



神经外科一病区主治医师赵端允在查房

日前,75岁的王大爷在菏泽市立医院神经外科一病区完成了三叉神经半月节球囊压迫术,恢复情况十分理想。与以往手术方式不同的是,这次王大爷在手术中用到了“3D”打印,不仅手术时间大大缩短,且穿刺中精准度更高,花费少。“赵大夫的医术好,人也周到,处处为患者着想。”王大爷伸出大拇指说道。

三叉神经痛是一种临床常见的颅神经疾病,号称“天下第一痛”,其人群患病率为182人/10万,年发病率为3~5人/10万,多

发生于成年及老年人,发病年龄在28~89岁,70%~80%病例发生在40岁以上,高峰年龄在48~59岁。但是,WHO最新调查数据显示,三叉神经痛正趋向年轻化,人群患病率不断上升,严重影响了患者的生活质量、工作和社交,也增加了医疗支出。三叉神经痛的治理,目前主要有药物治疗、射频热凝、半月节球囊压迫、立体定向放射外科和微血管减压手术。

“对于高龄或合并多种疾病不能耐受MVD手术者,大都选择微创手术治疗或药

物治疗,但药物应用时间长,效果差,部分患者选择射频热凝、半月节球囊压迫、立体定向放射外科,现在三叉神经痛半月节微球囊压迫正逐渐成为微创治疗的一种趋势,因卵圆孔外口直径小或者外口后倾等因素,造成卵圆孔穿刺困难。应用3D数字化医学研究及3D打印导板模拟三叉神经卵圆孔穿刺治疗三叉神经痛,能缩短手术操作过程,使病人在治疗过程中获益。”菏泽市立医院神经外科一病区主治医师赵端允介绍。

据了解,在手术前,医生先利用3D软件对患者术前颅底CT数据进行三维重建,打印3D头颅颅骨模型,利用头模模具了解卵圆孔位置、大小、穿刺方向及难易程度,并通过模具与家属沟通,通俗易懂。同时,准确而安全的穿刺是保证疗效和预防并发症的关键,但是临床上因为患者个体差异等因素均可引起穿刺方向、距离等出现偏移,导致穿刺失败。根据上述信息,对卵圆孔开口大小、走形方向和长度都有了详细了解,模拟穿刺路径、穿刺方向,不但可以观察穿刺位和前后方位置,也可以测量进针

点到卵圆孔的距离(口角为软组织,实际穿刺有变形),对实际穿刺过程有一定帮助。“3D软件不但术前可规划手术方案,也可打印出穿刺三叉神经半月节导板,可顺导板穿刺半月节,有利于节省手术时间,穿刺更准确,病人痛苦更小。”赵端允说。

随着计算机技术的发展,数字化手术辅助定位系统被越来越多的应用于手术,术前在计算机上可以精确设计并模拟手术方案,术中辅助指导医生将设计方案完整、准确地实现。3D打印技术是当今最热门的生物医学研究方向之一,通过影像技术(CT、MRI等)资料的辅助,应用计算机辅助设计技术虚拟出待构建体的三维结构,然后用相应的材料逐层创建出实体,具有高精度、构建速度快、可实现按需制造等优势及个性化、精准化、远程化等优点,特别适合于医学领域的应用。应用3D导板不但可辅助三叉神经痛微创治疗,而且可应用于微创血肿穿刺,其穿刺不仅精准、安全,而且局麻下就可以进行手术,降低了全麻手术风险,大大节省了手术费用。

文/图 记者 杨飞

构筑“心”防线 托起“心”希望——记菏泽市立医院心内科

不积跬步无以至千里,不积小流无以至江海。近年来,菏泽市立医院心内科团结协作、开拓进取、勇立潮头,在冠脉介入、心脏电生理、科研学术领域取得重大进步。

革故鼎新,心电生理一改颓势

一直以来,菏泽地区在快速性心律失常三维标测射频消融领域与省内同级医院相比处于明显落后状态,各医院均长期依赖外请专家手术。心内科医师王向兵坚持学习、苦练技术,目前已成为心电生理领域高水平成熟独立术者,而且是菏泽地区目前唯一能在三维标测下行房颤射频消融术的独立术者,可顺利完成各种复杂快速心律失常的射频消融。

