

全腔镜下远端三角吻合术根治胃癌

本报讯 (通讯员曹咏吴静)日前,郑州大学一附院胃肠外科采用国际最先进的三角吻合术,成功开展了全腹腔镜远端胃癌根治手术。此例手术利用三角吻合术完成消化道重建,取得满意效果。

63 岁的王老太太被确诊为胃窦癌,经过充分的手术前准备

后,医护人员利用三角吻合技术为其进行了全腔镜下胃窦癌根治术。术后当天王老太太即可饮水、下床活动,第二天可进食流食,第五天停止所有治疗康复出院。近日,王老太太来院复诊,无任何不适。

据该院胃肠外科部永顺博士介绍,较以往传统的吻合方

式,三角吻合术完全实现了腔镜下吻合,明显缩短了手术时间,且术后患者恢复速度更快,术后疼痛不适明显减轻。吻合后留存的大管腔可使术后进食更早且更充足。同时,三角吻合术能最大限度地减少术后各种并发症的发生。在手术耗时、出血量、淋巴结清扫等方面,此方

法均有明显优势,显示了全腹腔镜下远端胃癌三角吻合术的安全性、可靠性和优越性,显示出其良好的应用前景。

目前,世界范围内仅有日本、韩国、美国等国家的少数医疗中心开展全腹腔镜下远端胃癌根治术的三角吻合术。邵永顺利用在美国学习的先

进技术,在省内率先开展了此项技术,在国内也处于领先地位。

此次手术完全在腹腔镜下完成残胃和十二指肠后壁的功能性端口吻合;吻合后吻合口的缝钉线呈“V”字形,闭合共同开口后,吻合口内部的缝钉线呈现为三角形。

看点

两根细线解除 10 年心脏顽疾

本报讯 (记者李伟强 通讯员荣文翰 王珂)近日,患心脏病 10 年的李老太太在郑州市第七人民医院心血管外科三病区接受了人工腱索行二尖瓣成形术,同时行冠状动脉旁路移植,解除了病痛,免受多种并发症威胁。

今年 62 岁的李老太太 10 年前因胸闷到当地医院就诊,被诊断为二尖瓣关闭不全,因经济问题未及时治疗。近年来,她胸闷等症状进行性加重,服用药物时稍好一点儿,药物一停就不能平卧睡眠,遂到郑州市第七人民医院心血管外科就诊。该科主任杨斌认真分析资料,完善检查,诊断李老太太为二尖瓣腱索断裂导致的关闭不全,冠心病前降支闭塞。

在麻醉科的精心配合下,杨斌决定为患者用人工腱索行二尖瓣成形术,并同时行(一期)冠状动脉旁路移植。手术中,手术探查证实了术前的诊断,患者二尖瓣后瓣腱索稀少,

仅有的一根腱索断裂。杨斌采用人工腱索进行二尖瓣成形,也就是把两根细线(Gore-Tex 线)分别缝在乳头肌和相应的脱垂的瓣膜缘,使不能对合的瓣膜重新完好地对合起来。为了保持瓣膜良好的状态,杨斌又把二尖瓣成形环缝在已经扩大的二尖瓣环上;同时,把患者的乳内动脉游离下来,吻合在闭塞的前降支远端,相当于给冠状动脉另接一段血管。李老太太心脏复跳非常顺利,食道超声监测显示她的二尖瓣对合完好,无反流,无狭窄,目前已痊愈出院。

杨斌说,二尖瓣关闭不全在过去大多一换了之,虽然手术简单,但患者需要终生用药,生活质量有所下降;而二尖瓣成形后又面临着狭窄或关闭不全,存在血尿、肾功能衰竭等严重并发症的风险。人工腱索的合理应用,从根本上解决了上述问题,提高了患者的生活质量。

