

演员何晴因脑瘤离世

这些早期信号需重点关注

不久前，有“古典第一美人”之称的何晴因脑瘤在北京离世，终年61岁，留给观众无尽惋惜。据悉，何晴10年前就确诊脑瘤，与脑瘤抗争10年，最终未能战胜这一顽疾，让脑瘤这种疾病再次刺痛公众神经。当我们追忆何晴塑造的各种经典形象时，更应正视这颗威胁生命的“颅内炸弹”。



脑瘤的“真面目”

脑瘤并非单一疾病，而是颅内肿瘤的统称，可分为颅内肿瘤与颅内脑外肿瘤两大类，其恶性程度与预后差异巨大。

颅内肿瘤以脑胶质瘤、淋巴瘤和脑转移瘤为主，脑胶质瘤是最常见的恶性肿瘤。脑胶质瘤又细分为少突胶质细胞瘤、星形细胞瘤、间变脑胶质瘤、多形性胶质母细胞瘤等，其中，胶质母细胞瘤恶性程度最高，堪称“癌王”。这类肿瘤无包膜、呈浸润性生长，像杂草般疯狂侵蚀脑组织，且生长迅速，部分患者从早期发展到晚期仅需1个月。

而脑膜瘤、神经鞘瘤、垂体瘤等颅内脑外肿瘤，多数为良性，生长缓慢且包膜完整，虽会挤压脑组织，但通过规范治疗往往预后良好。不过无论良恶性，只要压迫或破坏脑功能区，都可能引发严重症状甚至危及生命。

据统计，全球每10万人中就有3~6人罹患脑胶质瘤，我国每年新发病例超1.4万。低级别脑胶质瘤患者中位生存期约为8~10年，但易转化为高级别肿瘤；而胶质母细胞瘤患者平均中位生存期仅14.6个月，且复发形式愈发复杂，从局部复发到对侧复发、椎管内复发等多种类型。

脑瘤的早期信号

脑瘤治疗的“时间窗”无比

珍贵，但是，由于脑瘤早期症状隐匿，以致大部分患者就诊时已是晚期。事实上，脑瘤并非毫无早期征兆，当出现以下症状时，应格外警惕：

1. 头痛 这是最典型的信号，多为剧烈疼痛，常在清晨发作，睡醒后更甚，轻微活动后可缓解，由颅内压增高引起；

2. 喷射状呕吐 常伴随头痛出现，是颅内压升高刺激迷走神经中枢的典型表现；

3. 神经功能异常 如视力下降、耳鸣耳聋、单侧肢体麻木无力；额叶肿瘤还可能引发兴奋、抑郁等精神异常；颞叶肿瘤则可能导致幻嗅等特殊症状；

4. 癫痫发作 无明显诱因的突发抽搐，尤其是成年人首次出现癫痫，需高度警惕脑瘤可能。

当出现以下情况时，说明病情严重，须立即就医：1) 头痛频繁发作、程度加重且伴随呕吐；2) 突发性视力模糊、听力下降或肢体活动障碍；3) 无诱因癫痫发作；4) 出现精神状态异常且进行性加重。

从“去干”到“拔根”的突破

研究发现，早期发现并精准治疗的患者，有望实现长期生存；反之，“树大根深”的晚期肿瘤，现有的治疗手段往往力不从心。传统手术常陷入“切多惹事、切少不顶事”的困境，而现代技术已实现质的飞跃。如果将

肿瘤比作大树，采用“去干、拔根、改土”的整合策略，可以极大提高治疗效果。

1. 精准“去干” 借助神经导航、电生理监测等设备，精准切除影像学可见的肿瘤主体，最大程度保护正常脑组织，降低术后偏瘫、失语等并发症风险；

2. 靶向“拔根” 通过“元宇宙可视化定位技术”找到肿瘤“生发界面”——即肿瘤复发的关键区域，再利用术中微创精准光动力靶向技术，清除浸润在脑组织中的肿瘤细胞和干细胞，从源头遏制复发；

3. 彻底“改土” 改善肿瘤赖以生存的免疫微环境，修复免疫屏障，恢复机体对肿瘤的监视抑制功能，阻断肿瘤生长土壤。

专家提醒，肿瘤预后良好者必须来得及时、方案合理、精准施治、随访认真，“早发现、早诊断、整合治疗、全程管理”是所有肿瘤患者都要遵循的原则。

浙江省人民医院神经外科
主任医师 胡韶山

精神分裂症只靠吃药就行？
心理治疗 + 社会支持不可少

精神分裂症是一种复杂且严重的精神障碍性疾病，对于该疾病，很多人都有这样的认知误区：只要坚持服药，病情就能得到控制，然而事实并非那么简单。药物治疗虽然是精神分裂症治疗措施中的主要部分，但单纯依靠药物往往难以取得最佳疗效，心理治疗和社会支持同样发挥着不可或缺的作用，二者和药物治疗互为补充，才能为患者全面康复构筑稳固的基石。

