

『神奇』的消化道支架

◆ 茅爱武

刘老先生88岁,一年前发现结肠癌并有肝脏转移,2个月前患者开始出现阵发性腹胀、腹痛和频繁呕吐,介入科为其急诊行消化道造影,发现该患者横结肠内肿瘤已堵塞肠管导致瘤体上方肠腔高度扩张,随时有破裂穿孔可能。经努力介入科医生通过肛门将一根细滑导丝推送过堵塞段,并成功为其引入一枚镍钛记忆合金金属支架,将堵塞肠管撑开。支架置入后患者即刻解出大量宿便,腹胀、腹痛等症状立刻缓解,两小时后已能进水进食。

63岁的秦女士有食道癌病史7年。因为肿瘤复发压迫阻塞了食道而造成无法进食,身体日渐虚弱,在不适宜手术、放化疗的情况下,经介入科医生研究后在秦女士的食道内巧妙置入自膨式带有碘125放射性粒子的金属内支架,金属支架自然膨胀撑开阻塞的食道来恢复食管进食通道,碘125放射性粒子则在随后很长一段时间内持续发挥局部杀灭肿瘤细胞的作用。秦女士治疗后很快恢复了进食能力,三餐正常,身体机能也逐渐好转。

54岁的刘女士患有胆管癌,梗阻性黄疸。在介入科接受了经皮、经肝穿刺胆道内支架植入术。手术仅需在膈下腋中线以穿刺细针穿1个针眼,再扩成小孔引入放置胆道支架,该操作无大切口,术后恢复快,短时期即可下床活动。

上述病例的共同之处是,通过运用消化道支架解决了患者的病痛。现在,就让我们一起来了解“神奇”的消化道支架——

消化道是指人体与摄入、消化和排泄食物相关的管道,包括:食管、胃、小肠(十二指肠、空肠、回肠)、大肠(结肠和直肠)以及胆道等,是食物和消化液进入和排出人体的通道。

消化道支架是医生通过技术手段置入到因病梗阻(狭窄或闭塞导致食物或消化液无法通过)或因病穿瘘(穿孔或破损导致食物或消化液向外渗漏)的人体消化道管腔内,使狭窄或闭塞的局部管腔扩张再通,穿孔或破损的瘘口封闭的植人性医疗器材。

消化道各部分因病梗阻或穿瘘后均会产生相应的症状和体征,严重影响人的生活质量直至造成病人死亡。引起消化道梗阻和穿瘘的疾病原因有很多,但大多数与消化道肿瘤有关。我国为消化道肿瘤高发区,并具有发现晚和梗阻发生率高的特点,引起消化道恶性梗阻和穿瘘大多是由于其受原发恶性

肿瘤侵犯、肿瘤切除后吻合口复发,以及消化道周围的恶性肿瘤浸润压迫所致。消化道肿瘤传统以外科手术和放、化疗为主,消化道梗阻和穿瘘更主要依赖外科手术治疗,但由于大多数肿瘤发现时均已为中晚期,外科手术切除率较低,发生消化道梗阻和穿瘘时能依靠外科手术治愈的就更少。

上世纪八十年代以来,利用介入技术置入金属支架已成为外科治疗之外处理消化道梗阻和消化道瘘的重要手段。之所以称消化道支架为“神奇”,一是因为其介入置入技术的微创和安全特点打破了外科剖、切、缝、扎传统技术手段的风险和并发症制约,使患者避免外科手术带来的巨大损伤以及引流管、袋的羁绊,特别是对没有手术条件、已经反复手术而致手术困难者以及因体质虚弱难以承受外科手术者,提供了可缓解症状、提高生活质量的姑息性治疗方法。二是因为其支架植入后立竿见影缓解症状、快速恢复和改善生活质量的戏剧性效果。

采用消化道支架治疗的优越性有如下几点:一是对于结直肠癌性梗阻患者尤其是急性梗阻者,采用支架可以有效地缓解梗阻,避免急诊外科手术,为肿瘤分期诊断及择期手术创造了条件。同时,在一期手术治疗效果不好,或者是由于患者自身的原因造成手术后原来的损伤进行性加重的情况下,消化道支架可以有效地为二期手术创造时机。二是由于胃肠道恶性肿瘤或腹腔肿瘤压迫致胃肠道梗阻发生时,已是肿瘤晚期,常失去手术切除可能。过去多采用肠造瘘术或静脉内营养维持生命,患者生活不便,且花费高难以承受。置放金属内支架能迅速缓解胃肠道梗阻症状,术后恢复快,痛苦小,可正常饮食,全身情况改善,生活质量提高,使得患者有可能接受进一步治疗,从而延缓肿瘤生长,延长患者生存时间。

正是因为消化道支架的种种神奇性,其在临床上的运用已越来越广泛。但必须注意的是,消化道支架的应用必须根据每个患者的实际情况加以区分。由于患者不同的病症、体征等,并非所有患者都适合采用该手术。并且尽管消化道支架手术具有术后恢复快,痛苦小,全身情况改善等诸多优点,但在实际操作时仍具有一定的风险。

(作者为上海同仁医院副院长、介入中心主任)

用手术向肥胖宣战

◆ 杨建军 顾岩

随着生活水平的提高,“好日子”带给我们越来越多的水桶腰和将军肚。中国人的肥胖有着自己的特点,表现为腹围增加速度超过体重增加速度。当下中国人的腰围增长速度已经超过美国、英国和澳大利亚,成为世界之最。

