

肺癌 ≠ 绝症!

了解不同分期的治疗方案,打破认知误区

肺癌是一种常见的恶性肿瘤,起源于肺部支气管黏膜和腺体,随着病情进展,患者可出现咳嗽、痰中带血或者咳血、胸痛、喘鸣等症状,严重影响患者的生活质量和身体健康。近年来,肺癌的病发率呈不断上升态势,死亡率仅次于乳腺癌,位列第二。那么,肺癌真的没救吗?别慌,下面这些治疗方案了解一下。

肺癌的发病原因有哪些

肺癌的发生是多因素共同作用的结果,与我们的生活、工作等密切相关,具体如下。

1. 吸烟 这是引起肺癌的重要原因。据统计,吸烟群体的肺癌发病率是不吸烟群体的20倍,肺癌患病死亡率是不吸烟患者的4~10倍,具体与吸烟初始年龄、吸烟时间、吸烟量等有关。

2. 遗传 肺癌具有家族聚集、遗传易感特征。如果家族中有肺癌患者,那么患肺癌的风险将大大增加。

3. 环境 长期生活在燃料燃烧、工业废气、汽车尾气等空气污染环境中,或长期吸入过多的油烟,将极大增加肺癌风险。

4. 职业 若因工作原因长期接触石棉、砷、铬、芥子气、镍、甲醛、煤焦油等致癌物质,会导致肺癌风险增加。

5. 饮食 日常饮食中新鲜水果和蔬菜摄入量过少,会导致体内缺乏维生素、胡萝卜素、微量元素等,免疫力降低,也会增加肺癌发病率。

6. 疾病 既往有肺结核、支气管扩张病史者,可能诱发肺癌;此外,病毒感染、慢性肺部疾病(如慢阻肺、结节病等),也与肺癌的发生有相关性。

肺癌真的没救了吗

“查出肺癌,是不是就没救了?”这是很多肺癌患者和家属得知病情后的第一反应。在大多数人的认知里,肺癌往往与绝症划等号,甚至有人确诊后直接放弃治疗。实际上,传统认为“肺癌5年生存率不足20%”这一数据,在近年来已发生根本性改变。美国癌症协会2024年数据显示,早期肺癌(I期)的5年生存率高达90%,即便是晚期肺癌(IV期),依据个体化病情采用靶向治疗、免疫治疗等手段,5年生存率也能提升至15%~30%。随着低剂量螺旋CT筛查的普及和新型药物应用率的不断提升,肺癌的早期诊断率显著上升,意

味着肺癌患者的治疗结果在持续改善。

分期是肺癌治疗的“导航图”,弄清楚分期是精准打击肺癌的基础和前提。目前,国际通用的是TNM分期系统,通过评估肿瘤大小(T)、是否侵犯周围组织、有无淋巴结转移(N)、有无远处器官转移(M)等,把肺癌分为I期(早期)、II期(中期)、III期(局部晚期)、IV期(晚期)。

肺癌不同分期的治疗方案

分期越早,治疗效果越好,治愈可能性越高;即使是晚期,也能通过系统治疗控制病情,实现“带瘤生存”。不同分期的治疗方案具体如下。

I期: 手术为主, 治愈率较高

早期肺癌肿瘤体积较小,一般小于4厘米,未侵犯胸膜,也无淋巴结和远处转移,大多是在体检时发现,以根治性手术切除为主。优先选择胸腔镜微创手术,仅需1~3个小切口,便能完整切除肿瘤及周围少量正常肺组织,术后恢复快,适用于肿瘤位于肺外周,且肺功能尚好的患者。

II期: 手术+辅助治疗,降低复发风险

此时期的肿瘤可能已侵犯胸膜或支气管,或伴有同侧肺门淋巴结转移,但无远处转移。这一阶段采用单一的根治性手术无法彻底清除潜在的微小转移灶,需结合辅助治疗,才能达到更好的治疗效果。手术常选用肺叶切除术、楔形切除术或微创技术,辅以化疗,能将复发风险降低20%~30%。对于存在EGFR基因突变者,术后可口服靶向药,副作用小于化疗。

III期: 多学科联合,争取“降期”手术

这一时期的肺癌肿瘤正向纵隔淋巴结转移,但尚未扩散至远处器官,需由胸外科、肿瘤科、放疗科、影像科联合制定方案,以达到最佳的治疗效果。“手术+放化疗+免疫治疗”的联合治疗模式具有一定的优势,即术前通过化疗或免疫治疗缩小肿瘤,术后依据患者病情选择化疗、放疗或靶向治疗,副作用小于化疗。



向药物清除残留癌细胞。

IV期: 全身治疗为主, 实现“带瘤生存”

此期肺癌已发生脑、骨、肝等远处转移,传统化疗效果有限,应采用全身治疗方案,实现“带瘤生存”的目标。例如,对于EGFR、ALK、ROS1等驱动基因突变的肺癌患者,可使用吉非替尼、克唑替尼等靶向药物,精准抑制肿瘤生长;对于PD-L1高表达患者,PD-1/PD-L1抑制剂具有一定疗效,能通过激活人体免疫系统杀伤癌细胞。

