

【核心理念】

历史基调：厚积淀耕耘一百载，新时代筑梦三十年

核心价值观：厚德尚道

愿景：做医疗卫生服务的水准原点

人文内涵：爱心浇灌，生命之花

【新时代发展战略】

时代使命：国家任务医学基地，世界一流学术医院

行动纲领：立德树人人为本，学术引领未来

发展路径：聚焦学术竞争力，打造医学中轴线





目录



要闻聚焦

- 弘扬北京冬奥精神，筑梦医院发展新程 4
- 北京大学第一医院党委理论学习中心组召开专题学习会 7

医海撷英

- 精准诊断 + 微创治疗
——原发性醛固酮增多症患者的新选择 9
- 儿童腹膜透析门诊开诊啦! 13

杏林芬芳

- 以百载积淀，筑梦学子未来
——医学部领导调研我院本科教学审核评估工作 14

科研动态

- 侯新琳教授课题组完成北京市新生儿脑卒中研究 18
- 高献书教授团队：三次改写国际前列腺癌放射治疗标准 20

临床故事

- 窒息的险境中，一群人在与死神较量 25

教工之家

- 院工会成功举办 2022 年工会基层专项特色申报活动 28
- 乘奥运东风，抒北大医院人情怀
——院工会成功举办全院职工寄语活动 30
- 为职工撑起“爱心伞”
——院工会为全院在职职工购买重大疾病互助保险、办理女职工互助保险 32
- 院工会积极落实北京市“消费帮扶新春”要求 33

疾病日 / 健康日专栏

3·21 世界睡眠日

- 小心睡眠“危机”夺走精力 34

3·28-4·3 中国麻醉宣传周

- 止痛，我们需要注意哪些? 36
- 无痛胃肠镜，麻醉医生陪伴您轻松完成内镜检查 39
- 预防术后谵妄，我们在努力 43

4·15-4·21 全国肿瘤防治宣传周

- 与肿瘤抗争，人们应该知道这些 47

封二：图片新闻

封三：乘奥运东风，抒北大医院人情怀——院工会成功举办全院职工寄语活动

弘扬北京冬奥精神，筑梦医院发展新程



4月8日，北京冬奥会、冬残奥会总结表彰大会在人民大会堂隆重举行

4月8日，北京冬奥会、冬残奥会总结表彰大会在人民大会堂隆重举行。中共中央总书记、国家主席、中央军委主席习近平出席大会并发表重要讲话，提出了“胸怀大局、自信开放、迎难而上、追求卓越、共创未来”的北京冬奥精神。武大靖等作为北京冬奥会、冬残奥会突出贡献个人称号

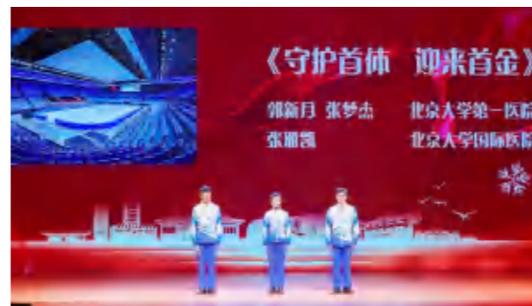


大会结束后，中国短道速滑运动员武大靖为我院冬奥保障医疗队发来感谢视频

获得者代表上台领奖。作为参与冬奥保障并荣耀见证了中国首金的北大医院来说也倍感光荣，因为无论是武大靖、任子威、范可新、曲春雨、张雨婷，还是李文龙、隋文静、韩聪等等，他们所取得优异成绩的那片赛场都有北大医院保障医疗队的付出。

4月9日，北京大学2022北京冬奥会、冬残奥会医疗保障人员表彰活动在北京大学百周年纪念讲堂举行。汪波、刘斯等39人荣获北京冬奥会、冬残奥会北京大学先进个人，马靖、陈曦等8人荣获北京冬奥会、冬残奥会北京大学优秀个人；郭新月、张梦杰与大家分享了他们曾经历的冬奥故事。

作为国家队医院，每一次家国使命都有北大医院人的身影。此次北京冬奥会，北大医院共派出47人的冬奥保障医疗队参与首都体育馆场馆内外的保障任务。无数次的桌面推演、场地演练、翻越护栏，有过疼痛、有过受伤，但从没有抱怨与退缩，北大医院人用专业守护冬奥赛场。从寒冬到初春，从破晓到深夜，每日平均保障时长16小时，其中单日最长保障时长



我院冬奥保障医疗队队员郭新月、张梦杰与北大国际医院张雁凯一同讲述《守护首体 迎来首金》的冬奥故事



手术中心葛芸（左二）参演诗朗诵《冬奥有我 请党放心》

为 19 小时。历时 28 天，5 个医疗站共接诊 201 人次，转诊定点医院 5 例，医疗保障涵盖了场馆所有运行领域，接待国际官员 20 余次的现场医疗和防疫考察。国际奥委会官员、各国运动员、教练员、定点医院，都高度肯定我们的保障工作，致以崇高的敬意。

在推动我国冰雪运动发展，圆

满完成北京冬奥会医疗保障任务中，作为国家队的北大医院，以高度的政治责任感和历史使命感勇于担当、尽职尽责，交出了医疗保障和疫情防控两张完美的答卷。在筑梦新时代的发展中，北大医院也将大力弘扬北京冬奥精神，砥砺再出发，一起向未来！



(北京大学医学部、北大医院冬奥保障医疗队、党院办)

北京大学第一医院党委理论学习中心组 召开专题学习会

2022 年 4 月 6 日，北京大学第一医院党委理论学习中心组召开专题学习会，集体学习习近平总书记重要讲话以及《中华人民共和国监察法实施条例》，结合工作实际交流探讨，为更好开展工作打牢基础，党委理论学习中心组成员参加了学习会。

党委书记潘义生首先传达《习近

平在中央党校（国家行政学院）中青年干部培训班开班式上发表重要讲话》、《习近平在参加内蒙古代表团审议时强调不断巩固中华民族共同体思想基础共同建设伟大祖国共同创造美好生活》等重要讲话精神，要求大家认真开展习近平总书记重要讲话精神的研读学习，做到学习有计划、有



笔记、有体会；坚持贯彻落实首要议题制度，推动学习常态化制度化，持续深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想；认真学习贯彻落实习近平总书记在中央政治局常委会上关于从严抓好疫情防控工作的重要讲话精神，牢固树立“四个意识”，坚定“四个自信”，坚决做到“两个维护”，落细落实，做好疫情防控各项工作。

深化国家监察体制改革，是健全党和国家监督体系的重要部署，是推进国家治理体系和治理能力现代化的一项重要改革。随后，纪委书记程苏华带领大家学习了《中华人民共和国监察法实施条例》。2018年3月20日第十三届全国人民代表大会第一次会议通过《中华人民共和国监察法》，国家监察委员会依法组建；2021年9月20日，经党中央批准，国家监察委员会公布《中华人民共和国监察法实



施条例》，这是国家监委制定的第一部监察法规，对于进一步强化监察机关的政治机关属性，加强党对纪检监察工作统一领导，不断完善中国特色国家监察体制，健全集中统一、权威高效的监察体系将发挥重要作用。

潘义生书记在总结讲话时指出，今年是党的二十大召开之年，也是北大医学办学110周年，全院上下要认真贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，落实医院新时代发展规划，全面推进各项目标任务落地见效。他强调，医院领导干部要深入学习，通过全体学、贯通学、持续学，以多种方式将政策文件精神传达到每一位职工，增强共识，提振精神，汇聚力量；要全面推进，细化措施、推进落实、强化统筹，对标医院新时代发展规划的各项目标任务，把准方向、全力突破、全面推进，促进医院高质量发展。

（党院办）

精准诊断 + 微创治疗

——原发性醛固酮增多症患者的新选择

廿年高血压，伤心又伤肾

58岁的柳先生（化名）受困于间断憋气已经6年了，最先只是活动时气不够用，后来逐渐夜间睡觉也会憋醒，双腿也越来越肿。辗转于各个医院用一些消肿、降压药之后症状可好转，但还是反复发作。为了弄清楚病情，柳先生来到了北大医院心血管内科。

在病房见到柳先生时，他精神很差，面色晦暗，走一小段路都要歇一会儿，除了腿肿腿沉而行动不便外，与医生交流也略显吃力。医生仔细询问了病史，原来柳先生40岁左右就出

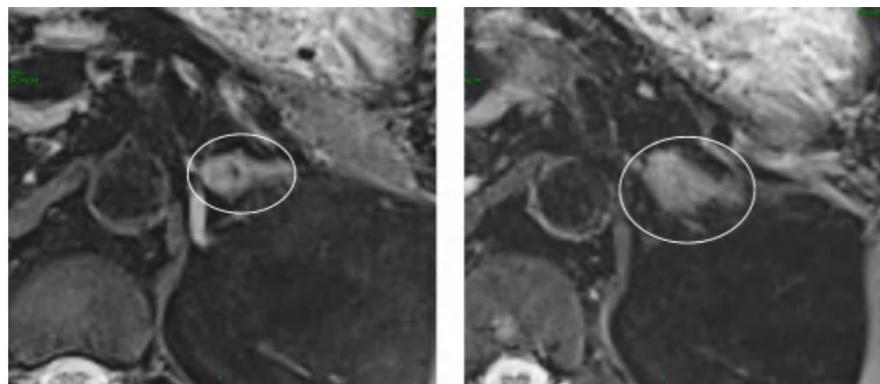
现了高血压，近期同时服用3-4种降压药物，还是控制不好；近3年来，柳先生肌酐升高，还合并痛风、血脂升高等问题。经过入院检查，血液中提示心衰的指标BNP明显升高，心脏超声提示左房、左室扩大（LVEDD 5.75cm），左室舒张功能异常（II级）。

医生们加用了透析及抗心衰的药物治疗柳先生的心功能不全和肾功能不全，改善了他的憋气症状。然而此后尽管进一步加量降压药物，柳先生的血压还是居高不下，常达180/100mmHg，这难以完全用原发性高血压来解释。因此，医生们开始逐步排查，试图弄清楚柳先生是否有继发性高血压（一些特定的原因引起的血压升高）的因素。

