

康健园



扫码关注新民康健园官方微信

本报专刊部主编 | 第 874 期 | 2021 年 12 月 20 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

极限小切口修补“老寒腿”



冬天不但是老年人心脑血管疾病的高发期,更是“老寒腿”的高发期。“老寒腿”是膝关节炎的俗称,在中老年人群中有很高的发病率,保守估计我国约有 1 亿中老年人饱受该病困扰。每当昼夜温差达到 10℃ 左右时,悬殊的温差常常导致该病发病率骤升,因此老年人一定要做好防寒保暖。

软骨磨损不可逆

“老寒腿”早期多数仅为长时间活动后膝盖疼痛,也可以表现为上下楼梯时膝关节隐痛,随着病情的发展,疼痛逐渐加重,疼痛性质转变为胀痛,伴有关节肿胀、肌肉萎缩,出现“O”型、“X”型腿畸形,最终出现膝盖持续性疼痛,夜不能寐,行走困难,甚至靠轮椅出行。“老寒腿”虽不致命,但严重影响患者的生存质量,给个人、家庭、社会带来沉重的负担。

“老寒腿”患者大多就诊经历曲折。为了控制病情,不少患者曾接受过多年服药、理疗和关节内注射等各种治疗,随着时间的推移,最终收效不佳。这和“老寒腿”的成因密切相关。“老寒腿”总体来说是一种与老化相关的退变

性病变,主要是膝关节内软骨因长期使用而磨损,而且软骨基本不具备再生修复性,具有不可逆性。当膝关节内软骨磨损较严重,软骨消失,骨头磨骨头时,疼痛进一步加重,有骨头碰撞的感觉和声音。此时保守治疗(口服消炎止痛药、理疗、关节内注射治疗等)多无效,手术是唯一且具有很好治疗效果的方法。

单髁置换优势显著

以往,医师多采用全膝关节置换术,解决“老寒腿”。然而,全膝置换在取得巨大成功的同时,存在手术创伤大、康复期长等问题。由于全膝置换治疗过程中一系列不太好的体验,导致了谈“换膝”而“色变”,使许多本该接受手术治疗的患者拒绝手术。

关节软骨分布在内侧和外侧间室,研究发现,老年性骨性关节炎大部分是单侧发病,最易磨损是内侧软骨,其次是外侧软骨,不像风湿性关节炎是整个膝关节都发病。所以针对“老寒腿”这类老年性关节炎,只要对损坏的一侧进行治疗,即可达到根治关节炎的目的。目前采用的膝关节单髁置换术就是这样修补性治疗,仅置换病变部位,用替代膝关节遭受损坏的软骨表面,保留另外一侧完好关节,保留膝盖中央的交叉韧带。保留交叉韧带的优势是患者的本体感觉更好,通俗来说就是单髁置换的患者多数没有“膝关节是假的”异样感,年轻的老年患者可以重返工作岗位,重返运动场。

高龄患者重获“行动自由”

为了使患者获得更好的手术体验,加快康复速度,杨浦区中心医院关节外科团队运用微创技术,使常规 8 厘米的切口缩短至极限,仅 5 厘米,30 分钟内即可完成单髁置换手术。大部分患者术后 5-6 个小时即可下地行走,术后 2-3 周获得比较正常的行走功能,术后 3 个月基本恢复正常,可以进行比较自如的骑自行车等低强度运动。身体状况一般的老年人,尤其是高龄患者,也能放心地接受手术。目前已经实施的 3000 多例手术,均无严重并发症发生,其中,最大年龄患者 98 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“行动自由”。

涂意辉(上海市杨浦区中心医院关节外科主任医师)

