

我院开展全麻下硬质支气管镜联合电子支气管镜下 Y 型硅酮支架置入术



本报讯 近日，我院呼吸与危重症医学科一病区张强主任团队顺利开展全麻下硬质支气管镜联合电子支气管镜下 Y 型硅酮支架置入术。术中联合应用电圈套具备肿瘤切除术及球囊扩张术，操作安全、高效。

患者，男，73岁，2年前在我院确诊“肺癌”，长期口服靶向抗肿瘤药物，控制住。近3个月，患者咳嗽憋喘加重，来我院复查发现对靶向药物耐药，患者家属商议后坚决拒绝化疗、放疗及免疫治疗等。随着肿瘤的进展，患者憋喘进行性加重，于8月上旬紧急来我院就诊，诉求依然是坚决拒绝抗肿瘤治疗，希望能临时缓解下憋喘症状。

入院后给予吸氧、药物治疗，

症状缓解不明显。张强主任结合患者的症状、体征及CT表现，考虑憋喘主要为肿瘤浸润压迫气道引起，紧急行电子气管镜检查，明确了气道被压迫情况。正常成人气管内径约2.5cm，患者气管下段重度狭窄，直径仅约3mm，而且狭窄一直延续到右主支气管末端，左主支气管狭窄情况还稍轻些。建议患者可紧急置入支气管支架，并短期缓解症状。综合支架特点、支架定制周期、患者病情、费用等情况后，家属希望能为患者尽快放置硅酮支架。张强主任立即联系医务科，并联系支架置入经验丰富的外请专家王晓东教授前来指导，为患者保驾护航。

为制定最优方案，保证安全，8月15日晚11时30分，张强主

任团队依然忙碌地做着周密的术前准备。8月16日一早，一切准备就绪，在手术室、疼痛科及内镜室支持下，在外请专家王晓东教授的保驾护航下，张强主任团队为患者进行全麻下硬质支气管镜联合电子支气管镜下 Y 型硅酮支架置入术。同时，为保证支架的置入及释放顺利，应用高频电圈套局部切除了支气管腔内肿瘤，并施行了球囊扩张。手术过程顺利，支架放置位置及释放非常好。

支架放置前，CT提示近圆形的气管被压迫至“一条缝”；支架放置后，患者憋喘症状明显缓解，手术无当天就睡了个好觉。患者家属对治疗效果非常满意，给予张强主任团队高度赞扬！

□于雪

神经外科一病区完成内镜下发际内小切口额骨骨瘤切除术



本报讯 近日，我院神经外科一病区副主任郝怀勇，通过神经内镜在发际内小切口，为一位前额部颅骨骨瘤患者完成切除手术，既切除了颅骨病变，又做到了微创美观。

患者，女，50岁，因“发现前额部肿物15年”来我院神经外科门诊就诊。头颅影像检查提示：额骨骨瘤。颅骨骨瘤是一种常见的良性肿瘤，可发生于颅骨的任何部位，其中颅盖骨骨瘤好发于额骨和顶骨，可单发、多发或聚发一处。由于颅骨骨瘤生长缓慢，无压痛，大多数无不适感，往往在引起明显的外貌变化才就诊。目前，多采用原位皮肤切口切除瘤体，容易在暴露部位遗留瘢痕，影响患者容貌。患者因担心手术切口影响面容，一直未敢接受手术治疗，近日因肿瘤逐渐增大，遂来我院就诊。

郝怀勇医生接诊患者，仔细评估，提出手术方案：神经内镜下发际内通过皮下隧道切除额骨骨瘤。听完手术方案介绍后，患者毫不犹豫地办理了入院手续。

在李永涛主任指导下，郝怀勇、关家文医生按照术前设计方案，利用神经内镜通过皮下隧道



切除肿块，磨钻打磨平整，不到半小时骨瘤完全切除。手术切口2cm，且隐藏在发际内，最大程度让疤痕不明显，对外观影响较小。患者手术后恢复情况良好，术后两天出院。

“揭开伤口纱布那一刻，额部没有看到疤痕，鼓包也完全消失了，而且连皱纹都少了！”患者高兴地说。此次手术的成功，也给爱美的类似疾病患者，带来了新的选择。□神经外科一病区