很快，医生们发现，除了肾功能不全外，柳先生体内的醛固酮（一种引起血压升高的激素）水平明显升高，符合原发性醛固酮增多症的表现；肾上腺核磁平扫发现，柳先生左侧肾上腺存在病变（腺瘤或增生可能）。



患者超声心动显示左室扩大、室壁明显增厚

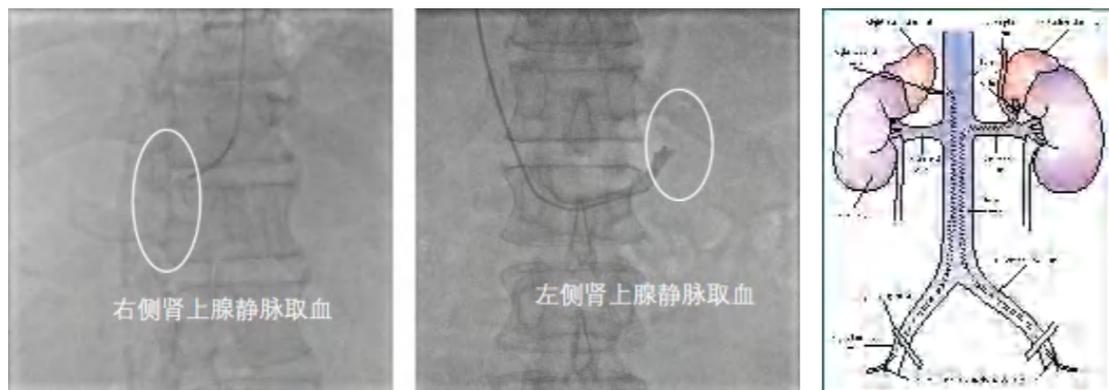


肾上腺MRI图像。左侧肾上腺结合部见一直径约1.4cm类圆形结节（T1WI等，T2WI等信号，T1WI压脂像信号稍减低，DWI像稍高信号），左侧肾上腺内支稍增粗。

肾上腺病变的诊治：取血——精准诊断，栓塞——微创治疗

初步排查发现的肾上腺异常，很有可能就是柳先生高血压难以控制的原因。肾上腺分为左右两侧，为了进一步明确过高的醛固酮来源于哪一侧，医生们对肾上腺静脉进行取血，分别

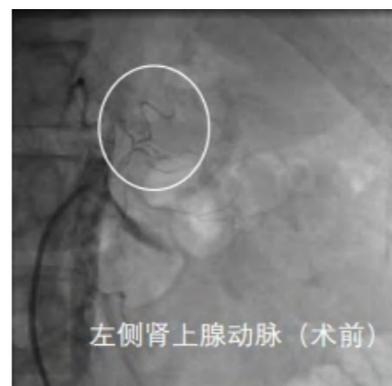
采集右侧与左侧肾上腺的血液检测醛固酮的浓度。结果显示，患者左侧肾上腺醛固酮分泌明显增加，而右侧肾上腺醛固酮分泌被抑制。因此可以确认柳先生体内过多的醛固酮激素由左侧肾上腺分泌而来。



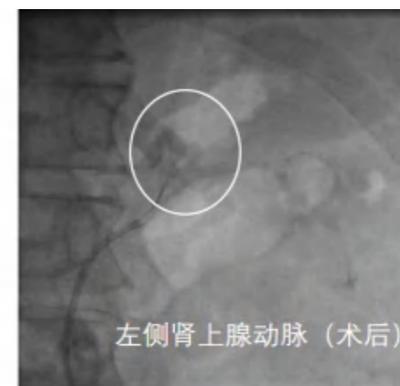
分侧肾上腺静脉取血。导管到位后注射少量造影剂可将相应肾上腺静脉显影。右图为经股静脉肾上腺静脉取血示意图，本例患者取血通过优化的肘正中静脉通路完成。

一般来说，存在明确优势侧的原发性醛固酮增多症首选治疗方案为外科切除该侧肾上腺。但柳先生心功能不全、肾功能不全，经评估外科手术的风险很高，最后决定采取微创介入肾上腺动脉栓塞的方法进行治疗。3

月2日，柳先生接受了肾上腺动脉栓塞治疗，成功栓塞了左侧肾上腺中动脉及下动脉。同时也做了冠状动脉造影，确认了心脏没有明显的缺血因素。手术非常顺利，术后第二天，即下地正常活动。



左侧肾上腺动脉（术前）



左侧肾上腺动脉（术后）

左侧肾上腺动脉酒精消融。术后可见肾上腺动脉局部造影剂滞留、远端不再显影。

治疗后1周，患者收缩压较术前下降了20mmHg，复查体内醛固酮水平较前也明显下降。3月下旬，经过医疗团队的精心照护，血压平稳、心肾功能稳定的柳先生平安出院回家了。出院前，医生们鼓励柳先生坚定信心，通过规范、适宜的治疗以控制血压，改善心脏、肾脏预后，争取最优的治疗效果。

脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等主要高血压合并症致残率、致死率高。其中，由一些特定的因素引发的血压升高为继发性高血压。原发性醛固酮增多症在高血压中的患病率为4%-13%，是十分常见的继发性高血压病因，常表现为难治性高血压，更易于引起主动脉夹层、严重心律失常、脑卒中、肾功能衰竭等严重并发症。因此，对于发病早、难控制的高血压患者，尤其需要重视包括原发性醛固酮增多症等继发高血压因素的筛查。我院心血管内科、内分泌内科等

早发及难治高血压需要警惕原发性醛固酮增多症

高血压是最常见的慢性病之一，也是心脑血管病最主要的危险因素，



相关科室均具备丰富的继发性高血压、原发性醛固酮增多症诊疗经验，为很多早发、难治高血压患者提供了更好控制、甚至根治高血压的机会。

原发性醛固酮增多症一般与肾上腺病变有关，为了精准定位病灶，采用肾上腺静脉取血是确定醛固酮分泌优势侧的金标准，也是指导手术治疗的“金标准”。然而，因为肾上腺静脉取血有一定创伤、操作难度大、存在一定失败率等原因，在临床未能广泛开展，国内常规开展的中心并不多。我院心血管内科、内分泌内科、医学影像科等多学科合作，常规开展肾上腺静脉取血，年开展例数、成功率均居全国前列，为原发性醛固酮增多症患者优化手术提供指导。

目前，大部分原发性醛固酮增多

症的患者仅接受了药物治疗。但是，越来越多的证据表明，超选择性肾上腺动脉栓塞术是原发性醛固酮增多症患者的新选择。在明确功能异常的优势侧肾上腺后，通过介入的方法对肾上腺动脉进行栓塞可以有效降低患者的醛固酮水平，改善血压控制，降低并发症风险。同时，作为一种微创介入手术，治疗时仅需穿刺动脉就可完成手术操作，术后恢复快。因此，对于不能耐受全麻或药物副作用的患者，超选择性肾上腺动脉栓塞术是一种新的选择。我院心血管内科具备丰富的介入手术经验，依托于我院高水平的内分泌内科、泌尿外科、麻醉科的综合实力，可为原发性醛固酮增多症患者提供全流程、多选择的精准诊疗方案。

(心血管内科)

儿童腹膜透析门诊开诊啦!

慢性肾脏病已成为威胁全球公共健康的重大疾病之一，是造成高额医疗负担、致残致死的重大慢性疾病。已有研究显示，儿童慢性肾脏病的发病率和患病率呈现逐年增长趋势，给患儿家庭和社会造成极大的医疗经济压力和心理负担。慢性肾脏病一旦进展为终末期肾脏病（即我们通常所说的“尿毒症”），即需要开始肾脏替代治疗，在儿童，特别是小年龄儿童，腹膜透析是更主要的透析方式，随着移植技术的提高，近年来也有更多的患儿选择进行肾移植。

作为国内领先的专业团队，北京大学第一医院儿科肾脏专业常年致力于儿童疑难、危重肾脏疾病的诊断和治疗，遵循国际最新指南建立完善的儿童慢性肾脏病管理体系，拥有优秀的儿童肾脏替代治疗专科团队和多学科合作平台。

近些年来，由于慢性肾脏病特别是透析患儿的逐渐增多，已有的儿童肾脏门诊已无法满足日益增长的临床

需求，为此，我院特开设儿童腹膜透析专科门诊，助力和充实肾病儿童的诊疗资源，尽力维护他们的健康。

儿童腹膜透析门诊可进行：腹膜透析咨询、腹膜透析定期复查、外出口评估和换药、留取腹膜透析液标本（腹膜透析液培养）、腹膜平衡试验、腹膜透析充分性评估等诊疗操作。

儿童腹透门诊时间：每周三上午。

出诊医师：钟旭辉副主任医师、丁景主管护师。

此外，自2016年起至今，我院已长期开设儿童肾移植门诊，进行儿童肾移植前评估/咨询、移植后管理，常规开展移植肾穿刺，排斥反应诊断和治疗、移植后感染监测与治疗等，与移植外科建立了长期良好的合作关系，能够为肾移植患儿提供全方位的医疗保障。

儿童肾移植门诊时间：每周二下午、每周五上午。

出诊医师：钟旭辉副主任医师，苏白鸽主治医师。

(儿科 钟旭辉)

以百载积淀，筑梦学子未来

——医学部领导调研我院本科教学审核评估工作

3月31日下午，医学部副主任王维民及教育处处长刘虹会同教学专家、兄弟医院教育处领导对我院本科教学审核评估工作进行了调研。我院副院长李海潮、孙晓伟、教育处处长王颖及内科、外科、妇产科、儿科、神经内科、麻醉科、检验科、医学影像科等临床、医技科室的教学主任、教

辅老师、教学秘书和教育处工作人员参加了调研会议。

根据《普通高等学校本科教育教学审核评估实施方案(2021—2025年)》精神，教育部将于2022年春季学期开展高校本科教学工作审核评估。北京大学及医学部高度重视，进行了周密的部署。在医学部教育处的领导下，



