

技术·思维

从开放到微创 “癌中之王”胰腺癌手术方式演变史

郑州大学附属郑州中心医院 李学民 尹飞飞 文/图

随着人们生活水平提高,近年来胰腺癌的发病率明显升高。胰腺癌发病隐匿,进展迅速,约60%的胰腺癌患者确诊时已发生远处转移。治疗效果及预后极差,平均中位生存时间仅6个月,5年生存率为1%~3%。因此,胰腺癌也具有“癌中之王”称号。手术切除是首选的治疗方法。



图1

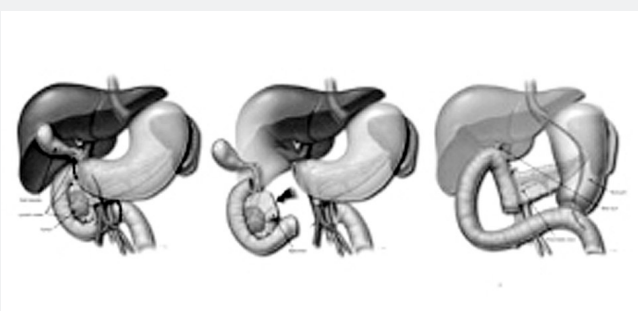


图2

微创技术应用

郑州63岁的黄先生,因尿黄、皮肤黄染来到郑州大学附属郑州中心医院(郑州市中心医院)肝胆胰外科就诊。我们结合患者的临床表现及实验室、影像学等检查结果,初步考虑胰头占位,与患者家属沟通后建议尽快手术治疗。

患者入院后,我们积极完善术前检查及准备。CT/磁共振检查结果显示:胰头区占位约22.3毫米×18毫米,压迫胆管下段,提示胰头癌(见图1)。

我们团队术前经MDT(多学科合作)讨论后,决定首选腹腔镜胰十二指肠切除术(LPD)。2017年11月20日,我们在麻醉手术部的默契配合下,为黄先生实施了全腹腔镜下胰十二指肠切除术(TLPD)。我们根据术前的精确评估,仔细分离患者肝区粘连,保护变异的肝右动脉、裸化主要管道、清扫淋巴结,整块切除了6个相关器官及组织(见图2),在全腹腔镜下完成了消化道(胰肠、胆肠、胃肠)的重建,术中出血量仅为约200毫升。术后,我们运用加速康复外科理念(ERAS),患者恢复顺利,术后2周痊愈出院。

专家简介

李学民,郑州大学附属郑州中心医院肝胆胰外科主任,主任医师,研究生导师;从事普外科专业35年,擅长肝胆胰、胃肠外科疾病的腹腔镜微创治疗,近年来致力于老年腹部疾病的手术治疗研究;主持科研项目3项,主编或著书3部,近年发表学术论文13篇。

胰腺癌可发生在胰头、胰体尾部,前者多见,好发于40岁以上中老年人,男性多于女性。胰腺癌进展迅速,具有早期转移的生物学特性,并且早期诊断困难,早期发现率≤3%。其治疗措施有手术治疗、放疗、介入消融治疗、靶向治疗及中医药治疗等,目前多采用以手术为主的多学科综合治疗模式。

胰头、壶腹部等腹部肿瘤的标准术式是胰十二指肠切除术(PD),该手术操作复杂、切除脏器多、风险高、消化道重建多及术后易出现并发症,是腹部外科最复杂的手术之一。传统治疗方式多采用开放性胰十二指肠切除术,即腹部大切口手术,具有显露较好、直视下易控制可能的出血意外、根治效果较好等优点,是目前流行的手术路径;不足之

处是创伤较大,一般情况下出血较多、术后恢复慢等。

近年来,随着腹腔镜等各种设备的不断升级与完善,微创外科发展迅速,目前国内大型医学中心已逐步开展腹腔镜下胰十二指肠切除术(LPD)。

LPD具有创伤小、失血少、痛苦轻、康复快及术后并发症少等优势。LPD又分为腹腔镜辅助胰十二指肠切除术(腹腔镜下切除病变组织及相关器官,上腹部切8厘米小口完成消化道重建及移出标本)和全腹腔镜胰十二指肠切除术(所有操作均在腹腔镜下完成),后者对施术者的腹腔镜下精细操作技术要求极高。因此,LPD亦被称为胰腺外科和腹腔镜外科医师心中的“珠峰”手术,特别是TLPD,仅在国内外少数大型医院开展。

