

神经内镜技术的应用及优势

□朱旭强

近年来,随着微创神经外科理念和技术的不推广,神经内镜手术应用范围日益扩大。内镜是一种能够将光线导入人体腔道并进行观察和操作的工具。德国医生于1806年发明了内镜,1910年美国医师把内镜引入神经外科领域,将神经外科使用的内镜称为神经内镜。该技术几经起落,如今已成为微创神经外科的重要领域之一,使越来越多的病人受益。

随着现代光学技术、神经影像技术及手术器械的不断改良和发展,神经内镜已从诊断和治疗两个方面渗入神经外科的各个领域,适应证不断增多,手术疗效越来越好。

治疗疾病范围主要以脑室脑

池疾病和颅底疾病为主,在经颅内镜、脊柱内镜和周围神经内镜方面也逐步开展。

在脑室脑池疾病方面,脑脊液是内镜观察的良好介质,因此神经内镜手术在治疗脑室脑池系统疾病中有重要价值,主要包括脑积水、颅内蛛网膜囊肿、脑室内的囊性病、脑室内囊虫等寄生虫、脑室内感染、脑室内出血、脑室内实质性病变等。在颅底疾病方面,由垂体腺瘤、脊索瘤、脑脊液鼻漏、表皮样囊肿、视神经管骨折卡压等疾病逐步扩大至鞍结节脑膜瘤、前颅底脑膜瘤、颅咽管瘤、垂体柄疾病等。在经颅内镜方面,主要是指内镜作为光源,辅助治疗颅内病变,尤其在颅内血肿、三叉神经或面神经微

血管减压、颅内肿瘤切除等方面逐步应用,为治疗神经外科相关疾病带来了新的思路和优势,使神经外科治疗疾病的水平和疗效显著提高。

神经内镜技术有以下优势:神经内镜手术创伤小,可将光源置于手术区域,抵近观察,照明效果好,无须反复对焦,术中分辨率高,可进行全景观察,对周围解剖结构高清观察,有利于辨别病变与正常组织结构的界限;角度内窥镜可观察到显微镜不能直视的部位,创伤小,术后患者反应轻,并发症少,住院周期短。

在治疗脑积水方面,尤其是小儿脑积水,有明显梗阻部位的梗阻性脑积水,该技术符合生理特点,脑脊液仍在颅内循环被吸

收,更能使脑积水患者摆脱分流管带来的堵塞、感染、分流过度或不流等困扰;在治疗颅内蛛网膜囊肿方面具有独特优势,尤其是鞍上池蛛网膜囊肿、四叠体池蛛网膜囊肿,避免了开颅手术带来的巨大创伤;在治疗脑室内囊虫方面,能简单、快速、精准、微创地“活捉”囊虫;在治疗垂体瘤、脊索瘤等颅底肿瘤方面,能通过鼻腔这一自然通道,在开阔的视野下完成切除肿瘤,尤其是侵袭海绵窦部分中病变,比显微镜有更佳的视野,更能在直视下切除病变,减少复发;在治疗颅咽管瘤、垂体柄增粗活检方面,经过自然腔道,沿着病变长轴方向切除病变,病变周围结构解剖及分界更加清晰,相对容易辨别

分离,对脑组织保护良好,减轻术后反应,同时避免头部切口等;在治疗筛窦、蝶窦脑脊液鼻漏方面,通过自然腔道,可以快速有效地找到漏口,同时避免了大切口开颅手术,操作时间短,患者恢复快;在治疗脑室内出血方面,尤其是脑室铸型,直接一次性吸除血肿,为患者有一个良好的预后提供了十分有利的条件;在颅内血肿方面,避免对脑组织的牵拉,减轻副反应,效果良好。

总之,神经内镜技术符合神经外科微创理念的要求,随着相关技术的不断完善,逐渐受到广大神经外科医师和患者的欢迎。

(作者供职于郑州大学第一附属医院神经外科)

检验窗口如何避免医患纠纷

□雷振川

检验科在医院整体医疗体系中属于半封闭式科室。除了各个实验室之外,检验科还有一些窗口专门服务患者及家属。其中,在给患者采血或者与非医学专业的患者及家属进行沟通时,稍不留神就容易出现医患矛盾。在检验科窗口,遇见以下几类患者及家属,更需要加强医患沟通。

