

健康故事汇

北京安贞医院泌尿外科主任张宁——

“关键要看怎么处理才能让患者最大获益”

本报记者 熊建

张宁的工作主要是跟泌尿肿瘤打交道，一晃已经29年了。“一天天的，忙得停不下来，给患者加号，总是加到实在加不了为止。”作为北京安贞医院泌尿外科主任，张宁的门诊总是爆满。

肾癌、膀胱癌、前列腺癌……看的患者越多，张宁越发现，诊疗技术和实际应用之间是有差距的。

“不是说我手术做得好，来个患者我就开刀，关键要看怎么

处理才能让患者最大获益。”张宁说，“这就要求我们必须对某一种疾病发生、发展的自然过程十分清楚，也就是要了解某种疾病的客观规律，才能针对不同患者，针对疾病不同阶段，设计最优的诊疗方案，而不是上来就‘一刀切’。”

在张宁看来，医生一方面要做自己最擅长的事，另一个更重要的方面是要明白，自己最拿手的手术技术对患者是不是最适合，这才是医生水平高下的分水岭。

让患者利益最大化

膀胱癌，发生在膀胱上的恶性肿瘤，在泌尿系统最常见的恶性肿瘤之一，也是张宁最主要的手术。

2019年5月，78岁的陈锋（化名）因罹患膀胱癌，到张宁这里寻求解决方案。

“我一看，T1G3的肿瘤，恶性程度很高，属于高级别浸润性尿路上皮癌。”张宁说，“膀胱癌是一种折磨人的疾病，容易复发，进展到最后，很多患者需要把膀胱全切掉。”

事实上，很多病例最终采取了膀胱全切。膀胱切掉后，排尿有两种替代方案，要么在膀胱的位置利用肠道再做一个膀胱，要么在肚皮上造口使尿液从腹壁流出。

对于后者，很多人觉得不方便，会降低生活质量。在张宁看来，这其实是一种生活方式的改变，“睡觉或运动会受到造口的影响，势必不能像以前那样进行，但换个角度看，患者的生存时间延长了”。

在张宁看来，生存时间是基础，生活质量是上层建筑；在一定生存时间的基础上，尽力提升生活质量；而好的生活质量，又有利于生存时间的增加。二者的关系，需要辩证地看。

对于陈锋的肿瘤，经过两次微创手术后，张宁鉴于其高龄因素以及当时膀胱里已经没有残存肿瘤的情况，提出保膀胱。

这是一种“既要……又要……”的方案。“我们用其他方法保留膀胱的同时，还要努力让膀胱肿瘤不复发、不进展、不发生转移，难度很高。”张宁说。

过了几个月，陈锋的膀胱癌还是复发了。“他的膀胱里又复发了一个低级别的尿路上皮癌，我们切完之后，膀胱里面其他部位活检没发现不好的东西。”张宁说，既然如此，就继续采取保留膀胱的策略。

癌症之所以难治，一方面在于异质性，即使同一个肿瘤里，基因和细胞特征都不相同；一方面在于变化性，癌细胞不停突变，总能逃脱药物的捕捉。因此，复发和转移，是癌症治疗的两大杀伤利器。

在第二次手术6个月后，陈锋感到没来由的腿疼。经过PET-CT检查，是腹膜后淋巴结转移合并骨转移，肿瘤扩散了。对此，张宁依然采取保留膀胱的大方向，用药控制。“患者发生多发骨转移或肿瘤转移负荷比较高的时候，预计生存时间只有8—10个月。”他说，但陈锋经过免疫治疗联合化疗、局部放疗，同时服用靶向药，足足维持了两年半的时间，直到2022年底，他因新冠病毒感染去世。

张宁对记者复盘这个案例时说：“通过其他治疗方式，患者至少延长了两年半的生存时间，而且不用改变生活方式。对比如果一开始就切除膀胱、带上尿袋，同时还要面临转移的可能，哪个方式对患者的获益更大？”

先让患者活下来

在张宁看来，生存时间优先级要先放在生活质量之前。

“首先是让患者生存下来。”张宁说，“肿瘤有不同的病理类型，有的再怎么用药也消不了；有的比如普通的尿路上皮癌，我们做完手术之后，用药的效果非常好，即使后来转移了，好多药也能控制住。”

