

胸外科专家妙手再造食管患者3年来首次用嘴进食

本报讯(记者王保立 通讯员王文龙)记者12月6日从河南省肿瘤医院获悉,该院副院长、胸外科主任李印近日成功完成一例复杂食管气管瘘手术,帮助患者徐枫(化名)结束了3年不能用嘴正常进食的痛苦生活。

在当地经紧急抢救才保住性命。他的食管和气管部位撕裂严重,食管和气管都出现穿孔,落下严重的食管气管瘘。3年来,他辗转省内外数家医院,接受过食管修补术,在食管和气管内放置过支架,虽然能够维持生命,但是均未能彻底解除病痛。

不久前,徐枫和家人慕名找到李印求治。徐枫经历过开胸手术,而且食管损伤严重,最好的方法是在下端食管的基础上再造食管,同时修复气管瘘。手术中,李印和其他医务人员密切配合,将徐枫的食管和胃上提,避开瘘口部位,连接到食管下端。经过数日精心护理,徐枫已经可以经过

嘴巴进食流质食物。再造的食管除了没有瘘口外,完全胜任正常食管的功能。

徐枫的悲惨遭遇也得到了河南省肿瘤医院胸外科医务人员同情。手术后,徐枫收到了该院胸外科医务人员近两万元捐款,其中,李印带头捐出5000元。

前沿

治疗早期肺癌 胸腔镜不输开胸手术

中山大学肿瘤防治中心肺癌研究所所长龙浩教授领衔的广州团队发起全球最大规模的随机对照临床研究。研究初步显示,胸腔镜治疗早期肺癌的效果不比开胸手术差,且术后恢复快。



肺癌是我国居民恶性肿瘤死亡的第一位病因。对于早期肺癌的治疗,始终存在着胸腔镜与开胸手术之争,对于胸腔镜切除肺癌的疗效,此前缺乏大样本研究予以支持。在近日举行的全球肺癌治疗领域最高级别学术会议、世界肺癌大会上,龙浩应邀作大会报告。

该项目由中山大学肿瘤防治中心联合国内5家主要胸腔

镜中心,历时5年完成。对425名一期肺癌患者进行的研究显示,与小切口开胸组病人相比,接受胸腔镜治疗的病人术后生存率无差异,手术时间明显缩短。病人出血量减少,手术中受损较小,而且术后恢复更快。

细菌感染 致银屑病发生

近日,上海交通大学医学院附属瑞金医院郑捷课题组在银屑病研究中又获新进展:该课题组从具有特定银屑病遗传背景的患者中证实,细菌感染是导致银屑病发生的重要因素。这为阐述遗传和环境两方面因素导致该病发生的机理研究架起了“桥梁”,也为银屑病的临床诊治指出了方向。

特殊类型病情严重,可能危及生命;关节病型银屑病可引起各关节的畸形,丧失劳动能力。但其病因仍未明确。

研究人员发现,细菌感染和特定遗传背景具有协同致病作用。这一结果为银屑病患者预防复发和加重提供了可能的途径,即预防上呼吸道感染、保持皮肤屏障的完整性是预防复发、提高疗效的关键。

动态心电图监测 有了便携设备

心脏病患者随时可能发病,一些发病征兆可能已持续数月而未被察觉。如果能方便地进行动态心电图监测,便可防患于未然。德国卡尔斯鲁厄理工学院最近研发了一款操作方便、携带舒适,又可长时间使用的动态心电图监测器。



所谓动态心电图监测,指在较长一段时间内持续测量心率、呼吸频率、电导率等参数并生成心电图,从而监测到常规心电图不易发现的心脏活动。医生可借助相关数据更好地分析患者病情。

普通动态心电图监测器常用于记录24小时或7天的数据,一般需要导电膏,并由专业医护人员将电极准确贴在胸部。最新研发的动态心电图监测器使用起来更便捷。监测器带看似一条普通松紧带,配有4个干电极,无需导电膏,患者可自行将监测器套在胸部。带子上的测量设备大小和重量与小型手机相当,可获取相关数据。人们只需每周读取一次存储卡上的信息并更换电池即可。

噻嗪类利尿剂 仍为降压治疗基石

近日,美国心脏学会、美国心脏病学院基金会携手美国疾病预防控制中心,发布了成年人高血压治疗科学建议,推出了基于循证证据的高血压治疗新流程,仍将噻嗪类利尿剂作为降压治疗基石,而β受体阻滞剂则不再作为一线用药。