医学部领导专家团队来我院调研本科教学工作

结合学校本科教育改革、双一流建设，我院对本科教学进行了全面的梳理，在总结经验、突出特色的同时，注重找差距、补短板，以达到以评促建、以评促改的目的。

李海潮副院长从医院概况、办学定位和人才培养目标、教学过程、学生发展和支持、质量保障以及特色和问题六个方面汇报了我院本科教学的情况。我院作为国内首批建立的临床医学院之一，具有深厚的教学传统，注重医教研一体化发展。作为我国医学教育的开拓者、奋进者和探索者，承担了大量的教学任务，始终贯彻全人教育思想，致力于培养德才兼备、全面发展的高素质使命型人才。在本科教学过程中，深入分析、深刻认识各学段的特点，围绕人才培养目标，应用多元化的教育教学手段，思政工作和专业教育互相助力，全面提升医学生的综合素质。在教学实践中，引

入并践行胜任力导向的医学教育模式，综合应用PBL等教学手段，助力医学生早日成长为具备卓越综合素质的医生。本科生科研和暑期科研活动等为临床医学八年制学生提供了面向科研和职业发展的平台，为二级学科阶段的成长筑牢基础。通过教师培训、各项教学资质认证以及评教督教活动，不仅实现教学传统的传承，促进教师的成长，也确保了师资的质量和教学的质量。未来我院将通过创新工作机制、加强信息化和制度化建设等举措，进一步提升教学工作水平。

医学部教育处刘虹处长介绍了本科教育教学审核评估工作要点，目标是全面落实中央教育评价改革任务、加快构建中国特色高等教育质量保障体系、顺应国际高等教育发展趋势。对于北京大学的本科教学，要求在双一流建设的前提下，重点考察建设世界一流大学所必备的质量保障能力及



李海潮副院长汇报本科教学工作



医学部教育处刘虹处长介绍本科教育教学审核评估工作要点

本科教育教学综合改革举措与成效。刘虹处长还介绍了审核评估工作的指标体系和工作流程，要求认真梳理教学工作、准备各项教学材料，促进教学质量的进一步提高。

医学部王维民副主任充分肯定了



医学部王维民副主任提出工作要求

我院本科教学工作，要求在迎检的准备阶段和汇报过程中围绕评审的要求，进一步凝练我院教学工作的特点和特色；探索性的工作要进行科学的设计、呈现整体思路，进一步明确临床医学八年制的培养目标。

医学部教学专家听取汇报后查阅了教学档案，并参观考察了模拟教学中心。在反馈中指出，我院的总结汇报内容全面、特点突出，教学理念先进，抓住了教学的关键点。教学档案真实完整规范。在未来的工作中应注意教学制度建设的规范化，加强临床标准的制定和输出，更好地发挥医学教育的引领作用。



专家查阅档案资料



专家走访求真楼



医学部教学专家反馈调研意见



医学部教学专家反馈调研意见



医学部教学专家反馈调研意见

调研工作会最后，李海潮副院长对医学部领导和各位教学专家的指导表示感谢，我院一定认真学习和领会本次教学审核评估的精神，对照标准找差距，以迎检为契机，使医学教育工作再上新台阶。

（教育处 王玮）



侯新琳教授课题组完成 北京市新生儿脑卒中研究

脑卒中俗称“中风”，是脑血管发生病变引起的脑损伤，包括缺血性脑卒中（脑梗塞）和出血性脑卒中（脑出血），是社会大众所熟知的一种中老年疾病，但是很少有人听说过新生儿也会发生脑卒中。新生儿脑卒中真的非常罕见吗？北京大学第一医院儿科侯新琳教授课题组牵头完成的北京市多中心研究发现，新生儿脑卒中不仅不少见，对于儿童健康的危害也不亚于成人。

新生儿脑卒中是指从孕 20 周至出生后 28 天内发生的脑血管疾病，患儿可能遗留神经系统后遗症，包括偏瘫、癫痫、认知功能障碍等，影响患儿和家庭的生活质量。目前对新生儿脑卒中的大规模研究较少，发病率的流行病学数据均来自国外医疗机构，临床研究多数基于国外患儿开展，缺乏国内新生儿脑卒中的患病率、高危因素、临床特点等相关问题的系统研究。

侯新琳教授长期致力于新生儿疾

病的诊疗，在新生儿脑病的诊断、治疗、干预、随访等领域开展了大量工作。为了系统性研究新生儿脑卒中的发病规律，依托北京市罕见病协会早发罕见病学组平台，侯新琳教授课题组联合北京市 24 家医院（覆盖北京市所有 16 个行政区分娩量最大的医院）开展了全市多中心新生儿脑卒中发病率、临床特点及预后因素的研究，整个研究历时 3 年，研究成果于 2022 年 3 月发表于《Frontiers in Public Health》。

研究共纳入 71817 例新生儿，结果显示，北京市分娩新生儿脑卒中发生率为 1/2660 例，其中缺血性卒中 1/5985 例，出血性卒中 1/4788 例。急性症状性惊厥是新生儿脑卒中常见的表现。一部分患儿无神经系统症状，但在对高危儿行床旁颅脑超声检查时可发现异常，进一步行头颅 MRI 可明确诊断。因此，提示颅脑超声可以作为脑卒中高危儿的常规筛查来帮

助实现及时诊断。研究还发现，新生儿脑卒中的危险因素包括初产妇、胎盘早剥、急性绒毛膜羊膜炎、宫内窘迫、窒息和严重感染。在随访的所有脑卒中患儿中，11% 的患儿遗留神经系统后遗症，说明该病会影响患儿预后，早发现、早诊治具有非常重要的意义。

这项研究为我国新生儿脑卒中这一并不罕见的“罕见病”提供了基本认识，也为今后的深入研究提供了研究基线，为包括新生儿脑卒中在内的新生儿脑损伤诊治的研究方法提供了理论依据，对进一步减轻家庭及社会负担、提高儿童全生命周期的整体健康水平具有积极的意义。

（儿科 谢瑶）

高献书教授团队：三次改写国际前列腺癌放射治疗标准

放射治疗是前列腺癌根治性治疗手段之一，在前列腺癌的治疗中发挥着重要的作用。近年来，放射治疗科高献书教授团队在前列腺癌放射治疗临床及学术领域一直冲击国际前沿。

RCT 研究：高恶性度前列腺癌需提高放射治疗剂量

2022年3月10日，欧洲泌尿外科学会—核医学学会—肿瘤内科学会—泌尿影像学会—放射肿瘤学会—国际泌尿病理学会—前列腺癌联盟（EAU—EANM—ESTRO—ESUR—ISUP—SIOG）共同制定的前列腺癌诊疗指南（以下简称 EAU 指南）进行了在线更新。关于前列腺癌根治术后放射治疗剂量的选择，指南采纳了来自高献书教授团队（共同第一作者：元昕、李洪振，责任作者：高献书）的前瞻性随机对照临床研究（RCT）结果。推荐对不同患者进行个体化剂量选择，肿瘤恶性度高（Gleason 评分 ≥ 8 分）的患者可能需要强化的术后放射治疗剂量。

EAU 指南是目前国际上前列腺癌诊疗领域最权威的指南之一，比 NCCN 指南更加贴近临床实践。EAU 指南自 2011 年至今每年更新一次，每次更新中所采纳的研究证据均来自世界范围内具有广泛影响力且受到业内专家广泛认可的文献，以尽可能提高每一条推荐意见的证据强度。因此，EAU 指南的每一次更新都备受全球泌尿肿瘤领域专家的关注。据了解，采用的北大医院这项研究是该指南在放射治疗领域首次采纳来自中国的 RCT 结果，这是高献书教授团队的研究成果近年来第三次被欧洲指南采用。

前列腺癌根治术后放射治疗剂量至今没有准确的推荐，只有 64-72Gy 这样相对宽泛的范围。本项研究始于 2011 年，高献书教授团队在做回顾性分析时发现提高术后放射治疗剂量可能带来更好生存，但这一观点缺乏高水平临床研究予以证实。在医院临床科研基金的资助下，团队在国际上率



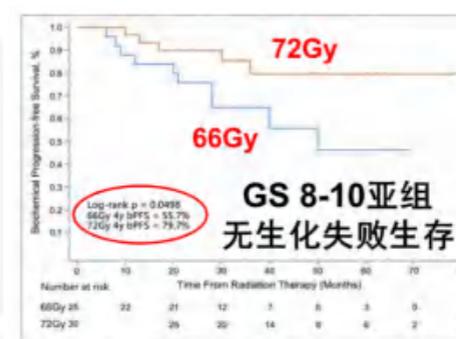
2018 Best of ASTRO
November 30 - December 1, 2018
InterContinental San Francisco, San Francisco

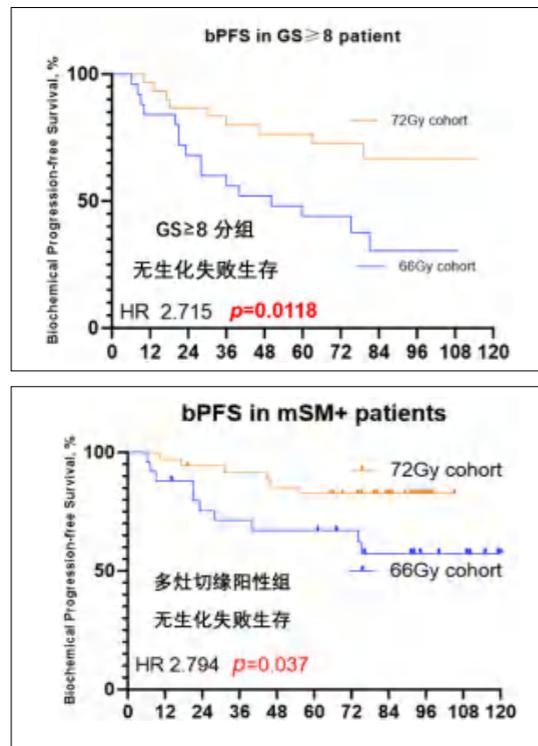
Dear Dr. Xin Qi,
Congratulations! On behalf of the Best of ASTRO Program Committee, it is my pleasure to inform you that your abstract has been selected as one of the few abstracts to be discussed at the 2018 Best of ASTRO meeting. This meeting is being held November 30 – December 1 at the InterContinental San Francisco. The Best of ASTRO meeting offers only the most relevant and highly influential abstracts from the 2018 Annual Meeting.
**** YOUR ATTENDANCE IS NOT REQUIRED****
Abstract Title: Toxicity and biochemical outcomes after dose intensified post-operative radiation therapy for prostate cancer: a randomized, controlled, phase 3 trial
Track: Genitourinary Cancer