LPD技术要素

与国内大型医疗中心比较,我省LPD工作起步较晚,河南省人民医院李德宇教授团队于2016年11月率先开展了我省首例LPD。郑州大学附属郑州中心医院肝胆胰外科自2017年4月开展LPD,至今已顺利完成12例,患者均恢复良好。

腹腔镜下胰十二指肠切除术是腹部微创外科极为复杂的手术,不可盲从。开展LPD要掌握六要素:高清腹腔镜、双显示器、良好的器械;配合默契的手术团队(主刀术者、助手、扶镜手、器械护士);精确的术前评估;适应证选择:从易到难;相对固定的手术流程;精良的围手术期管理。

只有掌握了这六要素,才能在保障患者安全的前提下缩短学习曲线,顺利完成每一例LPD。

我们相信,LPD终将成为一种安全、有效、可行的治疗胰腺癌的首选术式。

图说

了解烧伤、烫伤的处理原则,抢得治疗先机 (上)

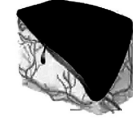
不同分级对应皮肤的位置及特征



I度:伤及表皮浅层,皮肤发红,无水疱,有烧灼感,5-10天恢复,不留疤。



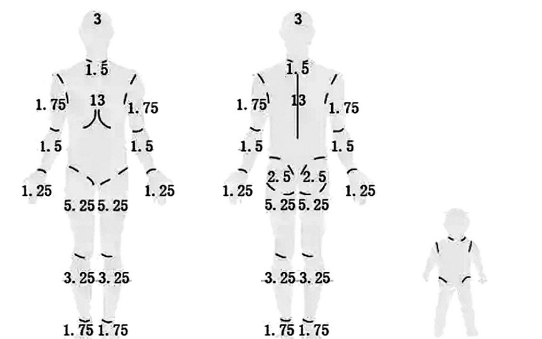
II度:伤及真皮层,皮肤发红或苍白,有水疱,剧痛,2-8周恢复,可能留疤。



III度:伤及皮肤全层,皮肤发黑,无水疱,有焦痂,感觉消失,留疤,常需要植皮。

全身体表面积(TBSA)烧伤评估

A 九分法
成人:头颈部占9%;双上肢占18%;躯干占27%;双下肢占46%。



儿童:头颈部面积=[9+(12-年龄)]%;
双下肢面积=[46-(12-年龄)]%。

B 手掌法:手指并拢单掌面积为1%TBSA

史素霞/制图

编者按:人类免疫缺陷病毒(HIV)是人类面对的最难对付的病毒,堪称“生物界的特洛伊木马”。由于对艾滋病的传播途径、预防治疗知识的缺乏了解,很多人对艾滋病存在认识误区。针对我省艾滋病经性传播为主要途径的新特点,为提高全民防治艾滋病的意识,本报特推出《艾防专家谈艾滋病》系列艾滋病防治知识专题。

《艾防专家谈艾滋病》系列报道之六

养成好的习惯,时刻绷紧安全这根弦 HIV 职业暴露,一个不容忽视的课题

本报记者 杨须

核心提示

2017年,全省艾滋病防治工作坚持以“两降一升”(减少新发感染、降低病死率,提升患者生活质量)为目标,河南省疾病预防控制中心按照“强基础、抓重点、重创新、严管理、求实效”的工作思路,贯彻推动“预防为主”的方针,强化各项防治措施,为推进健康中原建设、提升人民群众健康水平做出了新的努力。

本期专家

孙国清,副主任医师,山东大学预防医学专业毕业,郑州大学医学硕士;曾在美国夏威夷大学艾滋病免疫及疫苗实验室学习,为美国印第安纳大学医学院访问学者,目前主要从事性病艾滋病的流行病学调查、实验室检测等工作。

