

宝高医联合四川省肿瘤医院胸外科专家成功完成一例“胸腹腔镜联合三切口复杂食管癌根治术”



近日,四川省肿瘤医院胸外科专家彭林教授与宝高医胸心外科合作,成功完成一例“胸腹腔镜联合三切口复杂食管癌根治术”。

52岁男性患者,3月前出现进行性吞咽困难,偶有胸骨后疼痛。于我市某医院确诊“食管癌(胸下段,鳞癌, cT2N1M0 III A期)”,外院考虑因患者病变范围较大,且肿瘤侵犯心包、胸导管,手术风险极大,遂给予化疗保守治疗。在外院化疗两周期后,效果不佳,家属抱着试一试的心态来到我院胸心外科咨询,杨智主任细致查体后,认为患者还有手术机会。

患者年轻,是家里的支柱,杨智主任了解到家属的担忧,向家属讲解了我国目前

食管癌治疗现状,推荐四川省肿瘤医院彭林教授莅临医院进行手术指导。

四川省肿瘤医院为我国食管癌临床研究中心西部唯一的分中心,也是我国食管癌诊疗指南撰写单位之一,食管癌手术及综合治疗水平位于国内较高水平。经充分准备,宝高医胸心外科团队在彭林教授的指导与联合工作下,为患者实施了胸腹腔镜联合三切口复杂食管癌根治术。即在腋前线与腋中线的第8肋间,腋前线第3、5肋间,肩胛下角线第7肋间分别切口,建立人工气胸,再进行探查。术中见病变侵犯心包、胸导管,遂决定行:胸腹腔镜联合三切口食管癌根治术+胸膜黏连烙断术+胸导管部分切除术。手术历时6小时顺利完成,术中出血不

到100mL。术后经胸心外科监护室昼夜严密监护与后续治疗,患者术后6天恢复良好,计划近日出院。手术之前,我院胸心外科杨智主任就科室的具体情况向彭主任做了详细的汇报。彭主任对我院胸外科的成绩给予了极大的肯定,并提出了一些建议,希望通过持续交流进一步提高宝鸡市及周边地区食管癌规范化诊疗水平。

宝高医胸心外科成立近1年,科室发展迅速,常规开展胸外科微创手术,胸部手术微创率78%。科室规划合理,起点高,与省内众多胸外科中心有良好的合作关系,并且不断培养人才,提升医疗技术,深化服务内涵,提升了宝高医的医疗服务质量。

李超凡(胸心外科)

宝高医心内科首次完成冠脉OCT,博“冠”精准植入支架

去年,我院心内科孙炜主任团队完成我市首例、全省第三例生物可吸收支架。今年4月,我院心内科成功开展血管内超声指导下旋磨治疗冠脉严重钙化病变。8月12日,我院心内科首次完成光学相干断层扫描(OCT)指导下精准植入支架。宝高医心内科,孙炜主任带领一支乘风破浪的团队,他们,不断进取,永攀高峰!

患者一:慢性闭塞病变、钙化病变是冠脉介入“最大的陷阱和最难攻克堡垒”。它发生率高,迷惑性强,并发症多(血管扩张不良、支架通过障碍、血管穿孔多)。一位中年男性,以“不稳定性心绞痛”入住我院心内科,冠脉造影提示冠状动脉钙化、慢性闭塞。借助Finecross微导管用Gaia Second导丝通过闭塞病变,在Guidezilla导管助力下小球囊通过并扩张,继续行OCT检查结果示血管内钙化、斑块、夹层,并清楚的看到血管管腔内坑坑洼洼,有的地方是宽敞的双车道,有的地方窄的只能侧身通过,还有的地方有塌方,“具体狭窄”的位置以及危险程度就像杨戬的“第三只眼”,看的清清楚楚。孙炜主任借助OCT技术,实现了精确评估血管直径、选择支架尺寸、指导支架定位,获得最满意的介入效果。

患者二:患者青年男性,患急性心梗行冠脉造影示前降支6段急性闭塞,采用经皮冠状动脉腔内血管成形术开通闭塞血管后,建议患者行冠脉支架植入术,患者及家属考虑到患者

年轻,对于介入治疗犹豫不决。孙炜主任指出:目前冠心病介入治疗逐步步入精准PCI阶段,我们可以在腔内影像学或功能学的指导下,做仅仅针对靶病变处理并选择应用最合理的治疗器械减少并发症及尽可能改善预后的精准医疗(以测量数据为准,需要处理的病变,做最优化治疗,可以暂缓处理的病变,药物保守治疗),即能减少患者的经济负担,也能最大限度保留更多的自身正常血管,减少再狭窄和靶病变再次血运重建术,提高患者的生活质量和减少再次手术的痛苦。对于该患者而言,借助光学相干断层扫描(OCT)对血管病变进行精确评估、指导手术显得尤为适用。

