

“肠癌治疗的最终目的并不是将肿瘤从患者体内切除,而是要帮助患者健康快乐的生活,回归如同正常人一般的自然生活状态。因此肠癌患者仅仅切除肿瘤并不代表完成治疗,术后的高质量随访、治疗过程中的多学科会诊,都是非常重要的康复干预手段。”

切除肿瘤并非最终目的,让患者健康快乐生活才是

星期日周刊记者 顾 箐

采访对象:李心翔 职业:复旦大学附属肿瘤医院大肠外科主任医师

“看完才会下班”

上午的门诊室,人头攒动。每位患者都有两三个家属陪同,还没叫到号的也挤进了诊室,仿佛站在诊室内,心才会安定一点。

有人艰难地穿过人群,问:“我挂到32号,外面有人说,只看到30号,我今天能看到吗?”

李心翔从患者和家属的包围圈中抬起头来,说:“挂上号的都能看到,看完才会下班。”

据他的助手目测,这又是一次要持续到下午1、2点的门诊。仅仅是在两天前,下午1、2点还是李心翔深夜入睡的时间,当时他在美国参加学术会议,但十多个小时的飞行之后,他需要迅速调回国内的“时钟”。

这种状态,就像英国英国心外科医生斯蒂芬·韦斯塔比所描述的一样。有一次韦斯塔比在澳大利亚度假,深夜电话响起,有个孩子的手术要他紧急去做。韦斯塔比第二天就搭上了飞回英国的飞机,到达之后很快就上了手术台。他描写了外科医生的状态:“我们都是对肾上腺素上瘾的人,始终亢奋,始终渴望行动。睡眠不足之下,是外科医生的变态人格在勉力支撑——不畏压力、善于冒险、去掉共情。”

李心翔没时间去想时差的事,他需要集中所有的注意力,因为诊室内的所有人,都在等待他的专业判断。

“能保肛吗?”

诊室内的患者大致分为两类。一类是刚在身体检查中遭受重大打击的人。

检查单上的文字寥寥数语,是一句简单不过的陈述句:距肛15cm见新生物;距肛约4cm可及肿物;距肛10cm菜花状肿物……

文字看上去冷静而客观,但患者和家属却慌了神,这代表什么,是肿瘤吗,接下来该做什么,我要死了吗?

每个个体都不一样。

李心翔仔细查看了一个中年人的肠镜报告,并对他进行体格检查,然后说出了自己的治疗方案:“能摸得到病灶,有7.8公分,我建议先进行化疗,让肿块小一点,再做手术。”

类似的方案在另一名中年男性身上实施,他已经进行了一两次化疗,当李心翔看到他这次的检查报告时,说:“病灶还是很厉害,现在还不到手术的时候,还要继续化疗,等病灶缩小点再做手术。”

一名瘦削的老年男性坐到李心翔对面,他的儿子问:“我父亲的病一定要开刀吗?”李心翔很确定地表示:是直肠癌三期,还有淋巴结转移,不开风险很大。他甚至有些严肃地说:“不开很不安全,是拿生命在做赌注。”

外科手术是胃肠肿瘤患者获得长期生存的重要方式。作为外科医生的李心翔一直在临床和科研上寻求更好提升结直肠癌治疗疗效的方法。他和团队成员基于肿瘤学疗效优先的思考,创新性提出以血管为中心入路的腹腔镜下直肠癌根治术的新理念——“先血管、后平面;先静脉后动脉;保留左结肠动脉的高位清扫”,也在国际

上首创直肠癌腹腔镜下经肛拖出的无成角双吻合技术,减少腹腔镜下低位吻合口漏的长期隐患,同时在国内最早开展荧光造影的肠吻合血供的检测,使吻合口漏的发生率下降40%左右……

在所有团队成员的努力下,李心翔所在的肿瘤医院累计随访直肠癌患者4403例,5年无疾病生存率为65.15%,达到国际领先水平。

但即便如此,在直肠癌手术中,有一个无法回避的话题还是由患者儿子问出来了:“能保肛吗?”