并糖尿病患者,ACEI或血管紧张素II受体阻滞剂(ARB)、噻嗪类利尿剂、β受体阻滞剂和钙通道阻滞剂(CCB)为一线治疗;伴收缩性心力衰竭者,可选用ACEI或ARB、β受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂和噻嗪类利尿剂;伴舒张性心力衰竭者,可用ACEI或ARB、β受体阻滞剂和噻嗪类利尿剂;合并肾脏病者,首选ACEI或ARB;伴卒中或短暂性脑缺血发作者,建议用噻嗪类利尿剂和ACEI。

慢性创面 由代谢性疾病所致比例陡增

“当前烧伤外科接诊的患者中,约有半数是以糖尿病足、褥疮等为代表的慢性创面患者。烧伤外科工作重点已有向代谢性疾病所致的慢性创面修复转变之趋势。”在日前举行的中华医学会烧伤外科学分会2013年学术年会上,解放军第三〇九医院烧伤整形科主任任晋宇教授提出上述观点。他表示,烧伤科专业人员应及时转变观念,更新和学习慢性创面修复相关知识,适应新的医疗需求。

中国工程院院士付小兵表示,过去,创面被认为是一种并发症,患者分散在骨科、皮肤科、血管外科等多个科室,治疗手段单一。未来,创面将被理解为一门复杂的学科,发展为多学科协同治疗。

(以上均为本报综合摘编)

征稿启事

科室里开展的最新技术,临床中积累的心得体会,学术上取得的经验进展……欢迎您将来稿发送至65972376@163.com,与广大医务工作者共享。

看点

巧取食管内曲别针

本报讯(记者刘永生 实习记者李艺博)近日,河南科技大学第二附属医院耳鼻喉科医务人员巧妙处理,将一名1岁患儿体内的曲别针取出。

据了解,该患儿自己玩耍时不慎吞下曲别针,被家长送到医院求治。拍X线片证实

为食管异物,遂在全身麻醉下行“食管镜检查+异物取出术”。术中,手术医生见针尖刺入患儿食管壁内,遂以食管钳夹住曲别针小心地向后移动。经过1小时的紧张手术,针尖被从患儿食管壁上成功取出。目前患儿各项功能恢复理想,已经康复出院。

接好完全断裂的胰腺

本报讯(记者乔当归 通讯员高涌)近日,袁某因“全身多发外伤”被送到南阳南石医院总院。

年仅17岁的男孩袁某系全身多发复合伤,胰腺完全断裂伤,肝脏III度撕裂伤、多发肠系膜损伤、失血性休克。医务人员经过5个多小时的手术,为袁某接好了完全断裂的胰腺。胰腺为腹膜后器官,由于

其位置较深,故胰腺外伤发生概率并不高,常被延误治疗。袁某胰腺颈部完全断裂(包括胰体及主胰管),系胰腺外伤中损伤最严重的类型之一。该院的医护人员经过5个多小时的全力奋战,终于让袁某转危为安。随着身上的引流管被一一拔除,袁某逐渐通气、排便,恢复饮食、下床活动。目前,患者已康复出院。

治愈肺隔离症患者

本报讯(记者张治平 通讯员徐红霞)近日,安阳市第六人民医院呼吸危重症科成功诊治一例呼吸系统的罕见疾病——肺隔离症,并与介入科联合采用介入栓塞术进行治疗,终于解除了困扰患者数十年的病痛。

患者王某多年来反复发热、咳嗽、咯痰、呼吸困难,经抗感染、祛痰等治疗,患者的病情

得到控制。由于患者主诉30多年来一直感到无法正常呼吸,被高度怀疑患有一种罕见的呼吸系统疾病——肺隔离症。动脉造影发现患者双肺下叶基底段病灶处有单独的“体循环动脉供血”,患者被确诊为肺隔离症。该院呼吸危重症科、介入科采取微创介入栓塞术,顺利对异常的动脉分支血管进行栓塞。

矫正消化道重复畸形

本报讯(记者乔当归 通讯员姬安清)近日,南阳市第二人民医院小儿外科成功为一例消化道重复畸形患儿进行了手术矫正。

两个月大的浩浩(化名)几天前出现肚子胀,拍片提示肠管有大量积气,下腹部可见数个宽大气液平面,盆腔无气体。入院时,患儿腹部明显膨隆,无

呕吐,用开赛露通便,有很少量的黄色粪便排出,右侧腹股沟区有可复性肿物,入院诊断为不完全性肠梗阻,给予胃肠减压、灌肠、补液及抗感染等保守治疗腹胀无缓解,手术为唯一治疗方案。术中发现,患儿患的是一种罕见先天性疾病——消化道重复畸形,回盲部囊肿型。目前,患儿术后恢复顺利,已痊愈出院。

