

河南省神经外科学学科的发展研究

□刘献志 毕春晓

神经外科学学科是在以手术为主要治疗手段的基础上,应用独特的研究方法,研究脑、脊髓和周围神经系统疾病的发病机制,探索新的诊断和治疗方法的学科。

在冯祖荫、张志强、宋来君等几位主委、学术带头人的带领下,河南省医学会神经外科学分会为河南省神经外科学学科的发展作出了非常大的贡献。下面,我们介绍一下最具特色的脑血管病与颅脑肿瘤的研究进展和学科目标规划。

神经外科学学科有其专业性和特殊性。

一家医院要开设神经外科,需要有一定的诊疗水平,需要拥有磁共振、CTA(非创伤性血管成像技术)等现代化检查手段及显微镜、内镜等设备,还需要影像科、病理科等相关科室的协作。由此可见,省内发展较好的神经外科学学科主要集中在郑州大学第一附属医院、河南省人民医院、新乡医学院第一附属医院、南阳市中心医院等省级及实力较强的地市级综合性医院。在河南省医学会神经外科学分会的支持下,在这些医院的带动下,一些有条件的地市级综合性医院也开设了神经外科,除了治疗脑外伤、脑出血等,还可以治疗颅脑肿瘤等疾病。

在基础研究方面,河南省医学会神经外科学分会成员近3年申请并获批国家自然科学基金11项,其他国家级课题及省部级项目10余项,省级项目50余项;发表SCI(《科学引文索引》)论文97篇,在中华医学会主办的杂志及核心期刊上发表文章300余篇。

河南省医学会神经外科学分会不断提升基层医疗服务能力,深入周口、信阳、南阳、驻马店、平顶山及濮阳等地市的基层医院开展“走基层、送健康”和“对口支援”等活动。在技术推广方面,河南省医学会神经外科学分会组织专家,将多项基层适宜技术推广至许昌、周口、驻马店、平顶山及濮阳等地市的县级医院,让患者在家门口即可享受到专家的医疗服务。

学科现状

脑血管病与颅脑肿瘤的研究进展

脑血管病的研究进展

脑血管病是严重威胁人类健康的三大疾病之一。长期以来,脑血管病的发病率、致残率和死亡率都居高不下。近年来,我们在脑血管病的预防与治疗方面有了不少新进展。

近年来,专家发现,非狭窄性的颈动脉斑块是隐性卒中中的一个重要危险因素,可能是30%的缺血性卒中的潜在病因。这提示我们对于体检时发现的颈动脉斑块,即使其未造成颈动脉管腔狭窄,也要考虑早期药物干预。近期发表的一项观察性研究表明,对于严重颈动脉狭窄的患者进行颈动脉支架植入术(CAS)和颈动脉内膜切除术(CEA),5年随访的疗效相同,致残性卒中的发生率约为1%,非致残性卒中的发生率约为2%。在脑血管病的复合手术治疗领域,国内学者开展的一项颈动脉慢性闭塞性闭塞研究,复合手术的开通率为83.3%,显著高于单独CAS或CEA的开通率(30%~40%)。郑州大学第一附属医院、河南省人民医院的专家团队利用复合手术间,为颈动脉慢性闭塞患者实施个体化治疗方案,已达到国内外先进水平。

烟雾病是因颈内动脉远端、大脑前动脉及大脑中动脉近端狭窄或闭塞导致的颅底异常毛细血管网形成的脑血管病。烟雾病的特点是在颅底部位出现大量细小的侧支血管,在血管造影时表现为烟雾状。1957年,日本神经外科医生首先提出烟雾病,是因为“细小的异常血管在血管造影图片上形似烟雾”。烟雾病好发于儿童和成年人,临床表现多为一次性发作或反复发作的脑缺血、

脑出血、头痛、癫痫等。目前,对于烟雾病,在单纯药物治疗方面,尚未能确定药物疗效,普遍认为脑血管重建术是治疗该病的主要方法。河南省人民医院的栗超跃团队及郑州大学第一附属医院的李红伟团队,应用“联合血管重建术”,每年为近2000名烟雾病患者解除病痛,达到国内先进水平。

胶质瘤是起源于白质内神经胶质细胞的肿瘤,沿神经间隙生长而界限不清。胶质瘤可造成局部脑水肿、占位效应,恶性时可横跨脑中线。胶质瘤从组织学上分为I级~IV级,其中III级以上为恶性。胶质瘤的预后较差,它的相关领域一直是近年来的研究热点。目前,多项大样本成年人及儿童胶质瘤的分子流行病学研究确定了25个分子遗传学基因突变风险点。一项单细胞RNA(核糖核酸)测序研究发现,在被胶质瘤激活的小胶质细胞中,一组性别特异性的基因表达可能与胶质瘤患者的发病率和结局有关。

