

技术·思维

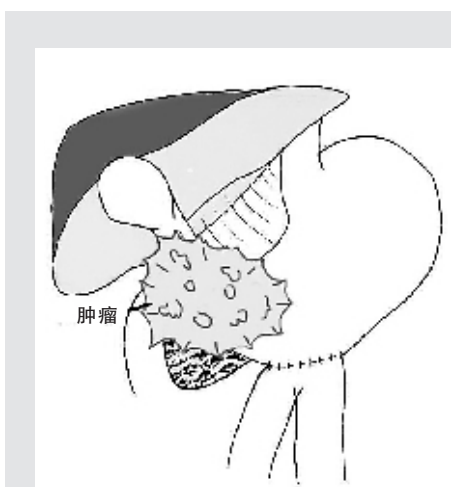
多学科协作 局部晚期胃癌也能手术切除

□任莹坤 文/图

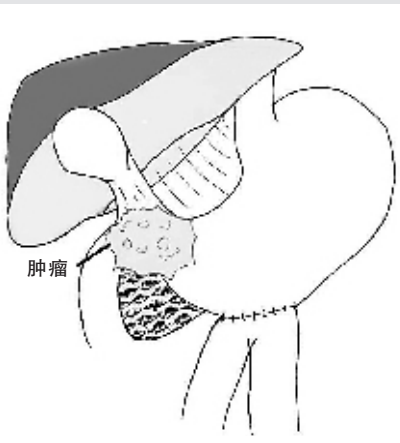
不可切除胃癌指初诊时难以在手术上进行R0切除(根治性切除),术后可能会有残留肿瘤进展的胃癌,包括难以切除的局部进展期胃癌和有远处转移的胃癌,占胃癌总数的10%。难以切除的局部进展期胃癌主要指侵犯邻近组织器官,如胰腺、门静脉、胆总管或腹腔动脉旁淋巴结,发展成难以根治性切除的病例。不可切除胃癌患者若不经过多学科综合治疗,则难以获得长期生存。

转化治疗是通过多学科治疗中的全身化疗、放疗结合、靶向药物治疗等,使不可切除肿瘤部分缓解或完全缓解,从而获得根治性切除的机会;术后,医生根据患者的状况再给予综合治疗,从而达到使患者长期生存的目的。近日,河南省肿瘤医院普外科、内科和营养科协作,成功地为一名局部晚期胃癌患者实施多学科综合治疗。

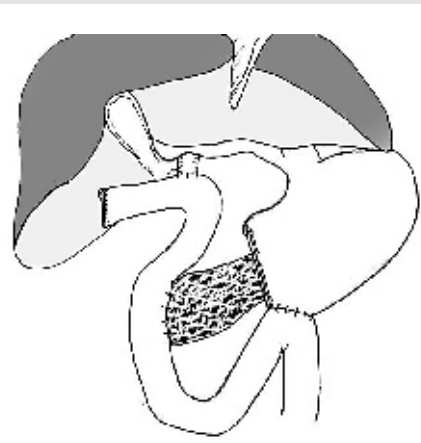
患者为男性,44岁,以胃空肠吻合术后5个多月,5个周期化疗后为主诉入院,既往体健,无基础疾病。患者5个月前因“胃窦癌合并幽门梗阻”来到河南省肿瘤医院就诊。医生完善相关检查后进行剖腹探查,发现少量血性腹水;肿瘤位于幽门,质硬,侵犯十二指肠韧带、部分肝脏、胰头、结肠系膜,固定,边界欠清,在肝总管和胰头处可触及肿大的淋巴结。医生与患者家属沟通后决定进行胃空肠吻合术。术后,医生将患者送至内科综合病区,在医生郭宏强的指导下进行5个周期化疗。



初诊时,患者肿瘤局部晚期,并发幽门梗阻,不具备手术切除条件。



经过短路手术(胃空肠吻合术)和营养支持后化疗,肿瘤病灶缩小。医生进行远端胃癌根治和胰十二指肠切除术。



切除远端胃。吻合术包括胰肠吻合、胆肠吻合、胃肠吻合、肠肠吻合等。

化疗后,复查CT,肿块较术前明显缩小,疗效评价SD(肿瘤缓解的一个评价标准)。内科和外科专家会诊,认为目前患者病情稳定,有手术指征,且营养状况尚可。和家属沟通后,医生完善了相关检查,7月19日在全麻下实施剖腹探查术,术中发现肿瘤较初次手术明显缩小,和胰头粘连,但无远处转移病灶。医生进行远端胃癌切除术和胰十二指肠切除术。