碘伏过敏患者

碘伏是采血常用的消毒液,但是有一部分人员由于自身问题,会对碘伏产生过敏症状。一些患者在使用碘伏对局部皮肤进行涂抹时,必定会出现红、肿、痒、痛等症状。有些患者采血后出现类似情况,却对自身过敏反应不了解,有可能将原因归结于采血人员。

当遇见这种情况时,需要将碘伏更换成酒精,并耐心地嘱咐患者以后遇到类似情况,需要事先告知采血人员自身的情况。在采血开始之前,采血人员如果事先询问患者情况,就可以避免这种现象,同时也为患者留下一个好印象。

晕针、晕血患者

晕针、晕血情况并不罕见。出现这种情况大多数是因为患者自身心理紧张、恐惧、饥饿,或者在某些特殊疾病状态下出现的晕针、晕血情况,主要表现为脸色苍白、心慌、呕吐,严重者甚至休克。

对患者而言,休克严重威胁身体健康,如果是在没有监护的状态下晕厥倒地,就会造成严重颅脑伤害。对采血工作人员来说,如果患者在采血中重度地抽动脉,很容易误伤自己。采血工作人员在采血前,必须对这类患者做好沟通,并在采血进行过程中,确保患者有亲属搀扶。

传染病患者

在采血窗口,我们有时会遇到传染病患者;如果提前知道患者有传染病,就会引起警觉。然而,并不是所有传染病患者都能主动报告疾病。部分患者感染了尚未被发现,处于窗口期。部分性传播疾病患者能力隐藏,要小心防范。

精神障碍患者

精神障碍患者精神不稳定,可能会对检验人员造成威胁。遇到精神障碍患者,应提前与患者家属做好沟通,不能激怒对方,以防出现危险。

情绪暴躁的患者及家属

有脾气好的患者,那么同样也会有脾气不好的患者及家属。有些人认为,坏脾气的人才会获得更好、更优的服务,这样医务人员才会更加认真对待自己及家属。遇到这种情况,一定不能与患者家属产生正面冲突,要耐心解释;若还得不到解决,可以请上级领导或者同事进行劝导,争取“大事化小、小事化了”。

(作者供职于濮阳广慈医院检验科)

急危重症患者的「生命八征」

□刘杰

急危重症的一大特点便是突发,其不可预测性使得病情难辨,疾病进展速度快,预后差。为保证治疗效果,挽救患者生命,早期快速识别十分重要。

急危重症一般指患者突发的脏器衰竭,包括以下六类:脑功能衰竭(卒中、脑水肿、严重脑挫裂伤等)、休克、呼吸衰竭、心力衰竭、肾功能衰竭、肝功能衰竭。患者出现功能衰竭的脏器越多,说明病情越严重。若同时有两个以上脏器出现功能衰竭,则被称为多脏器功能衰竭。急危重症严重威胁着患者的生命,若出现窒息及呼吸困难、休克、大出血、昏迷、心悸等表现,则表示患者随时可能死亡。

“生命八征”是快速识别急危重症的要点,其中包括体温、呼吸、血压、脉搏、神志、瞳孔、尿量、皮肤黏膜等,一般通过对这些重点指征的检查便能够实现急危重症的快速识别。

- 1.健康人的体温为36摄氏度~37摄氏度。当体温超过37摄氏度时便是发热,大多是感染导致的;体温低于35摄氏度为低体温,多发于全身衰竭。
- 2.一般情况下脉搏应为60次/分~100次/分,脉搏跳动有力,听诊时心率清晰有力,整齐而没有杂音。
- 3.呼吸的正常频率为每分钟14次~20次,呼吸节律整齐,听诊双肺呼吸音较为清晰一致,没有啰音。呼吸异常状况包括节律异常、频率异常、声音异常、呼吸困难、呼吸深度异常等。在四大生命体征中,呼吸异常的量化概念不够明显,往往会被忽略;实际上,呼吸异常是最为敏感的生命指标,在炎症反应过程中,肺毛细血管内皮细胞与炎症因子的反应较为强烈。
- 4.在正常情况下,健康人的血压收缩压应在90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)以上,平均动脉压应大于70毫米汞柱,低于正常数值或者下降幅度超过原有血压的30%,便需要提高对休克的警惕。
- 5.人在神志正常时,能够准确地回答问题,与他人能够进行有效沟通。若患者出现紧张烦躁情绪,一般都提示着休克早期;若患者神志不清,无法沟通,则表示即将陷入昏迷状态。
- 6.一个健康的成年人24小时正常的尿量应为1000毫升~2000毫升,临床上将24小时内尿量低于400毫升或者每小时的尿量低于17毫升称作少尿,24小时内尿量低于100毫升或者在12小时内完全没有排尿称作无尿。少尿、无尿都预示着肾功能衰竭、休克、发热等。部分患者会出现多尿,这种情形多见于尿崩症及糖尿病患者。
- 7.皮肤黏膜在评估休克时也有重要意义,花斑、发绀、四肢湿冷都是严重缺氧休克的表现。若发现患者皮肤黏膜有广泛的出血情况,便说明患者的凝血功能有障碍。
- 8.正常人的瞳孔大小为3毫米~5毫米,两侧瞳孔等大,对光的反应十分灵敏。若患者瞳孔出现扩散代表患者心跳停止,瞳孔缩小表示患者为有机磷中毒,若瞳孔一大一小则应判断为脑疝。

