

康健园



扫码关注新民康健园官方微信

本报专刊部主编 | 第 791 期 | 2020 年 5 月 11 日 星期一 本版编辑: 潘嘉毅 视觉设计: 戚黎明 编辑邮箱: pjy@xmwb.com.cn

超出“黄金时间”溶栓 脑梗死仍能被救回



专家点拨

站起来就头痛,该怎么应对?

黄女士最近出现一种奇怪的头痛,站起来就头晕头痛、恶心呕吐、看东西模糊,躺下一会儿就好了。有时候咳嗽、打喷嚏、摇头、用力,头痛得更厉害。由于根本不能站起来,黄女士的生活和工作受到很大困扰。到医院检查后,医生说她是低颅压综合征。听上去陌生的专业术语,在临床上却并不少见。

颅内压是指颅腔内容物对颅腔壁上所产生的压力。由于脑脊液介于颅腔壁和脑组织之间,所以脑脊液的静水压就代表颅内压力。对于脑脊液压力的测定要进行腰椎穿刺检查,然后用测压管来检测压力。正常成人卧位的脑脊液压力是 80-180mmH₂O。当侧卧位脑脊液压力低于 60mmH₂O 时,被称为低颅压。像黄女士那样的头痛是低颅压的典型表现,患者还可能出现颈部僵硬疼痛、恶心呕吐、眩晕、耳鸣、复视、视物模糊等。如果低颅压长期没有解决,患者可以出现继发性硬膜下血肿,静脉窦血栓形成,颅神经麻痹等症状,严重时危及生命。

低颅压的主要病因在于原发性或继发性的脑脊液漏出过多或脑脊液产生过少。主要诊断依据来自腰椎穿刺、头颅 CT、头颅 MRI 增强成像、CT 脊髓造影等检查。CT 脊髓造影目前被认为是诊断脑脊液漏的金标准。

无论自发性还是继发性的低颅压,都先从保守治疗开始:以卧床休息和大量补液为主。如保守治疗效果不佳或病情反复,出现并发症,可采用硬膜外自体血贴片治疗,亦可选用硬膜外纤维蛋白修补术,必要时手术修补脑脊液漏。早期进行修补可以达到治愈目标。

一旦患者出现站立或者坐位时头痛、颈部强直等症状,平卧后症状明显缓解或消失,需要警惕低颅压综合征。保持卧床,多饮水,短期无缓解,需要及时就诊。

在生活中需要避免可能的诱发因素,避免负重、身体过度弯曲、剧烈运动。驾驶机动车要小心,避免外力冲击。咳嗽、打喷嚏、便秘等也要注意避免或尽量减轻影响。总之,生活中要避免脊柱过度拉伸或弯曲的动作。

汪昕(复旦大学附属中山医院神经内科教授) 本版图片 TP



发病后 4.5 小时以内是脑中风救治的黄金时间,医生利用这段宝贵的时间窗,通过静脉溶栓和(或)动脉取栓,为挽回患者生命以及躯体功能争分夺秒。



科教授强调,通过磁共振筛选那些仍然有可挽救的脑组织的病人,为他们精准溶栓,是提高静脉溶栓成功率,降低脑梗病死率和致残率的关键。临床研究亦表明:由于个体发病机理、循环储备和代谢储备的不同,尽管时间窗相同,磁共振下的缺血半暗带却千差万别,这正是临床精准筛选病例提供了坚实的技术支持。白青科教授评价,“时间诚可贵,组织价更高”,影像学指导的个体化溶栓治疗更突显组织窗的重要性,扩大溶栓筛选时间窗,治疗目标随之演变为“让时间换空

间”,“时间换时间,再换空间”。白青科教授介绍,静脉溶栓是急性脑梗死的治疗中被证明有效的主要治疗方法。发病后 4.5 小时内用重组组织型纤溶酶原激活剂(简称 rt-PA)静脉溶栓治疗能使患者获益。溶栓后颅内出血的风险是不可忽视的最危险的并发症,扩大时间窗的溶栓治疗是否会增加颅内出血,以及影响血液凝血指标的改变,一度引起争议。近年来,临床上采用磁共振指导的 rt-PA 静脉溶栓治疗超出时间窗的急性期脑梗死研究,为完善脑中风救治进行

了开拓性的工作。高血压、高血脂、糖尿病、肥胖、心房颤动以及直系亲属中心梗、脑梗病史的人,是脑中风的高危人群,应定期门诊随访复查,积极治疗上述基础疾病。最后提醒大家要牢记中风识别口诀:“中风 120”,一分钟就可大致判断:“1”看一张脸,左右不对称、口角歪斜;“2”查两只胳膊平行举起,单侧无力;“0”(聆)听语言,言语不清,表达困难。若发生上述任何一种症状,请立即拨打 120,就近送往设有脑中风救治绿色通道的医院。魏立

内镜微创“小手术” 化解进食“大难题”