菏泽市立医院心内科开展快速性心律失常导管消融已有30余年,但近期独立自

主开展三维标测下的房颤、房速等快速性心律失常的射频消融治疗,这在菏泽市立医院整个心内科的发展史上尚属首次,在全市范围内也是首个可以自主开展此项技术的心脏介入团队。这不仅填补了医院的技术空白,而且为患者节省了住院相关费用,同时也节约医疗资源,使菏泽市立医院在快速性心律失常治疗领域迈上了一个新的台阶。

瞄准前沿,冠脉介入屡创佳绩

随着心血管病患者数量逐年攀升,复杂冠心病逐渐增多,同时急性和慢性支架并发症逐渐增多,精准诊断和精确治疗成为冠脉介入领域的重点内容,冠脉腔内影像学也逐渐兴起。

光学相干断层层成像(OCT)技术是近年

来迅速发展起来的一种新的光学诊断技术,能够清晰观察到血管内部组织结构,被医学界称为“光学活检”。今年4月,为使复杂冠心病病人得到优化救治,菏泽市立医院团队率先引进OCT设备,将心血管疾病介入治疗逐步推进到精准治疗的时代。近半年来,团队率先开展OCT指导下的复杂冠心病病变的介入治疗,其中包括OCT指导下的旋磨+IVL(震波球囊)、左主干及分叉病变、支架内再狭窄等复杂病变,至今已开展100余例。同时,面对临界病变,团队严格把握介入治疗适应症,精准治疗,极大程度地为病人减少了支架植入,改善了病人的远期预后,提高了病人的生活质量。

截至目前,心内科在全市开展OCT指导冠脉介入治疗的数量及质量均居首位。同时,经过努力,心内科已经完全具备独立处理各种冠脉复杂病变的能力,摆脱了长

期依赖外请专家的局面。

深耕不辍,科研创新谱写新篇

临床医生的一线工作是治病救人,但也需要临床医生去推动科研创新。2023年,科室发展不断出现新亮点,参与开展了两项心力衰竭注册研究,努力为中心衰病人寻找多元化、有效化的治疗方法。

今年,团队以第一作者或共同作者在《JACC、ASIA》《The Lancet Regional Health—Western Pacific》《European Journal of Medicine Research》等发表SCI论文3篇,其中单篇最高影响因子8.559分。心内科目前确立了“炎症与冠心病”这一研究方向,期待作出更多有意义的研究成果来解决临床问题。

记者 杨飞

守护生命健康的港湾——单县黄岗镇卫生院优质服务小记

单县黄岗镇卫生院完善医院配套设施,不断推动卫生院标准化建设,持续提升医院综合服务能力,深得当地百姓信赖。

今年4月23日13时,黄岗镇卫生院的急诊电话铃响了,柴庄村村民姜某某,女,48岁,因夫妻吵架,口服敌敌畏药物,邻居急忙拨打医院120急救。5分钟到达后,将患者送入急诊抢救室,进行电动洗胃机洗胃,同时给予阿托品及氯解磷定药物应用,7天后患者恢复健康。”是镇卫生院急救站给了我们一个完整的家。”柴庄村村民姜某

某的丈夫激动地说。

5月6日凌晨4时,120急诊电话铃响了,黄岗镇刘老家村民刘某某,男,72岁,因剧烈头痛伴呕吐30分钟,家属急忙拨打医院120。到院后,迅速开通绿色通道给予颅脑CT检查,结果提示脑出血。入院给予甘露醇、止血及营养脑细胞药物应用,使患者得到及时救治。

这一个个鲜活的急救实例,展现了一家乡镇卫生院的急救风采。黄岗镇卫生院120急救站是单县乡镇卫生院中的首个急

救站,配备5名医生、8名护理人员,实行24小时值班制度,确保了急难危重患者能得到及时救治,为周边患者提供了便利。

该院实行的患者康复后入户随访,拉长了服务患者的链条,不仅为患者的长期健康负责,而且拉近了患者与医院的距离,和谐了医患关系。6月30日上午,该院内科黄医生带领一名护理人员进入黄岗镇二街村村民张某某某家随访。张某某某“脑梗塞伴高血压”患者,一个月前在医院内科住院治疗,出院后半月,给予了康复及用药指

导,温暖了患者和家人。

5月20日上午,医院家庭医生团队队长刘忠医生带领护理及公卫人员到黄岗镇邓尧村进行家庭签约服务。进入村民张某某家中,给予检测血糖、测血压、查心电图、询问病史及签约服务,患者对服务十分满意。院里组建了16支医护团队,与村一体化卫生室共同发力,与全镇4.1万个家庭实行了家庭签约服务,签约率达58%,大幅提升了家庭医生服务签约率。