先开展了这项较高水平 III 期 RCT 研究——前列腺癌根治术后病理高危病例放射治疗剂量研究。

历经多年努力，本研究在 2018 年取得了初步结果：强化术后放射治疗剂量（72Gy）对比传统放射治疗剂量（66Gy），毒副反应没有显著增加，近期生存结果相似，但对恶性度高的 GS 评分 ≥ 8 的患者有获益趋势。这是国际上本领域第一个获得结果的 RCT 研究，因此获得了美国放射肿瘤学会 2018 年度“Best of ASTRO”奖项。

2019 年 9 月，本研究结果在线发表于国际放射肿瘤学领域顶级杂志《International of Radiation Oncology•Biology•Physics》。中位随访 4.2 年结果显示：强化剂量（72Gy）对比传统剂量（66Gy），前列腺癌术后放射治疗后患者毒副反应无差异，生存结果近似。但是本项研究在国际上第一次报道了在恶性度较高（Gleason 评分 ≥ 8 分）的亚组人群中，72Gy 取得了优于 66Gy 的无进展生存（ $P=0.0498$ ）结果，提示需要个体化





治疗。

目前本项研究的中位随访时间已经达到 7.5 年。即将在 2022 年美国放射肿瘤年会 (2022 ASTRO) 上公布更新的研究结果: 更长的随访进一步体现出了高剂量 (72Gy) 对 Gleason 评分 ≥ 8 分患者的生存获益 ($P=0.0118$)。同时, 进一步的亚组分析结果显示, 术后病理多灶切缘阳性的病例, 也需要更高的放射治疗剂量。

这一研究结果表明恶性度偏高 ($GS \geq 8$ 分) 患者术后放射治疗推荐使用更高剂量, 同时对于恶性度不高, 其他危险因素也不多的患者可以避免

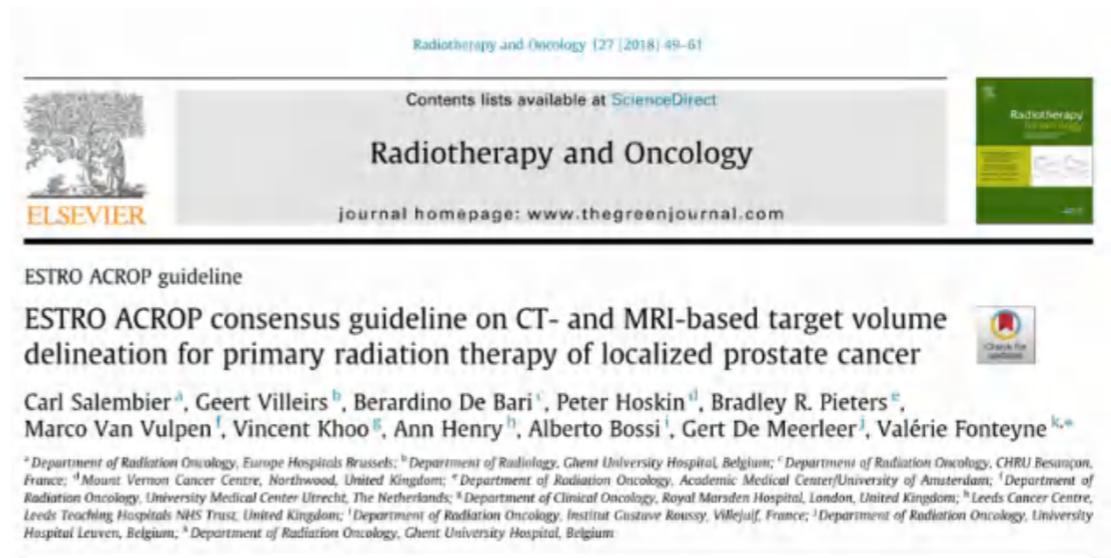
高剂量术后放射治疗可能带来的不良风险, 对于术后放射治疗临床实践的执行给出了较为明确的指导。

治疗的个体化一直是肿瘤学界发展的重要方向, 也是患者最为关切的目标之一。许多开展的 RCT 研究中选择了标准化病例, 与临床实践中的病例有诸多差异, 因此难以指导临床策略的个体化选择。而真实世界研究中的病例, 又存在诸多选择偏倚, 代表性不强。因此在 RCT 条件下严格筛选的病例中, 进行亚组分析可能是提供个体化策略比较可靠的方法。临床专家普遍认可 “BiologyisKing” 这一观点, 也就是说肿瘤恶性度是直接决定预后的。因此, 这项研究的亚组分析首先瞄准了肿瘤恶性度, 从而寻求不同恶性程度病例治疗策略上的差异。初步的亚组生存分析似乎也证实了这样一个科学猜想: 恶性度高的前列腺癌, 需要更高的术后放射治疗剂量。

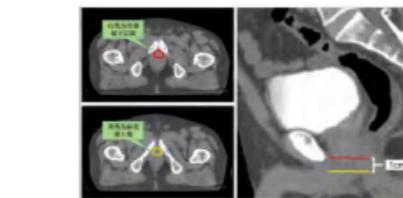
关注技术细节, 规范诊疗实践

除了上述研究, 高献书教授团队此前还有两项改变了 2018 年欧洲放射肿瘤学会前列腺癌放射治疗指南的研究。分别是:

- 1、在 CT 模拟定位条件下, 前列腺尖部靶区怎样勾画。
- 2、不同危险分组前列腺癌精囊靶区勾画具体方法。



CT 上前列腺尖部勾画——北大医院的实用方法



尿道球在 CT 上较易辨识, 前列腺尖部距尿道球上方距离 13.1±3.3mm。据此, 新版 ESTRO 指南推荐: 基于 CT 图像勾画靶区时, 前列腺尖部距尿道球上方 1cm。

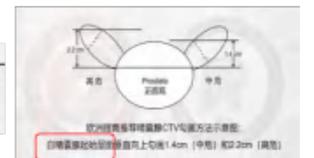
The relationship between the prostatic apex and anatomic bony structures visible on CT was evaluated in a retrospective study performed by Li et al. [13]. They found that the prostatic apex was located at least 1 cm above the upper limit of the penile bulb (Fig. 2A). Other reported reference points that can be used for verification of the delineation of the apex are 1.1 ± 0.5 cm above the bottom of the obturator foramen, 3.1 ± 0.5 cm above the ischial tuberosities and 0.7 ± 0.5 cm above the bottom of the symphysis pubis [13].

[13] Li X, Gao X, Guo X, Li Y, Wang X. Using CT imaging to delineate the prostatic apex for radiation treatment planning. Chin J Cancer 2010;29:914-22.

精囊照射多大范围? ——北大医院标准

北京大学第一医院精囊靶区勾画范围研究, 结果被 ESTRO 指南完全采纳: 将精囊勾画范围更改为中危患者至少包括近端 1.4cm 精囊 (轴位), 高危患者至少包括近端 2.2cm 精囊 (轴位)。

Low risk	Intermediate risk	High risk
No inclusion or inclusion of proximal 1.4 cm of the SV in the axial plane according to institutional policy	Inclusion of at least proximal 1.4 cm of the SV in the axial plane	Inclusion of at least proximal 2.2 cm of the SV in the axial plane



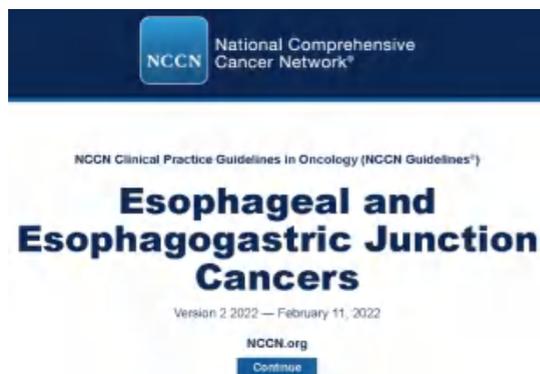
intermediate and high-risk PC respectively [14]. Qi et al. compared the actual anatomic volume of the SV with the volume of the SV included in the clinical target volume defined by EORTC and RTOG0815 PC RT guidelines [14]. Based on their observations, they concluded that the current EORTC guidelines, which include the proximal 1 cm and 2 cm of SV, are inadequate, they proposed to extend the delineation to the proximal 1.4 cm and 2.2 cm of SV in the axial plane for intermediate and high risk PC patients respectively [14]. These recommendations are implemented in the current guidelines. These recommendations are also in line with a

[14] Qi X, Asami J, Zhang M, et al. Optimal contouring of seminal vesicle for definitive radiotherapy of localized prostate cancer: comparison between EORTC prostate cancer radiotherapy guideline, RTOG0815 protocol and actual anatomy. Radiation Oncol 2014;9:288-95.

上述两项研究都是从临床实际工作的细节入手凝练而出的科学问题, 比如精囊的勾画, 国际上一直没有非常明确的规定, 而且各项指南中阐述的有所差异。高献书教授团队通过研究统一了精囊勾画标准, 为临床实践

提供了明确的指导价值。可以说, 团队所开展的这几项研究都是瞄准 “细而精” 的方向做出的努力。

除了前列腺癌, 高献书教授团队 2007 年发表的一项食管癌放射治疗的研究至今仍被 2022 年美国 NCCN 食管



Target Volume

The gross tumor volume (GTV) should include the primary tumor and involved regional lymph nodes as identified by pre-treatment diagnostic studies as described above. The CTV includes areas at risk for microscopic disease and is defined as the primary tumor plus a 3- to 4-cm superior and inferior expansion and a 1-cm radial expansion.²⁸⁸ The nodal CTV includes a 0.5- to 1.5-cm expansion from the nodal GTV. The CTV should also include coverage of elective nodal regions such as the pelvic axis; however, this decision depends on the location of the primary tumor. The PTV should include the CTV plus an expansion margin of 0.5 to 1 cm.

