

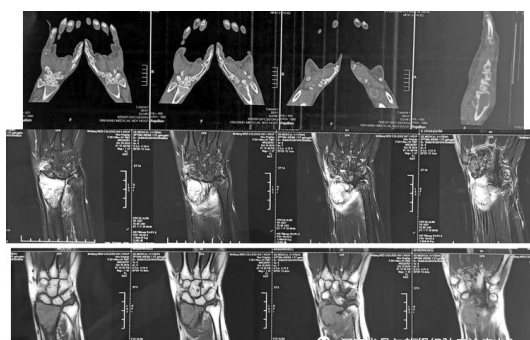
技术·思维

桡骨远端骨巨细胞瘤的手术治疗

□王鑫 文/图



影像图1



影像图2

临床病例

一名32岁的女性患者,以“左桡骨远端骨巨细胞瘤术后2年,复发3个月”为主诉入院。患者2年前无意间发现左桡骨远端肿瘤,到医院就诊。拍片后,根据结果,医生怀疑骨巨细胞瘤。

医生进行病理活检,结果提示骨巨细胞瘤,进行肿瘤刮除+髂骨取骨植骨重建+近排腕骨融合+钢板内固定术。术后病理检查结果提示骨巨细胞瘤。3个月前随访,发现患者病情局部反复。

术后17个月局部复查,已有反复征象。术后21个月复查,确认反复,且肿瘤侵犯近排腕骨。

这个患者来到河南省肿瘤医院。入院查体:左腕部背侧长约13厘米切口,愈合良好;局部可触及直径约3厘米肿瘤;腕关节固定。根据相关检查结果,医生会诊后确诊为骨巨细胞瘤。骨巨细胞瘤是具有潜在侵袭性的良性肿瘤,术后存在局部反复风险。

手术过程

在河南省肿瘤医院,患者做了相关检查。术前影像学检查结果提示,左桡骨远端(上次手术所取髂骨部分)膨胀性骨破坏,软组织肿块影,肿瘤侵犯舟骨、月骨,左桡骨远端(所取髂骨)、部分腕骨、掌骨见内固定影。

诊断为左桡骨远端骨巨细胞瘤术后复发。经过术前讨论,医生决定采取整块切除的方式切除左侧桡骨远端(所植髂骨)、舟骨、月骨复发灶,并连同内固定钢板螺钉一同切除;对切除后的骨缺损拟采取自体腓骨近段重建术。

因为首次手术已经将近排腕骨融合,关节软骨破坏,所以本次手术切除近排腕骨后,必须融合远排腕骨,取腓骨近段,不需要包括腓骨小头关节面,在腓骨颈膨大处离断即可。

切除标本背侧,连同近排腕骨(舟骨、月骨)及内固定、周围软组织

肿块一同整块切除。术后患者立刻做X线检查,可见桡骨恢复满意,所取腓骨近段直接与远排腕骨(大小多角骨)融合固定。

患者术后恢复顺利,术后第十天出院,做腕关节正侧位复查可见自体腓骨位置理想,内固定满意。



影像图3

临床体会

对于 Campanacci I级和II级(Campanacci分级是目前骨巨细胞瘤影像学分期最重要的标准,被临床医师广泛采用)的病例,首次切除可采取刮除术,但需要密切随访;对于 Campanacci III级或反复病例,建议整块切除。对于反复病灶的切除,术前需要仔细评估肿瘤边界,保证充分的手术切缘。

桡骨远端骨巨细胞瘤切除后的腕关节重建是影响手腕功能的要点,可选择的重建方式有:同种异体桡骨重建、自体腓骨重建、自体髂骨重建、假体重建等。目前,自体腓骨重建是应用较为广泛的重建方式。人的小腿由胫骨和腓骨构成,胫骨是主要的承重结构,腓骨下段构成踝关节,切除腓骨中上段对人远期下肢功能的影响较小。而人体的腓骨近端和桡骨远端在解剖形态上非常相似,是用来替代桡骨远端的理想自体移植材料。

我们经过10余年的探索,研发出一整套自体腓骨近端重建桡骨远端的手术技术,通过术后临时固定下尺桡关节、桡舟关节,有效防止重建后腕关节掌侧脱位、下尺桡脱位。

目前的技术可以大致保留腕关节活动度。对于成人患者,移植腓骨会出现一定程度的运动不协调和退变,但整体效果基本满意,可以满足大多数患者日常生活需要。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