对于膀胱癌患者保膀胱治疗，张宁认为应分三个步骤加以治疗——

首先，精确了解不同膀胱癌的特点。“比如膀胱癌分成好多类，有尿路上皮癌、腺癌、鳞癌，还有小细胞癌、神经内分泌癌。其中，尿路上皮癌又分成经典型、巢型、微乳头型、浆细胞型等。”张宁说。

其次，分析个体化膀胱癌的特点。“原则上，肿瘤在6厘米以上，我们就不保膀胱



图为张宁。（受访者供图）

了。”张宁说，“但也有例外，比如患者高龄——预计生存时间较短，或者恶性程度不是特别高——转移的可能很小，也有保膀胱的机会。其它还要考虑肿瘤的多少、侵犯深度、膀胱黏膜随机活检的结果等。”

第三，选择药物。“要保膀胱，需要进行最大化的电切——从尿道进一个镜子，把膀胱里的肿瘤切得干干净净。之后进行系统的药物治疗，使肿瘤不再复发。”张宁说，当然还需要定期严格复查。

总之，在张宁这里，绝不“一刀切”，尽管他的手术技艺高超，膀胱切除、肠道改造、原位重建，一套下来，一般三四个小时就会搞定了。“既然手术也很可靠，我干吗用药？我踏踏实实手术不就行了？”他说，“因为这可能会给患者带来比较大的损伤，膀胱切下来容易，再装上去就不行了。”

张宁在各种场合与同行交流的时候常说，对膀胱是保还是切，要看患者的状况。“假如患者八九十岁了，有一堆病，生存时

间可能很短，这种情况肯定是不想做特别大的手术，争取做一些小手术，使其在有限的生存时间内获得较高的生活质量。”他说，“有些患者很年轻，但是肿瘤恶性程度特别高，即使用药有可能把肿瘤压下来，我也会建议患者早点做手术，这样患者的无癌生存时间就会延长，生活质量相对也好，不然肿瘤一旦很快进展就糟了。”

由于秉持这种理念，在外人看来，张宁不像是个只会做手术的外科医生。

刘华（化名）是从内蒙古来的患者。打开病历一看，简直没法治——膀胱癌、高级别浸润性的、骨转移……由于膀胱里几乎长满了瘤子，他晚上起夜多达十几次，睡不着，一憋尿就特别疼。这种情况从外科角度来看，治疗意义不大。张宁在与刘华沟通时，说得很详细：“你的情况，远处已经有转移了，做手术可能是雪上加霜。我建议你化疗联合放疗，用药的同时，对膀胱、转移淋巴结和骨转移灶都放疗一下，行不行？”

刘华很配合，3个疗程之后，与之前判若两人——身上一点都不疼了，晚上睡觉也好了。“放疗之后我们再去检查，发现他膀胱里的瘤子全没了。之后继续系统用药，从2020年到到现在，一直没有发现膀胱肿瘤的复发和转移灶的进展。”张宁说，“因此，医生治病，不是说内科大夫就得用药，外科大夫就得做手术，而是应该了解疾病进展到哪一步了，哪种方法最适合这一阶段的疾病。如果会哪种方法就用哪种，感冒发烧岂不是都要动手术？”

技术万能当休矣

精研了半辈子医疗技术的张宁，并不认为技术能解决一切问题。

“有人反对说，技术不就是为了解决疾病问题吗？很多时候，某个疾病只是在一个

非常窄的地方才用得上技术，哪一种技术放之四海而皆准呢？”张宁说。

4年前，张宁遇到一位老年患者，他的病理分级是前列腺癌5+5，恶性程度较高，还有淋巴结转移。当时，有资深医生认为患者最多只有一年生存期了，别治了。

患者的心情十分郁闷。张宁看在眼里，决心一定要治好他。“干吗下结论说人家生存时间不长了？医生没法精准预测患者的生存时间，决定生存时间的因素很多。”张宁开始了治疗。

首先用药，患者用药后，瘤子缩小了，淋巴结也看不到了；这时，张宁再去做手术，病灶切没了；接着做放疗。一番诊治下来，到现在老先生啥事没有。

“对这种淋巴结转移的患者，单纯手术、单纯用药、药物联合手术和放疗，是显著分开的三条生存曲线，第三条的生存时间是最长的。”张宁说，“用药先把局部控制一下，把可能的转移先抑制下来，再去切，把残余的病灶切完了之后，再用药控制一段时间，这样就把肿瘤负荷降到更低，患者生存时间就长了。”

