

■ 前沿

β 受体阻断剂降低围手术期死亡率

据 4 月 24 日《美国医学会杂志》上发表的一篇文章,对于接受大型非心脏手术的心脏病高危患者而言,在围手术期早期使用 β 受体阻断剂与 30 天全因死亡率及心脏并发症发生率显著降低相关,并且在心脏病最高危患者中相关性最强。

β 受体阻断剂在这类患者中的应用目前仍存在争议,而且鉴于安全性方面的担忧,围手术期 β 受体阻断剂的应用

正在减少。为了探讨高危患者使用这类药物的利弊,美国旧金山的研究人员开展了一项回顾性队列研究。在 5 年研究期间,β 受体阻断剂的应用呈现小幅但具有统计学意义的下降,从第一年的 43.5%降至最后一年的 36.2%。既往研究也曾报道过相近的趋势。研究者表示,这可能与相关试验显示的治疗组患者卒中和死亡例数增加有关。该结果导致这段时期内的治疗指南更加保守。

心脏骤停发生时间不同预后有差异

在美国每年有超过 30 万人发生院外心脏骤停(OHCA)。这些患者成功复苏的关键在于急救医疗服务、早期高质量胸外按压的心肺复苏、除颤、高级生命支持措施和进入医院后的复苏治疗有效实施。曾有研究人员报道,院内患者发生心脏骤停的生存率因发生时间不同对预后有影响,其中夜间发生的患者自主循环恢复和存活出院比例较低,即使在考虑到疾病类型等各种混杂因素后依然有类似结果。目前没

有在院外急救情况下 OHCA 的发生时间与预后关系的研究。这种相关性或许会对急诊人员分配、训练和资源调配有重要意义。出于上述目的,来自美国宾夕法尼亚州的研究人员对费城急救医疗服务系统的心脏骤停患者的数据进行回顾性分析。他们发现,即使经患者自身情况、发生的事件和院前急救差异等因素校正后,OHCA 日间发生患者的 30 天生存率仍高于夜间发生患者。

泌乳素巨腺瘤

更可能发生垂体偶发出血

垂体偶发出血,不伴有完全性垂体卒中,是一种被认可的影像学表现。然而,关注垂体偶发出血临床行为的资料很少,大多数报告描述泌乳素巨腺瘤或无功能腺瘤的手术治疗。为了描述大规模临床泌乳素瘤群体中,垂体出血相关的发病率、自然病程和危险因素,来自英国伦敦的研究人员进行了一项研究。该研究发现,泌乳素瘤偶

发出血更有可能发生在泌乳素巨腺瘤,其中 20%发生出血,并且在伴有泌乳素巨腺瘤的女性特别常见。

该研究是一项回顾性分析,在三级内分泌中心进行,包括 368 例泌乳素瘤患者。出血现象记录在磁共振成像上。该研究结果表明,25 例患者发现垂体出血,总患病率为 6.8%,并且,泌乳素巨腺瘤显著高于泌乳素微腺瘤。

手术切缘小对乳腺癌患者不利

在肿瘤外科学会年度癌症研讨会上公布的研究结果显示,对于乳腺癌患者而言,缩小手术切缘可能反而带来大问题。一项针对 2377 例接受保乳治疗或乳房切除术的女性患者结局的回顾性研究显示,对于所有患者,切缘小于 2 毫米可导致显著的残留疾病风险。另一项研究对接受乳房切除术的导管原位癌女性随访 10 年发现,局部区域复发率随手术切缘缩小而增加,并且临近切缘是唯一的独立预测因素。

在 37%接受预先乳房切除术的患者中,2%接受再次切除,其中 5 例患者存在残留疾病。总体而言,在具有阳性切缘的患者中,40%存在残留疾病;在切缘 0.1~0.9 毫米的患者中,38%存在残留疾病;在切缘 1.0~1.9 毫米的患者中,33%存在残留疾病。

(以上为本报综合摘编)