射频消融在房颤治疗中的应用

□郑海军 王中明 文/图

房颤的诊治是目前心律失常领域中的热门话题。随着三维解剖标测(如CAR-TOP3)系统及Pentaray(商品名)标测导管等的应用、消融所用能源的改进、操作时间的缩短、治疗成功率的大幅提高、并发症的明显减少,射频消融治疗已成为房颤患者的首选。

房颤射频消融治疗是一种应用心导管尖端射频能量消除心房组织异常电活动的技术。其原理是应用射频电流通过心肌组织产生热能,传导到深层的组织,一般在50摄氏度时,多数的心肌组织会发生不可逆的凝固性坏死,形成不会传导和产生触发活动的肌纤维,从而达到治疗房颤的目的(图1)。

房颤射频消融治疗有以下适应证:有症状的阵发性房颤患者,至少1种抗心律失常药物治疗无效或不耐受,或有禁忌证;有症状的持续性或长期持续性房颤患者,传统的药物治疗或电复律治疗无效(图2)。

简而言之,阵发性房颤患者或者持续性房颤患者,经专科临床医生初始评估之后,可遵医嘱考虑射频消融治疗。

房颤射频消融治疗的效果好吗?这可能是大家最关注的问题,近年来不少随机对照试验显示出射频消融治疗房颤比药物治疗有更好的优势。有研究将阵发性房颤患者随机分为射频消融组和抗心律失常药物治疗组,1年后,86%的射频消融组患者未复发房性心律失常,而在药物治疗组中只有22%未复发,同时射频消融术后因心脏原因住院率也较药物治疗组低。新近发表的临床研究(RAAFT-2)发现,射频消融组治疗房颤的成功率是87.0%,其中有13.6%的患者需要二次手术。在初级终点方面,24个月内房性心律失常的复发率在射频消融组中是54.5%,而在药物治疗组中复发率高达72.1%,提示射频消融组在房颤复发方面要优于药物治疗组。在次级终点方面,症状性房颤的复发率在射频消融组中也是显著降低的,为40.9%,而在药物治疗组中复发率较高,为57.4%。同时,射频消融组在生活质量改善方面也是显著优于药物治疗组的。

在维持窦性心律方面,射频消融术要优于药物治疗,在1年内,对阵发性房颤窦律维持率为88%~92%,而药物治疗为35.4%~87%。而对于持续性房颤,射频消融术的窦律维持率是50%~88%,而药物治疗不超过7.7%。

也就是说,对于阵发性房颤,射频消融治疗优于药物治疗,且长期副作用更小,而对于特定的持续性房颤患者,射频消融治疗明显优于药物治疗。

综上所述,房颤患者一经确诊,应及早至心律失常专科医生处就诊,由专科医生评估是否适合射频消融治疗,及早诊治将有最大获益。

焦作市人民医院现已开展房颤患者的筛查与风险评估、综合治疗、血栓栓塞及并发症治疗等,房颤的诊断率、治疗率较高。

(作者供职于焦作市人民医院)

