

康健园



扫码关注新民康健园官方微信

本报专刊部主编 | 第 797 期 | 2020 年 6 月 22 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

八旬夫妇“换膝”后告别疼痛行走如常

单髁置换手术有望跻身日间手术



病例故事

日前,杨浦区中心医院骨科门诊,一对年过八旬的夫妇来做例行的回访复查。患者叶先生术后三年整,老伴手术刚满一年,都是双侧膝关节骨性关节炎,实施一次麻醉双侧同时行微创单髁置换术。经复查,两人双侧膝关节功能完全恢复正常,老两口高兴得合不拢嘴,还当场留下了并肩同行的开心合影。



“人老腿先老”通常不可逆

七年前,膝关节骨性关节炎患者叶先生曾尝试膝关节腔注射透明质酸钠封闭治疗,起初疼痛缓解,效果不错,久而久之膝关节疼痛的间歇越来越短,封闭治疗渐渐不起作用了。老伴在发生膝关节退行性改变后,很快出现了“O”型腿畸形,行走日益艰难……

在老年人中,膝关节骨性关节炎发病率很高,保守估计我国有1亿老年人饱受此病困扰。疾病早期大多为活动时隐痛,特别是上下楼梯的时候。随着病情的发展,疼痛逐渐加重,从隐痛变为胀痛,伴有关节肿胀、肌肉萎缩、出现“O”型或“X”型腿畸形,行走困难,最终关节持续性疼痛,丧失行走功能,甚至卧床不起很快走向生命终点。目前医学还没有能力使该疾病的病程逆转,当疾病进展到终末期,即出现骨对骨接触摩擦时,患者出现持续性不能缓解的疼痛,伴有“O”型或“X”型腿畸形,这时手术治疗将成为唯一的选择。

选对术式,止痛不再奢望

手术不是万能的,关键是选对术式。选择怎样的手术方式,其中大有讲究。杨浦区中心医院骨科涂意辉主任是叶先生和老伴的主刀

医师。根据患者膝关节关节炎的退行性病变,涂意辉主任采用的是同一种手术方式,叫做膝关节单髁置换手术,在隐神经阻滞联合喉罩全麻下,手术均用时30分钟左右,术后无引流管、无尿管。涂主任介绍,不止这对老年夫妻,年轻的老年患者术后还能很快恢复行走。曾有接受同样术式和麻醉方式的六旬患者,手术结束后30分钟,在医务人员陪同下能自行走出手术室,回到病房。

“换半个膝盖”优势显著

通俗来说,膝关节单髁置换术就是“换半个膝盖”或“换小半个膝盖”。手术只需一个6cm左右的切口,切除打磨骨表面,套上两片合金片(股骨和胫骨假体),再插入一个衬垫(人工半月板)即可。

单髁置换术通过对病变的治疗,完全可以阻止病变的蔓延,可以治愈骨关节炎。只要术后保护和用得恰当,完全可避免全膝盖损坏而行全膝置换术。这一技术的兴起改进了全膝置换术的不足,最直接的优势是手术切口小,术后疼痛较轻,功能恢复快,大部分患者2-3周左右就能恢复正常行走,要远短于全膝置换3-6个月的恢复期。

微创技术带来的另一个优势是,手术并

发症少,手术风险低,很多身体状况一般的高龄患者,也能放心地接受手术。在涂意辉主任治疗的病例中,无因手术导致死亡、残疾等严重并发症,最大年龄95岁,许多因全身条件欠佳而不建议行全膝置换手术的患者,也通过单髁置换手术获得了健康的膝关节。由于假体设计和材料学的进步,单髁假体很耐磨,年均磨损仅0.03毫米,绝大多数患者(国内外统计均为95%)可使用15年以上。

术后即可行走为日间手术铺垫

让患者手术后走向病房,不是为了炫技,而是为了患者手术更安全,康复更快速。首先,手术创伤小、时间短,关节内组织侵袭小,有条件通过隐神经阻滞联合喉罩全麻这一对患者肌力和全身影响较小的麻醉方式完成手术。麻醉方法的选择对手术、患者及术后恢复何其重要。手术和麻醉强强联合才能创造条件使患者短时间内下床行走。其次,早期禁食和下床可减少胃肠道刺激性出血和血栓性疾病的发生率。而走向病房,给予患者康复信心,证明在患者全身条件容许的情况下,单髁置换术完全有可能成为日间手术,在提升患者治疗体验,加快康复进程,早日恢复如常,节约社会医疗资源等方面具有重要的意义。魏立



专家点拨

近期慢性乙肝领域捷报频传,先是治疗领域,新上市了抗病毒药物,而且新药已被纳入2019年国家医保目录,药品价格降幅较大,使得患者在接受创新药物治疗时减轻经济负担;后有临床前研究进展,由复旦大学附属华山医院感染科张继明教授课题组和复旦大学医学分子病毒学重点实验室谢幼华、刘晶教授课题组联合开展的“表达IL-21的重组乙型肝炎病毒(rHBV)作为治疗HBV持续感染的研究”在国际学术期刊发表,这些临床科研成果意味着医学界在慢性乙肝走向临床治愈的征程中又迈进了一大步。

规范用药联合定期随访 慢乙肝「临床治愈」不是梦

对此,复旦大学附属华山医院感染科张继明教授指出,慢性乙型肝炎的治疗目标是,最大限度地长期抑制慢性乙肝病毒复制,减轻肝细胞炎症坏死及肝脏纤维组织增生,延缓和减少肝功能衰竭、肝硬化失代偿、肝癌和其他并发症的发生,改善患者生命质量,延长其生存时间。高效抑制病毒是关键,需要将病毒载量控制得越低越好。