患者术后第一天少量、多次摄入流质饮食。医生给予患者肠内营养液,同时进行对症支持治疗;术后第二天,嘱咐患者少量、

多次摄入流质饮食;第三天复查CT,未见明显积液;第四天,嘱咐患者摄入半流质饮食;第五天同上;第六天再次复查CT,未见明显异常,拔掉左侧腹腔引流管及切口下引流管;第七天,拔掉右侧腹腔引流管;第八天,患者出院。

在患者治疗的过程中,有3个重要的环节:第一,肠内肠外营养支持。患者初次手术时已存在幽门梗阻,长期未进食,机体处于负氮平衡、高分解代谢状态,此时如果进行较大的手术,创伤后营养状况极有可能无法得到改善,且术后发生吻合口瘘、感染的概率极高。患者术前经普外科和营

养科医生共同努力,第二次手术时体重增加明显,为术后化疗以及再次进行手术创造了良好的营养基础。

第二,内科的成功转化治疗。患者初次手术探查,无根治性切除的机会。经内科的规范化治疗,患者除原发病灶缩小以外,其周围转移灶明显缩小或者消失,为第二次手术创造了机会。

第三,加速康复外科理念在胃癌领域以及在胰十二指肠切除术中的应用。加速康复外科是一系列重要的围术期治疗方法的整合,其核心是在术前、术中及术后应用各种已被证实有效的方法以

减少患者的手术应激反应和并发症,缩短住院时间,提高满意度,减少住院费用。

2015年,河南省肿瘤医院普外科首先将加速康复外科理念应用到胃肠道手术领域,累计实施手术100余例,此病例为普外科将加速康复外科理念应用到胃癌联合胰十二指肠切除术的第一例,明显缩短了术后住院时间(既往需要2周甚至更长时间),减轻了患者的痛苦。

通过多学科协作,医生既往认为不可切除的胃癌通过转化治疗,亦能取得较好的疗效。(作者供职于河南省肿瘤医院)



资料图片

专家支招 产前筛查可预防出生缺陷

拥有健康聪明的宝宝是每个家庭的梦想,这其中的重要一环就是防治出生缺陷。7月30~31日,河南为了提升预防和控制出生缺陷的全社会参与度,新添了一支由遗传优生领域的医疗专家组建的科普团队——河南省医学科学普及学会遗传优生专业委员会。现在,我们就来对话该专业委员会的第一任主任委员、河南省医学遗传研究所所长廖世秀,请她为准爸爸、准妈妈支招产前筛查的那些事儿!

“出生缺陷是宝宝出生前就已经存在,出生时或出生后数年内可能发现的结构或功能异常。严重的出生缺陷会严重影响个体的生存能力、身体机能,导致宝宝在生命早期就致残、生活不能自理或死亡。”长期在产前诊断临床一线工作的廖世秀说。

统计数据显示,我国出生缺陷发生率高达5.6%,相当于每30秒钟就有一个出生缺陷儿降生,出生缺陷已成为我国婴儿死亡和残疾的主要原因。目前,已知的出生缺陷有8000~10000种,常见的前5位出生缺陷是先天性心脏病、多指(趾)、总唇裂、脑积水、马蹄内翻。国际研究显示,30%的出生缺陷儿会在5岁前死亡。

河南的出生缺陷防治形势不容乐观。廖世秀说,产前筛查已被证明是预防出生缺陷的有效方法。

那么,如何进行产前筛查才能有效防范出生缺陷呢?廖世秀向我们解答了准妈妈、准爸爸们经常提出的五大疑问。

疑问一:哪些孕妇需要做产前筛查?

所有孕妇都有生育出生缺陷儿的危险!因此,产前筛查所有孕妇都要做,除非直接做了产前诊断。有产前诊断指征(有高度生育出生缺陷儿风险)的孕妇建议做产前诊断。

疑问二:产前筛查指的是那些项目?

常见的产前筛查包括:胚胎移植前遗传学检测、孕早期产前筛查、中孕期血清学筛查、无创胎儿DNA(脱氧核糖核酸)检测、中晚期超声筛查。

需要注意的是,这些项目对筛查时间有着特殊要求。

胚胎移植前遗传学检测:极体检测在受精前进行;卵裂球检测在受精后第1~3天进行;囊胚检测在受精后第5~7天进行。

孕早期产前筛查:怀孕第9~13周进行。

中孕期血清学筛查:怀孕第15~20周进行。

无创胎儿DNA检测:最佳时间为怀孕第12~26周。

疑问三:产前筛查与产检有什么区别?

产前筛查是指通过简便、经济和较少创伤的检测方法,从孕妇群体中发现可能生育某些先天性缺陷和遗传性疾病胎儿的高风险孕妇,以便进一步诊断。

产前检查指的是常规检查,包括对孕妇的定期检查、对胎儿的监护,以及胎盘和胎儿成熟度的监测。其主要作用是及早发现高危妊娠,预防并发症。

产前筛查不同于普通的产检,产检不能替代产前筛查。

疑问四:产前筛查与产前诊断有什么区别?