河南省医学会神经外科学分会在省内各地市开展了胶质瘤规范化治疗技术推广活动;河南省医学会神经外科学分会组织专家,分别在周口、安阳、焦作、鹤壁、新乡、驻马店等地开展胶质瘤规范化治疗技术推广,受到了基层医疗机构的热烈欢迎及肯定。如何在现有条件下把胶质瘤的诊断准确性与治疗效果达到最大化,是河南省医学会神经外科学分会一直努力的目标。

大脑是全身最精密、解剖最复杂的器官。长期以来,大脑往往被认为是“手术禁区”。随着解剖知识的增加及

显微镜、内镜、神经导航等高科技设备在临床上的应用,神经外科医生逐渐成为“刀尖上的舞者”,在“手术禁区”进行手术。河南省各大医院的神经外科紧跟时代发展步伐,近年来四级手术不断增加,尤其是大功能区手术。

术中磁共振及神经导航的应用逐渐被认为是神经外科非常重要的影像引导工具。术中磁共振及神经导航引导下治疗胶质瘤,与传统神经导航相比,具有以下优点:

1.纠正神经导航术中的脑移位误差。

2.实时定量监控肿瘤切除范围,可提高胶质瘤切除率。

3.与其他新技术结合,减少发生手术并发症的风险。

应用新技术,郑州大学第一附属医院的魏新亭、陈若琨等人,大大提高了大功能区肿瘤手术水平,延长了胶质瘤患者的生存期,同时减少了瘫痪、昏迷等神经系统严重并发症的发生,已经达到国内外先进水平。

内镜作为一种诊疗工具,在河南省得到广泛应用。显微镜的光源在到达较深的术野时,光亮度会有很大衰减;内镜是近距离照明,虽然图像的立体感较显微镜稍有差距,但是深部术野的清晰度明显优于显微镜。在内镜下,可清楚地显示颅底血管与神经根的关系,提供大量颅底解剖资料,弥补显微镜下存在观察视角的不足,从而避免对颅底重要结构造成损伤。郑州大学第一附属医院的闫东明团队和河南省人民医院的王斌团队,利用内镜治疗垂体瘤、颅咽管瘤等颅底疾病,已经达到国内先进水平。

学科目标规划

我们认为,河南省医学会神经外科学分会应成为国内外大型医疗中心与省内各医院神经外科的桥梁,从而达到医、教、研同质化快速发展的目的。省级医院神经外科应组建交叉学科及横向团队,提高解决疑难杂症的能力,同时培养一批技术水平高且敢于创新的科研人才,依靠团队力量,争取主持和中标国家级重大项目。对各地市级医院神经外科,河南省医学会神经外

科学分会要发挥纽带作用,承上启下,带动它们发展,同时让它们助力基层医院发展。

基层医务人员要当好老百姓的“健康守门人”,把好第一关,在基层看好老百姓的常见病及多发病,从而解决老百姓看病难问题,并避免医疗资源浪费。

为了提高基层医务人员的诊疗水平和服务质量,河南省医学会神经外科学分会开展学术交流,通过远程业

务培训、技术指导、手术演示等方式,帮助基层医务人员提高业务水平。

河南省医学会神经外科学分会要整理学科常见病、多发病的检查标准、诊疗流程和诊疗规范,形成科学有效的临床路径,并向下输出,助力基层医疗机构提升专科服务能力,加强学科建设,实现基层诊疗同质化。

河南省医学会神经外科学分会将与国内外大型神经

外科医疗中心加强联系,与综合发展,提升诊疗水平和服

务能力,为健康河南建设贡献力量。

临床笔记

最近,我连续遇到两例合并脂膜炎的腹腔镜右半结肠切除手术。总体来看,这两例手术都还算顺利,但是解剖起来我觉得要比普通病例费时费力。

下面,我和大家分享一下手术中的具体操作体会。

我们手术团队多次在腹腔镜右半结肠切除手术中应用三明治法和回字法。这里讲的合并脂膜炎病例的手术难度增加,其实主要是在中线解剖肠系膜上血管的过程中难度增加。

其实,在头尾侧入路及侧方游离都不会有太大困难。

我先来说一说合并脂膜炎病例的手术特征。

一、组织会异常坚韧。在解剖的时候,组织缺乏层次感,也缺乏疏松感。

二、血管与肠系膜之间没有明显的间隙。一般来说,静脉与肠系膜之间可能存在若隐若现的间隙与层次;而动脉的外膜往往和肠系膜融为一体,很难分离。

三、对于合并脂膜炎病例,在解剖和游离的过程中异常出血及渗液可能不多。

四、虽然脂膜炎会让肠系膜变得异常坚韧,不好解剖和游离,但是并不意味着不能有效解剖和分离,只是这个过程会变得很艰难,让手术异常缓慢和艰难。

五、合并脂膜炎病例的具体血管解剖和走向往往与普通病例类似,并没有很特殊的变异。

我再来说一说合并脂膜炎病例的手术解剖要领,这里主要说的是中线解剖。

一、先从回结肠下方的无血管区开窗。

二、助手牵拉回结肠血管远端,使之有一定张力。沿着平行于回结肠血管的方向向右侧游离,与肠系膜上动脉、静脉远端相交。

三、沿肠系膜上静脉远端逆行解剖,分离至回结肠与肠系膜上血管交汇处,并越过该部,向近端分离。

四、离断回结肠动脉、静脉。一般来说,动脉、静脉是比较好分离的,如果不好分离也可以裸化后一并离断。

五、这时,最艰难的时刻已经过去,肠系膜上动脉、静脉的主干远端及走向已经显露,继续向头侧游离和解剖即能完成整个右半结肠血管的处理及淋巴结清扫。

这里几点要特别注意:

一、如果动脉在上方,动脉外膜与肠系膜的区别不是特别大,要注意辨认(如果静脉在上方,往往间隙会明显一些)。

二、因为脂膜炎会导致肠系膜质地坚韧,安全起见,建议自根部离断胃结肠静脉干,然后是胃支及胰支。这比保留胃结肠静脉干而单纯离断结肠支要更加安全。

三、如果遇到异常出血,而超声刀又不能有效止血,一般可采取以下方法:1.用分离钳钳夹后电凝,一般适用于标本侧,或者远离血管的部位。2.纱布压迫止血,一般仅需要数十秒,适用于淋巴结的供应血管出血或肠系膜上的小血管出血。

四、一般来说,在分离的过程中渗液不会太多,但也有渗液明显的病例。对此,建议使用吸引器小流量持续吸引,不建议用纱布反复吸取这些渗液,以免导致无瘤措施(应用各种措施防止手术操作过程中离散的癌细胞直接种植或播散)失败。

五、助手是否有丰富的经验很重要,毕竟手术难度大。总之,脂膜炎会影响手术的流畅性,会给手术解剖“制造”很多麻烦,但是只要小心解剖和分离,不会影响手术的根本性。

最后,我介绍一下什么是脂膜炎。脂膜炎是原发于脂肪小叶的非化脓性炎症,病因不明。有的学者认为,脂肪代谢异常及免疫损伤是引起脂膜炎的主要原因。

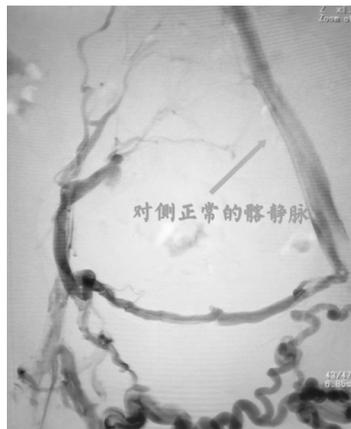
(作者供职于河南省肿瘤医院)

合并脂膜炎的腹腔镜右半结肠切除经验分享

□赵玉洲

手术治疗下肢深静脉血栓后遗症

□康海涵 吴成德 文/图



对侧正常的髂静脉



患侧有大量迂曲的静脉

近日,我们接诊了一位患者,左下肢深静脉血栓形成,治疗后症状减轻,但未彻底治愈。多年来,他的左下肢肿胀反反复复,时轻时重,现在出现了左下肢色素沉着和肿胀加重。

在我们医院,患者做了下肢静脉顺行造影检查。

从片子上可以看出,患者的髂静脉已经看不到了。髂静脉是负责下肢静脉回流的主干道,现在取而代之的是大量迂曲的侧支血管。这些血管像凌乱的毛线,不能有效代偿原来髂静脉的作用,使患者反复出现左下肢肿胀。

对于这位患者,我们诊断为:下肢深静脉血栓后遗症。下肢深静脉血栓后遗症是指下肢深静脉血栓形成若干年后,由于静脉回流障碍或者静脉瓣膜的破坏而导致的系列临床综合征。之所以会得下肢深静脉血栓后遗症,是因为患者在深静脉血栓形成时没有得到及时有效的治疗,或者深静脉血栓发展到慢性期后没有采取有效措施(穿医用弹力袜)导致的。下肢深静脉血栓后遗症有下肢肿胀、静脉曲张、色素沉着甚至溃烂等一系

列表现。对于下肢深静脉血栓后遗症有多种治疗手段,如药物改善循环、下肢加压治疗(穿医用弹力袜等)、手术治疗(植入支架)等。

针对这位患者的实际情况,目前最有效的治疗方案就是把他闭塞的髂静脉开通,这样才能改善他的左下肢血液循环。想要一下子开通闭塞8年的髂静脉,不是一件容易的事。术中,我们从凌乱的侧支血管中找到髂静脉,然后用导丝穿过髂静脉,接下来就是用球囊扩张髂静脉。

扩张髂静脉后放入支架,这样才能有效避免已经被扩张的髂静脉回缩、闭合。

患者的术中造影检查显示,血液从髂静脉中顺利流过,侧支血管也不再显示。术后,患者的左下肢肿胀消失。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您的稿件。

稿件要求:

言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点和效果。

电话:

16799911313

投稿邮箱:

337852179@qq.com

地址:

郑州市金水东路与博学路交叉口东南角省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室