本版图片均为资料图片

纵隔疾病多数可用腔镜治疗

随着摄像机镜头、电视监视器以及胸腔镜器械的改进,现在很多纵隔疾病可以通过胸腔镜治疗,如各种原因的心包积液、前后纵隔肿瘤、纵隔淋巴结肿大、纵隔囊肿以及需要切断胸部交感神经链的疾病。对于前纵隔肿物的诊断性应用,主要有血液系统异常的疾病,如淋巴瘤、精原细胞瘤及一些诊断不明的前纵隔肿瘤。治疗性应用主要是前纵隔的囊性肿物切除,如气管囊肿、心包囊肿、胸腺囊肿及胸腺增生伴有重症肌无力的患者。

左侧进入前纵隔为宜

术中患者体位多采用45度侧位,根据肿物的位置也可采用侧位。肿瘤居中者,左、右胸开口无明显异常,但左侧有心包能提供较好的解剖定位,常规左侧进入前纵隔为宜。后纵隔肿瘤胸腔镜诊断性应用较少,治疗性应用较多。胸腔镜的应用一般在经胸腔穿刺及其他方法不能明确诊断肿物,有不适合手术探查时才加以考虑。治疗性主要用于椎旁脓肿或支气管源性囊肿、神经源性肿瘤的切除,后者如侵犯椎管应

为胸腔镜手术的禁忌。为了利于手术操作,下后纵隔肿物套针部位一般应选在前上胸部,而上后纵隔肿物一般应选在前下胸部置入为宜。

检查淋巴结最具优势

纵隔镜检查的最佳适应证是各种原因引起的纵隔淋巴结肿大。最佳检查区域是中纵隔,即气管周围。胸片或胸部CT发现纵隔淋巴结肿大,同时有或无肺部病变或其他部位病变,经痰细胞学、支气管镜、肺穿刺或纵隔穿刺

(或判断无法进行穿刺)等检查均未能明确诊断,对是否进行开胸探查尚有顾虑或争议,尤其是良恶性不能确定的病变或疑为恶性淋巴瘤(穿刺检查难以进一步分型)的患者,可根据CT指示的病变部位,实施纵隔镜检查,明确纵隔肿大淋巴结的性质,这对决定是否进行开胸手术或采取其他治疗措施有重要价值。

对影像诊断已较肯定的肺癌患者,先进行纵隔镜检查可确定病理类型,判断其属N2或是N3,对是否实施手术治疗或先行化疗或化疗+放疗后再行手术治疗等有决定性作用。对各类已接受根治性手术治疗的肿瘤患者,复查中发现纵隔淋巴结肿大而其他部位无异常发现时,应考虑实施纵隔镜检查以明确其性质。扩大的纵隔镜检查术已使检查范围扩展到前纵隔、主动脉窗及左肺门等处。最有价值的结果是使一些影像诊断疑为恶性肿瘤的病例确诊为良性病变,避免了仅靠影像诊断盲目治疗造成的误诊误治,也使其他肿瘤患者获得明确的病理诊断,接受了合理规范的治疗。

纵隔镜检查术有一定的局限性,它不能到达后纵隔和下纵隔,如发现这些部位的肿大淋巴结或其他肿物,可考虑进行胸腔镜检查。作为一种创伤性检查,纵隔镜检查也是有一定风险的,尤其是对合并严重上腔静脉综合征的患者,应严格掌握适应证,高度重视每一位检查者,防止发生难以控制的大出血。为了保证纵隔镜检查结果的可靠性,术中应做快速冰冻活检。

胸膜活检可明确积液成因

胸腔镜胸膜活检对恶性胸腔积液的病因诊断的准确率高达95%~100%,可及时指导选择合理的治疗方案,同时应用滑石粉等胸膜固定术可以有效控制顽固性胸水,因此有较高的临床应用价值。胸腔镜手术也可准确地进行淋巴结和肿物的分期而确定最佳术式。若肿瘤与纵隔紧密相连,而又不能确定是否有真正的纵隔大脏器侵犯(T4期),那么在常规开胸前进行胸腔镜