产前筛查,旨在从孕妇群体中发现可能生育某些先天性缺陷和遗传性疾病胎儿的高风险孕妇,并进一步明确诊断。产前筛查只是对胎儿畸形或缺陷的评估,不是诊断,更不能代替产前诊断!因此,某些孕妇需要直接进行产前诊断来阻断出生缺陷的发生。这些孕妇可以分为十大类型。

一、大于35岁的高龄孕妇。

二、曾生育过染色体异常患儿的孕妇。

三、夫妇一方是染色体平衡易位、罗氏易位或倒位携带者的孕妇。

四、孕妇可能为某种X连锁遗传病基因携带者。

五、夫妇双方为某种单基因病患者/携带者,或曾生育过某种单基因患儿的孕妇。

六、曾有不明原因的自然流产史、畸胎史、死产或新生儿死亡的孕妇。

七、孕早期产前筛查为高风险的孕妇。

八、孕早期超声检查发现胎儿异常的孕妇。

九、胎儿宫内感染的孕妇。

十、胎儿宫内生长迟缓。

疑问五:生育过健康宝宝,再次怀孕还要进行产前筛查吗?

“家族中没有出生缺陷儿,第一胎成功生育健康宝宝,就不会生育出生缺陷儿”,这是一种常见的误解。出生缺陷儿大多是由个体突变,或者继承了来自父母双方的缺陷基因而造成的。

在全面二胎时代,产前筛查对所有孕妇来说都是十分必要的,对准备生第二个孩子的高龄妇女更为重要。(刘咏)

优生优育 呵护健康

临床病例

应用放射性碘治疗甲亢并发糖代谢异常

□吴少璇 池艳艳

甲亢(甲状腺功能亢进症的简称)危害是甲状腺毒症急性加重的一种综合征,其发病机制可能与循环内甲状腺激素水平增高有关,多发生于甲亢较重而未治疗或治疗不充分的患者。在内分泌疾病中,甲亢与糖代谢异常看似没有关联,但笔者此次收集的病例,却是二者紧密结合。

病例:患者为中年男性,因心悸、手抖、大汗4小时入院。在入院病史采集时,医生发现其患糖尿病3年,正在口服达美康药物,距离上次测血糖已有4周时间,急查血糖为2毫摩尔/升。在详细了解情况后,主治医师确诊为药源性低血糖、糖尿病,立即给予50%葡萄糖静脉推注,然后用10%葡萄糖静滴,并监测血糖。患者的病情很快缓解。主治医师决定按照此方案治疗观察3天。但第二天,上级医生查房时发现患者双眼突出,皮肤潮湿,甲状腺肿大,双手细震颤阳性,提示甲亢。上级医生嘱咐患者检查甲状腺功能。结果提示TSH(促甲状腺激素)低于

参考值,血液甲状腺激素增高,TRAb(TSH受体抗体)明显升高,吸碘率升高。医生考虑为毒性弥漫性甲状腺肿,再详细询问患者,发现患者怕热、多汗、消瘦5个多月,分析后得出结论:患者应该患甲亢在先,继发甲状腺毒症,导致糖代谢异常;在降糖过程中,又因为服用降糖药物的剂量过大,出现了低血糖。医生给予放射性碘治疗甲亢后,患者的血糖恢复正常。

在临床上,这类病例的甲亢症状往往容易被低血糖掩盖。作为主治医生,首要的任务就是及时快速地发现甲亢危象的存在。甲亢危象的特点有:甲亢危象多发于甲亢尚未控制的患者,常有明确的诱因;主要表现为高热、大汗、呕吐、腹泻、心律失常、精神障碍;常并发肝功能损害、粒细胞减少;预后差,死亡率高。

甲亢危象的发病机制可能与以下因素有关:一、甲状腺激素骤然增加,释放入血;二、血中游离甲状腺激素增加;三、机体对甲状腺激素耐受性降低;四、

甲状腺激素水平在肝脏降低。治疗甲亢危象时,要注意避免诱发危象的各种因素,早期诊断,及时处理,迅速抑制甲状腺激素的合成,减少甲状腺激素的释放。拮抗甲状腺激素的方法:一、全身支持对症治疗,注意补足热量及液体,高热患者需要应用物理及药物等各种方法退热,同时针对诱发因素进行治疗;二、抑制甲状腺激素合成,首选丙硫氧嘧啶,如果没有丙硫氧嘧啶,也可以用甲巯咪唑,不能口服者可经胃管注入或灌肠;三、应用碘剂减少甲状腺激素的释放,理论上应在抗甲状腺药物服用后1小时进行。通常应用复方碘溶液,在患者病情缓解后减量至停药,但危重患者也可与抗甲状腺药物同时使用,若对碘剂过敏,可改用碘化钾;四、应用β受体阻滞剂及糖皮质激素拮抗甲状腺激素的外周作用,病情缓解后减量至停药;五、血浆置换及透析治疗。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

