

技术·思维

# 切除“深”且“大”的肾脏肿瘤,又能保留肾功能 肾脏肿瘤杂交手术解难题

□杨铁军 赵世明 文/图

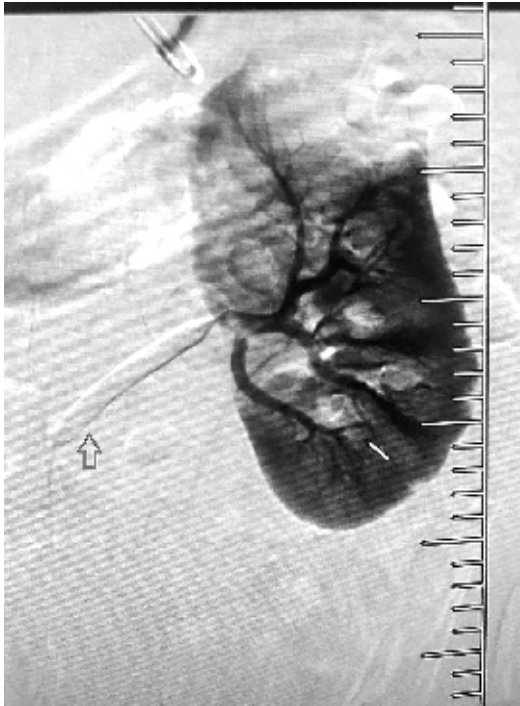
导读:此例手术为省内首创,由河南省肿瘤医院泌尿外科和介入科团队联合实施,名字叫“肾动脉球囊导管阻断并冷灌注保护下后腹腔镜保留肾单位手术”。

入冬以来,郑州市民张成(化名)出现左侧腰部酸胀症状,到一家医院检查,发现左肾肿块,进一步检查发现左肾病变为囊实性类圆形肿块,良恶性待定,直径大于6厘米,且位置深达肾脏中心区域。张成和家人非常着急,辗转多家医院就诊,均被告知如果切除病变组织,左肾无法保留。

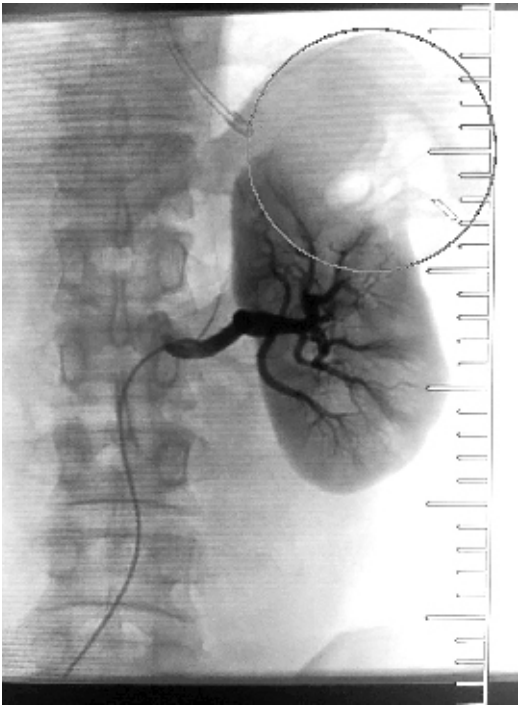
张成正值壮年,是两个孩子的父亲,是家庭的支柱。他无法面对即将失去一个肾脏的现实,期望医生能够在切除病变的同时为其保留左肾。经过多方咨询和了解,张成慕名来到河南省肿瘤医院泌尿外科,找到该科副主任医师杨铁军博士,急切地表达了根治疾病、保留左肾的愿望。

河南省肿瘤医院多学科联合会诊,诊断张成为左肾复杂占位性病变,存在囊性肾癌可能,需要进行手术切除病变。也就是说,要想切除病变,必须实施手术。按照常规的手术方法,要想根除疾病,必须切除左肾。

这是为什么呢?杨铁军提出,



经股动脉穿刺插管,植入左肾动脉气囊导管。



患者“深”且“大”的肾脏肿瘤,与血管关系复杂。

对于位于肾脏中心位置的巨大肿瘤,常规外科手术需要用钳夹阻断肾动脉,为缺血的肾脏在正常体温状态下切除肿瘤,然后缝合创面,但致命的是,缺血的肾脏对温度非常敏感,如果长时间处于

热缺血状态,就会使肾功能丧失。张成就属于“深”且“大”的肾脏肿瘤患者,常规手术只能切除左肾。

如何既切除病变,保证手术效果,又能保留左肾?经过科内讨

论,杨铁军认为,如果在手术过程中能保证缺血的肾脏处于低温状态,就能够在根除肿瘤的同时,保留左肾功能。

基于这个设想,在河南省肿瘤医院介入科副主任郭晨阳团队

的支持下,杨铁军为张成确定了缜密的诊疗方案:介入科专家首先在DSA(数字减影血管造影)下经股动脉穿刺插管,植入左肾动脉气囊导管,立即实施腹腔镜手术,术中充盈气囊暂时阻断左肾动脉,同时用冷灌注液持续灌注左肾,在低温状态下精准切除病变,妥善缝合创面后,抽出气囊及导管,恢复肾脏血供。

