

明确肺结节性质 避免过度治疗

随着人民健康意识的提高,肺部体检中肺结节的检出越来越多,很多人谈“结”色变,认为肺结节是癌前病变甚至是肺癌,产生焦虑恐惧情绪。

肺结节究竟是怎么回事?下面我们就来了解一下肺结节可能的疾病发展,正确认识肺结节。

□河南中医药大学第一附属医院 周舟



记者 王晓伟 图

体检发现肺结节 并非都要立刻切除

到底什么是肺结节?在肺部CT检查中,肺结节是指肺内直径 $\leq 3\text{cm}$ 的局灶性、类圆形、密度增高的磨玻璃、亚实性或实性肺部阴影,病灶可单发或多发。根据肺结节直径大小将结节分为:微小结节(直径 $< 5\text{mm}$)、肺小结节(直径 $5\sim 10\text{mm}$),肺结节(直径 $11\sim$

30mm)。根据肺结节的密度将肺结节分为:纯磨玻璃结节(PGGN)、部分实性结节(PSN)、实性结节、钙化结节。

当体检发现肺内结节时,不要焦虑,更不要想着尽快手术切除,一定要在医生的专业判断下明确肺内结节的性质,发生恶性概率的危险程度(低危、中危、高危)。

医生是如何对肺内结节进

行准确判断的呢?

对每一个结节,观察结节的发生部位、直径大小、形态、密度,有无毛刺、分叶和邻近胸膜牵拉,有无引流支气管、血管聚集征及空泡征,根据以上观察综合判断肺结节的性质,进而制定下一步的诊治方案,手术治疗或者对患者进行密切随访。

我们既要重视肺癌的早期发现早期诊断,同时也要避免对肺结节的过度治疗。

良性结节直径 $> 1\text{cm}$ 3~6个月随访一次

随访时间如何确定?对于肺部首次发现的、直径 $\leq 1\text{cm}$ 肺结节,当恶性概率较高,患者身体状况可以耐受手术,可选择手术切除;当肺结节的恶性概率为低度或中度,性质

不明确,给予对症治疗后根据直径大小进行随访观察。肺微小结节,无高危因素,可不随访,若有高危因素,建议年度胸部低剂量CT复查。肺小结节3个月、半年、1年后胸部低剂量CT复查。

直径 $> 1\text{cm}$ 的结节,进行活检、增强CT等明确病灶性质,恶性结节行手术治疗;良性结节,可3~6个月随访。所有的结节在随访过程中出现结节快速增大、密度增高,出现分叶、毛刺、胸膜凹陷征,考虑结节发生恶变,采取积极的治疗手段。

对肺癌高危人群,如老年男性、吸烟、有肿瘤家族史等,需要进行年度胸部低剂量CT筛查;日常生活中要避开环境中致癌因素,不抽烟,远离二手烟,对室内外的空气污染进行防护。同时,要保持良好的心态和健康的生活习惯,进行适当的体育锻炼,增强机体免疫力。

发现甲状腺结节 先检测甲状腺功能

□河南科技大学第一附属医院 程蔚蔚

随着人们健康意识的增强,越来越多的人在体检中发现了甲状腺结节。出现甲状腺结节,应该怎么做呢?

甲状腺出现结节,首先需要检测甲状腺功能。常规甲状腺功能检查项目,包括TSH(促甲状腺激素)、T4(甲状腺素)、T3(三碘甲状腺原氨酸)、FT4(游离甲状腺素)及FT3(游离三碘甲状腺原氨酸)。

TSH正常或者升高要进

行临床评估,首选超声影像学检查,超声检查可以识别出 1mm 的结节,判断良恶性准确率达90%以上。

若结果显示T3、T4降低,TSH升高,说明存在甲状腺功能减退;若结果显示T3、T4升高,TSH降低,说明存在甲状腺功能亢进。

目前超声采用C-TI-RADS分级作为甲状腺结节的分级标准:1类表示无结节;2类表示良性;3类表示可能为良性疾病;4A表示低度可疑恶性;4B类表示中度可疑恶性;4C类表示高度可疑