由于发病时间短,在救治急危重症患者时,医生往往不能及时获取足够的信息。因此,准确掌握急危重症的早期信号对挽救患者生命十分重要。

(作者供职于驻马店市中心医院急诊科)

渐冻症究竟有多严重

□乔煦

渐冻症是一组运动神经元病的俗称,主要类型是肌萎缩性脊髓侧索硬化症,因为患者大脑、脑干和脊髓中运动神经细胞受到侵袭,患者肌肉逐渐萎缩和无力,以致瘫痪,身体如同被逐渐冻住一样。由于感觉神经并未受到侵犯,这种病并不影响患者的智力、记忆及感觉。

渐冻症的表现

渐冻症早期的表现是不经意间发现肢体的肌肉萎缩。很多患者也能感觉到肌肉会出现不听使唤地“跳动”。随着疾病的发展,肌肉萎缩越来越严重,最终出现肌无力和运动功能丧失。

渐冻症的早期症状容易和颈椎病相混淆,肌肉萎缩也可以是颈椎病的表现。二者的区别在于,渐冻症不会出现肢体麻木、感觉异常等颈椎病的常见表现,而颈椎病不会发生饮水呛咳、吞咽困难和舌肌萎缩。在临床上,可以应用肌电图和颈椎磁共振成像鉴别这两种疾病。

需要注意的是,一部分渐冻症可能有遗传倾向。迄今为止,已有十几

种基因被发现与渐冻症关联。确诊渐冻症,需要进一步做基因检查和遗传咨询。

渐冻症的危害

渐冻症对患者的危害主要包括以下几个方面,应当引起重视。

在日常生活中,我们要完成各项运动,需要肌肉和运动神经元相互配合;而渐冻症患者的运动神经元受到了较大损害,导致患者难以自由地活动,影响劳动能力。

许多运动神经元损伤患者还会出现声音嘶哑,舌肌萎缩,说话有一定的困难,唾液会向外流,进食、喝水呛咳等,甚至生活不能自理。

随着疾病的发展,渐冻症会逐渐影响到患者全身肌肉,其中包括维持呼吸的膈肌和肋间肌。当渐冻症危害到这些肌肉时,可导致患者出现呼吸衰竭等情况,应当及时治疗。

如何护理

对于渐冻症患者,如何护理呢?

心理护理:上运动神经元损伤的患者病程慢,此病会逐渐影响运动功

能和生活自理能力,要保持乐观的生活态度,积极配合治疗,了解好转病例,增强战胜疾病的信心。

呼吸管理:上运动神经元损伤的患者机械通气不能很好地清理呼吸道,要定时翻身拍背,呼吸道的分泌物,湿化气道,无菌操作气管切开,注意使用氧气的安全。

饮食护理:尽量给予高蛋白、高热量、易消化、富含维生素的饮食,少量多餐,加强营养,提高耐受力,对疾病治疗有积极意义。对于气管切开或吞咽困难的患者,可以采用鼻饲营养,注意营养均衡,监测营养指标。

生命体征监测:给予持续心电图监护,监测血氧饱和度、心率、呼吸、血压的变化,因患者病情累及了呼吸肌,都有不同程度的呼吸困难,对呼吸的监测非常重要,发现异常,要及时进行对症处理,给予气管插管或使用面罩无创呼吸机辅助呼吸;对长时间脱机困难者,可以进行气管切开,保证有效通气。

(作者供职于南阳南石医院神经内科六病区)