提醒

过敏性肺炎,易误诊为肺结核

患者,男,12岁,因近期自感身体不适、轻度低热、咳嗽,遂来院就诊。其母曾患过急性播散型肺结核,因此要求为其子拍摄X线胸片。胸片显示右肺上野、锁骨下区中带可见片状阴影,密度较淡、均匀,拟诊为右肺浸润性肺结核,给予抗结核药物加用激素治疗。1周后复查,病灶阴影全部消失。经查看门诊病历,发现患者实验室检查白细胞总数升高,分类嗜酸性粒细胞增多,血沉不增快。重新审阅前次

X线胸片,结合临床病史,患者确诊为过敏性肺炎。体会 过敏性肺炎仅在X线检查时发现,多数患者有轻度下咳、低热(38摄氏度以下)等症状。X线表现有不规则散在的片状阴影,密度较低,周围血象嗜酸性粒细胞增多,一般可达0.2~0.7。痰涂片内可见大量嗜酸性粒细胞。病灶自限,一般不超过两周。首次X线胸片报告误诊率高达20%,再次胸片复查可明确诊断。临床上容易误诊为浸

润性肺结核、肺炎、多发性肺脓肿、绒毛膜上皮癌肺转移等。该病诊断一般以X线表现、临床症状和动态变化为依据,其中任何一方面不典型均可导致误诊。该患者误诊的原因是医生诊断时单凭X线表现和临床症状,尤其是肺部局限性病变又位于锁骨附近者,因此极易误诊为浸润性肺结核。笔者在此提醒临床医生,X线检查一定要结合实验室检查,避免误诊误治。

(湖北 吴承杰)

创新方法,治疗手掌部压砸伤



对手部毁损离断伤进行再植时,由于皮肤捻挫较重,常出现皮肤缺损而没有可以吻合的静脉,从而导致再植失败。笔者在彻底清创的前提下重新布局,用可利用的残留手指进行再植,同时通过前臂的逆行筋膜瓣翻

转后覆盖手背部的皮肤缺损区,将离断肢体手背部的静脉远端与筋膜带中的静脉近端相吻合,解决再植指的静脉回流问题,从而最大限度地保证再植肢体的存活。这为临床毁损伤再植提供了一个新的手术方式,也为更多

的患者最大限度地保留了离断的肢体。

由于手掌的功能十分重要,缺损后应尽可能修复。毁坏性断掌因毁坏的程度、范围不一,没有固定不变的手术模式。但有3条原则必须遵循:一是尽最大努力保留有生机可回植的组织,清创应尽量在手术显微镜下逐点逐层进行。二是要充分利用好可回植的离断手指,根据恢复手功能的要求,精心设计、合理搭配,首先保证重建一个手掌,然后要有对指、屈曲的手指功能,努力恢复手的对指及握夹功能。三是对血管、神经、肌腱的吻合力求精细准确,因在这类断掌断指的再植中,吻合血管的两端口径往往相差较大,有时尚须做血管移植或端侧吻合,技术要求较高,血管吻合基本功不扎实就收不到预期的效果。

(吉林 赵维彦)

腹泻迁延,可能是食物不耐受

患儿,男,8个月,反复腹泻近两个月,曾被诊断为消化不良、肠炎、秋季腹泻等。经门诊治疗后,患儿病情时轻时重,大便常规时有白细胞、脂肪球,偶有红细胞。近日因腹泻加重入院。入院查体 体温37摄氏度,心率98次/分钟,呼吸23次/分钟,精神可,前囟稍凹,心肺(-),腹软,肝脾未及,皮肤弹性稍差。血常规:白细胞4.7×10⁹/

升,中性粒细胞计数0.426,淋巴细胞计数0.447,红细胞4.4×10¹²/升。生化指标大致正常,尿常规及微量元素正常,免疫球蛋白E<20.8单位/毫升,T淋巴细胞亚群 CD356.95,CD434.01。因患儿每次哺乳后腹泻加重,查过敏原显示食物不耐受,蛋白/蛋黄++,鱼类++,牛奶++,大米+。改用胸腺肽调节免疫功能,宝乐安调节肠道菌群,酌情

补液,换去脂腹泻奶粉喂养3日后腹泻停止,大便常规检查结果正常,至1岁未再腹泻。

体会 腹泻为婴幼儿常见症状,原因很多。我们通常认为病毒、细菌感染,喂养不当、着凉等是腹泻病因,却很少想到蛋白不耐受。实际上此病并不少见,提醒同行对迁延性及慢性腹泻患儿别忘记查食物过敏原。

(山东 冯森蕴)