国家妇产科新理论、新技术培训在郑州开班

本报讯 (通讯员杜亚军 卜春梅)日前,郑州市妇幼保健院承办的国家妇产科新理论、新技术暨生殖保健适宜技术高级培训班在郑州举办,拉开了该院建院 60 周年庆典系列高端学术会议的序幕。

会议共邀请到省内外多位专家参与。北京大学人民医院、中华医学会、北京妇产医院、国家卫生和计划生育委员会孕产项目专家、上海交通大学附属瑞金医

院、中国卫生法学会领域多位妇产科、儿科权威专家现场授课,让省内外 200 多名学员受益匪浅。培训班就宫颈预防进展与挑战、产科质量改善与危重症处理新技术、孕期营养新理念、医疗纠纷预防及处理、孕产孕期出生缺陷的提早干预等话题进行了交流学习。学员不仅了解了国内外妇产科学科发展的前沿动态,还学到了妇科微创手术新知识、新技术等。

经口内镜下肌切开

50 分钟搞定贲门失弛缓症

查,小郭被确诊患有贲门失弛缓症,只有进行手术切开食管下端括约肌才能解除梗阻,解决进食困难的问题。

河南省人民医院内镜中心主任医师周炳喜和李晓芳研究了患者的病情和影像学资料后,决定采用目前国际最先进的 POEM 微创手术治疗。他们采用最新微创的切除器械和方法,在食管表层(黏膜层)“开窗”后,分离黏膜下层,建立黏膜下“隧道”,

然后切开食管下段环形肌,再用金属夹关闭黏膜层切口。手术只用了几十分钟。

据李晓芳介绍,以往贲门失弛缓症的治疗包括口服药物、内镜下注射药物、球囊扩张和支架治疗等方法。这些方法都不能最终解除食管下端括约肌梗阻,疗效不肯定,复发率较高。外科手术切开食管下端括约肌疗效确切,但手术创伤大,恢复慢,住院时间长,手术费用也较

高。POEM 微创手术的开展,不仅大大克服了传统内镜治疗疗效不确定性的缺点,而且手术时间短、创伤小、恢复快、疗效可靠,充分体现了微创治疗的优越性。目前,我国仅有少数大医院开展该手术。河南省人民医院内镜中心完成的 4 例 POEM 微创手术中,最短手术时间仅需 50 分钟,而且让原先需要外科手术的患者免受了“开膛破肚”之苦。

卵巢储备功能评估哪种方法最优

龄评价卵巢储备功能有很大的局限性,还需结合其他指标进行更确切的评价。

二、基础卵泡刺激素(FSH)水平 在月经周期的第三天测定 FSH 值,如果结果大于 10 单位/升,卵巢储备功能就不太好了,大于 15 单位/升则明显不好,多次测定均大于 20 单位/升,妊娠的成功率几乎为零。国外的专家甚至提出,FSH 值大于 6.8 单位/升,就是卵巢储备功能衰退的开始。

三、FSH 与黄体生成素(LH)的比值 生理状态下,随着卵巢功能降低,FSH 和 LH 水平均上升,且 FSH 水平升高更明显。因此,卵巢储备功能低下首先表现为 FSH 与 LH 的比值升高。通常,人们将 FSH:LH> 3.6 作为评价卵巢储备能力降低的指标。

四、基础血清(E2)水平 研究证实,当一名女性月经周期第三天 E2 值> 80 皮克/毫升时,无论年龄与 FSH 水平如何,就已经

能够确定其生育能力低下;在促排卵过程中,卵巢反应低或无反应者,周期取消率上升,临床妊娠率下降。当 E2 值>100 皮克/毫升时,卵巢反应性更差,即使 FSH 值<15 单位/升,也无一例妊娠。

五、过早黄素化 过早黄素化是指在促排卵刺激诱导中,LH 峰提前出现,孕激素水平轻度上升,使卵子过早恢复成熟分裂,从而使卵子质量、受孕率下降,并使妊娠率下降、流产率升高。

