

正确认识 and 对待“社交癌”

对于“癌症”这个疾病,由于大多数恶性肿瘤目前无法治愈,人们会对这类疾病担心甚至恐惧,常会谈“癌”色变,这是大部分人的正常反应。可是有一种疾病,实际上它不是恶性肿瘤,只影响病人的生活质量,无生命危险,却被冠以“癌”之名,这就是被称为“社交癌”的“尿失禁”。

由于尿失禁,在社交场合,首先患者自身会感到不舒服和尴尬;尿液散发的气味,会让周围的人感到不适,进而增加患者的焦虑和紧张,患者很容易出现社交时情绪低落甚至自卑。有些症状严重的患者,往往需要垫尿布尿垫,也增加了这些患者朋友外出的心理障碍。

大家知道,尿失禁就是尿液不自主从尿道排出的疾病,全球有大约20亿,尿失禁包括好几种,今天我们来谈一谈比较常见的“压力性尿失禁”。压力性尿失禁不是说精神、心理方面的压力太大引起尿失禁,是指增加腹部

压力后尿液漏出,比如打喷嚏、咳嗽、大笑或运动等情况下腹部压力增高时出现漏尿,女性多见,我国成年女性的患病率为18.9%,50~59岁女性更是高达为28.0%。这个疾病发病率高,对患者本人甚至家庭影响也比较大,那为什么会发生这个疾病呢?又能如何防治呢?治疗效果怎么样呢?

从这个疾病发生原因来说,目前认为与这些因素有关:①年龄,随着年龄的增大,发病率会逐渐升高;②生育,包括初次生育年龄、分娩方式、胎儿的大小以及产次等因素;③盆腔脏器脱垂;④肥胖,肥胖女性发生概率明显增高;⑤遗传因素,如果母亲或姐姐有尿失禁情况,发生的概率也会升高;⑥其他方面,比如吸烟、糖尿病、种族、抑郁等。

如果确实有如上所说的打喷嚏、咳嗽、大笑等情况下出现漏尿,这种情况要怎么办呢?有必要找专科医生诊断治疗,包括

判断症状的严重程度。就诊之前可以先做一下排尿情况的记录,连续记录72小时的排尿情况,包括每次饮水时间、饮水量,排尿时间、尿量,尿失禁时间等,就诊时把这份记录带上对诊断是有帮助的。进一步明确病情,可能需要做一些相关的检查,比如尿检、尿动力学检查、彩超等。根据症状程度的不同,治疗的方式不完全一样,包括保守治疗、药物治疗和手术治疗。生活方式干预是重要的保守治疗方式,控制肥胖、戒烟、体育锻炼有利于改善尿失禁。此外还有膀胱训练、盆底肌训练、生物反馈、电刺激治疗以及磁刺激治疗等。盆底肌肉训练可预防尿失禁,这个方法比较简单、容易学习并且有效,具体做法是,持续提肛运动2~6秒,松弛休息2~6秒,循环10~15次为一组,每天训练3~8组,持续8周以上。保守治疗也可以配合药物治疗,可提高效果。当保守治疗、药物

治疗效果不满意时,应该考虑手术治疗。手术治疗比保守疗法成功率更高,效果体现更快速,手术有一定的创伤,但安全有效。

对于压力性尿失禁,如何预防呢?我们认识到压力性尿失禁是中老年女性的一种常见疾病,患者家属和朋友应该理解帮助她们,患者本人正确认识这个疾病,放下心理压力,消除顾虑,及时就医。如肥胖、吸烟、高强度体力运动、便秘等因素长期存在,出现尿失禁,改善生活方式可以减少压力性尿失禁的发生机会。此外盆底肌训练通过自主的、反复的盆底肌肉群的收缩和舒张,可预防和治疗尿失禁,产后及妊娠期间做有效的盆底肌训练,可降低压力性尿失禁的发生率和程度。

[作者:郭宇龙 1 厦门市第五医院(厦门大学附属第一医院翔安院区)泌尿外科 副主任医师;2 厦门市泌尿外科诊疗质量控制中心 委员]