恶性;5类表示高度提示恶性;6类活检证实为恶性。

1类结节无需处理。2、3类无需细针穿刺。如果是囊性结节,结节过大可选择超声引导下囊液抽吸;如果是囊实性结节导致症状出现,可选择外科手术治疗,如患者拒绝手术,在活检确认结节为良性时,可行超声引导下热消融减瘤术。

4类结节大于 1cm ,可以考虑超声引导下甲状腺细针穿刺细胞学(FNAC)。

细针穿刺细胞学是利用 ^{25}G 或者 ^{27}G 针穿刺,利用负压

吸取细胞,制作细胞涂片,进行细胞学诊断。

细针穿刺近乎对机体无损伤,局部不遗留瘢痕,出血感染机会甚少,病人痛苦小,易于被病人接受。但细针穿刺细胞学不能区分滤泡性肿瘤的良恶性,进一步蛋白及分子检查受限制。

细针穿刺细胞学不可以随便做,其适应证包括:直径 $\geq 1\text{cm}$ 的实性或囊实性结节;超声检查怀疑为恶性;有声带麻痹;有淋巴结肿大;有甲状腺癌高危病史。

对直径 $0.5\sim 1\text{cm}$ 的小结

节,如果患者很焦虑,可考虑行细针穿刺细胞学。而对直径 $< 0.5\text{cm}$ 的微小结节,原则上不进行细针穿刺细胞学。

甲状腺细针穿刺细胞学活检结果病理报告应采用Bethesda系统分为6类:无法诊断/不满意(I类)、良性(II类)、意义未确定的异型性/意义未确定的滤泡性病变(III类)、滤泡性肿瘤/可疑滤泡性肿瘤(IV类)、可疑恶性(V类)、恶性(VI类)。这个结果基本可以确定甲状腺结节的性质。

痘痘长在“危险三角区” 不能用手挤

□焦作市人民医院 刘玉峰

据报道,浙江省宁波市宁海县19岁女孩小杨,面部长了一个“青春痘”,位置位于鼻梁正中,小杨用手把痘挤破,自来水洗脸后就不再管它。几天后小杨突发高热,被转诊至上级医院。此时,小杨的右眼已经红肿、睁不开,体温也升到了 39.7 摄氏度,意识出

现模糊,经神经内科医师的全力救治,病情才逐渐好转。

另一则报道中,来自广东的8岁男孩因挖鼻孔突然高烧,并且头痛、呕吐,紧急送往河南省人民医院耳鼻喉科,经诊断男孩患颅内感染,经过足疗程的抗感染治疗,男孩最终康复出院。

以上两条新闻报道中的患者,都是因为用手接触了鼻

部的皮肤或鼻腔黏膜,破坏了人体阻碍细菌入侵的屏障,最终导致了严重的颅内感染。

小时候我们经常听父母讲,脸上的痘痘不要挤,这是什么原理呢?

我们面部的血液经血氧交换后,回流汇入面静脉和下颌后静脉,最终流入颈内静脉。其中面静脉上联内眦静脉,内眦静脉又可经眼上静脉

与颅内海绵窦相通。由于面静脉自平口角以上部分无或极少有静脉瓣膜,无法阻止血液倒流,侵入面静脉的细菌有机会逆流进入颅内静脉窦,在静脉窦狭小曲折的环境中停留,形成颅内感染。

自我们鼻根部到两侧口角的连线形成的三角形区域,静脉回流主要是面静脉,因此这一区域的皮肤或黏膜破损

感染,就有可能造成严重的颅内感染,而这一区域就是我们所说的“危险三角区”。

处于“危险三角区”的痘痘千万不能用手去挤,可以任其自然消退。若痘痘自行破溃,可用蘸有碘伏的棉签抹去脓液,在痘口及四周擦涂即可。

同时也要教育小孩子,改掉挖鼻孔的坏习惯。