癌症，不是靠一种方法、一种技术能完全控制住的。张宁总结道：“技术万能论，是对技术有限性以及疾病特异性不了解所造成的。”

因此，张宁总是不厌其烦地提醒自己的学生：只有了解了一个疾病在发展过程中不同阶段的不同特点，了解了一种疾病的客观规律，才能搞清楚什么时候做手术，什么时候用药，怎么把不同的方法揉在一起，才能让患者有更大获益。

这样的理念，是张宁在长期行医过程中逐渐形成的。其中，有成功的经验，也有失败的案例。

去年年初，张宁接诊了一位系统性红斑狼疮患者，腹腔有个大瘤子，把子宫、直肠全侵犯了。患者还有重症肺炎。最棘手的是，为了治疗系统性红斑狼疮，患者长期服用大量激素，导致免疫受限制，身体很弱，器官组织特别脆，急性出血，出现失血性休克，急诊手术非常顺利，把病灶都切掉了，但手术后6个月的时候，患者因真菌性肺炎去世了。

“后来我常想，假如再早3个月，他服用的激素还没加量，身体状态还好的时候，我肯定能把他治好。”提及此事，张宁仍难以释怀，“差一点，就差一点。”

旁人常说张宁胆子大，什么患者都敢接。对此，张宁说：“我就是认认真真看病，实实在在沟通，哪怕就一丝希望，也要努力到底。”

张宁的付出换来了患者的信任。这些年无论他工作怎么变动，总有十几年甚至20年前的患者跟随，张宁到哪儿，他们就跟到哪儿。

“患者的生存时间，有时候不见得是医生延长的，医生主要是提供帮助。”张宁坦言，“我们知道某种癌症的5年生存率是多少，但是这是百分比，无论是好、是坏，赶上谁都是100%。我们就是想想办法减少不好的100%。”



健康视线

把健康送到群众家门口

近年来，江苏省宿迁市泗洪县积极推进家庭医生签约服务，全县乡村医生上门为签约群众提供健康咨询、常规体检、建立健康档案等服务，努力提高群众的健康水平，群众获得感、幸福感显著增强。

图为泗洪县车门乡车门医院医生近日在王沟村给签约村民量血压。

许昌亮摄（人民视觉）

中国迎来首个血吸虫病防治宣传周

本报北京电（记者王美华）记者从国家疾控局获悉，2024年4月8日至14日是我国首个血吸虫病防治宣传周，宣传主题为“传承血防精神，加快消除进程”。

与SARS、艾滋病、狂犬病等疾病同样被列为乙类传染病管理的血吸虫病，常常作为“大肚子病”被广为熟知。但是，血吸虫病到底是什么疾病？其病原体“血吸虫”和人们常说的“吸血虫”是一回事吗？

据中国疾控中心发布的信息，吸血虫和血吸虫不是同一种寄生虫。人们说的吸血虫，常常指的是水蛭，又称蚂蟥，是一种以吸血或食腐肉为生的体外寄生虫。而

血吸虫是一种寄生于脊椎动物血管内的吸虫。能寄生于人体并致病的血吸虫主要有7种，其中，日本血吸虫、曼氏血吸虫、埃及血吸虫3种分布最广泛、危害最严重。血吸虫的发育分为虫卵、毛蚴、母胞蚴、子胞蚴、尾蚴、童虫及成虫共7个阶段，其中尾蚴是可以感染人体的阶段。尾蚴在水中接触到人的体表后可侵入人体。有实验证明，宿主动物只要接触尾蚴10秒，就可被感染。

中国疾控中心寄生虫病所有关专家介绍，血吸虫病是由血吸虫寄生于人体所致的疾病。我国流行的是由日本血吸虫感染

引起的日本血吸虫病，曾广泛分布于我国长江流域及其以南的12个省份。日本血吸虫病患者如不能及时治疗，发展到晚期，肝脏等器官会受损，出现肝脾肿大、腹水等症状，人的外貌会变得骨瘦如柴、肚大如鼓，因此民间也称之为“大肚子病”。