在手术中,有很大比例的患者需要切除肛门才能保全性命。这对患者不仅是生理上的伤害,在心理上也是一次沉痛的打击。所以在直肠癌治疗中能否保留肛门,成为患者中最为关注的话题。“我不能保证。”李心翔的回答很谨慎,“但在我手上,我有一定把握。”

医学有其不完美性,很难有百分之百的确定,但李心翔非常擅长直肠癌腹腔镜超低位保肛根治术。“在超低位直肠癌手术中腹腔镜手术起到了很大的作用,在高精度的操作下可以保护周边的神经系统不被误伤。”不过李心翔还是提醒患者需要明确的是:保肛术是基于根治性切除肿瘤的前提下,保留肠道的完整性和肛门的控便功能,决不能一味追求保留肛门而放弃手术根治性,要谨记生命第一,功能第二。

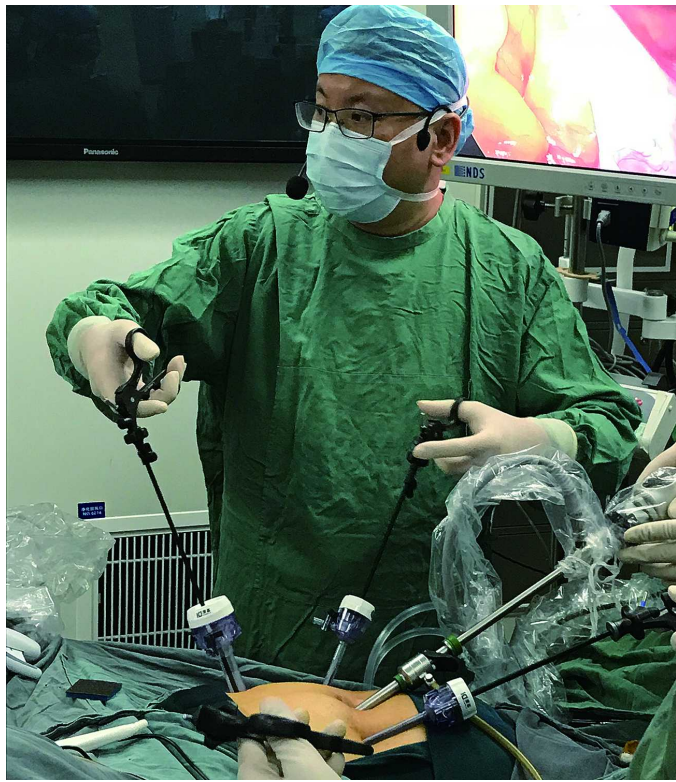
李心翔从2004年就开始接触腹腔镜手术,“第一例腹腔镜肠癌手术1990年就在美国展开了,这一技术发展得很快,现在越来越多的肠癌手术用腹腔镜手术来代替。它的优势很明显,能让视野放大很多倍,医生可以在显示屏上看到整个身体结构及淋巴结情况,有利于精细操作。而且它创伤小,出血少,患者可以恢复得更快,在切掉肿瘤的同时能够更好地保护神经。”

有临床研究证实,规范的结直肠癌腹腔镜手术在肿瘤学疗效方面不劣于传统的开放手术,5年生存率没有显著差异,且因腹腔镜手术视野清晰、开阔,还可以更好减少手术并发症的发生。2018年,肿瘤医院大肠外科完成腹腔镜结直肠癌手术902例,占全院肠癌手术的40%,而腹腔镜组的5年无疾病生存率为69.09%。

腹腔镜技术在近几年发展得很快,不断有新技术、新术式产生,这固然显示了腹腔镜技术的发展活力,但也有缺乏规范管理的困境。为了推动胃肠肿瘤腹腔镜技术规范化的应用、培训与创新,李心翔在广泛征求上海市胃肠肿瘤专业权威专家及相关人士的意见和建议基础上,由肿瘤医院牵头组织成立了上海市抗癌协会胃肠肿瘤腹腔镜专业委员会。“胃肠肿瘤腹腔镜技术体现出了独有优势,但不应当成为外科医生‘炫技’的资本,手术指征规范化是开展腹腔镜技术的‘基石’。其实对于医生来说,要根据病人的情况来推荐给他最佳的治疗方案,掌握的技术越多,就越能给出更好的方案。开腹手术、腹腔镜手术等等,都只是医生手上掌握的工具,要根据病人的实际情况来选择合适的工具。”

