

## 康健园

扫码关注新民  
康健园官方微信

## 识别肺部小结节 科学随访不焦虑



随着低剂量胸部CT在体检中的广泛应用,越来越多的人发现肺部有小结节,特别是磨玻璃样结节。这种发现往往让人瞬间紧张起来:会不会是肺癌?其实,大可不必过度恐慌。肺部小结节检出率升高的主要原因是过去体检多用X光片,小于1厘米的结节不易被发现;而现在CT能清晰显示2毫米以上的病变,检出率自然提高了。

## 肺部结节良性居多

医学文献报道,在所有的肺内孤立结节病灶中,恶性肿瘤远少于良性病变。肺内很多疾病都会形成结节,良性的如炎症、结核、霉菌、亚段肺不张等。因此,肺内的小结节性病灶可能的诊断是多种多样的,良性的还包括炎性假瘤、错构瘤、真菌感染、硬化性肺泡细胞瘤等。

## 结节管理强调随访

在体检中查出肺部小结节一般不需要立刻治疗干预,但要密切观察,也就是医生通常提及的随访。我国2022版中华医学会肺癌临床指南中推荐,对经筛查发现的肺部结节应根据结节的位置、尺寸和密度特征进行分类管理:对于位于气道的病变或影像学高度疑似肺癌的情况,应采取临床干预;对于<5毫米的(部分)实性结节或<8毫米的非实性结节(无钙化),推荐下个年度高分辨率胸部CT检查;对于≥5毫米的(部分)实性结节或≥8毫米的非实性结节,推荐3个月后高分辨率胸部CT复查;对于新发、无法排除肿瘤的结节,推荐先进

行抗炎治疗后复查胸部CT。之后具体随访间隔,应听从专科医生的建议。一般>8毫米的结节则应按3个月、9个月、24个月的时间段进行复查,如果两年内结节无变化,则良性可能性大,之后可每隔一年或每隔两年复查。两年内无变化仍只能说明结节良性可能性大,但并不能完全排除恶性可能。

有些原位癌(萌芽阶段的早早期癌)能蛰伏多年不发展,之后在某些因素的触发下才会发展。在临幊上曾有过20年不发展的原位癌突然发展的病例。所以,拉长复查年数,不等于可以高枕无忧,不再复查了。理论上,只有取到结节上的细胞做病理检查(在显微镜下观察细胞形态),才能100%确定其良恶性。

## 影像检查各有优势

CT或者PET-CT检查都是扫描患者的身体后形成图像,通过这些图像来判断疾病的良恶性,其准确率有限。PET-CT其实是“PET+CT”,除了包括CT所显示的病灶形态外,PET能显示病灶的代谢水平。就肿瘤而言,肿瘤细胞生长活跃,代谢水平比正常细胞高,这时

PET-CT测量出的SUV值就会升高。换言之,SUV值越高,意味着癌症可能性越大。因此,PET-CT在判断肺部小结节的良恶性方面确实有一定优势。然而,这并不是绝对的,炎症细胞的代谢也会非常活跃,这时SUV值也会升高,但这种炎症属于良性病变,可以用药物治愈。

典型的肺部磨玻璃样结节,多数是非典型性腺瘤样增生或者早期肺腺癌,但是它们的细胞代谢水平都比较低,即SUV值也不高,因此,PET-CT对判断肺部磨玻璃样结节的良恶性帮助不大。实际上,肺部小结节尤其是磨玻璃样结节,CT较PET对诊断的贡献更大,不能仅简单地凭这些数值就判断良恶性。这些专业的评估和判断需由医生来分析完成。

## 早期治疗注重微创

“早发现、早诊断、早治疗”是肺癌治疗的关键,微创胸外科手术是治疗肺部小结节、早期肺癌的主要方法,胸部微创手术主要是指胸腔镜手术。现阶段有单孔、2孔、3孔、4孔胸腔镜,只是手术入路不同,手术方式、范围和疗效并无差异,主要取决于医生的手术习惯,不必刻意追求少孔。

尽管胸腔镜技术已很成熟,但手术仍有创伤和风险,如切除部分肺组织可能带来并发症。因此,选择手术须谨慎。首次发现肺部小结节,应到胸外科或呼吸内科专科就诊,评估结节良恶性,再决定下一步方案。上海市第六人民医院设有胸外、呼吸、放射多学科联合的肺部结节整合门诊,可提供专业指导。千万别自行上网搜索或对号入座,那往往会越看越害怕,加重心理负担。

