综合治疗在恶性肿瘤治疗及临床教学中的重要性[J].肿瘤基础与临床.2016;29(3):268-270
- [3]刘铁坚,陈荷,夏海军,等.改良远外侧入路治疗高颈段椎管内病变[J].中国临床解剖学杂志.2019;37(3):322-327
- [4]林中国,王振宇,谢京城,等.半椎板入路显微手术治疗颈椎椎管内肿瘤[J].中国临床神经外科杂志.2010;15(7):390-392
- [5]邓桂彬,张琛海,黄春明,等.后路椎板切除同时行颈椎测块内固定植骨融合治疗颈椎管内肿瘤[J].中国伤残医学.2011;19(7):13-14
- [6]刘珊珊,刘刚.高颈段椎管内肿瘤患者显微外科手术治疗效果研究[J].实用癌症杂志.2019;34(6):1041-1043

## 2018~2019年呼和浩特市社区居民大肠癌FOBT早期筛查结果分析

杨俊丽<sup>1</sup>,马瑞雯<sup>1</sup>,袁向珍<sup>1</sup>,侯叶廷<sup>2</sup>

(1.内蒙古医科大学附属医院 体检中心,内蒙古 呼和浩特 010050;2.内蒙古医科大学附属医院 消化科)

关键词:大肠癌;早癌筛查;粪便的潜血试验

中图分类号:R181

文献标识码:B

文章编号:2095-512X(2021)S1-0003-03

大肠癌是已知的消化道最常见的恶性肿瘤,它分为直肠癌和结肠癌,在我国,也是发病率上升非常快的消化道恶性肿瘤。结直肠癌位居全球癌症死因排名第4位,对人类健康<sup>[1]</sup>威胁很大。在我国,近年大肠癌发病率以及其病死率都有逐年增高的趋势<sup>[2]</sup>,发病的年龄也日渐年轻化,男性高于女性<sup>[3]</sup>。在2010年,我国登记的肿瘤数据显示,大肠癌的发病率以及死亡率是16.14/10万、7.55/10万,居恶性肿瘤死亡和发病的第5位和第6位。结直肠癌疾病负担也逐年增长<sup>[4]</sup>。大多数的肠癌的早期阶段和它的癌前病变期间没有主观症状或症状根本不明显,如果能在早早期发现病变,完全治愈就有可能。但是我国报道的早期大肠癌诊断率仅为5%。大肠癌患者中,60%~70%的确诊时已中晚期,错过了大肠癌早期最佳治疗时机,患者的生存质量大打折扣。如果能通过筛查及时发现早期病变并治疗,就可避免悲剧的发生。因此,在没有相关症状的高危人群中进行普遍的大肠癌早期筛查及其癌前病变的筛查是势在必行的趋势。已经证实约有20%的消化道癌症患者早期便潜血测试阳性,晚期呈持续性FOBT阳性,FOBT是消化道恶性肿瘤早期诊断的重要筛查指标<sup>[5]</sup>。目前中国肠癌筛查指南推荐

的大肠癌筛查方法是粪便检查+肠镜结构性检查。本研究通过调查2018-05-01~2019-04-30在内蒙古医科大学附属医院体检中心参检的呼和浩特市居民,通过宣传教育、问卷病史调查和FOBT,总结和分析2018~2019年呼和浩特市自然人群大肠癌早期筛查的效果,探讨筛查过程中出现的问题,旨在为早日形成中国人群全民结直肠早癌筛查规范提供指导。

## 1 对象与方法

## 1.1 调查对象

调查2018-05-01~2019-04-30在内蒙古医科大学附属医院体检中心参检的呼和浩特市社区居民,纳入标准:筛查对象为在呼和浩特市居住满3年以上的常住人口,年龄不限,存在结直肠癌高危因素,只要有大肠癌早期筛查意愿的居民均可以参检。排除标准:纳入前已确诊为结直肠癌;痔疮发作期;检查前1个月内有阿司匹林服用史或有上消化道出血病史。共10741人,男性5263例,女性5478例。

## 1.2 调查方法

在内蒙古医科大学附属医院体检中心成立大

基金项目:2019年内蒙古自治区自然科学基金(2019MS08147)

作者简介:杨俊丽(1982-),女,内蒙古医科大学附属医院体检中心主治医师。

通讯作者:侯叶廷,副主任医师,硕士研究生导师,E-mail:jlyang100@sohu.com 内蒙古医科大学附属医院消化科,010050