BMI是目前衡量一个人胖或不胖的公认标准。该指数计算的方法是:BMI=体重(公斤):身高(米)的平方。世界卫生组织拟定的肥胖标准是BMI大于30。但相同的BMI下,黄种人体内的脂肪含量要比欧美人高,即使看起来没那么胖,而实际很可能已经超标了。“模子”小、肚皮大、危害多是国人肥胖的主要特点,如果BMI超过28,就意味着你已经成为了中国肥胖者队伍的一员。过度肥胖常会诱发高血糖、高血压、高血脂、睡眠呼吸暂停综合征(鼾症)等多种代谢疾病共同或相继发生,极大危害患者的生存及生活质量,当BMI到40以上时,患者寿命明显缩短,甚至有些患者在睡眠中因为肥胖诱发呼吸暂停缺氧导致猝死。体重超过正常体重50%以上,提早死亡的危险是正常人的两倍。在欧洲,每年有32万人死于与肥胖症直接相关的疾病。最近的研究发现,肥胖使人的平均寿命缩短约7年。

然而对于肥胖症尤其是合并有代谢疾病的重度肥胖患者,节食、运动、针灸等方法疗效甚微,且容易反弹。随着外科微创技术的飞速发展,腹腔镜减重手术已非常成熟,它通过数个1厘米左右的小切口完成手术操作,在明显降低手术创伤的同时,显著提高了美容效果,由于创伤小、手术并发症低及恢复快且疗效确切,目前已成为过度肥胖减重治疗的金标准,仅美国一年的该类手术就有近10万例。

2007年8月,美国代谢和肥胖症外科协会正式声明:减重手术是治疗重度肥胖及其相关代谢疾病最持续有效的方法。近年来上海交通大学医学院附属第九人民医院普外科已通过腹腔镜微创手术治疗了70余例肥胖症患者,其中最重的患者体重为450多斤,BMI为81,虽然这些患者平均年龄不到30岁,但约30%的患者合并有高血压、糖尿病、高血脂等



老年疾病,约80%的患者合并有睡眠呼吸暂停综合征。这些肥胖患者的平均病程长达10年左右,由于健康教育的欠缺和治疗理念的滞后,他们大都会顾虑手术是否成熟安全,往往害怕乃至抗拒手术减重,因此他们往往尝试了各种各样的减肥方法,但效果均不理想,最后才下定决心接受手术减肥。

其实任何一项手术都是有风险的,但严谨完善的术前检查和医生的规范操作可以把手术风险降到最低。我们术前会对肥胖患者进行心理测试,须经多学科协同会诊讨论,针对每个患者的情况,制订出个体化诊疗流程和治疗方案,以期将手术风险降到最低的同时,达到最佳的治疗效果。同时,患者术后相关主要合并症如糖尿病、高血压、阻塞性呼吸睡眠暂停综合征等也得到了显著改善。

(作者单位:上海交通大学医学院附属第九人民医院普外科;顾岩为普外科主任,每周一专家门诊)

血压太低易致脑萎缩

◆ 张家庆

我国高血压病的发病率逐年上升,而且有很大一部分病人自己并不知道血压高,这问题已引起大家的重视。但有些人以为血压越低越好,这就有问题了。问题之一是引起脑萎缩。早在1998年就有人提出血压低的85岁老人易脑萎缩,但一直未有人作详细研究。因为在活体要确证脑萎缩要靠核磁共振检查(MRI),较昂贵,不易做到。但前不久在网上提前发表的《美国医学会杂志·神经病学》上有荷兰对此问题的研究。

他们对平均年龄57岁(男性占81%)的663例心血管病人,包括冠心病、脑血管病、外周动脉病或腹主动脉瘤,从2001-2005年作初次检查,前瞻性平均随访3.9年,至2006-2009年复查。除一般检查外,主要应用了自动分段MRI检查,可定量查大脑全部实质部分、皮质(灰质)部分及脑室部分,以及白质有病损部及梗塞部,以前后两次对照,得出皮质下脑萎缩的改变量。血压分低、正常、高3组,舒张压(DBP)正常定为70-90,<70为低DBP。另外计算收缩压(SBP)、平均动脉压(MAP)及脉压(PP)。

MRI主要观察脑室部分(VF),VF增大即表示有大脑皮质下萎缩。在第一次检查时DBP或MAP低者与高者相比较,VF明显增

大,DBP组增0.07%,MAP组增0.05%,而PP较低者则比较高者减少0.07%。SBP3组则无差异。基础SBP,DBP,MAP及PP与其他脑容量,如脑实质部分或灰质部分的改变无关。

第一次测的血压较高者(高血压病)在第二次复查时下降者则较不下降者脑萎缩量要小,说明血压高也易引起脑萎缩,因此高血压患者降压对大脑亦有利。但是相反的,有8例基础的SBP是低的,而复查时SBP更下降时,则皮质下脑萎缩进展更明显。

脑萎缩是衰老的表现之一,可引起记忆力减退、认知功能下降等而出现痴呆或阿尔茨海默病,此与血压的关系密切。

至于为什么舒张压低更易引起脑萎缩,研究者解释,可能因血压低表示早期血管老化,以致缺血及脑退行性变的危险性增加。也可能因低DBP及MAP说明心搏出量减少,所以有冠心病者多发。另外大脑是必须有血流灌注的,尤其是皮质下区域特别容易受到缺血的影响。

对我们来说,从此大量病人详细研究中可以明确,血压太低,尤其是DBP低,对大脑并不利。当然高血压也不好。总之每一个人要多量几次血压,最好能自己在家就测量,发现血压太低或太高,都应该咨询正规的医师。