总之,卵巢储备功能的检测方法有很多,应根据患者的具体情况加以选择。在上述各项检测方法中,基础 FSH、E2 水平预测效果明显优于年龄的预测效果,但由于基础 FSH、E2 在周期之间变异大、敏感性较差,限制了其单独应用。氯米酚刺激试验既可用于辅助生殖技术,又可用于普通不孕人群,适用范围广,是目前较好的一种方法。

(北京 孙晓光)

一位 40 岁的女士想知道自己是否能生育;一位 35 岁的女士打算考注册会计师证书,想知道自己再过几年怀孕行不行;一个打算做试管婴儿的女士,想知道自己的成功率是多少……这些都涉及到卵巢储备功能的评估。

评估卵巢储备功能,实际上就是评估卵巢内还剩下多少卵泡可供排出,卵泡的质量代表受精和发育成胚胎的能力,更直接地说,代表着一个人的生育能力。它的评估主要有以下几种方法。

一、年龄 女性的生育能力随着年龄的增长逐渐下降,女性在胚胎 20 周的时候,卵巢内的卵母细胞最高可达 700 万个,出生的时候只剩 200 万个。36 岁以后,卵泡数量急剧下降,只剩下两三万个。50 岁的时候,只剩下零零散散的卵母细胞。对个体而言,卵巢储备能力开始下降的年龄存在差异。因此,单纯用年

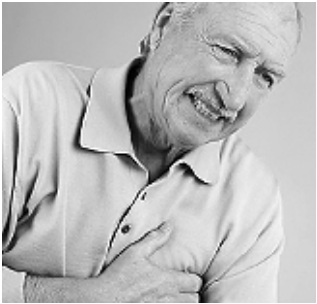
冲发生器并行动局部清创。患者术后恢复良好。

病历分析

相关文献反复强调,再次手术、手术操作时间过长、肾脏透析治疗皆为起搏器及 CRT 相关感染的独立危险因素。根据 2010 年美国心脏病协会《心血管置入电子装置感染和处理最新共识》建议,该患者应从体内移除所有植入装置系统,包括起搏器及电极导线。

在临床诊疗中,判断感染是否侵及囊袋十分关键,仅皮肤、切口感染或囊袋水肿等情况可采取保守治疗;一旦囊袋感染,则须将植入装置系统全部取出,并予以相应抗菌药物治疗。

本例患者年龄偏大,开胸左心室外膜电极拔除术风险较高,因此笔者选择将左心室电极近心端离断后旷置,其余



置入部分均完全移除,远期临床效果仍待进一步随访。

临床启示

再次手术、手术时间延长是心血管植入电子装置感染的独立危险因素。

起搏器囊袋感染已累及起搏器脉冲发生器及电极导线者应移除所有植入装置系统,包括起搏器及电极导线。

(李学斌 吴峰)

关于举办河南省首届医学科普高层论坛暨全省医学科普先进单位和优秀个人颁奖大会的通知

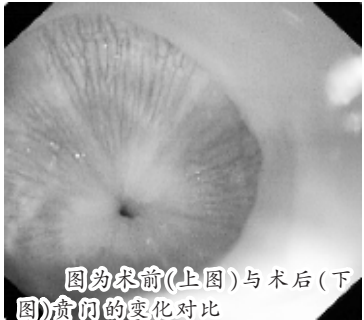
为了贯彻落实《中华人民共和国科学技术普及法》和全国卫生新闻宣传工作会议精神,不断提高医学科普创作和宣传水平,河南省医学科学院、医药卫生报社、河南省医学科学普及学会定于 5 月 14~16 日在济源市举办河南省首届医学科普高层论坛,同时对在全省医学科普工作中作出突出成绩的单位和个人予以表彰。