脊髓电刺激降伏“缠腰龙” 带状疱疹后神经痛的克星

本报讯 带状疱疹民间俗称“缠腰火龙、缠腰龙、蛇盘疮、蛇缠腰”，带状疱疹后神经痛（postherpetic neuralgia, PHN）是带状疱疹皮疹愈合后持续1个月及以上的疼痛，是带状疱疹最常见的并发症，属于后遗症的一种，可表现为持续性疼痛，也可缓解一段时间后再次出现。

带状疱疹后神经痛好发于年老体弱的人群，研究显示，65岁以上的老年患者，患带状疱疹后神经痛的几率在60%以上，而且随着年龄的增大开发神经痛的几率也显著升高。带状疱疹的疼痛性质多样，可为烧灼样、电击样、刀割样、针刺样或撕裂样。

患者，男，56岁，4个月前腰部得了带状疱疹，疼得非常剧烈，疱疹消失之后仍然存在，口服止痛药物、多次药物封闭等治疗效果都不理想，严重影响正常生活，连睡个安稳觉都成了奢望。

9月3日，我院神经外科一病区郝怀勇副主任带领叶翔主治医师和关家文医师，为患者在局麻下完成穿刺电极脊髓电刺激术。术中经过测试，患者原来疼痛区域被酥麻的感觉完全覆盖，手术从定位到穿刺调整电极到位仅用了不到一小时。术后，团队成员为患者进行了为期14天的临时电刺激，停止刺激后，患者的疼痛完全消失。患者又可以像正常人一样生活了！



神经外科二病区开展脊髓电刺激术 助力昏迷患者促醒

本报讯 近日，我院神经外科二病区团队在续继军主任带领下，成功为一例脑干出血昏迷患者，实施脊髓电刺激（scs）手术治疗。现患者意识障碍逐步改善，得到患者家属的认可。此项技术的成功开展，为广大植物状态生存的患者提供了新的治疗选择和苏醒的希望。

患者，男，37岁，4个月前因“脑干出血”入住我院，经过多次抢救治疗，虽然保住了患者性命，但一

直处于昏迷状态。续继军主任和吴开福主治医师，经过全面评估及充分的沟通后，对患者实施脊髓电刺激手术促醒治疗。该手术具有创伤相对小、安全性高，术后床旁开机程控操作简单等优点。术后后开机程控一个月，患者的意识障碍及肢体活动等得到不同程度改善。

众所周知，昏迷患者给家庭和社会造成了非常沉重的经济和精神负担。为此，神经外科二病区在

续继军主任带领下，成立昏迷促醒团队，并邀请北京中国人民解放军总医院神经外科医学部夏小雨教授合作指导，为术后昏迷患者提供最优的治疗方案。目前，团队通过采用药物治疗、多感觉刺激治疗、亚低温治疗、高压氧治疗、针灸治疗、神经电刺激治疗、综合康复治疗等措施，成功改善多例患者的植物生存状态，促使患者清醒，让患者家庭重燃希望。□神经外科二病区

化疗桥接自体造血干细胞移植成功救治淋巴瘤合并嗜血细胞综合征患者



本报讯 近期，我院血液内科对一例弥漫大B细胞淋巴瘤合并嗜血细胞综合征患者进行集化疗、靶向治疗桥接自体造血干细胞移植的整体治疗，让患者的预后和生活质量得到有效提升。

9月20日上午，患者在我院血液内科移植仓顺利出仓。院党委委员、副院长于世伦参加出仓仪式，并为患者送上诚挚的祝福。

患者，男，50岁，今年2月开始出现反复高热，常规抗感染治疗后发热无明显好转，后完成PET-CT及骨髓穿刺检查，明确诊断为“弥漫大B细胞淋巴瘤累及骨髓”。患者血常规三系进行性下降、脾脏肿大、肝功能损害、铁蛋白迅速升高，病情危重。患者病情进展如此迅速，临床表现及实验室检查都指向了一个致死性极高的危重症——“嗜血细胞综合征”。

作为一种进展迅速的高致死性疾病，死亡率高达50%，未经治疗的中位生存时间不超过2个月。考虑到病情的高风险性，需立即启动治疗，血液内科张奎主任治疗团队当机立断，做出了“化疗兼顾控制嗜血”的决定。经医护团队精心治疗及化疗方案的优化，患者体温迅速得到控制，血