前沿新探

一日三餐,日常生活中再普通不过的事,如果消化道食管上长了个“口袋”,试想进食后会发生什么……

年过七旬的赵女士揣着这个“口袋”四年,吃饭时吃着吃着就咽不下去了,有时候反流,有时候呕吐,甚至还有几次呛到了气管里。她经常一顿饭下来得 1 个多小时,并且从来不敢吃固体食物。赵女士每天过得提心吊胆,随之带来的焦虑、恐惧更是一种精神打击。实在熬不过去了,赵女士在家人的陪同下到院就诊,经过 CT、钡餐、胃镜等一系列检查,原来这个“口袋”是食管憩室。

在复旦大学附属中山医院内镜中心,赵女士由中心副主任钟芸诗教授诊治,没想到住院一周,没有开刀,只做了内镜下微创治疗,仅仅用时 30 分钟,赵女士的“口袋”没有了,难题化解了。

钟芸诗教授介绍,食管憩室是指食管壁的一层或全层局限性膨出,形成与食管腔相同的囊袋,通俗来讲,食管上好像长了个“口袋”。患者吃饭的时候,吃进去的

部分食物会掉进“口袋”里,装满食物的“大口袋”把正常的食管腔挤到一边,造成食物不能从食管进入到胃里,越积越多的食物从食管反流上来,导致呕吐。中小食管憩室多无症状,可以不需要特殊治疗。但是,仍有小部分食管憩室患者,尤其是大憩室患者常合并食管动力障碍,会出现烧心、反流、吞咽困难、胸痛、呕吐等症状,严重影响患者的生活质量。如果不及时治疗,可能会引起肺部并发症,食物淤积造成食管炎症和溃疡,更严重的是增加癌变风险。

食管巨大憩室少见疾病,发病率较低,传统治疗方法是胸外科手术。随着内镜技术的飞速发展,病人无需开胸手术,全部手术过程均在无痛状态下通过胃镜进行操作,内镜下微创治疗食管憩室逐步得到患者认可。通过内镜在食管粘膜下打一“隧道”,在“隧道”内切开食管憩室间嵴,随着食道憩室嵴的切断,憩室消失了,原本食物会漏进去的“口袋”便消失了,食物不再停留于这个空间,从而解决了患者进食困难的问题。中山医院内镜中心目前已成功治愈类似患者近 10 例。柏豫

矫治高度近视 除了“减法”更有“加法”



无影灯下

大学二年级的婷婷成绩优秀,自小学四年级起就因为近视戴上了眼镜,此后,由于学业压力不断加大,她又争强好胜,不甘落后,近视度数逐年上升,考入大学时双眼的近视度数已经超过了一千二百度。面容姣好的婷婷自小爱美,而厚厚的近视镜片和佩戴框架造成的脸部变形却使她丧失了对外貌的自信,甚至连交男朋友都存在阴影。长期佩戴隐形眼镜又可能产生干眼、角膜新生血管,甚至角膜感染等不良后果,尽早摆脱近视的困扰成了她多年的心愿。

在新华医院眼科,经过全面的术前检查和评估,精细的测量和计算,周密的术前准备,婷婷接受了双眼 ICL 植入术,先后顺利植入两片 EVO Visian V4c ICL。解开纱布的那一刻,婷婷感觉眼前的世界豁然开朗,重新回到久违的清晰世界。术后第一天婷婷的裸眼视力就达到了 1.2,超过了术前戴眼镜的视力。

以往,人们耳熟能详的近视激光手术针对角膜进行切削,以损失部分角膜基质组织为代价,是一种做“减法”的手术。而 ICL 植入术保

留人眼的原有组织,在晶状体之前、虹膜之后加了一片极薄的凹透镜并定位于眼内,达到矫正近视目的,是一种做“加法”的手术。

制备 ICL 的 Collamer 高分子材料具有屈光指数高、眼内生物相容性极高的特点,从而确保 ICL 厚度可以极薄,眼内生物耐受性高,植入损伤小,炎症反应轻等优势。ICL 植入术固然有无可比拟的优点,但也有不足和隐患,主要是并发白内障和继发青光眼,有时,不得不进行 ICL 的更换或取出。然而,随着 V4c 中央孔 ICL 的问世,术前眼部生物测量和计算的不断细化和精准,这两大术后并发症的发生率正持续降低。

目前 ICL 植入手术主要适用于 1000 度以上高度近视的成年人群,对于角膜厚度过薄,不适合角膜激光手术而又有脱镜需求的患者,ICL 手术则是不错的选择。随着眼内接触镜设计的不断改进完善,手术技术日益精良,这一手术同样适用于部分中、低度的近视患者,在矫正近视的同时,还可以采用 Toric 晶状体矫正散光,甚至已出现矫正老视的 ICL,未来的应用前景值得期待。

辜臻晟(上海交通大学医学院附属新华医院眼科主任医师)