国家卫生和计划生育委员会有关领导、国内知名专家、三级甲等医院临床专家教授将应邀出席会议,并就医学科普工作进行广泛探讨和经验交流。届时,河南省卫生厅主管领导及有关处室负责人将出席会议、讲课,并听取与会代表的意见。有关意见和建议将通过《医药卫生报》、医药卫生网和河南医学科普网进行报道。

- 一、参加人员 各省辖市卫生局、有关扩权县(市)卫生局有关负责人,各级医疗卫生单位院长、副院长及相关科室负责人,医学科普先进单位代表和先进个人。
- 二、时间及地点 时间:5 月 14~16 日(14 日全天报到)
- 地点:济源宾馆(济源市宣化东街 38 号)。
- 三、论坛主题及内容 主题:医学科普与新闻宣传。内容:医学科普在医院品牌战略中的作用;医学科普进社区与医院营销;医学科普与医患关系;医务人员如何讲科普;医学科普的技巧与实践。
- 四、主讲专家 届时,国家卫生和计划生育委员

- 会新闻中心主任毛群安、上海市健康教育所所长张立强及省内著名科普专家等将应邀授课。
- 五、会议费用 每人 1500 元(含餐饮、住宿、资料等费用,交通费自理)。
- 六、注意事项 为了使会议顺利开展、会务组提前安排好代表接待工作,请各单位务必于 5 月 10 日前将参加会议同志的名单及联系方式以电子邮件的形式发送至会务组。
- 联系人:郭金
- 传真电话:(0371)65589069
- 电子信箱:yjxkpxh@126.com
- 河南省医学科学院
- 医药卫生报社
- 河南省医学科学普及学会
- 2013 年 4 月 22 日

■ 看点



图为术前(上图)与术后(下图)贲门的变化对比

■ 体会

腹腔镜下胆总管切开后怎样缝合最方便

最近,笔者做了几例腹腔镜胆囊切除术,采用的是胆总管切开探查,T 形管引流。手术中感觉缝合胆总管时总有些别扭,如何避免这种感觉?在与同事交流后,笔者得出如下体会。

首先,剑突下穿刺孔的位置很重要。这个孔一定要紧贴于镰状韧带的右侧。腹腔镜胆囊切除术的时候,穿偏一点儿也无所谓,因为器械是硬式的。但是,在做胆总管探查的时候就不行了,如果这个孔偏了,软质的胆道镜经这个孔下去的时候,碰到任何东西(如镰状韧带或肝缘),胆道镜的方向都会变,不利于直接进入胆总管,可能需要另外的钳子去辅助进入。如果在左上腹穿刺,缝合的时候可能会更得心应手,但胆道镜进入胆总管的时候,需要另外一个人的帮助。

缝合时,最困难的程序是最后一针的缝合。因为这个时候 T 形管与胆总管壁之间的缝

隙非常小,不易牵开管壁,如果直接缝合,可能会缝到 T 形管上。这个问题的解决方法有两种。一、先缝合胆总管切口的上下两端,最后缝中间。这种方法的优点是缝合难度小,缺点是需要反复地摆弄 T 形管。二、按从上到下的顺序缝合最后一针时,缝左侧壁时把 T 形管向右侧稍微拉一点儿,把尖头分离钳插入到胆总管壁与 T 形管之间,出针;再把 T 形管长臂摆向左侧,暴露右侧壁,斜着进针。进针的时候可以用手的力量向 T 形管方向靠一下,以增大 T 形管与胆总管壁之间的缝隙。

另外,缝合胆总管时,通常用 3~5 针,费不了多少线。因此,可以选用两头都自带缝针的无损伤线,一根线可以缝两次,剪掉针,再打结,这样往住比较容易。如果用一根线完成所有的缝合,由于带着缝针,只能打多个滑结。

(李松陶)