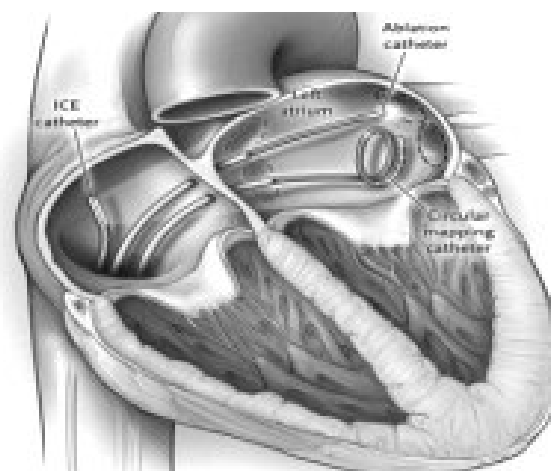


图1

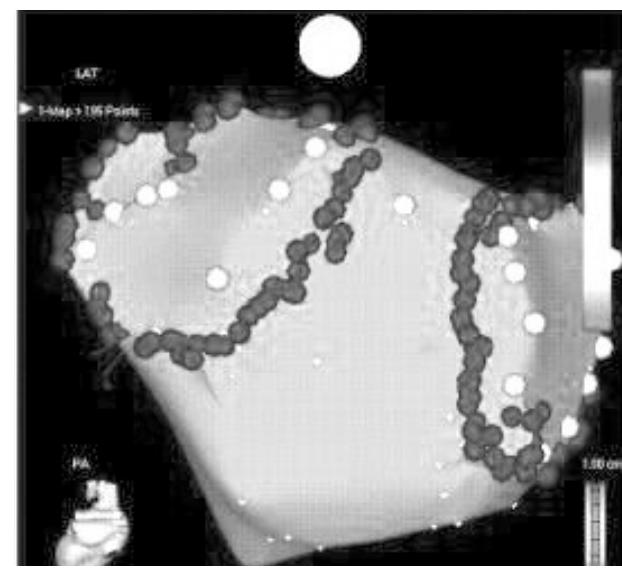


图2

临床笔记

巧破“堤坝”治疗食管憩室

□梁宝松

食管,顾名思义,就是一根管子!上端连接咽部,下端连接胃,是我们吃下去的食物进入胃肠道的通道。通常情况下,我们的食管就是一个管道而已;可是,有些人就比较特殊了,他们不满足于拥有一根管道,他们需要“一管一厅”!

也就是在食管的管壁上,全层局部膨出,形成一个房间,叫憩室。如果给这样的人做胃镜或者钡餐透视检查,我们会在食管壁外发现一个与食管腔相通的“房间”!这样的憩室,可以长在食管上段,也可以长在中下段。如果憩室很小,尤其是憩室靠近胃的那一侧,如果不形成“堤坝”样的结构,食物可以自由进出,就不会有任何症状,也不会对患者造成伤害。如果靠近胃那一侧形成

“堤坝”样的结构,食物进入之后,就不容易出来,残存在憩室内的食物有可能引起感染、发酵,患者就可能出现吞咽困难、胸骨后疼痛,咽东西的时候出现咕噜声,食物发酵后产生的臭味还会从食管“冒出来”,让患者有严重的口腔异味感!

这样有症状的严重憩室,在医学上曾经是让医生左右为难的疾病!这是个良性疾病,不影响患者寿命,可以不治疗;可是,患者吞咽困难、疼痛,还有让人无法忍受的口腔异味,不治疗的话,真的是太难受了!像平时那样治疗,需要开胸,劈开胸骨或切断肋骨,而这样的治疗让人觉得杀鸡用了宰牛刀!

我们最近碰到了一位42岁的女性患者,她平时总感觉后背

部不舒服,有时候还会从胃里翻上来臭味。她在当地医院做了胃镜检查,结果提示:食管乳头状瘤,食管内大量食物潴留。

今年6月,患者来到河南省人民医院就诊,电子胃镜检查结果显示:食管下段憩室。这个患者该怎么治疗?

李晓芳主任医师为患者做了食管憩室经内镜下憩室间脊及贲门肌切开术。

患者摆好体位,麻醉完成,李晓芳轻柔准确地把胃镜通过患者口腔,咽腔插入食管,在食管的下端看到了一个巨大的开口,一个巨大的囊袋向外突出到了纵膈内;憩室开口靠近贲门那一侧,形成了一个脊,像“堤坝”一样,使进入囊内的食物无法排出!

李晓芳在憩室靠近口侧的

那一端,先用注射针,扎在黏膜层和固有肌层之间,接着注射生理盐水,让黏膜层和固有肌层之间通过水垫分开,再用高频电刀切开一个口子,利用前端安装透明帽的胃镜,把胃镜当成盾构机,沿着最里边黏膜层和第三层固有肌层之间的黏膜下层(里边查第二层)挖“隧道”!在憩室的底部,发现一个“大布袋”,只有黏膜层、黏膜下层和浆膜层,没有固有肌层!这太难了!稍有不慎,就会引起穿孔。越过了憩室底部,再次到达憩室靠近贲门侧的边缘的时候,发现了那个阻挡憩室内食物外流的“堤坝”——肥大的肌肉脊!

李晓芳把这道脊从中间用高频电刀切断,就相当于给这个“堤坝”扒开了一个泄洪口!继续往前,把贲门括约肌也用电刀切断,退回镜子,检查所有的出血点处,看到都做好了止血保护完好;再用钛夹,夹闭“隧道”入口;最后检查,发现食管壁已经是平滑状态,那个恼人的憩室不见了!