无影灯下

九个月前,甲亢患者小刘突发甲亢危象,送至监护室抢救,并施行气管插管和呼吸机支持治疗。持续的气管插管致使气管壁缺血坏死并造成气管黏膜溃烂,并进一步腐蚀食管黏膜造成食管管狭窄。随后食管管黏膜溃烂出血,引发大出血和出血性休克。经过 ICU 长达四个月的漫长救治,小刘的生命虽然保住了,但是食管管狭窄并未得到修复,气管支架没能封堵瘘口,反而造成食管内肉芽增生阻塞食管。为了维持呼吸,小刘需要反复做气管镜清理肉芽,非常痛苦。

为了彻底治疗食管管狭窄,小刘辗转来到上海。在同济大学附属上海市肺科医院胸外科,经过气管团队多学科讨论,确定小刘的最佳治疗方案为手术治疗:切除有病变狭窄并缺损的一段气管,把上下两端重新连接,并修补食管管破口。但是手术难度较大,术前有较多准备工作。比如,患者本身肿大的甲状腺在手术时必须切开留出操作空间,因此需要预先用药处理,避免术中出血,避免再次诱发甲亢危象;为了使患者术后有足够的能量储备修复组织,要根据目标体重量身定制营养支持方案作为补充;还需提前取出气管支架等。

近一个月的准备后,胸外科段亮教授团队按照手术预案为小刘实施了全麻下气管节段切除重建手术。通过娴熟的手术技艺和高超的术后管理,段亮教授团队成功治愈了食管管狭窄。小刘终于不用借助管子“吃饭”,肺部感染也烟消云散。经过术后康复,小刘顺利出院,出院后 1 个月,小刘体重恢复了 20 斤,除了还要按时服用治疗甲亢的药物外,小刘已经过上了和健康人一样的生活。

段亮教授指出,食管管狭窄虽然临床上并不常见,但是疾病对患者身体和生活质量的伤害非常大,治疗难度也很大。食管管狭窄是指本来不相通的气管和食管之间由于黏膜的溃烂出现了连接口。吞下的食物或反流的胃酸会不断经过这个破口涌入气管,最终到达肺内,引发长期的吸入性肺炎,可危及生命。食管管狭窄可以是先天性发病,也可以后天获得,获得性食管管狭窄又分为恶性和良性。恶性食管管狭窄主要由食管癌侵犯引起的。良性食管管狭窄最常见原因为长期呼吸机支持插管后损伤(75%以上)。

一旦发生食管管狭窄,应当及时放置鼻饲管或空肠管,避免经口摄食。由于反复的炎症刺激,坏死的黏膜和瘘口很难自行修复。对于较小的瘘口,可以尝试胃镜或气管镜介入治疗;对于较大的瘘口,首选的治疗方式是外科手术,需要行食管瘘口修补和气管节段切除术等。手术成功救治后的患者一般恢复良好,可以和正常人一样生活工作。需强调的是,患者应到正规医院的胸外科就诊和治疗。

胸外科手术治愈难治性食管管狭窄

乔闯

专家点拨

房颤防治之“一个基石”与“四大支柱”

关于房颤的防治可简单归纳为“一个基石”和“四大支柱”。“一个基石”是指积极寻找和纠正房颤的病因或加重因素,包括控制肥胖、高血压、糖尿病、睡眠呼吸暂停综合征、冠状动脉疾病、心力衰竭及吸烟、饮酒等。“四大支柱”包括生活方式改善和危险因素控制、栓塞并发症预防、频率控制和节律控制。

■ 房颤危险因素综合控制 肥胖是房颤的病因之一,也会导致阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征、高血压和糖尿病,增加房颤发生风险,应积极控制;治疗睡眠呼吸障碍;控制高血压、高血糖;控制酒精与咖啡因摄入;规律运动。

■ 栓塞并发症的预防 房颤可导致系统性栓塞,其中缺血性脑卒中是最严重的栓塞并

发症,具有死亡率高、致残率高的特点。要做好对房颤栓塞并发症的预防,我们首先应识别出栓塞风险相对较高的人群,再进行有效的预防。房颤栓塞并发症的预防手段目前主要有两大类,即药物抗凝治疗和左心耳封堵(或切除/结扎)术治疗。