经过更新换代,现在的抗病毒药物无论疗效还是耐药性方面都大有改观。患者完全不必担忧“无药可用”,不可自作主张减量或停药,更无需过度医疗。患者在抗病毒治疗过程中应加强HBV DNA高敏检测,定期的随访复查可以帮助患者了解自身病毒抑制情况,也能帮助医生评估疾病进展,当出现合并症时调整治疗方案。章葇



前沿新探

难治性淋巴瘤终于有了“解药”

相对于其他肿瘤,淋巴瘤是一组高发于老年人群造血系统的恶性肿瘤,大部分淋巴瘤属于非霍奇金氏淋巴瘤,套细胞淋巴瘤是非霍奇金氏淋巴瘤的一种亚型。随着靶向药物不断投入临床运用,不少淋巴瘤患者的生存期可能超过十年。然而,除了同样好发于老年人群以外,套细胞淋巴瘤被发现时往往处于晚期,对常规化疗方案疗效不佳,而治疗方案是否安全耐受、疗效持久,被血液科医生重点考量。

现已发现,套细胞淋巴瘤的来源是B细胞,要想控制B细胞来源的癌细胞,需抑制细胞增殖BTK活性,BTK抑制剂就能控制癌细胞的生长。在现有的临床研究中,新一代口服靶向药BTK抑制剂泽布替尼胶囊经过分子结构的优化,能够对BTK靶点形成完全、持久的精准抑制,并且耐受性良好,房颤、出血等并发症的发生风险非常低。新药现已获得中国国家药品监督管理局批准,用于治疗既往接受过至少一项疗法的成人套细胞淋巴瘤患者、既往接受过至少一项疗法的成人慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤。其特别之处还在于,新药是我国首个在美国获批的本土研发抗癌新药,实现了本土新药出海“零的突破”。虞睿 本版图片 TP

障眼惑众 识别转移“套路” “猎手”出击 胃癌无处遁形



肿瘤防治

一定记得做胃肠镜检查,排除消化道肿瘤,因为女性胃癌容易发生卵巢转移。

胃癌脑转移的发生率总体上是比较低的,大约0.47%-0.7%,大多为异时性转移,即先发现胃癌且多为中晚期,然后治疗过程中出现脑转移;少数为同时性转移,即诊断胃癌的同时发现存在脑转移,这种胃的原发灶尚不明显就出现脑转移灶的情况较为少见。

对于顽固性的头痛,排除高血压等原因后,一定要做头颅CT。如果发现脑子里长了瘤子,又不是原发性脑瘤,要想到做胃肠镜检查。

淋巴转移是胃癌的主要转移途径,癌细胞可以逆流进入左锁骨上淋巴结形成转移,引起该处淋巴结肿大,形成颈部肿块。发生左锁骨上淋巴结转移的胃癌多见于印戒细胞癌低分化腺癌等恶性程度高、转移能力强的细胞类型。胃癌病人的左锁骨上淋巴结的转移率高达26%,一旦发生大多预后不良,其治疗目前还没有完全统一的标准。

普通老百姓发现颈部长出肿块而且还不痛不痒,一定不能掉以轻心,要及时就医。确诊胃癌的患者,要注意颈部的触诊,必要时行超声、CT、穿刺等检查。

没想到一个胃癌竟然有这么多迷惑大

家的障眼法,看来它确实是一个“不按套路出牌”的“坏家伙”。但是只要我们提高警惕,明察秋毫,再狡猾的“狐狸”也逃不过优秀的“猎手”。胃镜检查是胃癌早期诊断最有效的方法,它能详细了解病变的部位、形态和范围,内镜视野广、分辨力强,并可多点取材做病理检查,准确率高。能进行活检是内镜检查最大的优势,可直接判断病变的良恶性。建议年龄大于40岁的成人每年接受一次胃镜检查,这对胃癌高危人群尤为重要。胃癌高危人群主要包括慢性萎缩性胃炎,慢性胃溃疡,胃息肉等胃癌癌前疾病者;有幽门螺旋杆菌感染者;长期酗酒及吸烟者;精神受刺激和爱生闷气、长期抑郁者;有胃癌家族史者等。

生活中要注意营养合理,食物尽量做到多样化,多吃高蛋白、丰富维生素、低动物脂肪、易消化的食物及新鲜水果、蔬菜,不吃陈腐变质或刺激性强的东西,少吃熏、烤、腌泡、油炸、过咸的食品。避免长期进食高盐、熏制品、盐腌食品。适当体育锻炼,保持心情开朗。目前尚无明确措施能绝对预防胃癌的发生,经常体检,防患于未然显得尤为重要。

黄华(复旦大学附属肿瘤医院胃外科教授)



久治不愈的盆腔炎、难以忍受的持续性脑壳疼、脖子上不痛不痒的瘤子……出现这些病症,你会想到什么?常见妇科病,高血压?还是脑肿瘤、甲状腺肿瘤?但你一定不会想到,这些病症竟然是——胃癌晚期。

胃癌症状极其隐匿,有些疾病信号提示为:胃“很好”,只是有点“妇科病”。有时,当胃自身的癌灶处于早期,首先会转移到卵巢,引起小腹疼痛不适、不规则阴道流血等常见妇科疾病的表现,相反胃部却无丝毫不适,或者只出现一些轻微消化不良的症状。

当妇科病“久治不愈”,当发现卵巢肿瘤,