288 Bao XS, Qiao X, Wu F, et al. Pathological analysis of clinical target volume margin for radiotherapy in patients with esophageal and gastroesophageal junction carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007;67:389-396. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17135962>

癌治疗指南深度引用。

本着从临床实践出发来开展研究的理念，高献书教授团队的研究成果已有4项被国际指南引用，为全球肿瘤患者的精准治疗贡献了中国智慧。对此，高献书教授表示，“不仅仅是为了发表SCI文章而研究，而是要努力在医学史上留下可记录的符号。另

外我认为指南不是教条，需要不断突破并完善，否则医学就不会发展。”基于团队在肿瘤特别是泌尿肿瘤放射治疗领域的卓越表现，高献书教授正在带领团队开展多项研究，努力探索改善患者疗效与生存质量的诊疗方案，在国际上发出中国专家的声音，为人类健康共同体作出中国贡献。

(放射治疗科)

窒息的险境中，一群人在与死神较量……

急诊通道里，一辆轮椅“飞奔”而来，通道里的患者和家属纷纷避让，远处抢救室的门应声而开。这是怎么回事呢？故事要从坐在轮椅上的鲍阿姨（化名）去门诊说起。

发现窒息，紧急施救

鲍阿姨2个月前因中毒在当地医院接受气管插管呼吸机治疗，1个多月前刚刚拔管出院。出院没多久，鲍阿姨就出现了憋气，眼看着喘憋越来越重，对生活的也越来越大，家人决定来北京求治。

上午10:00，鲍阿姨来到北大医院呼吸和危重症医学科诊室，看到呼吸异常费力的鲍阿姨，接诊医生陈建主任医师立刻判断可能存在气管狭窄，立即联系医学影像科安排她紧急进行颈胸部CT检查，为下一步治疗做准备。

未曾想到，刚刚到达CT检查室，鲍阿姨喘憋忽然加重，面色青紫，并很快失去了意识！CT扫描的医护团队立即将鲍阿姨迅速送至急诊室，在急诊科孙晶雪主治医师看到病人后立刻

指挥，直接转运到抢救室。

抢救室所有医护人员迅速行动，推抢救车，准备除颤仪，开放静脉，启动呼吸机，准备器官插管。抢救小组迅速而有条不紊地进行着准备。

无法插管，紧急上二线方案！

急诊科皮海辰主治医师立刻开始气管插管，“挑起”会厌，进入声门，大家马上觉得可以松一口气了，因为，人工气道建立了，鲍阿姨就有救了。

大家在一旁紧紧盯着喉镜屏幕，有人在准备呼吸机设定，突然，皮海辰主治医师说道：“气管导管放不进去，换小号！”，立马小号气管导管递了过去，然而还是无法插入。大家心头一紧，鲍阿姨的气管太窄了！插管进步去可就危险了！

怎么办？！大家一边用简易呼吸器持续通气，一边在紧张思索。鲍阿姨仍然随时有生命危险。

“打电话给麻醉科，请他们帮忙！联系耳鼻咽喉一头颈外科，准备紧急气管切开！”急诊科于净主治医师医

师快速吩咐，“快去看看CT影像上传完了没有，气管局部是什么情况？”

11:10，当看到鲍阿姨只了一半的CT时，所有人倒吸了一口凉气，气管最窄处竟然仅有2毫米！而成年人气管直径为15-20毫米，这样的气管是真正的“一线天”！而且因为气管狭窄位置低，无法靠气管切开解决梗阻，耳鼻咽喉一头颈外科医师也无能为力。

千钧一发间，抢救小组拨通了呼吸和危重症医学科王广发主任的电话。迅速了解病情后，王广发主任一锤定音：“先插喉罩，这是当前唯一的办法，马上联系手术室，立刻在硬质支气管镜下行介入治疗。”

启动绿色通道，紧急手术！

已赶来的麻醉科医师迅速插入喉罩，患者总算换得了一丝喘息。此时患者的动脉血CO₂分压已高达110mmHg，气管的“一线天”，仍是悬在患者头上的达摩克利斯之剑，随时可能被痰液完全阻塞。这时患者又因应激，出现了消化道大出血，立即插入胃管，并给予止血、制酸进行救治。

赶紧救治生命！急诊手术绿色通道紧急打开，紧急手术程序迅速启动！值班医师郭芳芳紧急联系手术室、麻醉科，迅速为患者腾出手术间，急诊科、呼吸介入团队、手术室、麻醉科

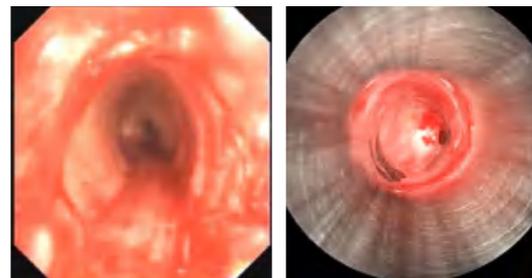
多学科团队迅速开始了有条不紊的转运和手术准备。在多部门的密切配合下，在保证疫情防控的同时，救治生命的急诊手术绿色通道迅速启动，急诊科和麻醉科医师共同陪护病人转运，以保证安全。

12:00，鲍阿姨转入第二住院部中心手术室。此时，呼吸介入团队的王玺主任医师、龚玉红护士、贾亚丽、郭琳已将所有介入设备推至手术室就位，麻醉科医生和手术护士已准备妥当，过床、接呼吸机、心电监护、麻醉、肌松，麻醉科王东信主任、胡晓副主任亲自现场指挥，麻醉后王广发主任将喉罩拔掉，快速插入硬质支气管镜进行喷射通气。



王广发主任（中）为患者进行手术

硬镜下见气管中段极度瘢痕狭窄，残余管腔仅不到2mm。凭借深厚的专业功底和丰富的临床经验，根据患者的病变特点，王广发主任使用球囊导管对狭窄段进行扩张，以求最快速度解除狭窄。扩张后患者气管管腔明显扩大，脉氧改善了，患者的生命安全了！所有人都松了一口气。接下来，王广发主任从容不迫地对气道狭窄进行进一步的电切、球囊扩张、冷冻等治疗，使气道狭窄获得充分缓解。术后转运至呼吸监护室。



气管中段重度瘢痕狭窄，残余管腔不到2mm 治疗后气管狭窄明显改善

整个抢救过程如行云流水，一气呵成，紧张而有序。直到此时，悬着的心刚放下来的患者家属才去办理住院手续，而术前的化验检查也才陆续

回报结果，指导着后续的治疗。

脱离了“一线天”卡脖子的险境，对鲍阿姨的治疗和照顾仍不能放松，在监护室团队的精心照顾下，鲍阿姨的上消化道出血、急性心肌梗死、乙型肝炎等并发症和合并症很快得到控制。术后第四天，患者顺利出院。

这是一场紧张的生命接力赛，这是一曲和谐的生命赞歌。参与其中的每个人都是生命的传递者，每个人又都是和谐旋律中的一颗音符。在救治生命与疫情防控的双重考验下，北大医院人交出了自己的答卷，在这个乍暖还寒的早春时节，更显得弥足珍贵，温暖人心。

北大医院是一所大型综合性三级甲等医院，其呼吸和危重症医学科在呼吸内镜和介入领域位居全国领先地位，达到国际先进水平。对于这种危及生命的中心气道狭窄，这个团队积累了非常丰富的经验，救治了大量的患者。他们不断践行着“厚德尚道”的文化遗产，用实际行动落实习近平总书记“人民至上、生命至上”的指示、要求。

（呼吸和危重症医学科 王玺）

院工会成功举办 2022 年工会基层 专项特色申报活动

为深入学习贯彻落实党的十九大、十九届历次全会精神，庆祝北大医学办学110周年，结合医院“责任落实年”总体目标，以增强工会组织和工会工

作政治性、先进性、群众性为主线，以更高的政治站位把握新时代工会组织的使命和职能，院工会于4月1日成功开展了2022年工会基层组织专项



特色活动申报会。全院近60个分工会、工会小组踊跃参加了此次申报活动。我院党委副书记、工会主席杨柳出席活动，工会常务副主席戴悦主持活动。

此次评审，院工会特邀医学部公共卫生学院工会老师、院工会委员会委员、教代会各专门委员会相关委员、部分职能处室负责人担任专家评委，全程参与活动打分。

此次活动内容新颖，形式多样，科室参与数量多。全体评审专家对参

与活动科室的申报立项进行了考量，历时10余个小时。各位专家从活动目的、活动意义、活动方案、经费使用、预期效果等方面进行了打分。各科室申报项目结合主题，围绕北大医学办学110周年和医院“责任落实年”总体目标，根据本科室特点和职工需求，拟定了各项活动方案。

经过激烈角逐，依据评委打分得出最终结果，评出了奖项。活动最终取得圆满成功。

附：2022年工会基层专项特色申报活动评比结果：

精品立项奖：大内科、检验科、儿科、总务处、急诊科、妇产科、普通外科、医学影像科、教育处、一部手术室、核医学科、消毒供应中心、护理部、病案统计编目室、心血管内科、内镜中心、放射治疗科、中医、中西医结合科

优秀立项奖：泌尿外科、药学部、眼科、科研处、麻醉科、骨科、感染疾病科、血液内科、纪委、监察室、审计室、党院办、胸外科、财务处、人力资源处、二部手术室、小儿眼科、消化内科、输血科、皮肤性病科、重症医学科、肾脏内科

精心立项奖：整形烧伤外科、超声医学科、医务处、工程办公室、临床营养科、医保处、临床药理研究所、医学装备处、财务处-收费处、财务处-住出院处、感染管理-疾病预防控制处、内分泌内科、肿瘤化疗科、神经外科、信息中心、口腔科

(工会)