体腔循环灌注热化疗治胸腹水

本报讯 (记者李季)开封市的张女士 1 个月前腹腔大量积液,进一步检查后诊断为卵巢癌、腹腔转移并恶性腹水。开封市中心医院肿瘤诊疗中心为她确定了一种创伤小、毒性小、安全可靠的绿色疗法——体腔循环灌注热化疗。经过一周两次的治疗,张女士的腹胀很快好转,两周后复查彩超,腹水消失。

据介绍,体腔循环灌注热化疗是一种全身性的癌症新疗法。因为热化疗可以起到增强放化疗敏感性、提高治疗效果的作用;而且可以调节免疫力,增强 T 细胞、巨噬细胞等免疫细胞功能;不仅能有效杀灭放化疗后残存的癌细胞,而

且可以消除或缓解癌症引起的疼痛。

这种治疗方法通过超声引导下行胸腔、腹腔穿刺,植入直径仅几毫米的引流管,或留置尿管,将化疗药加入 41~50 摄氏度生理盐水 1500~2000 毫升中,经引流管注入胸腔、腹腔、膀胱,使其温度保持在 41~42 摄氏度,每周一两次,每次 1 小时。其原理为:利用物理能量热效应好的化疗药物,灌注到肿瘤部位,使肿瘤组织温度上升到有效治疗温度,并维持一定时间,利用正常组织和肿瘤细胞对温度耐受能力的差异,达到既能使肿瘤细胞凋亡、又不损伤正常组织的治疗目的。

腹腔镜下切除全结肠

本报讯 (记者李 苻)近日,河南大学淮河医院普外科成功完成一例腹腔镜下全结肠切除术。由于完全腹腔镜全结肠切除术操作复杂、难度大,国内外完成病例的相关报道较少。

53 岁的蒋女士患顽固性溃疡性结肠炎 3 年,长期腹泻、便血,身体极度虚弱,靠药物控制每年要花费 1 万多元,停药后病情反复发作。由于身体虚弱,蒋女士难以承受传统开腹手术的创伤,专家讨论后

决定为其实施腹腔镜下全结肠切除术。手术在患者腹部打了 5 个 0.5~1 厘米的孔,利用腔镜器械进行腹腔全结肠游离。手术过程出血极少(约 50 毫升),手术标本从肛门取出,真正实现了腹壁的无手术切口。手术历时 3 个多小时,患者已于日前痊愈出院。

腹腔镜手术相比传统开腹手术具有手术创伤小、术后疼痛轻微、并发症少、恢复快、活动早、患者术后 24 小时就可下床活动等优点。

目前,一些医生对高血压病的分型诊断和治疗缺乏严谨、全面的检查手段和治疗方法,给患者带来很大困惑。高血压病分型诊断技术的临床应用则解决了广大高血压病患者这一困扰,它无痛、无创、方便、快捷,患者的依从性较好。高血压病分型诊断技术能测出其属于何种类型,医生针对不同类型选择相应的降压药,

