

不换瓣膜治心病 搭桥换“根”显技艺

南通首例“David手术”实施,破解心脏难题

晚报讯 “这次心脏手术不仅修复了我的心脏瓣膜,还通过心脏搭桥成功解决了我的冠心病,可谓一举多得。通大附院医生的技术太赞了!”近日,已顺利出院的徐先生喜不自禁地表示。前不久,在通大附院心脏大血管外科主任医师秦卫团队的共同努力下,被学界称为心脏外科领域“金字塔尖手术”的“David手术”获得圆满成功,这也是南通在该领域自主完成的首例心脏手术。

一个月前,50岁的患者徐先生出现了胸闷气喘、呼吸不畅的症状,于是来到通大附院就诊。接诊的心脏大血管外科主任医师秦卫对其进行详尽的问诊检查,并通过心脏彩超检查发现,该患者主动脉瓣重度关闭不全,并伴有主动脉根部瘤样扩张,心脏造影检查还发现患者同时合并冠心病。

“简单来说,该患者要进行主动脉根部置换,同时置换脱垂的主动脉瓣。”全面评估后,秦卫团队得出这样的结论。“如果选用机械瓣膜,那么病人需要长期服用抗凝药,定期至医院抽血检查,以后还会长期面临出血或者栓塞的风险。如果置换生物瓣,同样存在衰败或者钙化问题,使用时间约10年,此后病人还要再次手术,且两个介质的人工瓣膜都存在感染风险。”



医生正在做手术。

经过团队详尽的分析考虑,决定采用一种超高难度的手术方式——保留主动脉瓣的主动脉根部替换术,即“David手术”,把主动脉根部替换掉,但是保留主动脉瓣,不植入人工瓣膜,同时进行冠脉搭桥治疗两支狭窄的冠脉。

“David手术”作为心脏外科领域的一项顶尖技术,被学界称为“金字塔尖的手术”,对外科医生的技术要求极高。且手术过程需要进行4~5个小时,心脏要停跳2小时左右,在南通地区医院自主实施该手术尚无先例。但该手术具有显著的优势,不但

消除严重的主动脉瓣反流、替换了扩张的根部,还无须口服抗凝药物,另外还避免了人工假体瓣膜的衰败和感染等问题。

经患者及家属的同意,手术当天,秦卫团队采用了胸骨正中切口体外循环的方式,对徐先生的主动脉根部进行了精细的解剖和替换,这成功克服了包括主动脉根部复杂结构的精细解剖、多个吻合口的严密缝合、冠脉开口的重新种植以及主动脉瓣的修复等在内的多个难点,最终手术获得了成功。

记者李波 通讯员吴丹丹

男子肝脏上长出“大番薯” 先拆“引线”后“排雷”,肿瘤成功切除

晚报讯 近期,南通市第一人民医院肝胆胰脾外科成功为一名巨大肝癌患者,开展更为安全、精准的前入路肝切除术。

家住通州的李先生在体检时,意外发现肝脏存在占位性病变。家人心急如焚,立刻带他前往当地医院就诊。经过一系列检查,结果显示李先生肝右叶有肿块且伴有出血症状。由于肿瘤体积巨大,手术风险极高,当地医院在权衡利弊后,认为难以实施手术。此后,李先生和家人四处求医,最终来到南通市第一人民医院肝胆胰脾外科臧宏主任的门诊。臧宏仔细评估病情后,迅速为李先生安排了住院治疗。入院后,臧宏组织影像科、麻醉科、介入科、放疗科、病理科、肿瘤科等多学科会诊,经过深入讨论,最终确诊李先生为原发性肝癌(CNLC分期Ib期)。肿瘤达12cm×9cm,这个长在肝脏上的巨大肿瘤宛如一颗定时炸弹,随时可能要了李先生的性命。

但幸运的是,李先生肿瘤尚未发

生转移,且剩余肝脏功能良好。多学科专家团队在经过多次讨论和评估后,肝胆胰脾外科团队决定采用前入路肝切除术,解决这个“定时炸弹”。

手术由臧宏主刀,在麻醉科、手术室等多个科室的紧密配合下,手术有条不紊地开展。手术开始,臧宏带领团队精准解剖肝门结构,在血管和组织错综复杂的肝门处,凭借丰富的经验和精湛的技术,小心翼翼分离并准确阻断肿瘤所在区域的门静脉右支及肝右动脉,减少出血,为后续操作创造良好条件;接着,他拿起超声刀,以极高的专注力和精准度,沿着缺血线分层离断肝实质,保护肝脏正常结构和功能;手术关键时刻,臧宏运用操作难度极大的Belghiti肝脏悬吊技术,熟练地将肝脏“提拉”,将原本相对隐蔽的部位瞬间清晰地暴露在视野中,为后续彻底切除肿瘤扫除了障碍。

