

■技术·思维

“迷惑人的”滑膜疝： 这可不是股骨头坏死

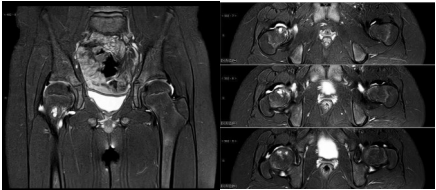
□陈献韬 文/图

病例

提起滑膜疝,不少人一头雾水,甚至一些医生还会把它与早期的股骨头坏死相混淆。

我们先来看看下面这个病例。
9岁女童,以“右髋部疼痛不适1个月”为主诉,于2016年9月来我院就诊。患儿此前曾被诊断为“滑膜炎、股骨头坏死”。

经检查,我们发现患儿右侧髋关节有少量积液,股骨头颈交界前方X线检查可见低密度影,MRI(磁共振成像)检查可见类圆形散在稍长T1、长T2信号影,边界可高信号区,余见右髋关节包容略差,股骨颈干角约152度。

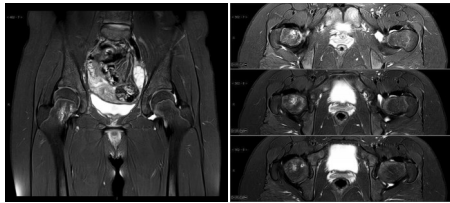


MRI检查可见病变区范围局限,周围无弥散性骨髓水肿(如上图)。



X线片可见股骨头颈交界区低密度减低影(如上图)。

给予药物治疗后,患儿疼痛症状缓解。2017年1月16日,复查CT,仍可见类圆形密度减低区,病灶边缘清晰。



2018年2月5日复查MRI,可见信号影减弱(如上图),患儿时有活动后臀部、腹股沟不适感。

3年后随访,患儿于2019年10月23日

进行复查。检查结果显示,低密度囊性区面积减小(如下图所示),患儿无明显不适。



如此看来,患儿的疼痛变化似乎与所谓的坏死——囊性变信号、面积相关,其实不然,原因有以下两点。

一、青少年一般活动量较大,若伴随感冒、发热等,常表现为关节积液增加,易被诊断为滑膜炎。绝大多数情况下,只要排除幼年特发性关节炎、发育不良等常见病,多为一过性滑膜炎,通过休息制动或口服活血化淤药,均能在1~4周缓解,无须惊慌。

二、该病例除有关节积液外,早期髋关节包容差(髋白浅)、颈干角大,活动后发生关节不稳,可能是导致疼痛的主要原因。关于发育的问题,仍需长期跟踪。

鉴别诊断

股骨头坏死患者常有外伤、大量饮酒及应用糖皮质激素史。

患者大多因出现髋部症状就诊,特征是股骨头负重区前方或外侧柱,CT检查可见低密度囊性变,边缘密度低而无硬化,可波及关节面;MRI检查可见“线样征”。

而股骨颈滑膜疝临床上无明显症状或症状轻微,大多为偶然发现;病灶孤立且外围区无异常,更无股骨头塌陷的情况。

下图为成人股骨头缺血性坏死伴发的(类)圆形病灶。



(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

什么是滑膜疝

股骨颈疝窝是发生于股骨头基地和股骨颈的一种少见的良性病变,又称陷入小窝、滑膜疝凹等,1982年首次报道。

该病发病率为4%~5%,常无明显症状,多因其他病变接受检查时偶然发现。正确的诊断,可避免不必要的外科手术。

人在站立或行走时,髋关节囊前方结构处于紧张和松弛交替状态,前部关节囊,尤其是股骨颈轮匝韧带前部环绕区和相邻的股骨头基地和股骨颈近端前外侧皮质间存在长期压迫和相互摩擦。

股骨颈前方的纤维结缔组织和(或)

液体在关节囊和髂股韧带以及髂腰肌(腱)的机械性压迫下,通过骨皮质陷入松质骨内,从而形成窝状骨质缺损,即股骨颈疝窝。其内由骨胶原组织、新软骨和反应性新骨组成,部分情况下有液体及脂肪存在。

■医技在线

先救命后治病的姑息冠脉支架术

□祖曼

日前,一位由外地医院转入河南省胸科医院心血管外科的冠心病、不稳定型心绞痛患者,急需接受心脏外科搭桥手术,但患者在入院后突然出现大面积心肌梗死,并发生心源性休克、心功能衰竭、呼吸功能衰竭,连血压、心跳、呼吸都不能正常维持了。

河南省胸科医院心血管外科病区医务人员紧急为患者上了IABP(主动脉球囊反搏)、呼吸机的心脏支持系统,同时紧急邀请医院院长、权威心外科专家王平凡

和心血管外科八病区主任张力,心内科三病区主任王枫岭等前来会诊。专家会诊后一致认为,外科手术的时机不宜,死亡率极高。能不能先想办法开通一个重要血管,抢救生命并争取外科手术机会?

