

■ 技术·思维

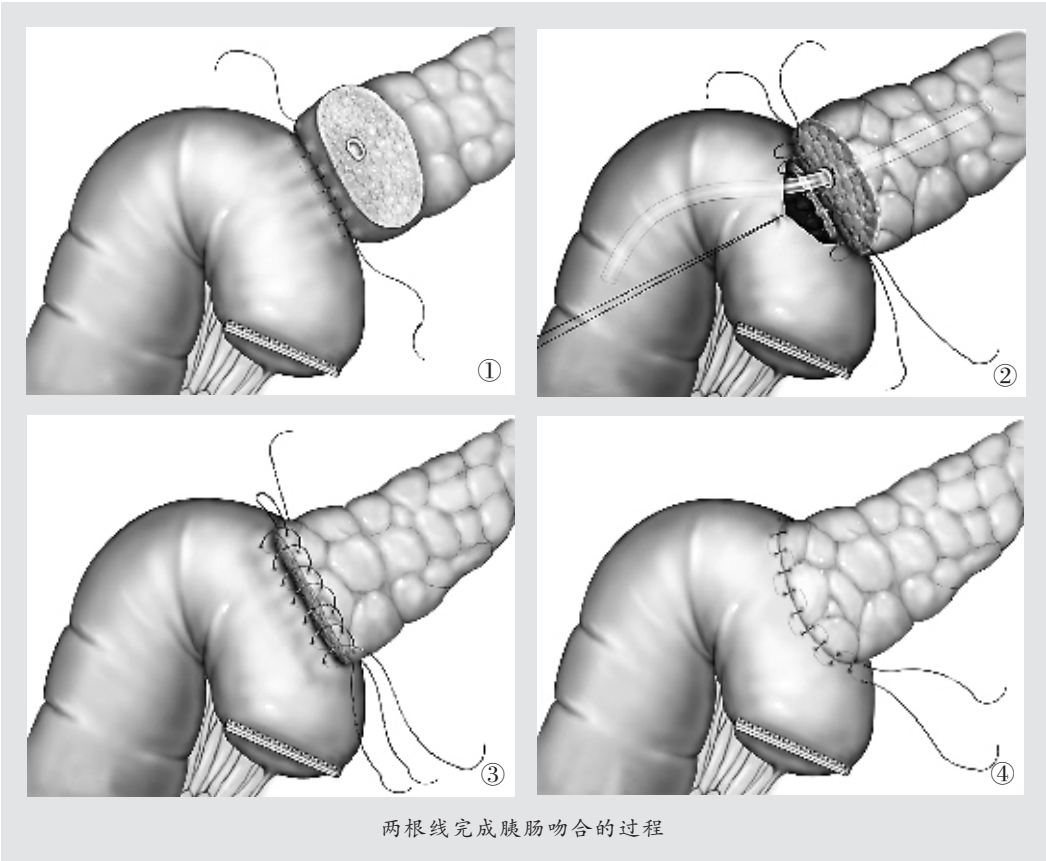
对胰痿说“不” 两根线完成胰肠吻合

□周进学 文/图

近日,河南省肿瘤医院肝胆胰腺外科病房里一改往日沉闷的气氛,充满了欢声笑语。一名患者家属在向医务人员道谢,感谢医务人员对患者住院期间的照顾,使患者顺利康复。患者住院时全身皮肤黄染,俗称“小金人”,在当地医院越治病情越重,医生劝其放弃治疗。患者慕名来到河南省肿瘤医院诊治。肝胆胰外科医务人员考虑患者为胰头癌并发阻塞性黄疸,为其实施了胰十二指肠切除术。术后第 11 天,患者顺利出院。这是笔者带领的团队实施该术式并顺利康复的第 36 位患者。

胰十二指肠切除术(又称 Whipple 手术)是治疗胰头癌、胆管下段、十二指肠壶腹周围癌等常用的手术方式,是普通外科最为复杂的手术之一。该手术需要切除多个脏器,同时廓清周围淋巴结,最后进行消化道重建。