药物治疗

药物治疗是精神分裂症治疗的基石和核心，主要通过调整大脑中的神经递质（如多巴胺）控制患者的阳性症状，如幻觉、妄想等，同时能在一定程度上改善阴性症状，如情感淡漠、社交退缩等。规范的药物治疗可明显降低疾病复发率、改善生活质量，为患者恢复打下坚实基础。但药物治疗也有其局限性，例如，有些患者会产生药物副作用，仅靠药物很难综合解决患者的心理和社会功能问题。

心理治疗

1. 支持性心理治疗 支持性心理治疗主要是给患者以感情方面的支持和鼓励，帮助他们了解自己的疾病，提高战胜疾病的信心。治疗师应耐心聆听患者的内心情感，让其感到被理解与接受，以减轻他们的焦虑、压抑等不良心理，为其创造一个安全且值得信赖的治疗氛围，鼓励他们积极参与后续治疗，为实施其他治疗手段打下坚实的基础。

2. 社交技能训练 社交技能训练的目的在于增强患者与他人相处的能力，提高他们的社会功能。治疗过程中通过角色扮演和模拟社交场景等方法，指导患者学会适当的社交礼仪、沟通技巧和情绪表达方法。比如在模拟购物场景下，患者可实践怎样和售货员沟通、查询商品信息和表达需求。经过反复训练与练习，患者能逐步克服交往时的紧张感与恐惧感，更好地融入社会生活，提高生活质量。

社会支持

1. 家庭支持 在精神分裂症患者的康复过程中，家庭是主要的支持系统。家庭成员应给与患者充分的理解、关心和陪伴，坚定其战胜疾病的信心。家庭成员可主动了解精神分裂症有关知识，掌握其症状表现、治疗方法及康复要点等，以便更好地与治疗师合作，督促患者按时用药并定期回访。同时给患者创造一个温馨、和谐、安定的家庭氛围，有利于患者形成良好的生活习惯及规律的生活作息。

2. 职业康复与教育支持 职业康复的目的是帮助患者恢复或提高职业技能，使其回归职场并实现自我价值，包括开展职业培训、就业指导 and 就业安置，并针对患者的利益、技能和疾病，量身定做适合自己的职业规划。教育支援的目的是增强患者的文化修养和认知技能，可通过提供特定的教育课程、心理辅导和学习技能培训等方式，协助患者克服学习上的困难，培养学习能力，为其今后职业发展奠定基础。

新化怡康精神病医院 张小华

脊柱术后防静脉血栓

静脉血栓栓塞症（VTE）是脊柱术后的常见并发症，包括下肢深静脉血栓和肺栓塞，轻则导致肢体肿胀疼痛，重则危及生命。

静脉血栓栓塞症是因静脉血流缓慢、静脉血管损伤、血液凝固性增高等原因，导致血液在静脉内异常凝结，静脉血管完全或部分阻塞，甚至血栓形成。脊柱手术后7~14天为高发期。

一般来说，手术时间超过2个小时、术中卧床制动、血管损伤，以及患者年龄超过60岁、肥胖（BMI≥28）、吸烟、

既往血栓史、凝血功能异常、术后长期卧床等都是高危因素。一旦出现下肢突然肿胀、疼痛、皮肤温度升高、颜色变红；突发胸闷、胸痛、呼吸困难、咯血、心率加快等症状，需高度警惕VTE可能，应及时就诊，以免耽误病情。

脊柱术后患者，尤其是有上述高危因素者，应采取积极措施进行预防，主要包括以下几个方面。

1. 基础预防（全员适用）
术后6~24小时内尽早床上活动，如翻身、踝泵运动；病情允许时，尽早下床站立、行走；避

免下肢受压，如交叉双腿、过紧衣物，抬高患肢（高于心脏水平）；控制体重、戒烟；适量饮水，每日保证1500~2000毫升，稀释血液。

2. 机械预防（高风险人群）
穿戴间歇充气加压装置（IPC）或弹力袜，通过物理挤压促进下肢静脉回流，术前、术后下床活动后停用。

3. 药物预防 在医生指导下应用，用药期间观察有无出血（伤口渗血、牙龈出血、黑便），有出血倾向者禁用。

株洲市中心医院
脊柱外科 刘超