结核病的危害与治疗方法

□李淑洁

结核病是严重危害公众健康的全球性公共卫生问题。我国是全球第二大结核病高负担国家,肺结核报告发病率位居法定报告甲类、乙类传染病第二位。

什么是结核病

结核病是一种由结核分枝杆菌引起的一种非常古老的慢性传染病。结核分枝杆菌大约于7万年前在非洲出现,随着现代人类进化而传播,随着人口密度的增加,于新石器时代在全球范围内迅速扩张。结核病可以发生在身体的任何部位,最常见的感染部位是肺,其他部位感染也可见到1/3。

肺结核的早期症状通常比较隐匿,主要症状为咳嗽、咯痰、痰中带血,有的人午后会出现低热、盗汗、胸痛、食欲差、乏力和消瘦。

目前,最有效的抗结核药物包括异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、链霉素等药物。

坚持正规治疗、规范服药,绝大

多数肺结核患者可以治愈。

与肺结核患者经常接触的人,如果出现咳嗽、咯痰超过2周,应怀疑得了肺结核,请及时到专科医院就诊。

我国县级以上均设立了结核病防治机构(包括疾病预防控制中心、结核病防治所),肺结核患者可享受政府的免费政策。

免费政策包括:为第一次检查肺结核可疑症状者胸部X线和痰涂片检查,为活动性肺结核患者免费提供国家统一方案的抗结核药物等。

肺结核患者按照规定治疗方案和疗程治疗,由医生判断为治愈后就不会有传染性了。

肺结核不是遗传性疾病,不会传给下一代,但它通过空气飞沫传播,在家庭环境中,容易传染给其他家庭成员,可能导致一个家庭多个成员患病。

(作者供职于鹿邑县疾病预防控制中心)

肺结核如何治疗

一旦确诊肺结核,患者应立即服药,多药联合应用,不能中断,坚持治疗(6个月~8个月),任何治疗的改变均应通过医生决定。

手术前为什么不能喝水、吃饭?

很多患者不理解,为什么手术前不能喝水、吃饭,认为饿着

和朋友。

结核分枝杆菌最常见的传播方式为飞沫传播。传染性肺结核患者通过咳嗽、咯痰、打喷嚏、大声说话,会把带有结核分枝杆菌的飞沫播散到空气中,每次咳嗽产生多达3000个具有传染性飞沫核,被周围人群吸入而感染。感染后是否发病,取决于个体的免疫力,健全的免疫系统可以使感染潜伏,成为带菌者。

手术前为什么不能喝水、吃饭?

很多患者不理解,为什么手术前不能喝水、吃饭,认为饿着

肚子做手术会受不了。然而,胃肠道的准备是术前准备的重要组成部分,主要是为了防止在麻醉或手术过程中出现呕吐反应引起窒息或吸入性肺炎。

2.麻醉医生仅仅是打一针这么简单吗?

不少人会有认识上的误区,认为手术时麻醉医生的工作就是打一针而已,其实没那么简单。麻醉医生要全面负责患者的生命体征监测,要合理选择麻醉方法和药物,控制麻醉深度,维持生命体征平稳,为手术提供安全保障。

3.麻醉会影响人的智力吗?很多人有这样的顾虑。其实,麻醉药物对人体影响极小,为作用可逆的药物,手术后可经组成成分,主要是为了防止在麻醉或手术过程中出现呕吐反应引起窒息或吸入性肺炎。

4.术后镇痛泵有必要吗?术后镇痛不仅能减轻患者的痛苦,还能提高患者自身防止伤口愈合和功能恢复。当然,镇痛泵里的药物偶尔也会产生一些副作用,最常见的就是恶心呕吐,此时可以暂停一段时间药物输注,同时加用一些止吐药,这样不会造成太大影响。

(作者供职于商丘市中医院麻醉科)

麻醉,让患者与疼痛说再见

□刘素梅

手术需要麻醉保驾护航,而公众对于麻醉的了解有限。那么,什么是麻醉呢?简而言之,麻醉就是麻醉医生使用药物或其他方法使患者整体或局部暂时失去感觉,以达到消除手术和创伤性检查等操作给患者带来的疼痛、不适等过度应激反应,保障患者安全,为手术操作等创造良好条件。

麻醉应用于哪些方面

在现实生活当中,麻醉常应用于哪些方面呢?