胰十二指肠切除术过程复杂,并发症发生率高,术后胰痿是其最严重的并发症之一,发生率高达 20%,是导致患者术后生存率下降的主要原因。每天正常胰腺的分泌量约为 1000 毫升,胰痿时丢失大量胰液,可引起程度不同的水电解质紊乱和酸碱代谢平衡失调,继发感染后可导致化脓性腹膜炎及严重的全身感染;



两根线完成胰肠吻合的过程

胰液内含大量消化酶,被激活后的胰酶可腐蚀胰周组织器官,使之溃烂、坏死,甚至侵蚀血管引

起腹腔内大出血导致患者死亡,后果极其严重。

术中胰肠吻合的方法和技巧

与胰痿密切相关。胰肠吻合的手术方式多种多样,目前文献报道过的吻合术式有 50 多种。临床上

主要应用的吻合术式有胰腺空肠端吻合术、胰腺空肠端侧吻合术、胰腺导管对空肠黏膜吻合术、捆绑式胰肠吻合术等。各种吻合方式均有其优缺点,都有其特殊的适应证,但胰痿的发生率依然较高。

笔者根据多年的临床经验,独具匠心地改良了胰肠吻合方法,仅用两根 Prolene 缝线(聚丙烯缝线)完成胰肠吻合。该方法简单、快捷,经实践证实无须考虑胰腺质地、直径及胰管内径,具有以下优势:一、根据胰腺残端大小调节空肠侧切口大小,避免了端端套入式的胰肠不匹配导致胰痿的缺点;二、连续缝合过程简便,用时短,拉紧时吻合口受力均匀,在缝合过程中可自由调节缝线张力,不仅使胰肠贴合紧密,而且能降低撕扯胰腺造成胰痿的概率,最主要的是保证了吻合口的血供;三、吻合应用的 Prolene 缝线,具有表面光滑,极易穿过组织且无损伤,缝线张力容易调节、强度持久、打结牢固安全、不易降解的特点。

两根缝线完成双层胰肠端侧吻合的方法,使得胰十二指肠切除术后胰痿的发生率大大降低,简单实用,值得临床推广应用。

(作者供职于河南省肿瘤医院)



误区一:唐氏综合征筛查需要羊水穿刺,不安全

过去,利用羊水穿刺检查法对唐氏综合征进行确认,的确有可能对孕妇和胎儿带来一定的风险。因此,很多孕妇不愿意做检查。然而,目前最新的孕早期唐氏综合征筛查,只需做 B 超检查并抽取 3 毫升静脉血即可,是一项不会对胎儿造成损伤的检查项目。

误区二:准确率不高,做与不做都一样

从筛查项目来讲,与孕中期唐氏综合征筛查相比,孕早期血清指标结合 B 超能够得到更高的检出率和准确率。国际多个产前诊断中心的大量病例研究发现,孕早期筛查的准确率可从目前孕中期的 60% 提高到 90% 以上,减少漏检率,降低假阳性率。

误区三:只能在怀孕 15~20 周做唐氏综合征筛查

由于唐氏综合征尚无有效的预防和治疗措施,唯一可以采取的方法就是早发现、早干预。目前最新的孕早期筛查技术更科学,可以给医生及家庭更多的时间来面对筛查结果,做出科学的决定,以降低对孕妇可能造成的损伤及风险。

需要注意的是,筛查可筛检出 70% 左右的唐氏综合征患儿。需要明确的是,这种检查只能帮助判断胎儿患有唐氏综合征的几率有多大,不能明确胎儿是否患上唐氏综合征。也就是说抽血化验指数偏高时,怀有唐氏综合征宝宝的概率较大,但并不代表胎儿一定有问题。另外,即使化验指数正常,也不能保证胎儿不患此病。