通过这个微创技术,李晓芳治愈了患者巨大的食管憩室,那些引起患者痛苦的症状全部消失了,而且患者的体表没有切口,更没有劈开胸骨、切断肋骨。只是这样的开“隧道”技术,尤其是憩室底部连肌肉层都没有,稍有不慎,就可能引起穿孔。

对这个食管憩室内镜治疗新方法,大家看懂了吗?(作者供职于河南省人民医院)

这些人群应做艾滋病咨询检测

□杨须 赵飞 王奇

2020年12月1日是第33个世界艾滋病日,今年的主题是“携手防疫抗艾 共担健康责任”。

河南省2020年1月~10月新报告艾滋病病例4132例,同比减少17.5%。性传播已成为艾滋病的主要传播途径,男男同性性行为感染增多。艾滋病感染人群多样化,疫情从高危人群向普通人群快速扩散的风险加大。

2019年,河南省疫情数据显示,新报告HIV/AIDS(艾滋病病毒/艾滋病)病例中由性传播导致所占的比例高达99%以上。

“不安全的性行为造成艾滋病的性传播。”据河南省疾病预防控制中心性病艾滋病防治研究所所长张国龙介绍,艾滋病的名称是获得性免疫缺陷综合征(AIDS)。它是由人类免疫缺陷病毒,即艾滋病病毒(HIV)引起的一种病死率极高的恶性传染病。艾滋病病毒侵入人体后,能够破坏人体的免疫系统,让感染者逐渐丧失对各种疾病的抵抗能力,甚至导致死亡。

张国龙说,普通的接触不会造成艾滋病病毒感染,只有直接接触艾滋病病毒感染者体内的某些体液(血液、精液和精前液、直肠液、阴道分泌液、母乳等),才有可能被感染。这些体液中的艾滋病病毒通过黏膜(直肠黏膜、阴道黏膜、口腔黏膜等)、开放性的伤口、溃疡或直接注射等渠道进入人类的血液中。

3种常见的艾滋病传播方式: 性接触传播:艾滋病病毒存在于感染者的精液和阴道分泌物中,在性接触(包括阴道性交、肛交和口交等)时,由于性交部位的摩擦,很容易造成生殖器黏膜的细微破损,病毒即可通过破损处进入血液而发生感染。

血液传播:人被输入含有艾滋病病毒的血液或血液制品,进行静脉吸毒、移植艾滋病病毒感染者或艾滋病病人的组织器官,都有感染艾滋病病毒的危险。母婴传播:因艾滋病病毒广泛存在于女性感染者的血液、阴道分泌液和乳汁中,感染了艾滋病病毒的妇女在妊娠及分娩过程中,会发生大量体液接触而将病毒传给胎儿,感染的产妇还可通过母乳喂养将病毒传给婴儿。

感染艾滋病病毒后的一般症状:持续发烧、虚弱、盗汗,持续广泛性全身淋巴结肿大。特别是颈部、腋窝和腹股沟淋巴结肿大更明显。淋巴结直径在1厘

米以上,质地坚实,可活动,无疼痛。体重下降在3个月之内可达10%以上,最多可降低40%,病人消瘦特别明显。

呼吸道症状:长期咳嗽、胸痛、呼吸困难,严重时痰中带血。

消化道症状:食欲下降、厌食、恶心、呕吐、腹泻,严重时可能发生便血。通常用于治疗消化道的药物对这种腹泻无效。

神经系统症状:头晕、头痛、反应迟钝、智力减退、精神异常、抽搐、偏瘫、痴呆等。

皮肤和黏膜损害:单纯疱疹、带状疱疹、口腔和咽部黏膜炎症及溃烂。 肿瘤:可出现多种恶性肿瘤,位于体表的卡波西肉瘤可见红色或紫红色的斑疹、丘疹和浸润性肿块。 目前尚无预防艾滋病的特效疫苗,因此最重要的是采取预防措施。其方法是:坚持洁身自

爱,不卖淫、嫖娼,避免高危性行为;严禁吸毒,不与他人共用注射器;不要借用或共用牙刷、剃须刀、刮脸刀等个人用品。使用安全套是性生活中有效的预防性病和艾滋病的措施之一。要避免直接与艾滋病病人的血液、精液、乳汁接触,切断其传播途径。

以下人群需要进行艾滋病咨询检测: 1.艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的家属或密切接触者,感染艾滋病病毒的母亲所产的新生儿。

2.有过无保护性行为者(尤其是无保护的婚外性行为、多性伴性行为、男男同性性行为等)。

3.与他人共用注射器吸毒的人员,使用过未经严格消毒的针具注射者,以及其他自愿接受艾滋病咨询检测的人员。

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张~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:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@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