当前,在HIV高危人群中开展筛查,对HIV阳性者定期进行CD4细胞和病毒载量随访检测等,是及时发现HIV感染者并对其进行规范化治疗管理的重要手段。这使得许多医务人员因职业原因,要与HIV感染者的血液、体液或被HIV污染的医疗器械及设备经常接触,而具有感染HIV的高风险。

特别是艾滋病确诊实验室工作人员需要直接接触初筛感染阳性待确诊血液、已确认为阳性感染者监测的血液,潜在的HIV职业暴露概率也高。即便是最平常的医护动作,若有一点点的意外,就可能造成终生遗憾。

“在日常工作中,HIV职业暴露虽能通过严格执行个人防护、规范安全操作及加强管理等措施降低概率,但仍无法完全避免意外事件。”孙国清说。

防护 养成好的工作习惯,时刻绷紧安全这根弦

事实上,我国已经建立了较为严密的HIV职业暴露预防体系,自上而下分为国家、省、市、县、乡5级预防体系。

2013年12月,国家卫生计生委联合三部门共同颁布了修订后的《职业病分类和目录》,将职业调整为132种,新增18种。其中,人民警察、医疗卫生人员在执行公务或职业活动中感染HIV将被纳入职业性传染病范围。在广泛征求各方面意见的基础上,国家卫生计生委制定了《职业暴露感染艾滋病病毒处理程序规定》,作为《职业病诊断与鉴定管理办法》的配套文件。

在日常工作中,相关人员要时刻绷紧一根弦,要严格遵守“普遍性防护原则”,在工作中安全处置锐利器具,对所有器具严格消毒,认真洗手、使用防护设施;凡有可能接触患者血液、感染性体液时应戴口罩、手套,穿隔离衣,必要时还要戴护目镜;不要用戴着手套的手触摸暴露的皮肤、口腔、眼睛、耳朵和头发等;用后的污物必须进行及时统一的消毒处理,以防止医源性感染的发生;运输废弃物的人必须戴厚质乳胶手套,处理液体废弃物时必须戴防护眼镜;洗浴用

水等需要先排入专用的消毒池进行消毒后,方可排放到下水道或渗水井;没有被血液或体液污染的废弃物,可按一般性废弃物处理。

而导致实验室感染最多的事故为:溢出和泼洒、针头和注射器、锐器和碎玻璃、离心机污染等。因此,实验室生物安全防护三原则缺一不可:安全设备、个人防护装置和措施;实验室的特殊设计和建设要求;严格的管理制度和标准化的操作程序和规程。HIV血清学检测(包括筛查和确诊实验室)、免疫学和核酸检测应在符合II级生物安全实验室(BSL-2)要求的实验室中进行。HIV分离、细胞培养及研究工作应在III级生物安全实验室(BSL-3)中进行。

在实践中,加强HIV职业防护知识培训和安全操作至关重要,已被多数国家认为是减少HIV职业暴露的主要措施。孙国清说:“只有了解HIV职业暴露的危险性和规范操作的重要性,才能客观、科学地面对HIV职业暴露的问题。既不能过度恐惧,也不能掉以轻心。”数据分析表明,执行严格的安全操作及防护措施,医务人员的暴露事件是可以大大减少的。

干预 72小时内的自救,局部紧急处理和药物阻断是重点

“暴露后,能够得到及时有效的干预、追踪是关键。”孙国清说,对于HIV职业暴露的应急处理,处置机构有着严格的操作程序:要立即采取正确的局部紧急处理措施,并由专业人员进行危险性评估、确定暴露及暴露源等级,决定是否采取药物预防措施,定期采集样本、HIV监测及随访、健康咨询、心理咨询等跟踪关注。

“省级疾病预防控制中心负责组织专家对本省HIV职业暴露感染处置及调查工作进行技术指导。”孙国清提醒,“HIV职业暴露发生后,如果是血液、体液等溅洒于皮肤黏膜表面,应立即先用肥皂清洗,再用清水、自来水或生理盐水冲洗;如果溅入口腔、眼睛等部位,用清水、自来水或生理盐水长时间彻底冲洗(连续冲洗至少10分钟);如果发生皮肤黏膜针刺伤、切割伤、咬伤或怀疑有损伤等出血性损伤,应尽量挤出损伤

