

儿童恶性肿瘤的四级诊治战略



张金哲

近来小儿肿瘤就诊增多,给“社会恐癌”又增添了内容。过去人们认为癌只是老人病,现在人们对儿童恶性肿瘤开始重视。儿童肿瘤的特点是无症状,发病慢,靠成人偶然发现而就诊。就诊时常常已经是晚期。特别是腹部肿瘤,就诊时有如足月孕妇已不足为奇。因此治愈率很低。但就诊患儿一般都精神活泼,又不至马上衰竭死亡。现在一个孩子生病牵动三家,明知治不好,谁也不肯说放弃不治。在社会上,造成“三拖”。即:拖垮患儿身体(肿瘤的耗损、治疗的摧残),拖垮家庭经济(费用时时升级、疗程遥遥无期),拖垮医院信誉(医生束手无策,家长丧失信心)。我国现时治疗儿童肿瘤的水平:大城市小儿肿瘤专科的技术水平高,综合疗法多,都是国际水平。对无扩散转移的良好型肿瘤保证患儿长期无瘤生存应有把握。但是当前实际情况是:发现晚,诊断晚,就诊者常为不良型晚期患儿。当务之急是:推广家庭自查,做到全国小儿肿瘤普遍能早发现。避免耽误成病深终末期患儿,使小儿肿瘤治疗后能无瘤生存,当为我国医卫工作者不可推卸的责任。

中国工程院提出“慢病治疗战略系列研究”。我承担了“儿童恶性肿瘤诊治战略研究”。根据北京儿童医院肿瘤科的收治情况与个人经验,初步提出下列“四级方案”。据此参加了多次肿瘤患儿的临床会诊。我在特需门诊,也起了会诊作用。因为不少恶性肿瘤患儿来就诊,多数也是各地很多同道看过后转来的。我大致把这些患儿分为四类总结如下作为参考。

四级诊疗战略表

级别	病情	战略
1. 未病	现无瘤,怕生瘤	家庭自查,早期发现
2. 已病	瘤局限,身健康	无痛无恐,无瘤生存
3. 病深	瘤扩散,身尚健	超常突击,限期达标
4. 终末	瘤扩散,身衰竭	顺势疗法,安乐回生

一、未病

预防肿瘤发生,看来需从胚胎及基因工程研究突破,目前尚难普及应用。如果能早发现早治疗,按我国现在水平,也足以保证患儿无瘤生存和健康成长。另外,肿瘤治疗后的复发或转移,如能早期发现,也能争取长期生存。长期以来小儿肿瘤就诊几乎都是偶然发现。最多是家庭洗澡摸到肿物,少数是医生看其他病时偶然发现。家长不提出,医生也很难想到与本次看病无关的肿瘤。因此我们提出家庭自查方案,和成人预防乳癌一样自己随时摸摸。

第一个方法是洗澡自查:小儿每次洗澡都要按系统全身洗摸:①从头皮、颈侧、双肩腋下、双臂到手指;②前胸、腹股沟、双腿至足趾;③翻身摸后背每节脊椎,至会阴生殖器。涂上肥皂后,皮肤光滑,轻轻一擦就能摸到皮下不平。摸到肿物或肢体两侧不对称,都会使你感到异常而去看医生。每次洗澡都严格按顺序,养成习惯。即使你再粗心,也不会漏掉鸡蛋大小的肿瘤。

第二个方法是睡眠后摸腹。手掌并拢,轻轻摸肚脐,慢慢压下,直至摸到脊骨。可以摸到动脉搏动,即腹主动脉。说明从腹壁前墙摸到后墙。没有肿物,没有肿胀,也没有压痛(如有压痛,睡眠时也有自动腹壁紧张)。

此外,肿瘤术后患儿,除按随诊医嘱定期(3~6个月)查一次B超及瘤标外,还需要同时不断实行洗澡

摸腹自查。可保基本上不至于把复发或转移肿瘤耽误到巨大晚期。这种家庭自查法应该很容易推广。如能家家孩子洗澡都按系统注意肿块情况,我国孩子有望消灭晚期巨大肿瘤,按我们的现实技术就有可能消灭儿童肿瘤的天亡。

