

技术·思维

主髂动脉闭塞的外科手术治疗

□郭学利

主髂动脉闭塞(Leriche综合征)的病变位于腹主动脉分叉周围,累及双髂和双股动脉。

主髂动脉急性闭塞多继发于主动脉粥样硬化或者其他继发性血管病,慢性闭塞的原发病主要为动脉硬化。造影是其诊断的金标准。同时,CTA(CT血管造影)、MRA(磁共振血管造影)、彩超和ABI(踝肱指数)也对本病的诊断和治疗具有重要的意义。

早期治疗该病,多采用内膜剥脱术和自体血管移植。随着血管材料、开放手术和腔内技术的发展,人工血管旁路转流和腔内治疗已经成为治疗本疾病的常用方法。

Leriche综合征是指腹主动脉远端和髂动脉严重狭窄和(或)闭塞,主要表现为下肢间歇性跛行、阳痿和股动脉搏动消失。

关于Leriche综合征的治疗方法,有保守治疗、介入治疗和外科手术治疗。

随着国内人口老龄化越来越严重,Leriche综合征的发病率逐渐增加。虽然外科手术是本病首选的治疗方式,但是随着血管腔内治疗技术的不断发展,大部分Leriche综合征患者逐渐倾向于选择微创的腔内治疗。对缺血不严重、病情稳定和身体情况不能耐受手术的患者,可以采用保守治疗。保守治疗首先需要避免相关高危因素,例如戒烟、控制血糖和血脂,同时应用药物治疗,主要用于改善侧支循环、缓解疼痛、防止感染和促进溃疡愈合。

《外周动脉疾病管理指南更新(TASCII)》建议,根据分型,TASC A型患者首选介入治疗,TASC B型患者倾向于介入治疗,TASC C型患者倾向于外科手术,而TASC D型患者首选手术治疗。

腔内治疗因为创伤小、对男性性功能无影响和住院时间短等优点,临床应用越来越广泛。采用球囊扩张和支架植入的方法,对短段和局限性病灶进行治疗,成功率≥90%。不足之处是导丝不容易通过长段狭窄闭塞病变,会诱发血管破裂、远端肢体栓塞和远期再狭窄,同时高额费用也限制了其在临床上的应用。

外科手术主要包括主髂动脉内膜剥脱术、主髂(股)动脉人工血管转流术和解剖外途径转流术。这些手术方式的有效性和安全性已经在长期的患者随访和大量病例中得到证实。

下面重点介绍该病的外科手术治疗。

三种治疗方法

主髂动脉内膜剥脱术

20世纪50年代,内膜剥脱术应用于主髂动脉闭塞的治疗。手术时需要充分暴露病变血管,病变远端不超过EIA(髂外动脉)起始处2厘米,充分游离病变血管内膜,完整去除并且固定近远端内膜,防止活瓣形成。

内膜剥脱术有以下优点:(1)不需要材料植入,减少感染风险;(2)操作简单,费用相对较低;(3)在保证肠系膜下动脉供血基础上增加了髂内动脉的血流。对年轻患者的局限性主髂动脉闭塞具有比较大的优势,能改善患者阳痿的症状。

目前,在临床上,内膜剥脱术被更多地应用到与血管转流相结合的手术。

主髂(股)动脉人工血管转流术

随着人工血管的应用,主髂(股)动脉人工血管转流术开始应用于主髂动脉下肢动脉血运重建。得益于远期通畅率高(10年通畅率达80%),主髂(股)动脉人工血管转流术发展至今,得到了广泛应用。

近端吻合即腹主动脉端的吻合,主要包括端-端吻合和端-侧吻合。端-端吻合主要应用于动脉出现瘤样改变或者腹主动脉完全闭塞的患者。端-端吻合的优点包括:(1)符合血流动力学;(2)避免因侧壁钳夹引起血栓形成;(3)吻合口动脉瘤发生率较低;(4)

人工血管后腹膜覆盖,发生肠瘘概率低;(5)术后一旦血栓形成,更方便通过取栓导管取栓或者介入治疗。端-侧吻合常应用于以下情况:(1)肠系膜下动脉粗大、通畅;(2)肾动脉、CIA(髂总动脉)和EIA异位起源于腹主动脉下段;(3)EIA闭塞,而腹主动脉、髂总动脉和髂内动脉通畅。端-侧吻合的优点包括:(1)保留了盆腔脏器供血,在避免间歇性跛行的同时,性功能障碍明显改善;(2)可以避免端-端吻合导致无回流向血流引起的盆腔脏器缺血;(3)可以避免端-端吻合血管闭塞引起的严重