■ 病例

罕见泌尿系畸形成功手术

最近,笔者在临床上遇到一例非常罕见的泌尿生殖系统畸形病例,现与同行分享。

患者为男性,18 岁,因为右下肢疼痛前来就诊。检查发现,其下腹与盆腔有巨大的扩张管性器官。追本溯源,发现其右肾缺如,但是在右肾部位有巨大的疑似输尿管样管性器官。CT 检查发现患者有马蹄肾,右侧肾脏几乎未发育,右侧输尿管全程扩张,管径最大达 6 厘米;前列腺左侧囊肿,输尿管末端有 3 颗 0.8 厘米大小的结石,输尿管开口于前列腺尿道部位,右侧阴囊睾丸缺如。

手术前的资料提示,患者系泌尿生殖系统多发性畸形,右侧泌尿生殖系统全部是畸形,这也应验了一句话:只要有一处先天性畸形,就不能预料共有多少处畸形,只不过看能否发现而已。

手术的设计思路如下:既然是全泌尿体畸形,手术范围肯定很大,从上部到盆腔。是做传统的腹膜外入路还是腹腔入路?考虑到患者有隐睾,手术应探查睾丸,我们最后选择了仰卧位的腹腔入路,全长的腹直肌旁切口,下腹部向弯,呈 L 形。术中行全身麻醉。

打开腹腔后,我们还是选择了从右侧结肠旁沟打开后腹膜,进入腹膜后间隙。探查腹腔,我们担心找不到睾丸,因为睾丸如果残留体内,可能会发生癌变。后来,我们找到了睾丸,解除了一大隐患。

(罗志刚)

128 层 CT 引导下射频颅内靶点治疗开颅术后顽固性三叉神经痛

安阳市第六人民医院成功实施该项手术,填补了安阳市在该领域的空白

本报讯 (通讯员徐虹霞)日前,安阳市第六人民院三叉神经科、疼痛微创科、麻醉科、放射科密切合作,由该院副院长刘玉学操作,成功为一例三叉神经痛开颅微血管减压术后顽固性疼痛患者实施 128 层 CT 引导下右侧三叉神经颅内靶点射频介入微创手术,解除了困扰患者多年的病痛,填补了安阳市在该领域的空白。该项技术目前在省内处于领先水平。

患者杨某,男,57 岁,8 个月前因三叉神经痛行开颅神经微血管减压手术,术后右侧面部疼痛消失。5 个月前,患者再次出现右侧面部阵发性针刺样疼痛,疼痛剧烈,VAS 评分 8~10 分,口服药物无法控制疼痛。因疼痛导致惧怕洗脸、刷牙、咀嚼,患者生

活质量严重下降,遂到安阳市第六人民医院就诊。该院疼痛微创科主任张谦经详细询问、查体后,诊断患者为三叉神经痛术后复发。

三叉神经科、疼痛微创科、麻醉科、放射科专家会诊后,决定为患者进行 128 层 CT 下定位颅内靶点射频消融介入手术。近日,在影像中心,放射科技师对患者颅颌面部进行 128 层 CT 三维重建,主任医师刘玉学、副主任医师张谦在 CT 引导下,将射频穿刺针经卵圆孔顺利送入颅内,经方波电生理刺激定位于颅内靶点。麻醉师给予麻醉后,应用射频治疗仪将三叉神经半月节控温射频消融。术后,患者不再疼痛,治疗效果非常满意。

据刘玉学介绍,该方法治疗三

叉神经痛具有定位准、效果好、创伤小、费用少、无痛苦、复发率低等优点,是首选疗法。

相关链接:射频热凝消融疗法是目前国内外治疗三叉神经痛的较好方法,它利用高温作用于神经节、神经干和神经根等部位,使其蛋白质凝固变性,从而阻断神经冲动传导,消除疼痛。以往,三叉神经射频热凝手术治疗多为盲目穿刺法,如果穿刺失败,可有严重的并发症。如今,安阳市第六人民医院三叉神经科在 128 层 CT 三维重建立体引导下进行穿刺,操作方便、迅速,使定位更加准确、安全,提高了射频手术治疗效果。安阳市第六人民医院疼痛微创科电话:(0372)5020141