唐氏综合征筛查指数超出正常的孕妇应进行羊膜穿刺检查或绒毛检查,如果羊膜穿刺检查或绒毛检查结果正常,就可以排除唐氏综合征的可能。

唐氏综合征筛查的三大误区

□柳小毛

■ 体会

重视肝硬化腹水患者医源性低钠血症

□刘建军 刘常林

肝硬化腹水患者低钠血症较常见,但多认为是稀释性低钠血症,与钠潴留机制亢进有关。肝硬化腹水患者发展至终末期时,几乎都会出现程度不同的低钠血症。目前国内外学者一致认为,低钠血症是判断终末期肝病预后影响的独立影响因素,血钠越低,预后越差。

肝硬化腹水患者低钠血症是否存在医源性?我们的研究结果证实,肝硬化腹水患者发展至终末期时多存在医源性低钠血症。导致低钠血症的原因与肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAAS)活性增强,钠潴留机制亢进等理论依据指导的限钠、利尿治疗有关,是肝硬化腹水与终末期肝病低钠血症的主要原因。肝硬化腹水患者在限钠、利尿及使用醛固酮拮抗剂治疗过程中,不仅未能抑制 RAAS 活性,还活性增强。RAAS 活性越强,限钠就越严格,结果导致了终末期肝病严重低钠血症。

RAAS 活性增强及钠潴留机制亢进是否可继续作为肝硬化腹水患者限钠治疗依据呢?我们通过 30 年来的临床研究发现,不限钠或应用高渗氯化钠纠正低钠血症时,不仅腹水消失时间缩短,而且对 RAAS 活性有明显抑制作用。研究结果初步证实,肝硬化腹水患者 RAAS 活性增强及钠潴留机制亢进是对低钠血症的一种生理性保护反应,并非 RAAS 活性增强导致了钠潴留,而是低钠血症激活了 RAAS 活性,不应作为限钠依据。

终末期肝病出现低钠血症死亡率升高的原因与血浆渗透压下降、细胞外水分向细胞内转移、有效循环血量减少、诱发肝肾综合征(HRS)及低渗性脑病(并非非肝性脑病)有关。低钠血症未能及时纠正是终末期肝病死亡率升高的主要原因,是影响终末期肝病预后影响的独立影响因素。

肝硬化腹水患者低钠血症的病因包括:一、在腹水形成过程中血浆钠移至腹腔,血浆钠向腹腔转移的条件与门静脉压力及血浆-腹水白蛋白梯度有关;二、钠摄入量不足;三、使用排钠利尿药;四、其他途径丢失,如呕吐、腹泻、排放腹水等。这些原因必然导致血浆钠下降,并激活 RAAS 活性,钠潴留机制亢进。若不及时给予纠正,或在此基础上继续限钠治疗,则会导致医源性低钠血症,应给予重视。

■ 基层技术

多学科联合 抢救凶险性前置胎盘产妇

□杨须 李 鹏



凶险性前置胎盘作为产科重症,一直是产妇乃至医生的“梦魇”,传统上子宫切除术是最为有效的治疗方法,并且在介入等多学科联合治疗下,能显著降低子宫切除率和产妇死亡率。近日,经过紧张快速的术前准备,登封市人民医院妇产科、放射介入科、麻醉科等多学科合作,成功为一名先兆早产的凶险性前置胎盘产妇实施了手术,现在母子平安且保留了产妇的子宫。据悉,该院拥有省内县级医院唯一的复合手术室,能把原本需要在不同手术室、分期才能完成的重大手术合并在一个手术室内单次完成。

“产妇 29 岁,以‘孕 8 个月,下腹部疼痛 6 小时’为主诉急诊入院,9 年前行‘子宫下段剖宫产术’。产妇此次被确诊为凶险性前置胎盘。”登封市人民医院妇产科主任郑素娟说,“术前产妇先兆早产、瘢痕子宫,胎儿已经缺氧,病情十分危急,若不紧急实施剖宫产手术,不仅胎儿保不住,大人也会有生命危险!为了减少剖宫产术中的出血量,降低切除子宫的概率,我们术前与放射介入科主任苗炜宇、手术室主任郭桂珍等专家进行了会诊,决定为产妇实施腹主动