下肢缺血坏死。远端吻合口常选择股动脉,尤其适合股动脉闭塞者,其原因在于操作简单、血管显露快和吻合方便,同时能更好地保证良好的流出通道直至股深动脉。

主-股旁路与主-髂旁路相比较,远期通畅率更高。因此,主-股动脉转流术几乎成为主要的主髂动脉闭塞的手术方法。随着对机体侧支循环建立的重视,例如发现有后腹膜和盆腔存在广泛的侧支循环,临床考虑先进行血栓内膜剥脱术,而吻合口应尽量位于股动脉上。

解剖外途径转流术

解剖外途径转流术是指转流人造血管不经过正常解剖和生理位置而重建血运。常见的解剖途径主要包括股-股和腋-股。

了解剖外途径转流术的优点在于减少了开腹手术的风险,患者术后恢复比较快,适用于不能承受麻醉手术,并且不适合腔内治疗的危重患者。对单侧髂动脉闭塞病变,可以采用股-股动脉转流术。

据文献报道,股-股动脉转流术具有比较高的远期通畅率,5年可以达到90%,与主-股动脉转流术相比较,无明显差异,是一种创伤小、效果佳的选择。而腋-股动脉转流术远期通畅率低。

腹腔镜下主-股动脉转流术

目前,国外一些大型医疗中心开展了腹腔镜下主-股动脉转流术,包括手法辅助腹腔镜和腹腔镜辅助下小切口手术,及机器人辅助腹腔镜和完全腹腔镜下手术等。该手术在患者术后恢复时间和住院时间方面,优于开腹手术。

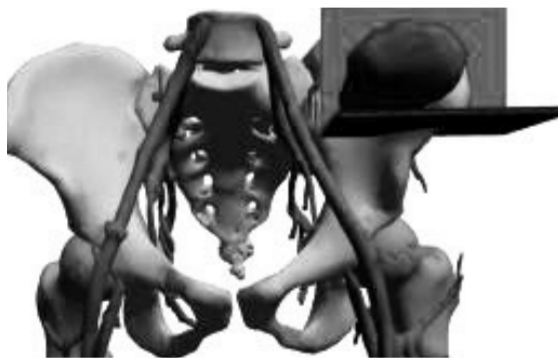
腹腔镜下主-股动脉转流术仍处于早期阶段,虽然其安全性和可行性已经得到证实,但是因为术中显露困难和血管阻断时间长等问题,不容易被广泛推行,其治疗效果尚需要长期随访和大样本调研。对于复杂Leriche综合征的治

疗,需要结合以上几种手术方式,既可以减少手术风险,又可以保证手术的远期成功率,必要时结合远端股-腓动脉旁路术或者膝下介入技术解决肢体远端缺血症状,以达到更好的临床效果。这将成为治疗Leriche综合征的趋势。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

混合现实技术在骨肿瘤治疗中的应用

□屈国新 文/图



使用软件对患者的肿瘤进行重建

混合现实技术是继虚拟现实技术(VR)、增强现实技术(AR)之后出现的全新数字全息影像技术。该技术核心的特性是打破了数字的虚拟世界与物理的真实世界的界限。目前,国内外对于混合现实技术在医学上的应用也刚刚起步。

混合现实技术的手术辅助系统利用患者的CT、磁共振检查数据,将二维的薄层数据按照1:1的比

例进行三维模型重建,通过图像定位算法将三维模型与患者实体病灶部位进行完美重合,透过混合现实眼镜便可清晰地掌握病灶的空间位置及大小,为术前手术方案的制定、术中手术导航提供参考,提高手术成功率,同时减少患者的痛苦。同时,全息影像即时生成,有利于不同医院的医生之间进行沟通,进行远程会诊。

一名20岁的患者,来到河南省肿瘤医院做检查,结果发现左髂部肿瘤。术前,结合影像学检查结果,医生诊断为骨软骨瘤。

进行充分的手术前评估后,医生使用重建软件对患

者的肿瘤进行重建。医生根据重建图像确定截骨线,借助混合现实技术,进行精准截骨。术后,患者进行复查,截骨效果满意。

混合现实技术在现实与虚拟模型交互之间仍存在不足,尤其是在复杂解剖部位,但是随着技术的发展,该技术在骨肿瘤治疗方面的优势不可低估。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

如何尽早识别精神疾病

河南省精神病医院早期干预一科 王娟

在日常生活中,当某些人的行为表现不符合社会规范或他人预期时,有人会开玩笑说:“你神经病呀!”而对方也会回一句:“你才神经病呢!”那么,人们所说的神经病是什么呢?神经病是不是等同于精神病?精神病与精神疾病是一回事吗?如何尽早发现精神问题并进行有效干预呢?