肝脏作为人体血供最丰富的器官之一,术中出血的控制对手术成功

与否影响极大。麻醉科副主任、副主任医师姚雷在一旁密切配合,通过精准的液体管理和血管活性药物的使用,结合体位和通气模式的巧妙调整,严格控制中心静脉压,显著减少术中出血,为手术医生提供清晰的手术视野。在良好的视野下,臧宏更加从容地处理剩余组织,每一个动作都流畅而准确,有条不紊地推进着手术进程。

历经4个小时奋战,这个重达1.15公斤的肿瘤终于被完整剥离。术中出血量仅为400ml。这场高难度的手术顺利落幕。

术后第一天,李先生就能正常进食;第二天便可以下床活动。这一切都得益于前入路技术对正常组织的微创处理,以及多学科团队对围手术期的精细管理。肝胆胰脾外科护理团队更是将加速康复外科(ERAS)理念贯穿整个治疗过程,与传统肝切除术相比,患者术后恢复速度更快,身体承受的痛苦更小。

通讯员益宣 记者朱颖亮

诊室传真

个体化诊疗助力 九旬患者获新生

晚报讯 “感谢肿瘤医院的医生们救了我的命,没想到我病情这么复杂,术后还能恢复这么快,感谢所有医护人员的精心治疗和照顾,让我能够顺利出院!”近日,在市肿瘤医院二十二病区血液淋巴瘤科,92岁高龄的骨髓瘤患者陈老太在出院前,紧紧握住主任医师沈茜的手激动地说。当天,她在家人的陪同下,还特地送上了一面锦旗和一封感谢信。

今年92岁的陈老太饱受骨头痛和腰痛折磨两月有余,虽在多家医院就诊,却始终未明确病因,治疗效果不佳。经过核磁检查结果显示,腰1椎体压缩性骨折伴骨髓水肿,胸12椎体也存在骨髓水肿,本来打算进行骨水泥治疗,但输注五天后,白蛋白依旧在低位徘徊,十余天的住院时光,疼痛丝毫没有退去的迹象,治疗一度陷入困境。

“老人家疼痛一直不见好,经人介绍,我们来到了市肿瘤医院就诊。”在家人的陪伴下,陈老太来到了市肿瘤医院。

接诊的保国锋副院长和王浩然副主任医师在复杂的检查数据中捕捉到一个关键线索——球蛋白高达74g/L(正常范围20—40g/L),凭借着敏锐的专业洞察力,发现血液检查异常,怀疑血液系统疾病。经过多学科专家会诊及深入检查后,最终确诊为多发性骨髓瘤。

确诊后,血液淋巴瘤科沈茜主任团队迅速制定并实施靶向联合激素的治疗方案,取得良好的效果。陈老太原本被疼痛困扰,如今已能自行下床走动。一周之后,球蛋白降至47g/L,而且在整个住院期间,陈老太再也无须依赖止痛药,没过几天她便顺利出院。

沈茜提醒,多发性骨髓瘤目前是发病率居第二位的血液系统肿瘤,本病好发于中老年人,是恶性浆细胞克隆性增殖导致的一种疾病,可以表现为贫血、肾功能不全、骨骼疼痛以及高钙血症。骨髓瘤主要见于老年患者,70岁至74岁年龄段发病率最高,大于80岁的超高龄患者占比亦不低,中位发病年龄约为65岁。

据了解,中老年人出现不明原因的骨痛或病理性骨折、乏力、头晕、活动后气短、心慌、尿泡沫增多、颜面水肿、鼻出血、反复感染等,要警惕多发性骨髓瘤。研究显示,超过60%的多发性骨髓瘤容易被误诊,大多数患者首诊科室通常不是血液科,通常因为骨痛就诊至骨科、风湿科、疼痛科,因为肾功能异常就诊至肾脏内科,或因为感染就诊至呼吸内科、感染科。因此,如果出现上述症状,去血液科进一步检查就尤为必要。

记者李波
通讯员李真 陈晓玫