脉球囊植入术下凶险性前置胎盘剖宫产手术。”

产妇被送入复合手术室。郭桂珍带领手术室团队将产妇成功麻醉,之后苗炜宇为产妇穿刺右股动脉,将球囊放入腹主动脉。接着,郑素娟立即行剖宫产术,当胎儿娩出并夹闭脐带后,苗炜宇立刻充盈球囊,在球囊阻断血流的几分钟内,郑素娟迅速将产妇的子宫缝合好,且在剥离胎盘及子宫创面缝合过程中均无明显出血,母子平安,产妇的子宫也被完整保留。

“在为产妇实施剖宫产前,我们先给她做了腹主动脉球囊植入术,就像安装了一个水龙头开关,随时可以阻断血流。”登封市人民医院放射介入科苗炜宇说。

“手术视野因血供减少而非

常清晰,这让我们可以从容进行胎盘剥离和子宫缝合。”郑素娟说,“多学科综合治疗凶险性前置胎盘,大大降低了子宫切除率和产妇死亡率,既确保了母子平安,又保留了产妇的子宫,还可减少患者心理创伤的发生。”

目前,介入手术在妇产科中应用越来越广泛,比如治疗子宫肌瘤、产后出血、异位妊娠,以及妇科恶性肿瘤灌注化疗栓塞、输卵管梗阻的再通等,都可以在治疗疾病的同时保住子宫。

牵张周围皮肤可愈合创口

56 岁的车祸患者张老先生左小腿损伤严重,胫腓骨骨折、肌肉损伤、皮肤损伤严重,其中左侧小腿两处损伤严重,前后分别有皮肤创面,胫骨外露。郑州人民医院骨科一病区医务人员应用皮肤牵张技术使张老先生的创口愈合。

破损的皮肤不用植皮,把周围的皮肤牵张过来,安全美观恢复快,这是啥技术,如此神奇?据郑州人民医院骨科一病区主任宋文超介绍,应用可调节拉力的皮肤牵张器,可为各种车祸引起的皮肤缺损,以及褥疮、烧烫伤患者进行皮肤牵张,不需要植皮和皮瓣,安全、美观,且患者恢复快。“这种技术的关键在于使用可调节拉力的皮肤牵张器。”宋文超说。宋文超及其团队早在 3 年前就发明了有刻度、可以精确读数的皮肤牵张器,并申请了国家技术专利(在此之前的皮肤牵张器没有刻度,不能自动调节,安全性存疑,故国内临床应用不多)。

使用可调节拉力的皮肤牵

张器,在实施牵张术时,可以根据牵张皮肤边缘的血运情况,及时调节牵张的力度,并精确读数,比较安全,不会轻易把周边破损的皮肤拉伤。

牵张技术相较于传统的游离瓣膜技术、植皮而言,还有“拉过来的皮肤耐磨损、有感觉,且对供皮区损伤小,恢复快,一般 4~7 天就可以把周围的皮肤拉过来,且不会对其他部位造成损伤”的优势。

事实上,由于人类皮肤自身的伸展性和生长性,牵张技术不仅适用于修复创伤,对于一些褥疮、烧烫伤、瘢痕修复、体表肿瘤等各类原因引起的皮肤缺损,同样可以进行修复。

不过,牵张技术也有禁忌证。宋文超说,对于严重营养不良的患者、严重凝血功能障碍患者、创面周围皮肤血运障碍患者、感染性皮肤病患者、不能配合术后管理的患者、皮肤缺损部位周围无足够正常皮肤的患者禁忌使用。另外,足踝部位也不宜应用此技术。

(常娟)

本版未署名图片均为资料图片

2016 中国研究型医院学会移动医疗专业委员会年会暨第三届全国“互联网+医疗”学术高峰论坛在开封召开

本报讯(记者李 季 通讯员孙安琪)12 月 9 日上午,由中国研究型医院学会移动医疗专业委员会主办,河南大学第一附属医院与中关村华医移动医疗技术创新研究院共同承办的 2016 中国研究型医院学会移动医疗专业委员会年会暨第三届全国“互联网+医疗”学术高峰论坛在开封市召开。来自国内各有关单位有关移动医疗方面的专家、学者及多家医院院长约 300 人参会。