应对猝死突袭 重在得『心』应『手』

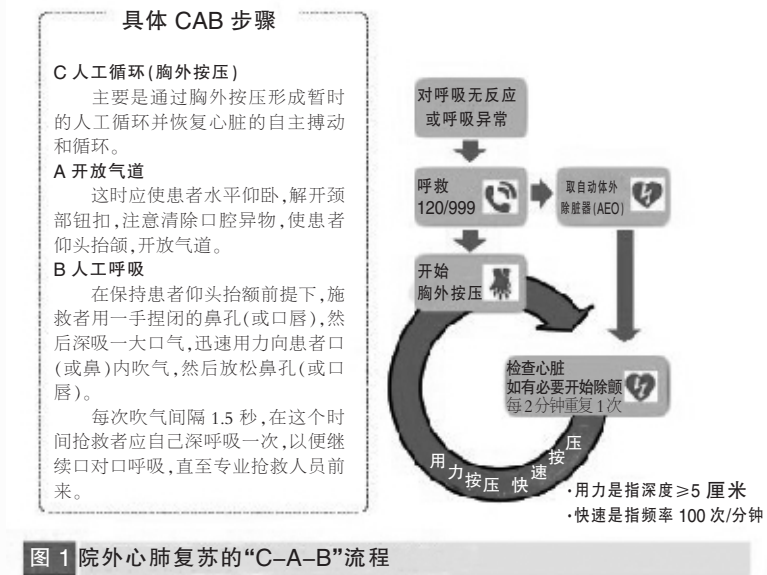


图 1 院外心肺复苏的“C-A-B”流程



图 2 心肺复苏时胸外按压要点示意图

6 月 3~9 日是“中国心脏节律周”,国际心律失常联盟和中国心律失常联盟将娓娓述说那些有关心脏节律的故事。去年的主题是呼吁人们“关注脉搏,你我同行”;今年的主题警醒我们“远离猝死,从‘心’做起”。中国心律失常联盟作为时时关注你我心脏节律

相关状况的组织,希望通过潜心揭示现存隐患、普及点滴进展以及精心准备年度话题和配套活动,使短短 7 天的“中国心脏节律周”成为全年心脏节律健康教育交响曲中的最华美元章。中国心律失常联盟希望心脏节律相关的最新理念、健康知识 with 心肺复苏救治技巧深深植入每个人的心田。

理念:猝死可防可救

大量研究与实践证实,猝死的悲剧不仅因其猝不及防,更大程度还要归咎于公众预防意识薄弱,超过 70% 猝死事件发生在医院外,能成功获救的患者微乎其微(中国为 1%~3%),公众对猝死急救技术、知识缺失或准确到位远远不足是导致猝死者痛苦“黄金 4 分钟”这一最佳抢救时机的主因。

中国心律失常联盟主席、中国心律学会主任委员郭继鸿强调,公众对心脏性猝死并非束手无策,其实是可防可救的。

就预防角度而言,健康的生活方式与健康的心态至关重要,合理膳食、适量运动、自我保健、心理平衡以及定期健康评估能显著规避猝死。

从救治层面而言,第一,医患须了解“时间

就是生命”的真正含义与内容,院外心脏骤停 4 分钟内实施基础生命支持即心肺复苏,8 分钟内行高级心血管生命支持即由专业急救、医护人员经急救器材和药品实施复苏,可大幅改观生还概率;第二,医患须熟悉成人生存链五大关键环节;立即识别心脏骤停并启动急救系统,尽早行心肺复苏并注重胸外按压,快速除颤,有效高级生命支持,心脏骤停后综合治疗;第三,医患须规范掌握心肺复苏基本理念、步骤与规范操作。

对策:救治猝死“有讲究”

数据显示,如果在心脏骤停 4 分钟内启动心肺复苏,并于 8 分钟内完成进一步生命支持,猝死患者的生还率高达 43%。因此,时间就是生命!专业医护人员需要掌握全套心肺复苏技术,即胸外按压和人工呼吸,救治时可在胸外按压的基础上实施人工通气。但对非专业人员来说,掌握正确的胸外按压即可,因为这是整个心肺复苏的最核心内容。

需特别强调的是,鉴于胸外按压能显著改善血流作用、操作可行性和延迟通气对生存率影响有限等原因,“2010 年美国心脏学会心肺复苏及心血管急救指南”建议心肺复苏的流程“由原来的 A-B-C 程序调整为现行的 C-A-B”,抢救顺序变更为“先胸外按压,再开放气道和人工呼吸”,凸显早期、持续以及高质量胸外按压的重要性(图 1、2)。

临床医生还应注意心肺复苏的长幼有别现象:多数成人猝死归因于心脏疾病,因此胸外按压为首要救治措施;窒息常为儿童心脏骤停主因,故需同时行人工呼吸与胸外按压,才能实现有效救治。

(据《医师报》报道)

前沿

炎症影响骨性关节炎患者肌力

骨关节炎患者的炎症标志物,如 C 反应蛋白(CRP)和红细胞沉降率(ESR)通常仅出现轻度或中度升高。前期研究发现,升高的炎症标志物与患者的疼痛程度、整体病情严重程度、功能受限之间存在相关性。然而炎症标志物与患者的肌力之间是否存在相关性尚未被广泛研究。为了明确这一问题,来自阿姆斯特丹康夏研