乘奥运东风，抒北大医院人情怀

——院工会成功举办全院职工寄语活动

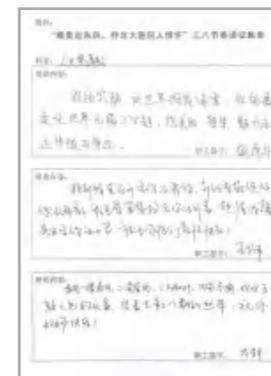
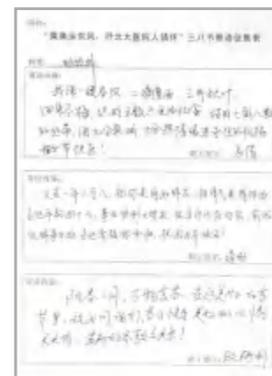
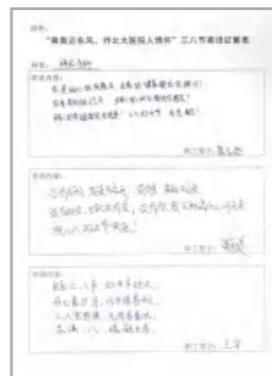
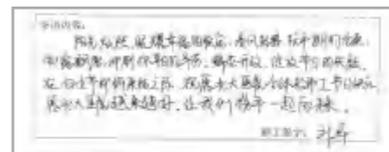
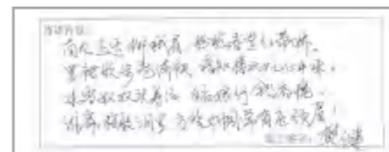
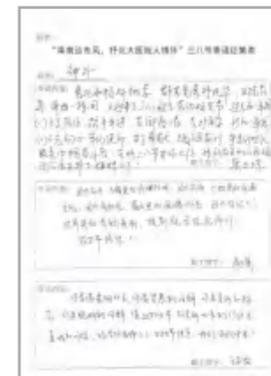
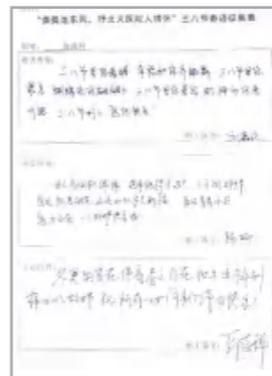
3月，我院工会成功组织全院教职工开展了以“乘奥运东风，抒北大医院人情怀”为主题的寄语活动。活动旨在积极倡导全院教职工爱岗敬业、艰苦奋斗、勇于创新、甘于奉献，凝聚建功新时代的强大力量。全院超过4400余名职工参与此次活动。

我院教职工通过一段话、一封信、一首诗、一份感言、一张照片、一幅书画作品等形式，表达了对北京2022年冬奥会和冬残奥会胜利举办的祝贺、对国家未来发展的美好愿景、对医院改革创新的期盼、以及对新时代生活

工作的感悟，每一笔都饱含了教职工的真诚祝愿，饱含着对国家和医院的热爱与深情，传递着对我院未来腾飞发展的美好祝福。

经工会委员会全体委员讨论通过，院工会为参与活动的职工购买了脱贫地区产品作为参与奖，并为职工快递到家。

院工会将继续团结动员全院教职工在新征程上更好发挥作用，凝心聚力、担当作为，弘扬北京冬奥精神，凝聚起共筑中国梦、一起向未来的磅礴力量！



(工会)

为职工撑起“爱心伞”

——院工会为全院在职职工购买重大疾病互助保险、办理女职工互助保险



近年来，我院工会以保障民生为切入点和落脚点，积极落实上级工会要求，重视在职职工互助保障工作并扎实做好各项措施，让这份保障辐射惠及更多职工。3月7日，经我院工会委员会讨论通过，支出35万余元为全院职工会员(4490人)统一购买了“职工重大疾病互助保险”，为全院会员职工提供了一份保障。

职工互助保险是工会组织维护职工权益的具体体现，是工会组织为职工抵御风险筑起的一道屏障，弘扬了“平时注入一滴水，难时拥有互助情”的互助互济理念。3月3日至28日，我院工会还通过细致的审核、网上提交、转账等系列工作，顺利完成全院2772名女职工互助保险的续保、入保工作。

我院工会将继续做好职工互助保

障工作，加大宣传力度，不断扩大职工互助保障覆盖面，努力做到“保险工作规范化，服务职工精准化，服务基层精细化”，为职工抵御疾病风险筑起坚实的防线！

(工会)

院工会积极落实北京市“消费帮扶新春”要求



根据北京市支援合作办公室《关于开展“消费帮扶新春行动”的通知》要求，按照国家发展改革委员会、北京市支援合作办公室促进消费恢复的部署，结合新春元宵节慰问活动，以北京市支援合作的河北保定等脱贫地区为重点，进一步加大脱贫地区特色优质农副产品的采购销售，经工会委员会讨论通过，院工会于元宵节期间购买了共112561元的脱贫地区产品，为职工快递到家，送上元宵佳节

的问候与祝福。
《通知》明确，各地区、各部门要抢抓2022年元宵节等消费旺季契机，开展“消费帮扶新春行动”，重点通过举措强化对脱贫地区特别是乡村振兴帮扶县、大型易地扶贫搬迁安置区产品和服务的帮销力度。一是加大脱贫地区特色农产品消费采购力度，二是发动干部职工和广大市民参与消

费帮扶，三是积极组织线上销售平台扩大网络销售，四是在落实疫情防控常态化要求和“就地过年”部署前提下鼓励脱贫地区干部职工开展县域旅游消费。



对于《通知》要求，院工会高度重视，以最快的速度融入到消费帮扶大军之中。此次“消费帮扶新春活动”旨在解决河北保定阜平地区产品销路窄等突出问题，推动扶贫见成效，在助力脱贫攻坚中积极彰显北大医院工会组织的责任和担当。

(工会)

小心睡眠“危机”夺走精力

人的一生之中有大约三分之一的时间是在睡眠中度过的，正常的睡眠对于健康非常重要，长期睡眠质量低下会让人精力不济，对身体多个器官产生不好的影响，容易导致多种慢性疾病，甚至会增加肿瘤发生率。



呼噜响就是睡得香吗？



睡眠疾病种类多且复杂，其中最常见的一种即鼾症，也就是俗称的打呼噜。打呼噜可以说非常常见，尤其是在成年男性中，那么打呼噜就是睡得香睡得好吗，并不是这样。

睡得不好，病可不少！

严重的打呼噜，尤其是伴有睡眠中频繁发生的呼吸暂停，可能是患上了睡眠呼吸暂停综合征。患者在睡眠时因为通气不足会有反复的缺氧和睡眠结构紊乱。所以有的打呼噜，看上去睡得香，实际上睡眠质量非常低，患者白天精力差，很容易出现疲劳。



严重的打鼾除了影响家人的休息，睡眠呼吸暂停综合征的危害非常大，可以增加很多慢性疾病的发生率，比如高血压、冠心病、糖尿病以及认知障碍等等，极为严重的睡眠呼吸暂停综合征甚至使睡眠中猝死的风



险增加。

没关系，还是可以改善的~

大家也不必过分担心，睡眠呼吸暂停综合征可以通过医学手段改善，使人获得更好的睡眠，从而获得更充沛的精力。医生建议所有长期打呼噜，尤其是有睡眠呼吸暂停的人到医院进



行一种称为睡眠监测的检查，通过这

个检查评估疾病的大致原因和严重程度，再结合咽喉部位的检查可初步确定治疗方案。

有大量的研究证明，对睡眠呼吸暂停综合征的有效治疗可以改善患者的白日精力，可降低慢性疾病的风险。对于已经确诊的睡眠呼吸暂停综合征，当前常用的治疗方案主要有手术、口腔矫治器以及呼吸机治疗，具体适合哪种治疗应该由医生结合检查结果确定，并根据患者意愿最终决定。

3月21日是“世界睡眠日”，让我们一同关注睡眠健康，了解鼾症知识，夜晚畅快呼吸，享受安静睡眠，能量满满、精力充沛地过好每一天。



(耳鼻咽喉-头颈外科 张俊波)

止痛，我们需要注意哪些？

疼痛是一种与组织损伤或潜在组织损伤相关的感觉、情感、认知和社会维度的痛苦体验。仅从疼痛这两个字的字面意义上理解：表达躯体不适的谓之“疼”，表达内心不愉快的谓之“痛”。所以疼痛两字，既表达躯体的痛苦，又能表达心理的痛苦。

疼痛不可忍耐，及时就诊明确诊断

疼痛的分类有几种方式，可以按照发生的时间、疼痛的性质或疼痛的部位来分。按照时间来分，可分为急性疼痛（发生3个月内的疼痛）和慢性疼痛（持续时间超过3个月的疼痛）；



按照疼痛的性质分类，可分为伤害感受性疼痛、神经病理性疼痛和混合性疼痛；按照疼痛部位来分，身体的任何部位

都可以发生疼痛，如头痛、颈痛、胸痛、腰痛、腿痛、足跟痛等等。

到疼痛科就诊的患者中，主要可以分为三大类：骨关节痛（包括与骨科相关的疼痛，如颈椎病、腰椎病、膝关节痛等）、神经痛（如带状疱疹后神经痛、三叉神经痛）、癌痛（包括难治性疼痛）。

疼痛程度可分为轻、中、重，其中中重度疼痛可影响睡眠。不管疼痛程度如何，只要出现疼痛都要尽快到医院就诊，因为出现疼痛症状是身体发出了信号或者警告。在门诊曾经遇到一些病人，出现轻微疼痛时不重视，自己在家忍着，以为忍一忍就过去了。但是轻微的疼痛一直发展到重度疼痛（痛得睡不着觉），到医院做检查才发现已经是癌症晚期，出现了骨转移或其他脏器转移等，引起重度疼痛才得以确诊。因此，出现疼痛需要及时就诊，要尽快查明病因，及时治疗。

癌痛治疗的误区

误区一：得了癌症肯定会疼，忍

痛是美德。

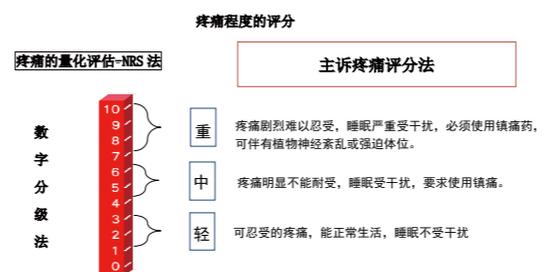
正确理解：无痛是人的基本权利；选择理想的药物并正确地使用，80%以上的疼痛患者都可以无痛；疼痛必须得到治疗，而且要规范化地治疗。