二、已病

肿瘤界限清楚,包膜完整。尚未发现周围侵犯、播散及远处转移。全身一般情况良好,精神、食欲正常。临床上称为良好性肿瘤。应该保证做到根除肿瘤,无复发转移。当然,这也很难。必须熟练直视下、无牵拉压挤、避免播散的肿瘤手术技术。不伤及周围器官,特别是保护大血管和神经。最好是微创、原位分离、切除。肿瘤巨大时,可先行术前缩小(包括术前化疗,瘤内切除,分段切除等技术)。总之,直视下完整切除为根本。配合技术包括:各种凝固切割器、暂时阻断循环技术、以及各种非切割手术方法,互相配合使用。

综合疗法,特别是化疗,目前在小儿应用的地位非常重要。然而也必须警惕,化疗的损害不亚于手术,必须善于控制。要清醒地意识到各种抗癌治疗“对抗疗法”都是对人体的严重损害。如何避免和补偿非常重要,也就是所谓“顺势疗法”的休息与营养配合,是现实小儿肿瘤治疗所忽视的问题。提倡母亲参与治疗,陪同患儿,保证患儿合理的休息与饮食疗法是安全易行的可取疗法。医院应尽量做到“无痛、无恐”的各种治疗护理措施(包括打针、换药以及术后生活护理)。

三、病深

肿瘤已扩散,但全身健康情况尚好。特别是精神食欲正常。即使肿瘤很大,小儿本人也无思想负担,就诊时仍然活泼可爱。医疗原则只要有“生”的希望,即使极微也应争取。所谓的极微必须有根据:理论根据,临床根据,实验根据;合情、合理、合法。治疗方案必须有阶段性目标,方法必须有条件实行和接受,疗程必须有期限。全部治疗过程都要严格实行“参与医学(4P)与透明行医”。到期无效立即停止或改易另一个方案。病深治疗原理是“超常规剂量”的冒险试探。必须有足够的先进技术为后盾。例如:靶向治疗技术、骨髓移植、干细胞移植,器官切除移植等。条件不够,只能做适当的安慰性治疗。事先必须充分讨论明确。超常规剂量治疗设计必须注意三忌:超过患儿承受能力;造成严重痛苦;表现残忍形象或明显失误致死。非常规工作,肯定是经验不足,要与家长沟通,共同承担意外风险。

四、终末

肿瘤已扩散并且失控,全身方面已有生命器官衰竭。现实医学技术已无力回天。如果患儿已经昏迷,则顺其自然死去。也有不少患儿垂死挣扎,痛苦万分。辗转哭闹,求助于妈妈、医护。安乐死不合法,事实上也行不通(实行安乐死总要最亲密的人签字,她肯签吗?)。所以我们要提“安乐生”。要孩子在有生残年,享受安乐。首先要解除疼痛和恐惧,特别是医院治疗增加的痛苦(如各种已无现实价值的插管、造瘘、牵引、固定),除止痛必需的治疗措施之外,尽量撤除。严重的非局灶性疼痛可用止痛泵、冬眠疗法、睡眠疗法;局灶性疼痛以局部固定、包扎、保护、甚至局部麻醉为宜。对孩子的止痛、睡好与吃好,最主要是妈妈陪同与抚爱协助完成。然而妈妈心理创伤也可能比孩子还严重。所以安乐生的实际重点工作对象是妈妈。妈妈的心情如果是已经绝望,如何能使患儿感到“生”的希望。首先要让妈妈感到医生是在治疗,不是放弃。所以叫“安乐回生”。医生是在改变肿瘤的对抗疗法换用顺势疗法。尽管顺势疗法没有对抗疗法的立竿见影疗效,但医学记录中,小儿肿瘤确有不少肿瘤凋亡的报道。关键在于加强孩子的健康,使他能和肿瘤的超速度繁殖竞赛。孩子身体营养下降,肿瘤细胞超速度繁殖需要营养很高。营养跟不上,最后只能自然凋亡。当然医生对自然凋亡尚不能控制,开始治疗只希望用对抗疗法杀灭肿瘤。现在对抗疗法已经失败,只好寄希望于顺势疗法。保护患儿安适生存,耗死肿瘤细胞。妈妈哄着孩子,使他身心安适,争取最后胜利。妈妈在希望中奋斗,不停地为孩子安适操心,转移了烦怨。最好的效果是能做到儿无痛母无怨,即使患儿仍是死亡,大家都已经尽心尽力对得起孩子。

(收稿日期:2015-09-18)