究中心的研究人员进行了一项研究。研究发现,升高的血清 CRP 和 ESR 水平与较低

的肌力之间存在相关性,但加入体重指数这一变量后,则该相关性不再具有统计学意义。

研究者认为,炎症可能对骨

性关节炎的肌力存在影响。炎症与肥胖之间的联系可以用于解释

释体重指数对炎症标志物与肌力之间相关性的影响作用。

低碳水化合物对妊娠糖尿病无效

基于妊娠糖尿病分布和数量控制的医学营养治疗是妊娠糖尿病的初始治疗,但是,需要随机对照试验对不同的饮食策略进行比较。为了探讨妊娠糖尿病治疗中的低碳水化合物饮食与正常饮食相比,是否可以导致相似的妊娠结局下更低的胰岛素治疗使

用率,来自西班牙的研究人员进行了一项研究。

该研究发现,妊娠糖尿病的治疗中使用低碳水化合物的饮食,不能减少需要使用胰岛素治疗的患者数量,并产生相似的妊娠结局。碳水化合物量不影响胰岛素的需求或妊娠结局。

房颤导管消融术改善肾功能

美国丹佛市的电生理学家纳泽姆·阿克姆博士称,对于心房颤动合并中度慢性肾病的患者而言,心房颤动导管消融术可能产生额外益处——改善肾功能。

该研究排除了心房颤动合并 5 期或 6 期慢性肾病的患者,原因是消融前需要通过使用钆造影剂的延时增强核磁共振对心房纤维化程度进行量化评估,而晚期慢性肾病患者暴露于钆不安全。结果显示,在成功接受心房颤动导管消融术的 81 例 3 期或 4 期慢性肾病患者中,平均

估计肾小球滤过率显著改善。而接受心房颤动导管消融治疗的 382 例 1 期或 2 期慢性肾病患者

的肾小球滤过率无显著改变。在 3 期或 4 期慢性肾病患者中

发现的恢复窦性节律后的肾小球滤过率改善似乎与左心室收缩功能或药物效应无关。消融后心

室活动的正常化以及随之而来的内皮功能改善可能对这一肾脏益处有所贡献。

研究者总结认为,对于心房颤动合并中度慢性肾病患者,心房颤动导管消融术同时可改善肾功能。

生物二尖瓣耐用性 16 年以上

在对 400 多例接受生物二尖瓣置换的患者随访最多达 25 年之后,法国的研究者发现,生物心包瓣膜达到了 16 年以上的预期使用年限,同时瓣膜相关并发症的发生率很低。

在这项前瞻性研究中,研究人员在 1984~2011 年对 404 例接受二尖瓣置换的患者进行了随访。其中 46 例患者最终需要使用第二枚生物瓣膜。参加本项研究的患者的手术死亡率为 3.3%。共有 188 例患者迟发

性死亡。40 例死亡与瓣膜相关,包括 5 例死于血栓栓塞,4 例死于出血,4 例死于心内膜炎,4 例死于结构性瓣膜功能障碍,23 例死于猝死。术后 20 年时的瓣膜相关生存率超过 60%。影响瓣膜相关生存率的危险因素为植入时年龄。其中 63 例患者再次接受手术,13 例患者在再次手术前死亡。75% 的瓣膜损坏是由钙化所致,20%是由瓣膜撕裂引起的,其余 4%为多种原因所致。

(以上为本报综合摘编)

手记

过量维脑路通引起血尿



患者,男,60 岁,因双下肢疼痛、走路无力 20 天入院。CT 检查为双侧额后基底节区腔隙性脑梗死,既往有高血压病史 20 年,以高血压动脉硬化性脑梗死收入院。入院后给予开博通 25 毫克,1 天 3 次,口服,维