误区二：三阶梯用药就是将药物分为三个阶梯，疼痛病人不管疼痛强度，一律从一阶梯开始用药。

正确的理解：疼痛评估是规范化用药的前提和基础；要根据病人疼痛的强度选择理想的药物。

误区三：疼痛的强度应该由医生决定，不能轻易相信病人的主诉。

正确理解：疼痛是一种主观的感受，因人而异；医生一定要规范地使用疼痛的评分，相信病人的感受，并且给予相应的处理。



误区四：疼痛得到缓解即可，没有必要达到无痛。

正确理解：理想的疼痛治疗是让疼痛患者无痛（无痛睡眠、无痛休息、无痛活动）；所以医生需要不断地对疼痛进行评估，调整用药的剂量，全

面提高病人的生活质量。

误区五：病人疼的时候给药，不疼的时候不用给药。

正确理解：按时给药是一条不容违反的原则。即按照不同药物规定的间隔时间给药，这样可保证疼痛连续缓解。

误区六：只有剧烈的疼痛才能使用阿片类药物，使用时尽量要有限度。

正确理解：当患者出现中、重度疼痛时即可使用阿片类药物；只要疼痛到达一定强度，越早使用，阿片类药物的剂量就越低，而且耐药的时间会越长；如果将阿片类药物放到最后使用，剂量可能非常大，且耐药性出现快。

误区七：使用非阿片类药物会更安全。

正确理解：长期使用非甾体抗炎药对胃肠、肝、肾、血小板的危害大，有封顶效应；阿片类药物可以长期使用，无器官毒性，无封顶效应；口服吗啡的最大剂量：国外3500mg，国内2100mg。

误区八：阿片类药物的副反应大，用起来很麻烦。

正确理解：副反应多出现于用药初期，除便秘外，大多是暂时的、可耐受的；对此进行积极的预防，可以减轻或避免；非阿片类止痛药物也有



不良反应。

误区九：长期使用阿片类止痛药不可避免会成瘾。

正确理解：WHO 已用“药物依赖性”代替“成瘾性”；分为“躯体依赖性”和“精神依赖性”；血药浓度较快上升的药物易出现“成瘾性”；较稳定的血药浓度可降低发生“成瘾性”的风险。

误区十：肺部疾病的病人不能使用阿片类药物。

正确理解：肺部疾病是外周性病变；阿片类药物的呼吸抑制是药物的



中枢作用，仅发生在过量用药；疼痛是呼吸抑制最好的拮抗剂。

安全止痛，合理用药

止痛药里很多都是毒麻药，那如何避免药用滥用甚至危害社会呢？针对毒麻药管控，国家和医院都有严格的管理制度和措施。我们医院的具体作法是，一方面在疼痛门诊不能开出强阿片类药物的针剂，另一方面就是开强阿片类药物时，首先需要建立门诊大病历。门诊大病历中有疾病诊断证明、知情同意书、患者本人和取药人的身份证复印件。强阿片类药物在开具时要用红处方，经过药学部审核后才能交费取药。这样做是为了留下档案，防止强阿片类药物的滥用。而需要针剂镇痛的患者只能在急诊室注射，而且离开时必须把空药瓶留下。但是长期需要强阿片类药物镇痛的患者（多以癌痛为主），原则上是能口服尽量口服，不能口服时用外用贴剂。

（麻醉科 刘秀芬）

无痛胃肠镜，麻醉医生陪伴您 轻松完成内镜检查



胃肠镜检查——您了解吗？

很多人都听说过胃镜检查，如果总有腹部不适，打嗝反酸，消化内科医生会建议您做一个胃镜。如果亲属中有人得了消化道肿瘤，外科医生也会建议您做一个胃肠镜检查。提起做胃镜，大部分人都有点害怕，那么粗的管子从嗓子眼里经过，恐怕自己坚持不了。因为畏惧检查，有些人贻误了发现早期肿瘤的机会，因为拖延检查，有些消化道疾病迟迟不能明确诊断，口服药物不能准确对症，使得病情迁延不愈，更加痛苦。

其实胃肠镜检查是一种直观、可视的检查手段，它除了帮助我们诊断胃溃疡、胃息肉、炎症性肠病等消化道疾病，还可以筛查早期的胃肠道肿瘤，发现萎缩性胃炎、肠息肉等癌前病变。在中国人高发的恶性肿瘤中，胃癌、食道癌、结直肠癌占据了总量的1/3。而且胃肠道肿瘤生长隐匿，在早期没有伴随症状，更容易忽略，一旦发现往往到了晚期。所以对于饮食习惯不良、有肿瘤家族史，以及中老年人都建议进行胃肠镜的检查，以便筛查出早期肿瘤或者癌前病变。



年龄超过四十岁，建议您做个胃肠镜检查

胃肠镜不仅是检查的手段，在发现了早期病变时，它还可以取病理活检，明确诊断；进行息肉切除、早癌切除等治疗操作。现在的消化内镜检查，还可以放大、染色、结合超声观察胃肠道粘膜以外的病变或进行胰腺穿刺，功能可多了。

知道了胃肠镜检查的重要性，可是怎样克服检查时候的心理障碍？胃肠镜检查从几十年前就开始了，现在的技术更是进步了很多，但仍有许多人因为无法耐受不愿意做胃镜，也有



许多人因为肠道的胀痛不适不能完成肠镜检查。不过这些都已经可以克服，因为现在有了麻醉无痛技术，这些都不是问题啦！无痛胃肠镜，是您的首选！

有了麻醉医生给药，您可以克服焦虑，轻松检查。如在做无痛胃镜时，当您躺下，恍如还未曾入睡，胃镜已经悄悄完成，令您完全感受不到一点痛苦。在做无痛肠镜时，麻醉医生全程陪伴，待你悠悠醒转，整个结肠检查完了，有时候发现了息肉，取了病理活检，还做了微创电切，短则十来分钟，长则几十分钟，在您感觉不过弹指一挥间打了个盹。

有了无痛胃肠镜，胃镜的检查可以从从容容，从咽喉到食道，从胃到十二指肠，一路“且看且行”，医生不会因为清醒患者咽喉部的剧烈反射而不敢在咽喉部停留。在麻醉状态下，咽喉部松弛，胃镜腾挪空间大，更容易观察喉部、下咽的粘膜。而且，别看叫胃镜检查，检查的不只是胃，而是整个上消化道，除了食管的问题，还有不少人咽喉部的早癌是在胃镜检查中首先发现的。在清醒胃镜检查时，因为仔细地检查或对比而延长的几分钟，病人需要在不适和忍耐中分分秒秒煎熬，而在麻醉状态下，给内镜医生充分的时间和空间，有利于发现更

细微的变化。

结肠镜检查的个体差异更大，有的人进镜顺利，肠道通畅，检查起来就快且不太难受。而有的人，本身有便秘，做过腹部手术、剖宫产等，肠道有粘连，易激惹，进镜和检查难度就大。有些人，因为肠道发现息肉还需要做肠镜下息肉切除，而在有无痛技术的情况下，所有的困难只需要交给医生就好，无论时间长短，您可以全程酣睡，不用忍受腹部胀痛和辛苦，也可以半梦半醒，有时配合切息肉时调整呼吸。大部分人在做完检查时，还以为检查没有开始，我还没有睡着。无痛胃肠镜的体验，就是这么奇妙！

无痛是全麻吗？怎样预约啊？

所谓无痛，就是麻醉医生通过用药，使人没有痛苦或者没有知觉地完成检查，应用的麻醉药和全身麻醉同类，只是不需要像做大手术一样让患



无痛胃肠镜，患者：我从来没睡过这样的好觉，还想再睡五百年！医生：喂喂，你的检查做完了，下一个！

者完全意识消失、肌肉松弛，还有气管内插管等等。一般的胃肠镜检查，时间不太长，只需要通过静脉给药让患者小睡，或者只需要镇痛药维持让患者减少不适感，舒适完成检查。

预约无痛检查的流程，和普通胃肠镜的准备一样，除了检查所必需的化验以外，还需要做心电图，超过60岁或者原来有心脏问题的人还需要做超声心动图，然后拿着这些报告，在胃肠镜检查前完成麻醉评估，评估门诊的麻醉医生了解有无其他内科病、目前的口服药种类等，然后根据各项结果出具评估报告并提出相应的建议。除了胃肠道有梗阻的病人，在麻醉状态下，会有反流误吸的风险，以及过度肥胖、严重鼾症睡眠呼吸暂停以及心脏严重器质性病变以外，大多数人都可以享受无痛诊疗。

门诊无痛胃肠镜，在检查前会留置一个静脉套管针，入室后监护心率血压。麻醉医生全程陪伴，随时给药并保障生命体征的安全。在检查结束后，会让患者继续卧床休息十几分钟，感觉清醒没有不适后才可以离开，全程有麻醉护士的监护。无痛胃肠镜检查当日要有家属陪同，便于检查中发现息肉要切除时家属知情同意，检查后当日不宜上班，不能驾驶。麻醉后开车，也属于“醉驾”。



麻醉无痛，除了支持胃肠镜检查，还支持胃肠镜下微创手术治疗，以及胆道镜、气管镜等内镜检查和治疗。

哪里有疼痛，哪里就有麻醉医生的阵地！麻醉医生，为您的检查带来舒适体验，十分安心！

（麻醉科 陈晓云）



预防术后谵妄，我们在努力

“打了麻醉，会不会变傻？”很多病人，尤其是自己或亲人面对全麻手术时，或许都会有这样的顾虑。更有甚者，会有亲历者绘声绘色的描述自己家里的病人——尤其是老人，全麻是怎么“变傻”的——胡言乱语，躁动不安；或者是一直嗜睡，看起来很淡漠。

事实上呢？麻醉药对大脑的影响，是一个非常复杂的话题。简单地说，对于大多数病人，简单的全麻手术不会有太大影响，但确实有可能出现上述症状，其中有一部分就是本文中提到的“谵妄”。发生谵妄的机制尚不

清楚。谵妄的症状一般不会太持久，几天之后能够恢复。但是曾经出现过谵妄的病人，无论有没有得到针对谵妄症状的治疗，大脑都已经受到了不同程度的损害，往往给病人日后的恢复带来不良的影响甚至增加死亡率。因此，预防谵妄的发生，就成了一个重要的课题。

什么是全身麻醉？麻醉药有哪些种类？

全身麻醉指的是将麻醉药物通过不同的途径（吸入、静脉或肌注）注入人体内，使中枢神经系统受到抑制，从而满足手术或其他有创操作的需求。

全身麻醉药物一般包括三种。第一，镇静药，也就是让病人“睡着”，且这种睡眠和正常睡眠不同，多数情况下不可唤醒，只能等待药物代谢消除后作用消失，病人才能苏醒。如今广泛使用的镇静药包括吸入麻醉药和静脉麻醉药。第二，镇痛药，也就是减轻疼痛感的药物。虽然使用了镇静药，病人意识消失，但痛觉传导依然