总之,肺部小结节多数为良性,通过专业随访和管理,大多无需担心。保持理性,遵医嘱观察,才是正确态度。如果有疑虑,及时咨询专科医生。

杨异(上海交通大学医学院附属第六人民医院胸外科主任医师、上海市第六人民医院胸部创伤临床诊治中心主任) 图 IC



无影灯下

25岁的小霖(化名)饱受癫痫

病困扰多年。10年前首次发病,随着年龄增长,癫痫发作频率增加,抽搐等症状严重影响其生活与工作。家人带他辗转多家医院,尝试多种抗癫痫药物,病情未得到控制,经济与心理负担加重。迷茫之际,家人了解到癫痫外科手术的成功案例,遂向上海交通大学医学院附属瑞金医院功能神经外科占世坤教授团队求助。

经占教授团队评估,小霖的癫痫致痫灶位于左侧内侧颞叶,涉及杏仁核、海马等区域,由于长期发病累及前侧岛叶,小霖的癫痫属于颞叶叠加综合征。常规治疗需手术开颅,选择性切除海马、杏仁核及部分岛叶,但是病灶位置深,手术创伤大且风险高,还可能影响记忆力。小霖与家人都不愿开颅,得知占教授团队采用的磁共振引导激光间质热疗法(LITT)是一种微创技术,可精准消融病灶,保护记忆功能,遂选择此疗法。

手术在神经外科机器人辅助下进行,仅在颅骨钻出3毫米微小骨孔,植入激光光纤至病灶区域。在核磁共振实时监测下,LITT系统完成激光消融治疗,实现了不开刀、精准微创清除致痫灶的目标。麻醉苏醒后小霖就开始正常进食、活动,术后第三天在家人陪同下出院回家,至今未再癫痫发作。现在的霖已经走出癫痫阴霾,重拾自信。

占世坤教授介绍,微创手术正引领癫痫外科进入新时代。尽管抗癫痫药物不断推陈出新,外科手术仍是药物难治性癫痫最有效的治疗方式之一。磁共振引导激光间质热疗法(LITT)是“看得见”的手术,LITT通过磁共振实时影像监测病灶及周围组织温度,医生可直观调控手术进程,减少并发症,特别适合病灶位置深、手术风险大,或体质差不宜开颅的患者。相比于传统开颅手术,LITT能更好地保留脑区功能,术后恢复时间大幅缩短,最快术后次日即可出院;LITT手术高效,单个位置消融仅需3—5分钟,平均每台手术消融时间大约为20分钟。单根路径最大消融直径2.5厘米,通过调整光纤位置或多光纤组合,可实现更大范围的消融。

目前,LITT技术已在国内外神经外科领域得到广泛探索与应用。随着医学研究与设备技术的持续进步,激光间质热疗有望造福更多的脑部疾病患者。柏豫

不开刀精准消融病灶  
难治性癫痫有新疗法

## 微创治疗子宫腺肌症止痛保宫



佳人广角

很多女性在痛经时,常被建议“多喝热水”或“吃止痛药”。但对于一部分人来说,痛经可来源于子宫腺肌症。

子宫腺肌症是指子宫内膜“跑”到子宫肌层中生长,形成“异位内膜小岛”,从而导致痛经进行性加重,从最初止痛药还能缓解,到后来药物几乎无效。患者还常伴月经过多、经期延长,甚至缺铁性贫血。非经期盆腔坠胀、下腹隐痛,性生活时疼痛加剧。严重时子宫增大至正常的两三倍,严重影响日常生活。

常规止痛药只能暂时缓解,无法根除病灶。口服避孕药或孕激素等保守治疗,对中重度患者效果有限,许多人最终需考虑手术。过去,子宫切除被视为唯一彻底方法,但意味着

永久丧失生育能力且创伤大。

如今,医学进步带来了保留子宫的微创选择——子宫动脉栓塞术。手术仅需一个小穿刺口,将栓塞剂注入子宫动脉,阻断病灶血供,使异位组织萎缩坏死,从而有效缓解症状,同时完整保留子宫。