神经病、精神病和精神疾病在概念上的区别

神经病,简单来说,是指人的神经系统出了问题。一个人的大脑出现实质性病变后,会出现躯体症状和体征,发生呕吐、恶心、头痛、肢体感觉障碍和运动障碍,还会出现脑梗死、脑出血、脑肿瘤等,患者需要到神经内科或者神经外科就诊。

而精神疾病是广义上的精神病,是指在各种生物学、心理学以及社会环境因素影响下出现大脑功能失调,大脑的某些区域出现紊乱,使患者出现认知、思维、情绪和行为方面异常,主要包括精神分裂症、双相情感障碍、重度抑郁症等。这类患者一般需要到能治疗精神疾病的专科医院或设有精神科的综合医院就诊。

精神疾病的早期表现

1.性格改变
一个外向、开朗、活泼的人,突然变

得不爱说话,不爱与人交流,行为比较孤僻,不爱出门;或一个内向的人,不爱说话、喜欢安静、做事小心谨慎,突然变得说话滔滔不绝、口若悬河,活动增多,整天忙忙碌碌,认为自己有本事、能力强,成了一个善谈、行事鲁莽、爱跟别人争辩的人。

2.情绪变化
有些人出现情绪不稳定、易激惹、动不动就爱发脾气;有些人出现心情不好,整天无精打采、闷闷不乐,对喜欢的事情也不想干的情况;有些人出现整天担心、焦虑、坐立不安、恐惧、害怕的情况,不敢出门。

3.敏感多疑
有些人对别人说的话、别人看他的眼神、别人对待他的行为方式敏感多疑,以为别人那样做,可能是对他的不满意或者指责,认为别人的举动可能跟他有关,内心有一种不安全感,会出现逃避或者攻击他人的行为。

4.认知方面的改变
有些人在发病早期出现一些认知

方面的改变,表现为注意力不集中,反应迟钝,谈话内容杂乱,对别人说的话缺少回应,做事情的时候不能集中精力;记忆力下降,对别人交代的任务转眼就忘,丢三落四;做决定的能力下降,连出门该穿什么衣服、该走哪条路,都做不了决定,总是犹豫不决,迟迟不能下决心做什么事情。这会给她日常生活、工作和学习带来不好的影响。

5.行为改变
有些人出现一些异常的行为,如把自己关在屋子里,不出门,口中念念有词,甚至出现冲动行为,无故打骂自己熟悉的人或陌生人,或者突然不与家人打招呼就外出,出去后不与家人联系。

6.身体症状
有些人早期主要表现为睡眠障碍,醒来难以入睡,入睡后噩梦连连;一夜醒多次,醒来难以入睡;早醒,一般比平常要少睡一两个小时;有些人表现为睡眠过多,整天处于睡眠状态。在食欲方面,有些人表现为食欲减退,不想

吃东西,对于之前非常喜欢吃的美味佳肴也没有心思动一下筷子;有些人却暴饮暴食,没有节制,难以自控。另外,有些人表现为头部不适,说自己头痛、头晕,但做头部检查均发现不了问题;有的人反复诉说肚子不舒服、心脏不舒服,去相应科室检查,均发现无异常。

患者出现上述异常表现,我们该怎么办

当发现家人、朋友或同事有上述异常表现的时候,我们要细心观察其言行,与他们进行深入交流,了解其想法,找到他们出现异常表现的一些线索。另外,要对他们的表现抱着接纳的态度,不要一味地批评和指责。经过一段时间的观察,以及家人、朋友和同事的心理支持和陪伴,如果我们发现他们的异常表现没有改善,就需要寻求专业的帮助,可以带他们到心理咨询门诊或专科医院进行全面的心理评估,而患者发现自己的表现和平常不一样后,要有向他人求助的意识。有心理压力或情绪异常时,要学会缓

解,比如向自己信任的人倾诉,听听自己喜欢的音乐,看看喜欢的电视剧或者电影;进行身体锻炼,比如跑步、跳绳、游泳等;阅读一些心理学方面的书籍。

采取上述措施而问题得不到解决后,家人就要带他们到医院看心理医师或精神科医生,进行专业的心理和精神评估,对他们的精神状态做一个综合评价。如果达到严重的程度,就要在专业医生的指导下选择心理治疗、药物治疗等综合干预方式,并定期进行心理状况评估,尽早阻止这些异常表现的进一步发展,以防发展成精神障碍。

精神卫生之窗

协办单位:河南省精神病医院(新乡医学院二附院)
咨询电话:0373-3373990; 0373-3373894

冻胚移植的内膜准备

□孔平平

自1978年第一例试管婴儿诞生至今,辅助生殖技术迅速发展。1983年,首例通过冻融胚胎移植技术(FET)妊娠成功。FET作为体外受精-胚胎移植的一项重要补充,在辅助生殖技术中发挥着越来越重要的作用。FET增加了每单次采卵后的累计妊娠率,同时也降低了卵巢过度刺激综合征的发生率。某些在采卵周期由于客观原因不能进行移植的患者,可以将胚胎冷冻保存,至合适的时机再进行胚胎复苏移植。