原发性肝癌的放射治疗

随着电子计算机技术、影像学组学技术、放射治疗平台及技术及肝癌基因组学研究的深入,放射治疗在原发性肝癌的治疗中,发挥着越来越显著的作用。本文对放射治疗在治疗肝癌的应用综述如下,希望能为肝癌患者选择治疗模式提供参考。

据国家癌症中心统计,2022年我国约有新发肝癌病人36.77万,发病率位列实体肿瘤第5位,死亡人数31.65万,位列第2位。它是继胰腺癌之后,预后最差的实体肿瘤之一。

一旦被诊断为肝癌患者,如何选择最合适的方案治疗?须选择已建立肝癌多学科诊疗团队(MDT)联合会诊模式的医院就诊,相关科室将依据病人机体状态(PS)、肿瘤生物学行为、循证医学证据及可及性、病人经济情况等因素,制定最佳治疗策略。

背景

与肝癌发病相关的因素包括:乙型肝炎病毒(HBV)和/或丙型肝炎病毒(HCV)感染、过度饮酒、脂肪肝变性或肝硬化、肝癌家族史、黄曲霉毒素B1等。

治疗

包括病损肝切除术、肝移植术、放射治疗、消融治疗、血管内介入治疗、系统性抗肿瘤治疗、中医药治疗等多种手段,各种手段均须联合应用,取长补短,不可采用单一模式。因此,病人要遵循MDT制定的诊疗方案。

放射治疗

放射治疗分为外放射治疗和内放射治疗。肝癌对放射敏感,中等剂量就可以获得较好缩瘤效果。

外放射治疗

早期及局部晚期肝癌的放疗(1)因医学原因不能手术切除及消融治疗、不愿接受有创治疗的中国肝癌分期(CNLC) I a、部分 I b 期患者,立体定向放射治疗(SBRT)为有效且主要的治疗手段;

(2)对于 CNLC II a、II b 期患者,TACE 联合外放射治疗,疗效优于 TACE、索拉非尼或 TACE 联合索拉非尼;

(3)对于 CNLC III a 期患者,可切除肝癌,采取新辅助放射治疗序贯手术,或术后辅助放射治疗;对于不能切除者行姑息性放射治疗,或新辅助放射治疗

序贯 TACE 等治疗。

转移性肝癌的外放射治疗

对于 CNLC III b 期患者,采用 SBRT 技术治疗淋巴结、肺、骨、脑或肾上腺等转移灶,可以减轻相关疼痛、梗阻或出血等症状,延长生存时间。

照射剂量

建议发灶/转移灶/静脉癌栓的生物等效剂量(biological effective dose, BED) ≥ 80 Gy。

技术:

图像引导放射治疗(image guided radiation therapy, IGRT)是现代精准放射治疗的主流技术,包括螺旋断层放射治疗(TOMO), SBRT 必须在 IGRT 条件下进行。

辅助放疗技术有实时追踪、呼吸门控、呼吸屏气及腹部加压技术等。

疗效与并发症评估:

放疗后的3~6个月,是评

估疗效的最佳时间点。

放射性肝病(radiation-induced liver disease, RILD)分典型性和非典型性两型。其诊断要与是否复发转移相鉴别。

联合治疗

SBRT 与靶向药物和/或免疫治疗联合,极大改善了病人的疗效。

内放射治疗

包括钇-90微球疗法、碘-131单克隆抗体、放射性碘化油、粒子植入等。氯化锶(⁸⁹Sr)静脉注射用于多发性骨转移病灶的治疗。

预防

年龄>40岁、有肝炎病史的人,积极抗HBV和HCV治疗;禁止过度饮酒/酗酒;积极预防和治疗脂肪肝变性或肝硬化;有肝癌家族史的人群,定期行超声影像学+甲胎蛋白检查;禁止进食霉变(含黄曲霉毒素B1)的食物等。

磁共振引导的自适应放射治疗(MRgRT)条件下的SBRT,将是主流放射治疗技术之一,能否成为继非小细胞肺癌之后第二个放疗效果不劣于手术的实体瘤种,我们将拭目以待。

质子/重离子放射治疗,可能是未来最佳的技术之一。

[作者:白志刚 福建医科大学附属第二医院 肿瘤放射治疗科]