存在，疼痛作为一种伤害性刺激，在全麻病人可以表现为血压升高、心率加快、血糖升高等等，使用镇痛药物的目的，就是抑制这种伤害性刺激带来的应激反应。对于较大的手术，镇痛作用还需要持续到麻醉苏醒后，以缓解术后的疼痛。第三，肌松药，也就是使全身肌肉松弛的药物，主要目的是满足手术医生操作的要求。以上三种药物，镇静药和镇痛药在全麻中一般是必须的，而肌松药可以根据手术大小、肌松程度的要求决定用或不用。

麻醉后会变傻吗？

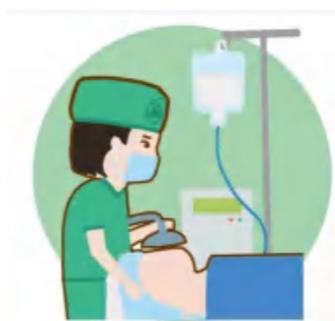


患者往往担心麻醉会使自己“变傻”。在上述全身麻醉需要的三种药物中，直接作用于大脑的是镇静药。而目前除了吸入麻醉药异氟烷被确认有神经细胞毒性之外，无论是吸入麻醉药七氟烷还是静脉麻醉药异丙酚都被认为可能对神经元细胞既有保护作用，又有毒性作用。这也是目前学界在动物实验、基础实验方面备感迷惑的地方。一方面的确有一些患者，尤其是老年患者，在术后麻醉后的短期甚至永久性地出现了记忆功能或者各方面思维能力的明显减退。而另一方面，人们一直在寻找合适的麻醉方式和麻醉药物，以降低患者术后认知功能障碍的发生率，尽管颇有成效，然而结论仍有一定的争议。

但是，麻醉能够消除不良应激，使患者处于良好的制动状态，进而保证医生高质量地进行手术，是如今外科手术实施不可缺少的条件。因此，部分面临手术的病人出于所谓麻醉后“变傻”的顾虑而试图不接受麻醉是不现实的。

术后谵妄是“变傻”么？有什么危害？

术后谵妄是术后认知功能障碍的一种。易发生于老年病人，无明确病因，表现为麻醉苏醒之后又出现认知功能障碍、意识水平下降、注意力不能集中、精神活动力下降和睡眠-觉醒周期紊



乱，可能伴有幻觉、定向力障碍或短时记忆障碍，常发生于术后1-3天内，可持续数小时至数周。

谵妄的发病机制目前尚不清楚，总的说来，谵妄是多种因素共同作用的结果，它可以被视为“脑功能衰竭”，就如同肝功能衰竭、肾功能衰竭、心功能衰竭一样，是多种病因导致的共同结果。

根据临床表现的不同，谵妄分为三个亚型，即高活动型、低活动型和混合型。高活动型谵妄容易被发现，病人往往表现为不同程度的躁动、胡言乱语、妄想、伤害性动作如拔除体内各种导管等。而低活动型谵妄病人往往表现为嗜睡，如不进行专门的评估很容易被忽视。混合型兼具二者特征，可在不同时间分别表现为躁动或嗜睡。

发生谵妄的病人，往往预后较差。近期可能表现为重要器官功能下降，并发症发生率增加，机械通气时间延长，住院时间延长，相应的医疗费用

随之增加，死亡率升高；远期可能表现为出院后需专人护理的几率增加、认知功能损害风险增加、生活质量下降、远期死亡率增加。另外，一部分高活动型谵妄病人躁动时常试图拔除气管导管、尿管、输液通路等，伤及自己及工作人员。低活动型谵妄虽看似正常，却可能给病人带来更差的预后。

总的说来，谵妄的治疗有困难，且有研究显示，谵妄一旦发生，针对谵妄的治疗并不能改善病人远期死亡率。因此，与治疗相比，谵妄的预防显得更为重要。

谵妄的预防，我们在努力

2016年8月16日，世界顶尖医学期刊《Lancet》（《柳叶刀》）发表了北京大学第一医院麻醉科王东信教授（通讯作者）团队研究论文，研究显示，右美托咪定对于术后谵妄的预防有明显的效果。该研究为术后谵妄的预防提供了有力的证据。2019年，上述研究的3年随访结果发表在





《Annals of Surgery》（《外科学年鉴》）上，表明预防术后谵妄能够在一定程度上提高病人的术后生存率，并改善认知功能，进一步证实了积极预防谵妄的意义。

2021年8月，王东信教授团队又在麻醉领域顶级期刊《Anesthesiology》连续发表2篇高质量随机对照研究。第一篇文章为一项纳入1802例受试者的随机对照研究，明确了全身麻醉复合硬膜外麻醉可以显著降低术后谵妄的发生风险。第二篇文章为该随机对照研究的远期随访，解释了硬膜外麻醉是否可以改

善患者远期生存率的重要问题。这两项研究结果于2021年8月以封面文章的形式同时发表于《Anesthesiology》，并被该杂志评为年度十大进展之一。

在许许多多麻醉医生和科学家的共同努力下，与各种高质量研究伴随的，是术后谵妄总体发生率的降低，在65岁以上老年人群中，术后谵妄发生率已经由30年前的20-50%降低到不到10%。

随着医学技术的进步和药物的更新迭代，我们相信，在不久的将来，谵妄能够更加有效地预防，人们不会再困惑于“麻醉后变傻”这样的问题。

（麻醉科）

与肿瘤抗争，人们应该知道这些

全国肿瘤防治宣传周

2022年4月15日至21日是第28个全国肿瘤防治宣传周，今年我国的宣传主题是“癌症防治，早早行动”。旨在积极倡导每个人做自己健康的第一责任人，正确认识癌症，积极防控癌症，与其谈癌色变，不如科学防癌。下面就跟着小编一起来了解一下肿瘤的相关知识。

恶性肿瘤为什么这么恶？

恶性肿瘤细胞是从正常细胞逐渐变异生长的一类细胞，它通常具有三个“罪恶”的特点。

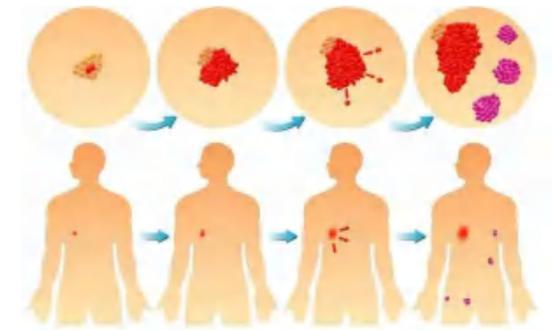
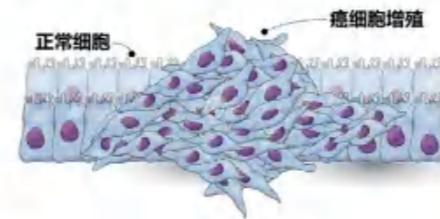
第一个特点：过度增殖。这种无节制的过度增殖，导致肿瘤组织对正常组织器官的占据、摧毁，导致器官功能受损，最终导致脏器功能衰竭。

比如肺癌肿物过度增殖导致呼吸面积减少、气道压迫、胸腔积液，最后肺功能减退或者衰竭。

第二个特点：侵袭性。恶性肿瘤细胞在过度增殖的同时，还会伸出“触角”侵入临近的组织器官，摧毁临近器官的功能，极具破坏性。比如胰腺癌，增大的肿瘤组织可以侵犯周围的胃肠、肝脾、血管，从而导致胃肠穿孔、梗阻、胆道压迫阻塞，侵犯神经导致疼痛难忍，严重影响生活质量。

第三个特点：远处转移。恶性肿瘤还可以侵入周围的血管、淋巴管，进入身体循环系统，到达远处器官内驻足，扎根生长成一个新的肿物，破坏转移器官。比如脑转移，肺癌、肝癌、乳腺癌等原发肿瘤，都可以转移到脑，

CANCER Cells





在脑组织中快速生长成肿物，损坏脑组织功能、升高颅压，导致患者脑功能障碍，最终死亡。

恶性肿瘤的这三大特点就使得治愈有一定困难，因此我们一定要在恶性肿瘤的早期阶段发现，在它还没有侵犯周围脏器、没有远处转移的时候去除它。早发现、早治疗可以大大提高恶性肿瘤治愈率。

如何才能获得最佳治疗效果？

恶性肿瘤患者怎么才能获得最好的治疗效果呢？这可以从三个人群层面来进行回答。

早期患者人群。恶性肿瘤临床 I / II 期的患者一般认为是早期患者人群，这类患者的肿瘤一般还比较局限，可能伴有较少、较近区域的淋巴结转移，局部外科、放疗、消融等手段还可以完全去除肿瘤。接受局部处理后，再联合一些辅助性化疗、靶向治疗、免疫治疗等，70-80% 的早期患者都可能获得长期生存，乃至治愈。

中期患者人群。这类患者一般肿瘤分期为 II / III 期，肿瘤局部侵犯范围较大，区域淋巴结转移较多，局部手术根治有一定难度。这组患者通常会采用术前新辅助治疗，缩小肿瘤大小、侵犯范围和程度，为手术创造机会，术后再补充全身性药物治疗、局部放疗，尽可能争取长期生存和治愈的机

癌症治疗方法



会。经过多个手段的综合治疗，大约 50% 左右的患者可获得长期生存。

晚期患者人群。这类患者已经出现肿瘤的全身性转移，由于治愈机会较少，主要追求肿瘤控制和生存质量的平衡。一般会选择有效的全身性药物治疗，通过全身应用药物控制肿瘤生长，同时管理好治疗药物相关的不良反应，用管理慢性病的思路，实现与肿瘤共存的目标。对于少病灶转移的患者，有时也会考虑局部手术和放疗、射频消融，争取更好地控制肿瘤，以延长生存期、提升生活质量。

科学防癌，关口前移。希望每一个人都能树立癌症预防理念，积极行动，做到早预防、早发现、早诊断、早治疗，切实降低癌症带来的社会危害和疾病负担。

(肿瘤化疗科 吴世凯)