记者 王富刚 通讯员 张凯明 王亚丽

获取“心”知识 还原“心梗发作”全过程

菏泽市定陶区人民医院急诊科 王海鸥

有数据报道,我国每年新发心梗60万例,仅3万获得及时规范救治,死亡比例在30%以上。而且,2019年中国心血管健康与疾病报告显示,从2002至2017年,我国急性心肌梗死(AMI)的死亡率总体呈上升趋势,尤其从40岁开始显著上升。其中,2017年城市/农村居民AMI死亡率分别达到58.9/10万、76.04/10万,而心肌梗死可防可治。我们的身体的运转、器官的衰老、疾病的发展,都循着时间的轨迹悄然发生着,但在一些关键的时间节点,会释放出特有的信号,心梗发作也有一条时间线。

心梗的发生,常被认为是突然倒地、无声无息。实际上,大多数心梗会在不同阶段向我们发出预警信号,若能及时发现,就能大大降低死亡风险。

心梗发作时间轴

发病前1个月
与之前的体力相比,跑一两百米、爬两三层楼,就感觉嗓子发紧、胸闷、出汗。
发病前1周
一半心梗患者会出现胸闷、牙疼、肩膀疼、背疼、腹痛、乏力等迹象。
发病前1小时
上述症状出现的频率和程度加重,此时是阻止心梗的最后机会。
发病
胸口像压了块大石头,范围有一个巴掌大,持续15分钟不缓解,伴出汗和憋气。
发病后几小时
到医院后家属要尽快签字手术,不要



心肌梗死还有一部分病人,在发病的时候是以猝死为主要表现。对于公众尤其是像公众服务行业,像商场、超市工作人员、消防员等,更应该掌握心肺复苏或者说心肺复苏加上急救除颤。在公众场所,我们都应该配备心脏自动除颤器AED,这样的话才能使心肌梗死患者第一时间得到救治,患者存活下来的几率才能更高。

人工心肺复苏操作手法

①胸外按压:双手掌根重叠置于患者两乳头中间,手臂伸直,利用身体上半身重力垂直向下按压,将胸骨压下5厘米以上,按压频率每分钟100至120次。
②人工呼吸:开放并清理气道后开始人工呼吸,捏住患者鼻孔用力吹气,胸外按压30次接2次人工呼吸为一个循环,5次循环(约2分钟)为一组,直至救护车抵达。

尽管心梗发病急、病情重,但它是可以预防的。10个急性心肌梗死,9个可以预测它是否发生,其中有8个可以通过干预的手段来预防。说到急性心肌梗死的预防,我们要强调急性心肌梗死是如何发生的,主要是哪些危险因素。最常见的危险因素是通常讲的三高:高血压、高血脂、高血糖,另外还有吸烟,这四个因素几乎占了心肌梗死发病的80%。肥胖、饮酒、睡眠不足或者情绪激动也会导致急性心肌梗死的发病。除此以外,还有很多诱因,比如说暴饮暴食、剧烈运动、过度疲劳、季节变化。比

如,冬季就比夏季更容易发生心肌梗死。了解这些危险因素和诱因,只要有这方面的相对高风险人群,就应当在各个方面加以控制。因此,急性心肌梗死的预防,应该是两大部分。一大部分应该公众自己要做好,因为每个人都是自己健康的第一责任人。健康的生活方式,包括适当运动、戒烟限酒、健康饮食、充分休息、心情愉悦、定期体检。另外一部分,就是要有医生来帮你,如何使危险因素能够得到更加有效地控制。我们提出“三高共管”,降压、降脂、降糖,更多的是要达到要求的目标值,持续达标。同时,有些药物一定要使用,比如说他汀的药物,控制和稳定斑块。另外对于相当一部分病人要用预防血栓的药物,比如通常知道的阿司匹林。

防心梗要先做好8件事

①管好血压,高压<140mmHg,低压<90mmHg
②每天一斤蔬菜、半斤水果
③每周3至5次,每次≥30分钟的有氧运动
④每天吃盐不超过一啤酒瓶盖的量
⑤尽量少生气
⑥防寒保暖
⑦每天喝水不少于1500ml
⑧排便时别用力过大
9月29日是世界心脏日,今年的主题为“相知用心”,愿每个中国人都拥有一颗健康的好心脏。

脑血管病指各种脑部血管病变引起的脑功能缺损的一类疾病的总称,我们通常叫中风,又叫卒中。脑血管病在我国是高发病、高致残的一种疾病。根据现有的医学研究证据表明,对脑血管病(CVD)的危险因素进行早期积极的干预,可以有效地降低脑血管病的发病率。