患者冠脉造影提示血管狭窄是个临界病变,是否需要介入治疗尚不确定!给予患者行冠脉OCT检查提示:白色血栓、合并夹层。经精确评估管腔面积后,慎重决定进行介入支架植入术,患者及家属基于精确的检查结果,考虑到患者病变需要做支架,做了后更安全,欣然同意植入雅培XienceXpedition支架。虽然冠脉造影是诊断冠心病常用有效的方法,但它只是一个二维平面图像,无法了解血管腔内发生的情

况,存在一定的局限性。心内科介入团队根据冠脉OCT检查结果,选择支架尺寸和落脚点,制定治疗策略,顺利植入支架。

宝高医心血管内科主任孙炜介绍:什么是OCT? OCT(光学相干断层扫描),是目前分辨率最高的腔内影像学技术,是常规血管内超声成像技术的10倍左右,将检查结果和临床紧密结合,针对不同患者的特点进行个性化治疗。OCT检测是将一条头戴端带光学透镜的成像导管放在冠脉血管里,通过高速旋转回撤,不到3秒钟就可以帮助医生诊断血管里面的结构和斑块性质,就像直接把“显微镜”放进血管里看一样,评估斑块特点、血管尺寸和支架植入效果,为临床中优化支架植入和减少支架并发症提供了很多宝贵的信息,是冠心病诊断新的“金标准”。

杨敏(心血管内科)



生死营救9个月患儿转危为安

患儿,9个月,不慎从床上跌落致伤头部,左侧额颞顶急性硬膜下血肿,急诊收住宝鸡高新人民医院神经外科。患儿颅内出血近100ml,导致患儿右侧肢体无力,神经外科陈勃勃医生紧急行开颅术,术中心率60次/分钟(正常心率120-160次/分钟),血压一度测不出,生命垂危,麻醉手术科吴畏主任、王宁娟护士长全程共同协助,争分夺秒抢救患者。

手术在有惊无险中结束,安返神经外科重症监护室继续进行术后治疗,经过神经外科医护人员的不懈努力,患儿平稳度过危险期。看到当初命悬一线的患儿转危为安,恢复良好,所有的医护人员感到无比喜悦,患儿能健康出院,反映出了宝鸡高新人民医院有着专科技术人才团队和全方位的综合救治能力,让无数生命垂危的患者转危为安,康复出院。

术后患儿无任何后遗症,恢复良好!点赞神经外科陈勃勃精湛技术!更要点赞麻醉手术科吴畏主任、王宁娟护士长手术的全程协作配合!携手共赢,为健康护航。致敬高医人!

神经外科

一例特殊的脑卒中救治记



8月17日,68岁的王叔叔因言语不清,伴左侧肢体无力3小时,被急诊送往我院神经内科。结合症状体征表现及院外CT检查结果,接诊医生考虑为右侧颈内动脉闭塞。神经内科副主任张会平进一步评估后,急诊行脑血管造影+动脉取栓术。术后第一天患者意识清楚、言语清晰,左侧肢体无力明显缓解。当看到前来查房的医生护士,王叔叔激动地一直在说:“对不起大家,感谢医生又一次救了他,保证以后一定好好听医生的话,再不会随心所欲把自己的身体不当回事了……”。

原来,这位王叔叔是我院神经内科的老病号了,去年9月因急性脑梗发作就在神经内科住院。入院时,头颅磁共振提示右侧枕叶及侧脑室

旁新发脑梗死,颅内弥漫性动脉粥样硬化,双侧颈内动脉,大脑后动脉多处节段性狭窄。

住院第二天中午,王叔叔突发嗜睡,失语,右侧肢体无力,上下肢均不能抬举。因脑梗死急性期再次发作,不能进行静脉溶栓,遂急诊行脑血管造影及取栓术。术后第一天,王叔叔神志清楚,语言功能较前明显好转,右侧肢体肌力5级,四肢活动均正常,无任何后遗症。一个月后,王叔叔因左侧肢体无力再次入院,考虑颈内动脉缺血,行右侧颈内动脉支架植入术,术后精神好,未再出现肢体无力,言语不清等不适。前几天,在家半年多未遵医嘱擅自停药也未定期复查的王叔叔,因急性脑梗发作又住进了神经内科,所幸

因送医及时,实施手术后未留下任何后遗症,于是就有了文章开头的那一幕,脑梗死即缺血性脑卒中,又称中风,是一种严重的脑血管疾病,目前卒中是导致人类死亡原因第二位的疾病,也是一种致残率最高的疾病。

神经内科温馨提示:

发现突然意识不清或者口眼歪斜,口齿不清,肢体活动不灵应立即拨打120急救电话送医,不要延误;请送往具备溶栓、取栓能力的医院;脑血管病要谨遵医嘱服药,并按时复诊,不可随意改量或擅自停药;健康饮食,规律作息,适量运动,积极治疗高血压、糖尿病等原发疾病。

郭静(神经内科)



扫一扫
即刻关注公众号