脑路通 600 毫克、脑活素 20 毫克静脉点滴治疗。10 天后停用脑活素,维脑路通由 600 毫克加量到 1000 毫克。治疗 3 天后患者突然感到下腹不适,阵发性下坠感,每次发作向会阴部放射,无大便,小便量少呈红色。

查体: 腹平软、无压痛、双肾区叩击痛阳性,右侧为重。尿常规蛋白 2+,白细胞 1~3 个/HP,红细胞 3+,血常规正常。怀疑为药物致肾损害,停药观察。次日,患者症状消失,尿色由红变黄。全身皮肤无出血点及瘀斑,双肾区叩击痛明显减轻,尿试试验阴性。考虑非药物过敏所致,怀疑为维脑路通加量中毒引起,故继续用开博通,同时

予青霉素抗感染治疗。3 天后,患者尿蛋白阴性,红细胞阴性,治疗 1 周无再发,诊断为维脑路通过量致中毒反应。

体会: 维脑路通能抑制血小板聚集,降低血液黏稠度,改善梗死区血液供应,进而增加血中氧含量与氧饱和度,能促进新血管生成,有利于脑侧支循环的建立。同时维脑路通还能对抗 5-羟色胺、缓激肽引起的血管损伤,增加毛细血管的抵抗力,降低毛细血管的通透性,从而减轻脑水肿。由于本品毒性低、未见副作用,故多年来维脑路通的用量逐渐增大,甚至到常规量的 10 倍。该患者出现血尿的原因不明,很可能是患者本人有遗传缺陷,在病理状态下又合用开博通,使维脑路通的敏感性增加,当加量时,出现毒性反应,造成肾脏受损,引起血尿,如此反应引起临床医生注意。

(湖北省兴山县人民医院 吴永杰)

有的放矢治疗高血压病

郑州大学第二附属医院心电图科 李中健 张芳芳

1 个月前,一位有着 10 多年高血压病史的 50 多岁患者来就诊,他吃了很多种降压药,血压还是控制不好。他来院就诊时,我们为他测身高、体重和血压后,用“高血压病分型诊断仪”为他做了高血压病分型检查。检查结果显示,他是混合型(高阻抗型+高动力型)高血压病。我们建议他用钙拮抗剂和 β 受体阻滞剂进行降压治疗,并建议他调整生活方式。经过 10 多天的治疗,他的血压稳定。高血压病分型为高血压病的治疗找到了靶点,使降压药物的应用更合理、更到位、更准确。

高血压病因复杂,个体差异大,发展过程长,发病机制涉及体内多个器官。由于高血压病

避免了不合理用药,同时也为临床后续治疗提供了参考。

对高血压病患者进行分型诊断检查时,应先测量身高、体重、血压,然后应用高血压病分型诊断检测仪,采用血液动力学原理,对高血压病的主要成因——心肌力能、心排出量、血容量、血管阻力等 23 项参数进行检测,再根据测量数据进行分型诊断。诊断系统将高血压病分为两大类:单纯型高血压病和混合型高血压病。

单纯型高血压病又分为高动力型高血压病、高阻抗型高血压病、高容量型高血压病、高排血量型高血压病。混合型高血压病又可分为多种亚型,如:高动力+高阻抗型,高动力+高阻抗+

高排血量型,高动力+高阻抗+高容量型,高动力+高阻抗+高排血量型+高容量型等类型。不同类型的高血压病患者可有不同表现,而高血压病分型诊断检测为每种类型的高血压病赋予了不同类型的名称。

血压的稳定性主要取决于心排出量、血管容量和血管阻力,心脏泵血功能由心肌收缩力和回心血量的多少决定。在高血压病的发病过程中,心脏前负荷增加,收缩力必须相应增加,才能使心排血量加大,满足全身供血。应用心功能测定明确患者为何种类型的高血压病,应选用何种降压药物,采用科学、严谨的技术方法,对高血压病患者进行分型诊断,可以规范目前高血压