2025年发表的QUESTA研究为这一选择提供了有力证据。研究跟踪上百名患者一年,比较栓塞术与切除术的效果。痛经缓解方面,近98%患者在切除术后彻底无痛,接近根治;超过80%患者在栓塞术后明显改善,痛经和不适得到有效缓解,不再依赖止痛药,如果在经验丰富的医疗中心治疗,效果更佳。两者均显著提升生活质量,但栓塞术最大的优势是保留

子宫和生育潜力。有生育需求的女性需术前咨询生殖专家,评估病灶位置和子宫状况。身体恢复方面,栓塞术创伤小,手术仅1—2小时,术后住院1—2天即可回家,很快恢复工作。切除术则住院和恢复期长得多。因此,对于希望保留身体完整、害怕大手术或有基础疾病的患者,栓塞术更适宜;若疼痛极重、无生育需求、追求一劳永逸,切除术仍是可靠选择。

子宫腺肌症患者不要因害怕“切子宫”而拖延治疗,也不要盲目选择手术。建议先去正规医院的妇科或介入科就诊,明确诊断后,再结合自己的需求和医生的指导,做出适合自己的选择。

孟小茜(上海长征医院介入诊疗科医师)



医疗前沿

## 鞘内治疗打破丘脑痛“紧箍咒”

右侧丘脑多发性脑梗死并软化灶,确诊为典型丘脑痛,麻醉科团队让她入院进一步治疗。

经过全面评估后,麻醉科团队先给患者口服了吗啡缓释片,三天后患者疼痛稍许缓解,于是又给患者实施了吗啡腰穿测试,一次性在鞘内注入小剂量的吗啡,患者快速获得缓解,下肢也不抽搐了,火烧样的感觉也消失了。经过3—5天的“滴定”测试,患者疼痛症状明显改善,符合鞘内药物输注系统植入术(俗称“吗啡泵”的植入要求。由于患者疼痛范围广且位置较高,常规的手术路径无法满足治疗需求,唯有在头颅的枕大池部位置管,才有可能覆盖病灶区域的所有疼痛。通过在

高位胸段穿刺入路,历经3小时奋战,最终将输药导管成功置于患者头颅的枕大池部位,成功完成鞘内泵系统植入。术后第2天,患者疼痛评分降至2分,每日吗啡剂量仅需0.15毫克,陈女士还能下床走动了,长期困扰她的剧痛明显缓解,患者及家属都深感欣慰。

丘脑痛是一种由丘脑损伤或功能障碍引发的中枢性疼痛综合征,属于神经病理性疼痛的特殊类型。数据显示,丘脑卒中患者中,约18.3%会发展为丘脑痛,且症状多在卒中后3—12个月出现,延迟发作特征显著。这种疼痛的独特性在于,患者基本感知功能正常,但对身体部位的空间定位和刺激解读出现严重

偏差,导致对侧肢体出现自发性灼痛、针刺痛、束带感等感受,且病痛会逐年累月递进,进而影响运动及生活自理,严重干扰情绪。

鞘内吗啡泵并非仅用于癌痛治疗,对于丘脑痛等难治性慢性中枢性疼痛同样适用。通过将药物直接、持续、微量地输送至中枢神经系统附近,可在极低剂量下获得显著镇痛效果,用药量仅为口服给药的极小部分,同时减少全身不良反应,有利于患者的个人护理,提高生活质量。陈女士的诊疗经历,不仅体现了高难度精准置管与影像引导技术的成熟应用,也拓展了鞘内给药系统在顽固性非肿瘤疼痛领域的治疗价值。随着该技术纳入医保,其长期治疗的可及性和经济负担性为更多患者带来了切实希望。

王颖林(上海市杨浦区中心医院麻醉科主任医师)

近日,上海市杨浦区中心医院麻醉科王颖林主任团队完成了上海首例“枕大池置管鞘内吗啡泵植入术”,为一位反复脑出血、脑梗诱发严重中枢性丘脑痛的患者解决了全身疼痛问题。

58岁的陈女士十年前发生脑梗,后又经历三次脑出血。六年前最后一次脑出血后,她逐渐出现左侧肢体持续性疼痛和麻木,以烧灼样、针刺样疼痛为主,伴触痛及下肢阵发性抽搐,疼痛评分长期4—8分,严重影响日常生活。多年来,她尝试过多种止痛药及交感神经阻滞治疗,效果均不佳。头颅影像显示