不是做完手术就万事大吉了

诊室里的另一批病人是已经接受了病情



李心翔

复旦大学附属肿瘤医院大肠外科主任医师、博士生导师。现任复旦大学附属肿瘤医院腹腔镜平台执行主任、复旦大学附属肿瘤医院大肠外科副主任。擅长结直肠癌微创腹腔镜外科治疗与晚期肿瘤的综合治疗。

的人,他们已做了手术,现在在进行放疗。

“肠癌治疗的最终目的并不是将肿瘤从患者体内切除,而是要帮助患者健康快乐的生活,回归如同正常人一般的自然生活状态。因此肠癌患者仅仅切除肿瘤并不代表完成治疗,术后的高质量随访、治疗过程中的多学科会诊,都是非常重要的康复干预手段。”每一位患者,李心翔都要仔细询问术后感觉怎么样,放疗之后有什么不舒服。

有的情况是正常的,比如不同的患者会提到,有点腹胀,吃不下东西。李心翔给他们解释说:这是因为手术或化疗导致肠道有点粘连,只要大便没有发生梗阻就行。

有的情况李心翔会进行干预,一位患者描述化疗之后呕吐得很厉害,李心翔说:我会再给你调整一下,同时化疗之后再打一针止吐针。有一名患者的检查报告上显示肝脏部位发生病灶转移,李心翔就考虑要重新换化疗方案。

“虽然手术是治疗肠癌的主要手段,但是这并不意味着做完手术就万事大吉了,仍需要在主诊医生指导下决定是否需要后续治疗方案。单纯依靠手术切除,肠癌术后的复发率还是非常高的,因此,必要的术后辅助化疗能够减少肿瘤的复发和转移,延长生存期。”李心翔介绍说。

而放疗方案的选择就因人而异。

一位80多岁的老先生在手术后三周来复查,李心翔为他选择了一种药物:“根据我的经验,这个药物的反应非常轻,一般来说都受得了。而且它随时可以停,如果你身体吃不消,就停下,不要勉强。”

不仅仅是治病,还要考虑患者的生活质量,这是医生提供治疗方案时的考量因素。李心翔团队在直肠外科技术的创新与改进结合直肠癌规范化综合治疗,使更多直肠癌患者获得更好生活质量与更高的生存期,他们的“直肠癌外科治疗全程管理模式的优化与推广”项目在不久前获得了上海市医学科技奖二等奖。

在结直肠癌领域工作了二三十年,李心翔看到了很多工作的成效。诊室内也常有术后五年的患者来复查,一位老太太听李心翔说:“五年了,你这病算是治好了,以后只要正常体检就可以了。”她一边高兴,一边还不确定,她把肚脐露出来,“医生你看,这上面有些红点点,要不要紧。”李心翔笑着安慰她:“没事,有点发炎而已。”

但同时,李心翔也看到了无奈的事情。

一名49岁的女性由家人搀扶着过来,李心翔看了检查报告,很无奈地告诉他们:已是晚期,肝脏多发转移,很难有手术机会,除非化疗效果特别敏感。“希望有奇迹出现。”家属恳切地说。李心翔何尝不希望有奇迹出现。“但我们并不能只是等待奇迹。我做很多科普工作,就是要大家了解到,筛查预防非常重要。肠癌早期诊断、早期检查非常重要,早期的结直肠癌5年生存率高达90%。而如果在四期的时候才被发现,那时即使所有的治疗手段都用上,治愈率还是非常低。这就像环保一样,如果等到环境都被破坏了,那时再来清除雾霾,治理河道污染等,所要花的人力和财力非常厉害,但效果还不一定好。”