王枫岭查看了患者入院前在其他医院做的冠脉造影片,结果显示:冠脉三支病变,右冠完全闭塞,左冠主干及分叉95%狭窄,前降支、回旋支也几近闭塞。当时,患者冠脉供血量只剩下了原有的5%!

如果不想办法开通心脏血管,患者的死亡率在90%以上,根本没有时间、也没有条件接受外科搭桥手术。如何为患者争取更多的时间,为外科搭桥手术创造机会?经过会诊,大家决定为患者实施急诊姑息性冠脉支架植入术。

得到患者家属的支持下,当日下午,患者在麻醉、呼吸机、IABP等器械支持下,在导管室接受了冠脉造影术+冠脉内血管抽吸术+冠脉支架植入术。

王枫岭、刘新等手术团队成员快速抽

出患者血管的血栓,在血管内充分应用抗栓化栓药和支架。不到一个小时,手术打通了生命大动脉,患者的生命体征渐渐稳定下来,返回心外重症监护室继续观察治疗,等待时机,再接受二期支架植入术或外科搭桥手术。

据王枫岭介绍,姑息性冠脉支架植入术虽然不能将患者的疾病根治,但能够打通血管,挽救生命,为后期治疗争取时间。对患者来说这是必要的,值得的!

(作者供职于河南省胸科医院)

世界卫生组织发布新的 结核病预防性治疗指南

今年3月,世界卫生组织(WHO)发布了《世界卫生组织结核病整合指南之模块1:结核病预防性治疗》(以下简称《整合指南》),在此前结核病预防性治疗相关指南文件的基础上,就2018年以来一些新的研究进展、获得的新证据进行补充和完善,以取代此前WHO关于在HIV(人类免疫缺陷病毒)感染人群、结核病患者家庭密切接触者及其他高风险人群中开展潜伏结核感染(LTBI)管理的有关政策性文件。

LTBI被定义为在没有活动性结核病临床证据的情况下出现的由结核杆菌抗原引起的持续人体免疫反应。

据估算,全球四分之一的人口感染过结核杆菌。为达成2018年9月联合国结核病问题高层级会议拟定的关于终止结核病策略的各项目标,结核病预防性治疗(TPT)被WHO作为主要的干预手段之一,向全球推荐。

大规模推广TPT是符合终止结核病策略的防控活动。当然,这些活动还包括筛查活动性结核病、感染控制、防治HIV和其他结核病共患病及其健康风险、健全的全民医疗覆盖、社会保障以及脱贫等。

WHO《潜伏结核感染管理指南》考虑到了不同风险人群结核病活动性进展的概率、结核病流行病学特征及其负担,以及LTBI造成广泛公共卫生影响的可能性。其建议

对象主要包括卫生职能部门的工作人员,及其他涉及结核病、HIV、传染病和母婴健康的政策制定者。

《整合指南》是在此前结核病预防性治疗相关指南文件的基础上编撰完成的。其主要目标包括反映自2018年以来开展的关于含利福霉素类短程结核病预防性用药方案临床试验获得的新证据;让相关建议变得更加清晰,同时提高这些建议的全球可行性。

当前《整合指南》取代了此前WHO关于在HIV感染人群(PLHIV)、结核病患者家庭密切接触者及其他高风险人群中开展LTBI管理的政策性文件。

《整合指南》指出,结核病预防性治疗是严格参照指南审查委员会(GRC)的相关要求制定的。指南开发小组(GDG)在更新原有建议,加入新建议以及评价这些建议可靠性时,就最新证据在以下方面进行了考

虑,即证据的有效性、有害性及确定性;证据的价值和偏倚以及公正性问题;资源消耗,将这些证据付诸实施的可接受性和可行性问题。

GDG同时还考虑了将现存最佳证据付诸实践对于每个风险人群亚组的可能影响;这些人群活动性结核病进展的概率;以及同全人群相比,这些风险人群的活动性结核病发病率。

GDG秉持个体获益大于风险这个原则,来制定关于LTBI检测和TPT的建议。一旦发现暴露于活动性结核病进展最高风险的人群,他们就应该被建议进行LTBI检测。经费资源不应该成为《整合指南》落地实施的障碍,一旦有追加的相关需求,相关方面应该积极筹划相应的经费。