近日,经过精心的术前准备,在郭晨阳及郑琳医生的密切配合下,杨铁军成功为张成实施了保留左肾的微创手术——“肾动脉球囊导管阻断并冷灌注保护下后腹腔镜下左肾保留肾单位手术”,完整切除了张成的左肾病灶,同时保护了左肾功能。术后,张成恢复良好,手术瘢痕只有几个小小的“钥匙孔”。

据杨铁军介绍,经检索发现,这是河南省泌尿外科领域首例此类多学科联合手术,全国只有少数医院开展了此类技术。这次手术不但成功切除了患者的左肾复杂病变,同时通过血管内球囊阻断与冷灌注保护了患者的肾功能,避免血管损伤,疗效显著,填补了省内空白,也为“深”且“大”的肾脏肿瘤患者带来了保留肾脏的希望。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

## 警惕八大“杀精真凶”

□王祖龙

随着全面两孩政策的实施,广大育龄人群开始关注自己的生育能力,但一定要警惕八大“杀精真凶”!

**杀手1:生活方面**  
烟、酒、厨房油烟、长时间骑车香烟以及厨房油烟中的有害物质可以导致精子畸形;酒精可以影响睾丸和肝脏功能,有一定杀精作用;长时间骑车会让睾丸受到挤压,影响精子的生成。

**杀手2:疾病方面**  
腮腺炎、支原体、衣原体感染,肾衰、肝硬化、放化疗后腮腺炎多合并睾丸炎,影响生精功能;支原体、衣原体感染均可影响精液质量;肾衰、肝硬化、放化疗后均会损害男性的生殖内分泌系统。

**杀手3:食物方面**  
油炸及烧烤类食物、芹菜、大蒜、反式脂肪酸、咖啡因油炸及烧烤类食物中含有一些有毒物质,可以杀精;芹菜、大蒜也会损伤精子;反式脂肪酸

会减少精子的产生,使精子失去活性;咖啡因会使人体副交感神经受到抑制,导致精子减少或者影响性欲。

**杀手4:药物方面**  
唑类抗真菌药、西咪替丁、磺胺类药物、抗阿米巴药物、可卡因等大剂量唑类抗真菌药可使精母细胞出现早期发育障碍;上述其他药物也会对男子生精功能有一定的损伤。

**杀手5:精神方面**  
焦虑、抑郁、紧张等不良的心理状态都会影响内分泌功能,进而损伤睾丸、杀伤精子。

**杀手6:温度方面**  
锅炉房、桑拿浴等高温环境

高温可抑制精子的产生,损害男子生育能力。曾有科学家做过这样的实验:将雄性动物放在38.5摄氏度的环境下55分钟,结果显示其交配与生育能力都有所下降。

**杀手7:物理方面**  
辐射、麻醉气体、重金属研究表明,辐射可导致精子畸形;麻醉气体对精子也有一定程度的损伤;铅、汞、镉等重金属杀精作用非常明显。

**杀手8:化学方面**  
农药、杀虫剂、氯乙烯、二硫化碳这些化学制剂会造成生殖功能的损害,杀精力量大,需要特别注意。

(作者供职于河南省中医院)

优生优育

呵护健康

体会

## 治疗鼾症 口腔医生的优势在哪里

□高雪梅 文/图



无鼾者的颅面表现



OSAHS患者下颌后缩

亚洲人的呼吸功能和骨骼关系更密切

20世纪60年代,人们开始关注一组以肥胖、打鼾、嗜睡、酒后加重、心肺功能衰竭为主要表现的病症,将其命名为睡眠呼吸暂停低通气综合征(SAHS)。20世纪60~80年代,夜间多导睡眠监测技术迅速发展,使得人们能够准确地诊断这种新的疾病,并将其分为3个类型:中枢型、混合型阻塞型。阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是最主要的临床类型。

那时的口腔医生还没有介入这一领域。人们对上气道的了解主要来自内科医生的临床观察,甚至错误地认为某些患者的残留扁桃腺等淋巴肿大是OSAHS的主要病因。1983年,接连有两项较权威的研究结果发表,显示OSAHS患者的上气道整体较无鼾者小,由于伴随有软腭、舌体、咽旁间隙组织、椎前筋膜等软组织的肥厚,上气道狭小的原因被解释为肥胖。这之后陆续出现了许多上气道的三维影像文献。这些研究多是由北美的呼吸科、放射科医生主导。人们由此认识到,OSAHS患者上气道存在形态异常,在形态基础上伴发功能障碍,是导致阻塞产生的原因。