中国疾控中心寄生虫病所有关专家介绍，血吸虫病可防可治。感染血吸虫的直接原因是接触含有血吸虫尾蚴的水体（疫水）。因此，不接触疫水、安全用水是避免感染的关键。在血吸虫病流行区，当生产和生活必须接触疫水时，应通过穿戴防护用品、涂抹防护霜、预防性服药来预防感染血吸虫。当不可避免地接触了疫水，出现发热等症状后，应主动及时到血吸虫病防治机构或疾病预防控制中心进行检查以便诊断和治疗。

第30届全国肿瘤防治宣传周来临之际，专家提醒——

防控宫颈癌，及早接种疫苗更重要

本报北京电（记者王美华）今年4月15日至21日是第30届全国肿瘤防治宣传周。近日，在人民网·人民健康主办的“疫苗接种与筛查两手抓，科学预防宫颈癌”科普活动上，与会专家就科学预防宫颈癌进行了分享。

宫颈癌是原发于子宫颈部位的恶性肿瘤，其发病率位居妇科恶性肿瘤首位。近年来，我国宫颈癌的发病率仍在上升并呈现年轻化趋势。根据国家癌症中心统计，我国宫颈癌2022年粗发病率为21.8/10万，距离实现《加速消除宫颈癌的全球战略》中提出的发病率低于4/10万的目标尚有差距。

“宫颈癌是目前唯一病因明确、可早发现早预防的癌症。”北京大学第一医院妇科主任医师毕蕙介绍，高危型HPV（人乳头瘤病毒）的持续感染是宫颈癌主要致病因素，HPV主要通过性接触传播，几乎所有宫颈癌的病例都与高危型HPV感染有关，最常见为HPV16型和18型。接种HPV疫苗可有效预防HPV持续感染及相关宫颈病变，是宫颈癌一级预防的主要措施。

“HPV疫苗适用人群是9至45岁女性，

首次性行为之前接种HPV疫苗效果最佳，有性生活的女性接种HPV疫苗预防宫颈癌仍旧有效。”中国医学科学院北京协和医学院群医学及公共卫生学院特聘教授乔友林提醒，即使接种了HPV疫苗，仍然要定期进行宫颈癌筛查，只有将宫颈癌筛查和HPV疫苗接种结合起来才能更好地预防宫颈癌。

“女性在接触到该病毒之前接种HPV疫苗效果最佳，所以越早接种越好。”毕蕙介绍，有正常性行为的女性一生中感染至少一种类型HPV的几率达80%，适龄女性不必盲目等待高价数疫苗，而是应尽早接种HPV疫苗以获得最佳保护效果。

近年来，中国积极推进适龄女性HPV疫苗接种试点工作。其中，鄂尔多斯是中国首个由政府出资对中学女生进行HPV疫苗免费接种的地区。

“鄂尔多斯率先实施宫颈癌防治的综合策略，起到了很好的示范作用。”乔友林表示，建议其他有条件的地区尽早启动适龄女性免费接种HPV疫苗，同时加强宫颈癌筛查工作，助力在全国范围内实现早日消

除宫颈癌。

乔友林介绍，“消除”与“消灭”定义不同，“消除”是指在一个地区或一个国家采取有效的防治措施或策略，把某种疾病控制或降低到事先规定的较低水平，达到这个水平，这种疾病就不会成为该地区或者国家的主要公共卫生问题；而“消灭”是通过采取有效策略和措施，把产生这个疾病的所有致病因子完全控制住，彻底从环境中去除，使这种疾病不会再生。目前，已经被消灭的一种疾病就是天花。

2023年，国家卫健委等多部门印发《加速消除宫颈癌行动计划（2023—2030年）》，明确提出2025、2030年阶段性目标：到2025年，试点推广适龄女孩HPV疫苗接种服务；适龄妇女宫颈癌筛查率达到50%；宫颈癌及癌前病变患者治疗率达到90%。到2030年，持续推进适龄女孩HPV疫苗接种试点工作；适龄妇女宫颈癌筛查率达到70%；宫颈癌及癌前病变患者治疗率达到90%。

为助力实现行动目标，乔友林进一步提醒，癌症的三级预防措施强调预防为主、防治结合，接种HPV疫苗联合宫颈癌筛查是实现我国加速消除宫颈癌行动计划的重要武器，建议适龄女性根据疫苗可及性、防癌效果和自身情况等灵活选择并尽早接种HPV疫苗，同时定期做好宫颈癌筛查，实现全面预防保护。