血液内科采用红细胞分离去除术为手术患者提供高效安全保障

本报讯 9月19日上午10时，我院关节运动医学科二病区患者经跨科协作，于血液内科顺利完成红细胞分离去除术，下午14时高效衔接完成关节镜手术，全力保障了患者手术安全。

患者，男，54岁，因需要做左肩关节镜手术入住我院关节运动医学科二病区。患者既往患有红细胞增多症，入院后血常规检查血红蛋白高达182g/L，为保障患者手术安全，关节科及时联系血液内科会诊。血液内科方敏主治医师经查体发现患者面色潮红，追问病史发现患者近期血红蛋白控制欠佳，在与患者详细病情沟通并取得患者及家属知情同意后，患者家属决定行术前红细胞分离去除术，解除术前血液高黏滞风险，避免术后血栓事件发生。

患者家属同时表达了另一迫切需求，因个人原因需要尽快出院前往外地。关节二科、血液内科、手术室三方详细沟通后，决定19日上午尽快为患者实施红细胞分离去除术，保障患者当日下午衔接关节镜手术。

9月19日上午10时经跨科协作，患者于血液内科单采室顺利完成红细胞分离去除术，上机时间39分钟，共分离去除红细胞933ml，术后1小时复查血常规，

常规、肝肾功能逐步恢复正常，化疗第一周期结束，患者嗜血得到控制，整体状态明显改善。患者后续又进行了规律化疗，经PET-CT及骨髓等检查评估，原发病及嗜血细胞综合征均得到缓解，疗效满意。

患者为年轻弥漫大B细胞淋巴瘤高危类型，为提高临床治愈率，患者决定接受自体外周血造血干细胞移植术。7月，方敏副主任为患者完成自体外周血干细胞动员，8月28日，患者进入移植病房接受自体外周血造血干细胞移植。经过24天的仓内预处理清髓、干细胞回输、重度口腔黏膜炎及重度腹泻、粒系植入、巨核系植入等一系列攻坚过程，9月20日上午，患者顺利出仓。

该淋巴瘤患者起病危重，治疗难度大，死亡率极高，血液内科医护团队迎难而上、攻坚克难，先后经过嗜血细胞综合征的治疗、淋巴瘤的靶向联合化疗，后又桥接自体造血干细胞移植取得满意疗效，体现了我院血液内科医生对血液系统疾病危重症认识充分，治疗及时规范。血液内科将不断提升诊疗水平，继续造福广大百姓。

□血液内科

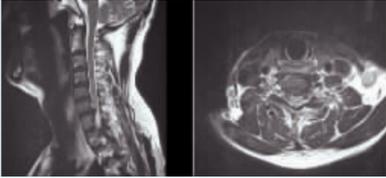
脊柱外科开展UBE技术下“钥匙孔手术”

——颈椎后路椎间孔开孔、神经根减压、间盘摘除术



本报讯 近日，我院脊柱外科成功开展新技术——UBE技术下“钥匙孔手术”，即颈椎后路椎间孔开孔、神经根减压、间盘摘除术。

患者，男，65岁，近期饱受右侧上肢疼痛与麻木之苦，历时三周之久。在外院尝试保守治疗措施，效果不佳，来我院就诊。经过医疗团队周密而细致的检查，患者被明确诊断为“神经根型颈椎病”，精准地指出了其症状的根本原因。



术前MRI图像

鉴于患者病情的特殊性及其复杂性，脊柱外科的朱中蛟专家团队迅速行动起来，依托前沿医疗技术，精心制定了治疗方案。团队决定采用当前先进的UBE（单侧双通道脊柱内镜）技术，实施一场被誉为“钥匙孔手术”的微创手术。此技术以其创伤小、恢复快的优势，成为治疗此类颈椎疾病的理想选择。

手术当天，在手术室与麻醉科的高效协同下，朱中蛟团队凭借着高超的专业技能与团队成员的默契配合，成功地为患者实施了手术。过程中，团队不仅精确解除了神经根的压迫，还最大限度地减少了手术对周围组织的损伤，确保了手术的安全与高效。