在参与病因学研究的同时,口腔医生开始加入OSAHS的治疗,从口腔正畸和正颌外科两个角度切入。前者是保守疗法,后者是手术疗法。

口腔矫治器因性价比高而受欢迎

在数百年的医疗实践中,口腔正畸学在矫治牙颌面畸形中使用了一种功能矫治器,即在快速生长发育期利用儿童的生长潜

力,使用功能矫治器激活口面部肌肉,控制和诱导下颌生长。当成年人OSAHS被认识后,这种能够借助下颌位置而改变上气道的治疗方式便顺理成章地应用于OSAHS治疗。起初,这些口腔矫治器仅用于治疗鼾症,近20年来逐渐成为治疗良性鼾症和轻中度OSAHS的首选方案,以及不能耐受呼吸机(CPAP)的重度OSAHS患者的替代方案。

根据作用原理,口腔矫治器可分为三大类:下颌前移器、舌牵引器、软腭作用器。总体上,下颌前移器的种类和数量占绝对优

势,其治疗机制主要为形态学机制。通过前伸下颌和轻微开口,将下颌位置改变到前下方,从而带动舌下肌群前移舌骨,再通过侧方肌肉前移软腭和横向牵拉上气道侧壁。两个方向作用的结果是上气道腭咽和舌咽都产生了明显扩张,借此抵御上气道塌陷和舌体等组织后坠。国内外同行通过对患者研究后一致认为,口腔矫治器可以扩大上气道,对于中轻度OSAHS患者效果较好,并且其价格低于CPAP,尤其是对骨骼因素明显的患者特别适用,因此需求潜力较大。

口腔医生的作用会愈来愈大  
口腔外科疗法是OSAHS手术治疗中疗效比较稳定的技术。外科疗法包括软组织手术和硬组织手术。口腔手术是正颌手术,为硬组织手术。近年来,颌骨牵引成骨技术克服了经典正颌手术前徙颌骨的限制,为严重小下颌畸形的治疗开辟了出路。正颌手术多着眼于永久性延长骨长度,扩展上气道的外层套筒,并牵拉相应的肌群,双管齐下对舌咽为主的上气道进行扩张。相比之下,硬组织手术的复发率相对较低。一些年轻、基础条件好的成年OSAHS患者可以优先选择手术。

在儿童OSAHS领域,目前国内外均缺乏循证医学证据以确定治疗规范和临床路径,仍处于个性化探索中。口腔医生更容易接触到这类患儿。

是否对下颌后缩进行治疗,日后能否阻断或减轻成年人OSAHS症状,成为国内外睡眠医学同行关心的话题。口腔医生在医疗实践中更加深刻地体会到形态与功能相互影响的关系。越来越多的口腔医生开始观察颌骨和牙弓的各种情况、垂直向改变时,上气道是否存在差异。总之,口腔医生的作用会越来越大。

### 脑卒中论坛

(投稿邮箱:879967567@qq.com)

## 浅谈脑卒中患者的 吞咽障碍的康复治疗

吞咽障碍是脑卒中的常见并发症,约占脑卒中发病率的50%。患者由于吞咽障碍会进食困难,易发生营养不良,影响康复及其生活质量。其中1/3的吞咽障碍者会发生误吸,诱发吸入性肺炎,严重者危及生命。因此,脑卒中患者应该较早且有计划地根据病情进行吞咽障碍康复治疗。

吞咽障碍程度分为正常、轻、中、重4个层面,从严重吞咽困难到正常吞咽功能共10级。对脑卒中伴吞咽功能障碍者进行早期诊断、药物治疗并配合合理的康复训练,能有效促进其吞咽功能的恢复,降低并发症的发生率。

对出现吞咽功能障碍且有意识障碍者,可先采用鼻饲、输液等方法补充营养。在患者意识清楚、病情稳定、能服从指示时,再进行相应的检查和训练。患者经过康复训练,多数可以恢复经口进普通饮食,进食时要集中注意力,选择软质或半流质饮食,吃饭时保持坐姿,或采用30度仰卧位,头向前伸,偏瘫侧肩部垫起。如果患者不能坐起来,采用侧卧位。如果有食物滞留,鼓励患者把头转向侧侧,并控制舌头向麻痹一侧,以便清除残留食物。

吞咽障碍患者多伴有不同程度的肢体瘫痪、失语或语言不清等,出现烦躁、易怒和抑郁情绪,

有的拒绝进食。因此,做好患者及家属的思想工作非常重要。我们要让患者理解吞咽机理,掌握训练方法,同时对患者适时鼓励,让患者保持积极乐观的心态,主动配合训练。

在脑卒中患者早期,临床医生会更重视患者肢体、言语等方面的功能障碍,而忽视吞咽功能障碍的治疗。吞咽障碍严重影响患者的生活质量,严重者导致死亡。因此,只要患者意识清楚、生命体征稳定,且神经系统体征48小时不再进展即可进行治疗。在不影响抢救患者的前提下,康复训练可与药物治疗同步进行。神经疾病的吞咽障碍是可逆的,但如果未能及时进行康复治疗,就会转为不可逆的,导致终身吞咽障碍。

(张新星)

### 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

### 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757206553@qq.com,与广大医务工作者共享。