目前冻胚移植周期的内膜准备方法,有以下几种:自然周期,刺激周期,人工周期和降调+人工周期。由于每个患者存在个体差异,在选择内膜准备方式时,医生会根据患者自身的情况,制定个性化方案。

自然周期

适用人群:月经周期规律、有正常排卵,且内膜生长良好的患者。

具体方法:于月经周期第8天~第10天开始进行阴道B超检查,监测卵泡发育和子宫内膜的情况,当优势卵泡大于14毫米时,测尿LH(促黄体生成素)试纸,必要时给予绒毛膜促性腺激素肌注,确定排卵日期。排卵后3天~5天,即可解冻胚胎移植,移植后使用黄体支持。理想的内膜厚度是8毫米~14毫米。

优点:卵泡自然生长,使用药物较少。
缺点:监测卵泡次数可能稍多,患者往返医院次数稍多,错过排卵时间,可能需要取消周期。

刺激周期

适用人群:通过轻微诱导单卵泡生长发育及排卵,促进内膜同步生长。因此适用于月经周期不规律或月经规律但自然周期治疗无优势患者,卵泡或卵泡发育停滞的患者,以及希望通过模拟自然周期排卵创造内膜种植环境的患者。

具体方法:患者在月经开始后第3天~第5天口服克罗米芬或来曲唑,共5天,后期根据卵泡生长大小及内膜厚度,适当添加小剂量促排卵药物以促进卵泡生长,或者补充雌激素以改善子宫内膜条件。阴道B超监测优势卵泡大于14毫米,采用尿LH试纸检测尿LH为阳性,子宫内膜厚度合适时,注射HCG(人绒毛膜促性腺激素)激发排卵。3天~5天后解冻胚胎移植,并持续黄体支持。

优点:使用促使卵泡生长的药物剂量较少。
缺点:主要针对既往卵泡生长异常的患者,可能出现卵泡再次发育不良,或者多卵泡发育情况,严重时有可能有卵巢过度刺激风险。可能需要取消周期。

人工周期

适用人群:激素替代周期仅生长内膜,无须卵泡发育,因此排卵不规律、无排卵、黄体功能不全、促排卵效果不佳、子宫内膜较薄者均可试用,但需要排除雌激素应用禁忌证。

具体方法:于月经来后第2天~第4天使用雌激素(补佳乐/芬吗通红片),7天后每隔3天~5天应用B超监测内膜厚度,当内膜厚度适合后加用孕激素(如地屈孕酮、雪诺酮、安琪坦或者黄体酮),使内膜转化为分泌期。转化前需要评估内膜厚度、形态、抽血测激素水平。应用黄体酮3天~5天后解冻,进行卵裂期胚胎移植或进行囊胚移植,并持续黄体支持。

优点:无须卵泡生长,监测方便,控制性较强。
缺点:需要服用激素替代药物,部分患者服用药物剂量可能较大,可能有药物不良反应,且妊娠后还需要维持用药直至胎盘功能建立。

降调+人工周期

适用人群:子宫腺肌症、子宫腺肌瘤、子宫内膜异位症及反复移植失败的不孕患者。

具体方法:月经周期第2天~第4天给予长效GnRH-a(曲普瑞林)3.75毫克,注射后第20~28天评估子宫的大小、形态、肌层回声和CA125(一种糖蛋白)等指标,考虑是否需要再次注射。降调后符合条件则采用人工周期,使用雌激素(补佳乐/芬吗通红片),7天后每隔3天~5天应用B超监测内膜厚度,当内膜厚度适合后加用孕激素(如地屈孕酮、雪诺酮、安琪坦或者黄体酮),使内膜转化为分泌期。转化前需要评估内膜厚度、形态、抽血测激素水平。应用黄体酮3天~5天后解冻进行卵裂期胚胎移植或行囊胚移植,并持续黄体支持。

优点:可以为子宫内膜异位症和子宫腺肌症或腺肌瘤患者提供一个良好的子宫内环境,进而提高临床妊娠率。

缺点:降调中因为雌激素水平过低,患者容易出现潮热、出汗、睡眠不好、生殖道萎缩、骨质疏松等不良反应,需要反向添加少量雌激素以减轻症状,且后期需服用激素替代药物,部分患者药物剂量可能较大,可能有药物不良反应,且妊娠后还需要维持用药,直至胎盘功能建立。

可以说,内膜准备方案的个体化是FET成功的重要环节。(作者供职于郑州大学第三附属医院)