术中UBE内镜下图像

术后效果立竿见影，患者的疼痛症状得到了显著缓解，麻木感也逐渐消退。术后1天，患者便能在医护人员的指导下下床活动。经过3天的观察与护理，

患者身体状况良好，顺利出院，手术取得圆满成功。



术后第一天MRI图像

此次手术的成功开展，不仅体现了我院脊柱外科在颈椎病治疗领域的深厚底蕴与精湛技艺，更是UBE技术在临床应用中的一次成功实践，为患者带来了更为安全、有效、快速的康复体验。

UBE技术的适应症和“优势”是什么

单侧双通道脊柱内镜（unilateral biptoral endoscopic, UBE）技术是在不断探索和改进中发展起来的一项微创技术，适用于颈椎、胸椎、腰椎的退行性病变。

UBE技术其独特的双通道设计使得操作过程中器械互不制约，操作空间大、效率高、创伤小，不仅可以快速、有效地解决患者在脊柱方面的疾病，还最大限度地保留脊柱结构的稳定性。

此外，UBE技术采用的高清显微内镜可以放大整个手术视野，其整个手术过程是在水介质中进行，安全性得到充分保障。加之操作空间充分，不仅可以在内镜下进行椎间盘髓核切除，还可以在镜下进行椎管减压，椎间植骨融合固定等操作。

UBE技术费用情况

普通病例患者住院花费约在一到二万元左右，出院时根据自身报销政策参与报销。这个费用只是一个大约数目，根据患者具体治疗情况可能会有所变化。

UBE术后会不会复发

会有一定概率复发，但对于每个患者的个体来说，概率其实只是一个参考，尽力减少复发的可能性，才是最重要的。对于椎间盘突出病例而言，椎间盘突出是因为椎间盘的纤维环破裂，髓核组织从这个裂口突出/脱出于椎管内。椎间盘突出之所以复发，是因为这个裂口尚未愈合，髓核组织再突出导致的。

在刚做完手术后，这个裂口是存在的，因为手术只是通过这个裂口将退变突出的间盘组织摘除，并不是将所有的间盘摘除，所以裂口愈合之前均存在复发的可能性。因此，建议术前三周以卧床休养为主，随着时间的延长，裂口会逐渐自愈关闭，这样就不会存在复发的可能。

是否可以恢复正常生活

一般的颈椎UBE手术，由于对脊柱后柱椎板及关节突的损伤较小，所以通常第二天就可以在颈托保护下下地行走活动；术后三周内是瘢痕形成期，建议术后三周内以卧床休养为主，三周内佩戴支具后下地简单的生活、如厕都是没问题的；恢复期间应该清淡饮食、戒烟戒烟、避免负重、长期低头、剧烈运动等。术后一个月恢复正常生活，术后三个月可恢复正常运动。

□脊柱外科 朱中蛟健康科普工作室

小儿外科开展超声引导下肠套叠水压灌肠新技术

本报讯 近日，我院小儿外科在赵逢华主任的指导下开展超声引导下肠套叠水压灌肠新技术，填补了枣庄地区的空白。

肠套叠在小儿急性腹症中较常见，俗称“大肠包小肠”，好发于2岁以下儿童，是小儿肠梗阻的常见原因，在我国发病率较高，占婴幼儿肠梗阻的首位。

肠套叠发病原因尚不十分明确，临床上常见的急性肠套叠，可能与上呼吸道感染、小儿胃肠功能发育不全、饮食改变等有关。主要临床表现为：哭闹不安，主要表现为阵发性发作；呕吐；腹部肿块；果酱样血便。

超声引导下的水压灌肠，无X线辐射损伤，又无交叉感染风险；压力可控、可调，使用安全可靠；采用温盐水灌肠有助于冲刷肠道炎性介质，减少复位后发热；同时操作方便，可床边操作，避免来回搬运患儿。

温馨提醒广大家长，孩子摄食要合理，不能过多或过少，在给孩子添加辅食时，不要一次性添加多种，要循序渐进添加，否则可能会增加孩子胃肠道的负担；注意防寒保暖，一般肠套叠发生在季节交替的时候，肠套叠如果遇到了诱发因素，容易复发；如果孩子有以上症状，一定要及时带孩子到医院就诊，以免延误病情，造成不良后果。□小儿外科