处的血液,用肥皂和大量的流动水冲洗伤口,再使用70%乙醇或其他皮肤消毒剂并立即进行医疗处理。”

另外,我们还要尽快评估职业暴露后感染HIV的风险概率,确定是否进行药物预防。如果暴露者被沾有HIV感染者体液的硬物刺了很深的伤口并出血,就是最危险的职业暴露,一定要尽快实施预防性药物治疗。“这是减少HIV职业暴露的一个关键环节。”孙国清说,“除暴露程度I级、暴露源病毒载量水平为轻度情况不需要用药预防外,其他暴露程度都需要进行药物预防(基本用药程序或强化用药程序),且用药时间应不间断持续4周。”

专门用于HIV阻断治疗的抗病毒药,在各地的疾病预防控制中心或者传染病专科医院可以获得。需要注意的是,阻断预防性用药应在暴露后立即开始,一般在2小时之内服药效果最好。对于感染危险性很高的暴露者,即使间隔时间很长(比如一两周),也应考虑进行预防性用药治疗;因为即使不能防止感染,早期治疗对HIV急性感染也有好处。

科学研究现已证明,HIV职业暴露后及时联合使用两三种抗HIV药物,可以明显降低实验室和医务人员职业暴露后感染艾滋病病毒的危险性;但阻断药不能随便吃,必须正确服用。因为阻断药可能会引起较强的身体不适,如头晕、恶心、腹泻、皮疹等;如果滥用,会导致身体产生耐药性,病毒真来了就不起作用了。孙国清说:“希望这种阻断药物永远不要派上用场。”

关注 6个月后的检测,才能基本排除感染

由于HIV潜伏期很长,在发生职业暴露后,尽管尚未证实是否感染,从暴露发生之日起1年内也要采取相应的预防措施;处置机构应当分别在暴露24小时内及之后的第四、第八、第十二周和第六个月对暴露者进行抽血复查。对于暴露者存在基础疾病或免疫功能低下,产生抗体延迟等特殊情况的,随访期可延长至1年,以明确是否发生HIV感染。有条件的,可以采

用核酸分析和病毒培养等进行早期诊断。

此外,暴露者应在每次性生活时坚持使用安全套;育龄妇女暂缓怀孕;孕妇要根据危险性评估的结果权衡利弊,自愿决定是否终止妊娠;哺乳期女性应中断母乳喂养改用人工喂养;生活中避免与他人有血液或感染性体液的接触或交换等。

就目前而言,12周HIV抗体阴性就已经基本排除感染,因为HIV感染的窗口期是2周至3个月的时间。但根据国家有关要求,需要在6个月时再次检测,如果HIV抗体检测仍是阴性,那就可以确定未被HIV感染。

一份近5年的监测数据显示:5年来,我国每年报告HIV职业暴露数量都在900例左右,发生场所以医疗机构、公安部门和司法机构为主。经过危险性评估,平均77.4%的暴露者服用了抗病毒药物;截至目前,我国还没有发现因HIV职业暴露而导致的HIV感染病例。

研究表明,一次针头刺伤,感染HIV的概率为0.33%(1/400~1/300);仅黏膜或皮肤暴露于感染的血液而无局部损伤,被HIV感染的危险性大约为0.09%(1/1000)或更低;但当深度损伤、损伤器械上见血、器械接触HIV感染者的血管时,传染的可能性增大。如果暴露后急救处理措施得当,那么感染的发生率将大大降低(约80%)。

但这并不意味着可以高枕无忧。一旦发生HIV职业暴露,就需要经历短则数月、长则半年的窗口期,这期间的每一天对于HIV职业暴露者来说都是煎熬。HIV职业暴露者往往心理负担沉重,会出现不同程度的焦虑、恐惧、抑郁等心理症状。

“工作时间越长,精神压力越大。”对于HIV职业暴露者心理疏导这个问题,孙国清认为,“尤其要重视早期的危机干预与精神慰藉”。