脑血管病分为缺血性卒中和出血性卒中。缺血性脑血管病,即我们通常所说的“脑血栓”,是由于脑管内血栓形成导致脑组织供血不足,进而引起的脑功能障碍;出血性脑血管疾病,即大家口中所说的“脑溢血”,是由于脑血管破裂导致的脑出血。笼统地讲,我们会简单地分为出血性卒中和缺血性卒中。如何降低脑血管病的发病率,是临床治疗中亟待解决的问题。随着年龄的增长,人体内的细胞内环境发生改变,与此同时血管改变会伴随氧化应激与内皮功能障碍、动脉硬化等问题,最终增加脑血管病的发生危险。近几年,城乡居民的生活方式和饮食结构发生了很大变化,在世界范围内的多个脑血管病研究中心进行调查中,脑卒中的危险因素有很多,包括一些不可控的因素,如年龄、性别、种族、遗传病史等。我们更应该关注的是一些可控的因素,最重要的可控因素包括高血压、糖尿病、高血脂、吸烟、饮酒、肥胖、饮食不当、缺乏运动。简单地讲,就是具有这些危险因素更容易发病,而且我们关注的这些因素是可控的,只要认识到这一点,有意识地去减少或者避免,积极预防和治疗,就可以明显降低脑血管病。

基于上述分析,针对不同病症病人提出以下预防措施:1、高血压:预防措施包括限制食盐摄入量、减少膳食中脂肪含量、减轻体重、适当体育锻炼、减少饮酒量及长期坚持降压药物治疗。普通高血压应控制在140/90mmHg以下,对高血压合并糖尿病或肾病患者,血压一般应控制在130/80mmHg以下。2、吸烟:吸烟者应戒烟,可用尼古丁替代品及口服戒烟药。戒烟的目的是防止吸烟者植物神经受到刺激而使血管痉挛,因为血管痉挛会使心跳加快、血压升高、血中胆固醇增加,进而加速动脉硬化。3、高脂血症:血脂主要包括甘油三酯、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白和低密度脂蛋白(LDL-C)等,其中最重要的危险因素就是低密度脂蛋白。低密度脂蛋白是形成动脉粥样斑块的原料,而动脉粥样斑块就是我们所说的那个堵塞动脉血管的垃圾。所以,低密度脂蛋白这个原料越充足,就越容易形成斑块,低密度脂蛋白偏高的时间越长、程度越重,就越容易产生动脉粥样斑块,从而发生冠心病、脑梗等疾病的风险就越大。对于明确的冠心病、脑梗病人,低密度脂蛋白至少应低于1.8mmol/L。4、糖尿病:糖尿病患者需要改善日常生活习惯,首先要优化饮食结构,进行适度的体育锻炼。理想血糖控制为糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后血糖及血糖波动均控制良好。通常情况下,糖化血红蛋白应该低于7%。在严格控制血糖和血压的前提下,配合他汀类药物治疗可以减少脑血管病的发生。医生可以给患者推荐食用低热、少糖、高蛋白、口味清淡不刺激的食物。对病人基本疾病和原发性疾病进行积极处理是二级预防一种很重要的方法,应该给予更多的关注。5、在脑血管病预防中,还应强化健康宣传教育,相关医护人员要对脑血管病的发病原因、危害及治疗方法进行阐述,在宣传教育的过程中,应该利用多种宣传途径,对病人实施用药指导、饮食指导、心理指导及运动指导,引导病人定期做好相关指标检查,包括血压、血糖、血脂等。与此同时,向病人说明有关治疗药物的疗效,让他们了解坚持遵照医嘱吃药的重要性,以此来推动他们转变原来的不良生活习惯,增强病人的自我护理意识和用药依从性。另外,高脂血症和冠心病患者由于体质的特殊性,平时不可以情绪波动过大,做任何事都需要保持身心放松,避免产生太大的情绪波动导致严重脑血管病的出现。

综上所述,脑血管病是一种严重危害人类健康的重大疾病,其发病与病人的饮食习惯、生活方式及家族遗传史等诸多因素有关。对于脑血管病预防而言,通过综合预防将脑血管病的主要致病风险因子进行最大程度控制,实现减少脑血管病发病率。在脑血管病预防中,除各种药物治疗之外,如出现血管狭窄,需到正规医院进一步就診评估是否需要介入治疗。

检查出甲状腺结节怎么办?其实没那么可怕,我来告诉你答案!