■ 频率控制 这是目前持续性房颤管理的策略之一,通过控制心室率以达到改善房颤相关症状的目的。宽松的心室率控制目标是 110 次/分以下,严格的心室率控制目标则为 80 次/分以下。控制心室率常用的药物包括 β 受体阻滞剂、非二氢吡啶类钙离子拮抗剂(如维拉帕米和地尔硫卓)、洋地黄类及胺碘酮等。对房颤心室率药物控制效果不佳且合并射血

分数下降者,还可考虑行房室结消融结合起搏器治疗,起搏方式应首选希-浦系统起搏。

■ 节律控制 节律控制是指终止房颤、恢复并维持窦性心律,是房颤治疗的最高目标。实现节律控制的手段包括心脏电复律、抗心律失常药物复律和/或房颤消融治疗。目前用于房颤复律的主要药物包括胺碘酮、氟卡胺、伊布利特和普罗帕酮等。导管消融治疗是十分成熟的微创治疗措施,无论是阵发性房颤还是持续性房颤,都可获得较药物治疗更好的节律控制效果。除导管消融外,目前还有冷冻球囊消融等治疗手段,其疗效与导管消融相当。

黄冬(上海交通大学附属第六人民医院心内科主任医师)

肿瘤防治

免疫联合方案塑造 EGFR-TKI 耐药治疗新格局

在我国,每三个肺癌患者中就有一个是 EGFR 突变阳性的患者,靶向治疗的应用让 EGFR 突变晚期非小细胞肺癌的治疗发生了翻天覆地的变化。但是多数患者难逃耐药魔咒,面对挑战,我们找到对策了吗?上海交通大学附属胸科医院陆舜教授为广大患者释疑支招。

肺癌的治疗方案根据基因型而定。基因检测的目的是找到相应的驱动基因,如 EGFR、ALK、ROS1、CMET14 等突变靶点,然后给予相应的靶向治疗。对于找不到驱动基因的肺癌,称为野生型,一般使用化疗联合免疫治疗,其中 PD-1/PD-L1 高表达的患者,也可以采用单药免疫治疗。

EGFR 是中国肺癌患者最常见的可治疗靶点。表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)是针对 EGFR 突变的靶向药物,

目前已经有三代 EGFR-TKI 靶向药物用于晚期非小细胞肺癌的治疗。EGFR-TKI 靶向药物的应用显著延长了 EGFR 突变肺癌患者的生存期,但无论哪种 EGFR-TKI,用药时间久了,最终都会产生耐药,影响患者的生存。

靶向药耐药后,很多患者并不能预先感知到。为了及时发现耐药,陆舜教授建议患者要做好定期随访,定期影像学复查,如果出现进展,应该及早在医生指导下切换治疗方案。

陆舜教授团队设计了 ORIENT-31 研究,这是全球首个证实 PD-1 抑制剂联合抗血管生成药物及化疗相比当前标准治疗能够显著延长 EGFR-TKI 耐药群体无进展生存期的前瞻性、双盲、多中心 III 期研究,为使用 EGFR-

TKI 治疗失败的患者提供了新思路。

相比单独化疗,信迪利单抗+贝伐珠单抗+化疗方案取得了显著的无进展生存期获益,疾病进展或死亡风险降低 54%。此外,无论性别、年龄、是否有脑转移以及此前接受 EGFR-TKI 治疗的线数差异,都提示该联合方案优于含铂两药方案,并且总体安全性是可接受的。

ORIENT-31 研究的成功,实现了在肺癌靶向耐药领域免疫治疗“零的突破”,为患者带来了更多治疗选择。同时以信迪利单抗为代表的免疫抑制剂被纳入医保目录,肺癌多项一线适应证均可以进行医保报销,扩充了医保范围内的抗肿瘤药物选择,很大程度上提升了药物可及性,对临床治疗有积极意义。 虞睿