如何预防肺癌

早发现、早治疗是提高肺癌治愈率、降低复发率的关键。对于40岁以上、长期吸烟、有肺癌家族史、长期接触粉尘/油烟等高危人群,建议每年做1次低剂量螺旋CT筛查,尽早发现无症状肺癌,治愈率可达90%。其次,要规范治疗。肺癌的治疗以分期结果为参考,依据具体病情、身体情况等,结合医生专业的诊治结果制定治疗方案,切勿轻信“偏方”“神医”。此外,还要重视术后复查,如定期复查胸部CT、肿瘤标志物等,以便尽早发现复发迹象,及时干预。

总而言之,肺癌早已不是绝症,从早期的手术根治到晚期的精准控制,每一个分期都有对应的治疗方案。我们要打破“谈癌色变”的认知误区,科学地看待这一疾病,积极配合治疗,在与肺癌的对抗中占据主动,实现更高质量的生存目标,为我们的健康保驾护航。

郴州市第一人民医院东院
胸部肿瘤外科 肖跃华

仰卧顺势拔伸牵引法 安全解决“颈肩臂痛”难题

伏案工作的龙女士因长期待在空调房,近日突发颈部剧痛伴右上肢过电感、麻木,严重时夜不能寐,持筷无力,就医后确诊为神经根型颈椎病。医生推荐了林定坤教授所创立的“仰卧顺势拔伸牵引法”——患者仰卧在治疗床上,医生双手托其下颌与枕部,沿颈椎生理曲度方向轻柔、持续牵引20分钟。仅一次治疗,龙女士顿觉颈部“松绑”,右上肢麻木显著减轻,当晚睡眠质量明显好转;治疗1个疗程(2周)后,症状基本消失,可安然入睡。下面为大家详细介绍该疗法。

神经根型颈椎病是由于颈部神经根受压所致,主要表现为受凉或劳累后颈部僵痛放射至肩臂手指,伴过电感麻木;夜间痛甚,影响睡眠;持物无力(如持筷、握机不稳),严重者可见上肢肌肉萎缩、感觉减退,需及时干预。

仰卧前屈拔伸牵引法是依据中老年颈椎曲度退变规律改良的颈椎牵引疗法。患者仰卧放松,医者以双手固定其头颈部(通常一手托下颌,一手托枕骨下缘),顺应颈椎自然生理弧度,沿纵轴方向施加平稳、持续的牵引力。该疗法融入了传统中医治疗颈椎病的手法,在提高疗效同时,保证了治疗的安全性和准确性。

该疗法的适应症包括急性期或缓解期的神经根型颈椎病、难治性神经根型颈椎病,以及颈椎小关节紊乱,主要有以下优势:

1. 安全舒适。患者仰卧位,利于放松,顺应生理曲度,避免暴力损伤风险。
2. 精准起效。直接作用于病变节段,快速减轻神经压迫,改善症状。
3. 无创便捷。零创伤、无药物依赖,操作相对简便。
4. 根基稳固。通过恢复颈椎正常力线,促进“筋柔骨正”,为长期稳定奠定基础。

综上所述,仰卧顺势拔伸牵引是治疗神经根型颈椎病的安全有效利器。其“顺势而为”的理念,体现了中医骨伤科“筋骨并重”“以柔克刚”的智慧精髓,为饱受颈痛困扰的患者提供了一种高效舒适的治疗方法。

湘潭市第一人民医院康复医学科
主治医师 徐云 主任医师 周彪

血糖高了千万别拔牙

陈先生前段时间因智齿发炎疼痛难忍前往医院,医生检查后原计划当日拔牙,却因检查发现血糖高达25.6毫摩尔/升被紧急叫停,建议先控制血糖后再拔牙。那么,血糖高为什么不能拔牙呢?

血糖过高拔牙可能出现以下风险:

1. 出血风险增加: 血糖过高属于内分泌异常,容易影响凝血功能,导致出血量大,不容易止血。
2. 术后感染风险增加: 高血糖会导致患者抵抗力下降,增加拔牙后感染风险。
3. 引发应激反应: 拔牙伤口较大,容易引起身体应激反应,出现发热等全身症状。
4. 出现并发症不可拔牙: 如糖尿病患者并发糖尿病心脏病、糖尿病肾病等并发症,均是拔牙的禁忌。

当然,糖尿病患者并非不能拔牙。如果空腹血糖稳定控制在8.8毫摩尔/升以下,且没有酸中毒症状时,可以拔牙。同时,还应结合糖化血红蛋白(HbA1c)检测结果进行综合考量,若结果低于7%,说明近期血糖水平较为稳定,可行拔牙治疗。

长沙市口腔医院颌面外科 齐殿锦