会上,河南大学第一附属医院院长张双林首先致欢迎辞,对全国前来参会的各位专家、学者表示热烈欢迎。他指出,河南大

学第一附属医院作为河南省医院信息化建设先进单位,在豫东地区率先推行信息化管理。“互联网+医疗”作为一种医疗发展新模式,对探索分级诊疗可行路径、改善患者就医体验、节省医疗资源具有非常重要的意义。

中国研究型医院学会会长王发强发来贺词,对河南大学第一附属医院近年来在“互联网+医疗”方面的应用与发展给予肯定。

河南省卫生计生委副主任黄红霞表示,河南省高度重视“互联网+医疗”工作,此次会议的召开必将有力促进互联网与健康中原建设的融合发展,促进

智慧医疗系统的发展与应用,推动区域健康产业的发展,更好地满足人民群众日益增长的健康需求。

开封市副市长马璞指出,此次全国各地的专家、学者莅临开封共商移动医疗发展大计,是全国医疗卫生事业发展的一件大事,更是开封医疗卫生史上的一件喜事。

河南大学副校长刘先省代表河南大学对会议召开表示祝贺。他说,本次论坛紧扣时代脉搏,把握热点潮流,以医学和信息化相结合为基础,围绕移动医疗行业政策的走向、移动医疗与医院发展、移动医疗与大健康等

主题展开探讨,为医学资源的整合和移动医疗的发展做出了贡献。

中国研究型医院学会移动医疗专业委员会主委方伟岗对中国研究型医院学会移动医疗专业委员会进行了介绍。他说,作为我国首个从事移动医疗研究的学术组织,该专业委员会在新形势下加强横向联合,整合资源,为医院管理者、专家学者、移动医疗产业界提供全方位的支持,全面促进移动医疗科研、教学、服务与应用。

在高峰论坛上,南京医科大学第一附属医院副院长赵俊、河南大学第一附属医院院长张双

林、广东省网络医院院长周其如等 5 位院长,以《移动医疗推动医院变革》为主题展开院长论道。他们创新的思维模式和先进的管理思想,让大家感受到移动医疗在医院发展中所迸发出的活力。接着,院长们与参会者的提问互动环节,更是将论坛的现场气氛推向高潮。

在此次论坛上,众多专家、院长围绕“互联网+政策”“互联网+分级诊疗”“互联网+学科发展”“互联网+大数据”和“互联网+医院管理”进行了精彩的专题报告。国家卫生计生委卫生发展研究中心公共卫生与风险管理研究室主任郝晓宇以《“互联

网+医疗”的风险管理》为题解析互联网医疗在发展中的风险因素等;中国社会科学院公共政策研究中心副主任杜创站在国家政策层面与大家分享了《促进互联网医疗发展的政策和制度环境》;周其如作《推进网络医疗发展,助力分级诊疗落实》报告;复旦大学附属妇产科医院院长徐丛创讲解了《互联网建设与医院精细化管理》等。

最后,河南大学第一附属医院党委书记王莹以《新媒体手段在医院文化建设中的应用》为题进行了压轴报告。她详细论述了新媒体的传播特点及河南大学第一附属医院在新媒体时代对

文化建设的探索,总结了该院如何充分发挥新媒体优势,利用其更好地为群众、患者及医务人员服务,传播医院新闻、健康教育等信息。她报告中的新概念、新观点、新模式让现场的医院管理者们耳目一新。

通过此次会议,全国众多专家汇聚一堂,共同研究如何应用移动医疗破解分级诊疗难题,创新传统就医模式,降低群众医疗成本,谋划“互联网+医疗”新篇章。与会专家纷纷表示,“互联网+医疗”的发展任重道远,大家将直面挑战,及早构建“互联网+医疗”完美体系,让基层群众能够享受到优质医疗资源。