郑州大学附属郑州中心医院 卒中中心建设有成效

脑卒中论坛

(投稿邮箱:879967567@qq.com)

8月4日,国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会专家组莅临郑州大学附属郑州中心医院(郑州市中心医院)。

国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会专家组成员、国家卫生计生委办公厅秘书联络处处长巢宝华,郑州大学第一附属医院神经内科主任许予明,河南省人民医院介入科主任李天晓,首都医科大学宣武医院神经外科闫峰博士等人陪同检查。河南省卫生计生委疾病预防控制处处长张伟平主持座谈会。

在座谈会上,郑州大学附属郑州中心医院院长连鸿凯从发展历程、整体规模、人才队伍、专业体系、质量安全可持续发展体系、教学体系等方面系统地进行了介绍。近年来,郑州大学附属郑州中心医院通过科技创新提升实力,通过优质服务提升美誉度,通过质量安全的可持续改进力争把这里打造成更符合老百姓需求的医院。连鸿凯指出,卒中中心最符合患者的需求,最符合急诊的需要,最能引导医务人员工作。目前,郑州大学附属郑州中心医院正在围绕胸痛中心、卒中中心、创伤中心3个中心的工作模式打造以症状为导向的急诊医疗体系。

郑州大学附属郑州中心医院副院长、卒中中心主任赵智琛汇报了卒中中心的基本情况、建设成效及持续改进情况和未来的发展规划。

巢宝华全面介绍了卒中流行状况和防治策略,中国卒中中心建设工作、工程及基地的主要工作任务等内容,对卒中中心建设进行了再动员、再部署、再安排。

座谈会后,专家组成员分成4组,对郑州大学附属郑州中心医院的门急诊、神经内科、神经外科、介入科、神经康复科等相关科室进行了现场检查。

在反馈会上,专家组成员对郑州大学附属郑州中心医院检查验收的情况进行一一点评,对郑州大学附属郑州中心医院卒中中心建设给予高度评价,同时对在工作计划、健康宣教、空间布局、信息化建设等方面存在的问题和不足,提出了宝贵的建议。

针对本次检查情况,连鸿凯进行了总结和工作部署,并在会上表态:一是将在国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会的领导下,一如既往地做好卒中中心建设工作,力争打造区域标志性、得到广泛认可的卒中中心;二是抓住机会,与有关专家保持长期联系,经常接受指导,遇到问题多请示、多汇报、多联系,结合实际情况积极改进。对于各位专家提出的具体问题,连鸿凯逐一进行安排部署,提出整改措施。

(韩凯 李天晓)

失眠治疗仪

河南阿拉丁医疗器械有限公司
诚招各市县代理商 400-650-7100

遗失声明

长垣县中医院牛静护士执业证书(编码:200841038110)不慎丢失,声明原件复印件作废。

征稿

科室里开展的新技术,临床中积累的心得体会,治疗上取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……欢迎您将来稿发送至337852179@qq.com,与广大医务工作者共享。

“献血做表率 我们在努力” 第二届省会医疗卫生系统献血活动月启动 无偿献血倡议书

广大医务工作者和社会各界人士:

血液是生命的源泉。无偿献血,是利国利民的好事,与社会民生息息相关。在郑州,平均每天都有数百人慷慨地捐献自己的血液,以挽救他人的生命,这汨汨流动的真情,点亮了无数生命的希望之灯。

进入炎热的盛夏,郑州市区街头的人流量骤减,与省会郑州用血量不断增长的局面形成较大反差。为了缓解季节性临床用血压力,进一步弘扬省会医疗卫生系统广大干部职工的无私奉献精神,河南省红十字血液中心特联合医药卫生报社,于2016年8月8日~9日9日在郑州市开展省会医疗卫生系统无偿献血月公益活动。

活动期间,医药卫生报社将全程对参与献血活动月的单位和个人进行系列跟踪报道,传递社会正能量。

诚邀省会医疗卫生系统各单位及广大医疗卫生人员积极参与到活动中来(河南省红十字血液中心活动报名电话400-006-3335),用蕴满人间真情的鲜血,让无数生命之树焕发蓬勃生机;用实际行动去感召并带动更多的人加入无偿献血的队伍;用献出的热血,使我们身处的社会充满生机、绽放文明!

河南省红十字血液中心
2016年8月1日

博爱 奉献 严谨 创新

河南省红十字血液中心
咨询电话:400-006-3335 微信平台:HNXYZX001