菏泽市牡丹人民医院 张梅

目前,随着人们生活和工作压力的增大,对于正常人群来说,甲状腺B超检查是非常有必要的。即使有了甲状腺结节也不要恐慌,可结合甲状腺结节的大小、钙化、回声和分级等情况进行判断。

甲状腺的功能主要是合成、储存以及分泌甲状腺激素。甲状腺激素有兴奋大脑神经和控制人体代谢的作用。甲状腺激素多会出现焦虑、情绪高涨、失眠、吃得多却很瘦、心跳快、爱出汗、尿频、月经紊乱等症状,而甲状腺激素少会导致无精打采、食欲不振、黏液性水肿等症状。

甲状腺结节越大,风险不一定越高。如果甲状腺结节看不见、摸不着,不影响美观,也不压迫气管,则不用去特别地干预和治疗,半年或一年做一次超声检查即可。

那么,这个结节是良性的还是恶性的呢?超声检查能判断良性吗?

现在超声检查可以发现甲状腺内1-2mm的病灶,并可进一步观察超声图像的特征,给这个病灶进行定性诊断。

超声判断甲状腺结节是良性的,或者良性的可能性更大的时候,嘱咐患者6-12个月复查一次,看看结节有无长大、有无其他变化等。

对于实性的、低回声的,或者是极低回声的病灶,纵横比大于1,边界呈毛刺样,或者是小叶状,或者成角改变,这是浸润生长的特征性改变;包括病灶内部出现直径小于0.1cm的点状钙化,甲状腺内部的结节血流信号丰富,看到结节侵犯了甲状腺的包膜,包膜已经不完整了,基本上可以定性是恶性的结节,也就是甲状腺癌。

甲状腺癌对人的致死率不高,90%的甲状腺癌都属于良性。建议定期复查,如果实在担心可以做个活检。还有一种特殊的情况,甲状腺结节看着没有上述这些明显的恶性特征,但是颈部淋巴结有转移,要警惕甲状腺结节恶性的可能。

通过超声检查判断甲状腺结节的良性恶性诊断准确率很高,但是有一部分甲状腺结节既具备良性的结节特征,也具备恶性结节的的部分特征。超声检查无法准确地定性诊断,要在超

脑血管病的预防

菏泽市立医院神经内科 王华旭

声引导下做穿刺活检。病理明确诊断是恶性结节,目前常规选择手术治疗,手术后再进行复查。此外,超声引导下射频消融术也是一项非常有前景的替代治疗手段。该项技术微创无切口,射频消融针直接进入病灶,对病灶进行高精准快速完全灭活,从而保留甲状腺的功能。

那么,超声引导下甲状腺结节穿刺活检是怎么做的?超声引导下的穿刺活检,可以非常清晰直观、准确地显示病灶部位,进行穿刺取活检。目前超声引导下甲状腺结节穿刺活检有两种方法:一种是粗针穿刺活检,直径大概1.2mm;另外一种为细针穿刺活检,直径大概0.8mm,穿刺后进行细胞病理学诊断。

很多人担心,甲状腺结节穿刺活检时,病灶会不会顺着穿刺针发生扩散、转移?

目前国内外报道,这种情况非常罕见,基本上没有这样的风险,大家不要担心。另外,甲状腺结节穿刺活检,也不会导致良性病变发生恶变。

如何解读甲状腺影像报告TI-RADS分级?

▲TI-RADS 1级:提示甲状腺正常,没有发现结节。
▲TI-RADS 2级:提示甲状腺已经发现了结节,并且这个或这些结节没有任何恶性影像特征,没有恶性的可能。

▲TI-RADS 3级:提示甲状腺结节有很大概率是良性的,但仍有不到2%的概率是恶性的。

▲TI-RADS 4级:又被细分为4a和4b、4c等级。

TI-RADS 4a级提示甲状腺结节恶性概率为2%—10%。

TI-RADS 4b级提示甲状腺结节恶性概率较高,达到10%—50%。

TI-RADS 4c级提示甲状腺结节恶性概率很高,达到50%—90%。

TI-RADS 5级:提示甲状腺结节是恶性的概率超过90%,需要果断采取治疗措施。

甲状腺结节患者需要限碘吗?单纯的无功能的甲状腺结节并不需要限碘,完全可以正常饮食。若合并桥本甲状腺炎,虽不需要严格限碘,但也要避免高碘饮食。