临床手术麻醉:各种外科手术

各种微创操作的无痛技术:比如胃肠镜检查、膀胱镜检查、气管镜检查、喉镜检查、人流清宫、人工取卵等,这些操作有了麻醉,一切都变得很简单。

围术期的镇痛、临终关怀:随着加速康复外科和舒适化医疗理念的推广,麻醉学对围术期患者的疼痛关注延伸到入院至术后的整体管理,癌症患者的临终期疼痛关怀进一步加强,提升了患者的就医体验。

小儿无痛检查:很多患儿对医疗过程中的操作、检查有恐惧心理或者不能配合,比如牙科矫治、眼科检查、磁共振检查等,麻醉医生能够轻松解决这些

问题。

产科无痛分娩:生孩子并不一定要痛得死去活来,麻醉分娩镇痛可以完美地解决这个问题,可以让孕产妇做到轻松、愉快地迎接宝宝的降生。这也是国家卫生健康推广的一个技术项目,更是众多孕妇期待的福音。

特殊难治性疾病的治理:麻醉技术还能解决一些目前公认的难治性疾病,比如难治性失眠、顽固性银屑病等。

麻醉中几个常见问题

- 1.手术前为什么不能喝水、吃饭?
- 2.麻醉医生仅仅是打一针这么简单吗?
- 3.麻醉会影响人的智力吗?
- 4.术后镇痛泵有必要吗?

谈谈帕金森病

□郑小菊

帕金森病又称震颤麻痹,是中老年常见的中枢神经系统变性疾病,其典型的运动状况是在静止的时候肢体不自主地发生震颤、肌强直、姿势平衡障碍、运动缓慢等。帕金森病发到晚期的时候,会让患者生活不能自理。

临床症状

静止性震颤:帕金森病的首发症状,多始于一侧上肢远端,静止时出现或明显,紧张运动时减轻或停止,紧张或激动时加剧,入睡后消失。典型表现是拇指与食指呈“搓丸样”动作,患者一侧肢体运动(握拳、松拳等)可使另一侧肢体震颤更明显,该试验有助于发现早期轻微震颤。

运动迟缓:随意运动减少,动作缓慢、笨拙。早期表现为手指精细动作(解纽扣、扣纽扣、系鞋带等)缓慢,逐渐发展成全面性随意运动减少、迟钝,晚期合并肌张力增高,导致起床、翻身均有困难。体检可见面容呆板、双眼凝视、瞬目减少,酷似“面具脸”;语速变慢,语音低沉;书写字体越来越小,呈现“小字征”;做快速重复性动作:

肌强直:被动运动关节阻力增高,且呈一致性,类似弯曲软铅管的感觉,故称“铅管样强直”;在静止性震颤的患者中可感到在均匀的阻力中出现断续停顿,如同传动齿轮,称为“齿轮样强”。四肢、躯干、颈部肌强直,可使患者出现特殊的屈曲体姿。

姿势不稳:帕金森病患者由于认知障碍、行动障碍等方面的因素,心理上可能会出现一定的问题,部分患者伴有精神焦虑、抑郁等症状。家人需要给帕金森病患者足够的心理关怀,多开导和陪伴,引导、鼓励患者进行一些社交活动。

(作者供职于河南三博脑科医院神经内科)

慌张步态。

肌强直:被动运动关节阻力增高,且呈一致性,类似弯曲软铅管的感觉,故称“铅管样强直”;在静止性震颤的患者中可感到在均匀的阻力中出现断续停顿,如同传动齿轮,称为“齿轮样强”。四肢、躯干、颈部肌强直,可使患者出现特殊的屈曲体姿。

延伸伤害有哪些

各种身体器官感染:主要是呼吸道感染、泌尿系统感染、肺部感染等。由于大多数帕金森病患者是年龄比较大的老人,身体机能随着年龄增长逐渐退化,加上营养吸收能力减弱,免疫系统抵御病菌感染的能力大大降低,容易引发多种感染;后期病情加重,导致患者丧失生活自理能力,需要长期卧床,甚至出现褥疮等情况。

损伤:帕金森病患者患有运动障碍,身体震颤、走路不稳(小碎步等)、平衡活动容易失去平衡、摔倒,出现骨折、流血等多种损伤。因此,患者家属需要注意家庭环境的调整,做好防滑处理,要格外小心,避免患者摔跤。

心理障碍:帕金森病患者由于认知障碍、行动障碍等方面的因素,心理上可能会出现一定的问题,部分患者伴有精神焦虑、抑郁等症状。家人需要给帕金森病患者足够的心理关怀,多开导和陪伴,引导、鼓励患者进行一些社交活动。

(作者供职于河南三博脑科医院神经内科)