《整合指南》还介绍了结核病预防性治疗涉及的18条建议,涵盖TPT项目管理(PM-

TPT)的关键步骤。同时,其顺序遵循了结核病预防性护理框架:发现高风险人群(作为HIV护理包的一部分的PLHIV人群,结核病密切接触者及其他人群);排除活动性结核病;LTBI检测;提供治疗;副反应事件监测;治疗依从管理及完成治疗。绝大多数2018年更新版里的建议被保留下来。

《整合指南》2020版里的更新主要包括1个疗程1个月的口服利福喷丁/异烟肼方案;以及1个疗程4个月的口服利福平方案,作为在全球推广的新增的针对特定情况的结核病预防性治疗方案。

《整合指南》收录的关于在孕产妇接受异烟肼预防性治疗及利福喷丁同度鲁特韦联用的建议都反映了最新的研究证据。

之前考虑到全球不同国家

结核病传播的烈度,各国排除活动性结核病的诊断能力,以及各国大规模推广新干预的资源不同,按照国家级结核病发病率设定了阈值,即特定的建议对于特定结核病发病率的国家和地区都是适用的。

因此,这也进一步强调了某些国家应该进一步加大力度解决其运行层面的制约,以早日达成终止结核病策略的相关全球目标。

紧接着,一份包括项目化实施更新指南的细节运行指南也会发布。这两份指南将分别作为新的世界卫生组织结核病整合指南及运行指南的模块组成部分,同时被收录到世界卫生组织结核病相关规范性文件

(综合报道)

结核病防治论坛



本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

■临床笔记

墨菲定律是安全管理方面的著名理论。它表明,事情如果有变坏的可能,不管这种可能性有多小,它总会发生。比如等公交车,你等的那一路车,偏偏不来,当你不等那路车的时候,它却一辆又一辆地来了。

放射治疗是由许多个环节组成的完整链条,顶端是患者收治,末端是治疗结束,中间任何一个环节出错,都会造成整个治疗的失败。作为放疗物理师,我总结了3点由墨菲定律想到的放疗质控启示。

一、不要存在侥幸心理。我们必须做好预防工作,充分发挥人的主观能动性,把危害程度降到最低。

二、不能忽视小概率危险事件。由于小概率事件在一次试验或技术活动中发生的可能性很小,给人们一种错觉,好像一次活动中不会发生。事实相反,正是由于这种错觉,麻痹了人们的安全意识,增加了事故发生的可能性,甚至可能导致事故频繁发生。

三、预防为主,做好检测。拿放射治疗设备直线加速器举例,该设备精密、复杂,可产生高能射线,在职业病危害分类中被定为危害严重的放射诊疗建设项目。其射线需要正确应用,出现大的差错事故非常可怕,如输出剂量校准项目,加速器输出剂量的准确度会随着温度、湿度、机械误差等因素发生变化。通常情况下,这种变化不大,特别是Varian和Elekta加速器(两个不同品牌的加速器)稳定性较好,有可能两个月都不需要校准。但是,我们不能因此就不去检测校准输出剂量,如果不遵照规定的频度进行日检或月检校准,一旦输出剂量产生严重偏差而不能及时发现,就会给患者造成不可挽回的后果。

其他质控检测项目也一样。如加速器等中心、光射野一致性、MLC(多元准直器)到位精度、平坦度、对称性、靶位验证影像系统等检测项目,一旦产生偏差,最终都会影响到患者体内各个器官吸收剂量的准确性,轻者造成治疗失败、副作用增大,重者甚至会导致死亡。

我院放疗质控体系成熟且不断完善,根据设备各类组成部分发生偏差的可能性或程度的不同,制订了系统、严格的检测频度,并规定了明确的容错度。

以输出剂量检测为例,因为加速器存在束流频繁、环节多等影响因素,为保证其准确性,我们会规定它是每日检测(日检)项目、每月检测(月检)项目,还是年度检测(年检)项目。我们规定的容错度为2%,即变化范围在2%以内即合格,不需要调整参数。这样做,在输出剂量这个关键参数上,可以很大程度避免墨菲定律现象。

那么,放疗为什么一定要做质量控制呢?因为我们的质控工作不是为了发现问题,而是为了通过规律、规范的质控工作去及时发现有可能出现的问题。我们不能保证不会犯错误,但是可以通过尝试改变工作环境来消除犯错的机会。

墨菲定律的内容并不复杂,道理也不深奥,关键在于它揭示了在安全管理中,人们为什么不能忽视小概率事件的科学道理,揭示了安全管理必须发挥警示职能,坚持预防为主原则的重要意义。

(作者供职于河南省肿瘤医院;整理人:常榕)



本版未署名图片为资料图片

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛

电话:(0371)85966391

投稿邮箱:343200130@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角
河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部