

云南省滇东北中心医院:

微创取栓 开启下肢静脉血栓治疗新篇章

通讯员 邱裕丹

近日,云南省滇东北中心医院(昆明医科大学滇东北中心医院)心脏大血管外科成功开展昭通市首例下肢静脉支架取栓术。这一医疗技术的重大突破,如同一束希望之光,照亮了下肢静脉血栓患者的康复之路,助力他们重拾健康,提升其生活质量。

险象环生

多因素叠加,患者深陷血栓危机

一位50岁的女性患者,在经历颅内肿瘤切除术后长期卧床,活动量急剧减少。一周前,她突然出现下肢肿胀疼痛的症状,随即被家人送往云南省滇东北中心医院心脏大血管外科就诊。

经下肢血管超声检查,显示结果令人揪心:患者的左侧髂总静脉、髂外静脉、股总静脉、股浅静脉、股深静脉、腘静脉、胫后静脉、腓静脉、小腿肌间静脉以及大隐静脉均存在血栓形成,诊断为中央型深静脉血栓。血栓范围广泛,累及整个左下肢,且血栓负荷极重。

更棘手的是,由于患者1个月前进行过颅内肿瘤切除手术,存在溶栓的绝对禁忌证。若仅采取常规抗凝治疗,不仅治疗周期漫长,疗效也难以保证,同时面临血栓脱落及蔓延风险,随时可能引发更严重的后果。

精准破局

首例手术,成功驱散病痛阴霾

面对如此复杂且危急的病情,心脏大血管外科团队迎难而上。他们迅速组织多学科讨论,全面评估手术风险,力求为患者制定出最安全、最有效的个性化治疗方案。在排除手术禁忌证后,团队与患者及其家属进行了深入沟通,详细阐释手术的必要性和可行性,最终取得了他们的理解与支持。

手术室内,气氛紧张而有序。凭借精湛的技术和丰富的经验,心脏大血管外科团队成功为患者实施了下肢静脉支架取栓术。术中,医生成功取出大量新鲜及亚急性期血栓,仿佛清除了患者的血管中堆积已久的“垃圾”。

完成血栓清除后,造影检查又发现了新的难题:患者同时存在左髂总静脉压迫综合征,其髂总静脉狭窄程度达90%。心脏大血管外科团队沉着应对,果断在一期手术中置入髂静脉支架。复查造影显示,患者左下肢深静脉血流恢复通畅,下肢肿胀症状得到明显改善。

术后6小时,患者已能正常下床活动,手术效果超出预期。术后第4天,患者康复情况良好,顺利出院。

技术革新

微创取栓,开启快速康复新篇

此项技术采用先进的微创介入方

式,如同一位精准的“血管卫士”。术中,心脏大血管外科团队将取栓支架精准送达血栓堵塞部位,支架扩张后瞬间化身“血管清道夫”,牢牢包裹住血栓。此时,只需轻柔牵拉支架,医生便可将血栓完整取出,真正实现了“一次取栓、快速通管”的治疗目标。

对于患者而言,术后几小时便能感觉到下肢肿胀情况明显缓解,短期内就能恢复行走能力。这不仅大大提高了患者的生活质量,也减轻了患者及其家属的心理负担。

云南省滇东北中心医院心脏大血管外科的此次成功实践,不仅为患者带来了康复希望,也为下肢深静脉血栓的临床治疗提供了新思路和新方法。展望未来,这项技术将会惠及更多患者,帮助重获健康与活力。

疾病科普

1. 深静脉:人体的“生命主干道”

人体组织的存活依赖于氧气供应。动脉血如同勤劳的“运输工”,将氧气输送至全身各处,完成输送后,血液会转变为静脉血,其流动的血管就是静脉。静脉分为浅静脉和深静脉两大类。浅静脉分布于皮下,如我们平时输

液时扎在手背上的皮下表浅静脉,以及静脉曲张时腿部突起的血管;而深静脉则是静脉血回流的主要通道,一般与各大动脉伴行。若以城市交通作比:浅静脉如同连接街巷的辅路,深静脉则是城市主干道。辅路拥堵对城市交通影响不大,但主干道一旦堵塞,整个城市交通系统都可能面临瘫痪。

2. 下肢深静脉血栓形成(DVT):血管里的“定时炸弹”

下肢深静脉血栓形成(DVT)是指血液在深静脉(多见于下肢)内异常凝固形成血栓,导致静脉管腔部分或完全阻塞。它就像一颗隐藏在血管里的“定时炸弹”,随时可能引发一系列严重后果,典型临床表现包括:

肢体肿胀:大多表现为双下肢不对称性肿胀,严重时会出现双下肢对称性肿胀,患者双腿像被灌了铅一样沉重。

肢体疼痛:多以肢体发沉钝痛为主,活动时可能加剧。

皮肤颜色和温度变化:患肢皮肤多呈紫红色,皮肤温度明显升高。

浅静脉曲张:腿部静脉血管扩张、迂曲、隆起,呈蚯蚓状,十分影响美观。

肺栓塞:呼吸困难、胸痛、咯血是肺栓塞的三联征,严重时可导致死亡。

若未能第一时间疏通血管,患者全

身各个脏器会因缺氧而衰竭坏死,严重时可致残甚至死亡,后果不堪设想。

3. 易患人群:这些人群需提高警惕

年龄超过60岁的老人、孕产妇(孕晚期)、有家族遗传史的人群、长期卧床或行动不便者、骨折外伤患者、癌症/心衰/肾病患者、肥胖人群以及长期吸烟、久坐、久坐人群,均属于下肢深静脉血栓的高危人群,一定要提高警惕,做好预防措施。

4. 预防有道:多措并举,筑牢健康防线

踝泵运动,血管的“主动按摩”。踝泵运动主要包含踝部的跖屈、背屈及环绕动作。患者平卧于床上,大腿伸展,下肢放松进行跖屈(脚尖向下伸),再做背屈(脚尖向上勾),最后以踝关节为中心做360°环绕,此为一组动作。建议每日早、中、晚及睡前各完成踝泵运动20—30组,每次3—5分钟,跖屈与背屈维持时间3秒为最佳。

科学用药,严格遵医嘱。药物预防包括口服抗凝药、皮下注射抗凝药、静脉给予抗凝药。所有抗凝药物均须在医生的指导下使用,不可自行盲目用药。

物理辅助,助力血管健康。使用梯度压力弹力袜(GCS)、间歇充气加压装置(IPC),就像为血管穿上了一层“保护衣”,帮助血液更好地回流。

水富市人民医院:

心脏收缩力调节器植入术为心衰患者点亮希望

通讯员 董莉莉 孙钺 文/图



医生正查看患者病情。

近日,水富市人民医院微创介入中心成功开展了首例心脏收缩力调节器(CCM)植入术,为一位饱受慢性心力衰竭折磨的患者重新点燃了“心”希望。这一具有里程碑意义的技术突破,不仅填补了区域内心力衰竭器械治疗的技术空白,还标志着水富市在实现“大病不出市”的医疗目标中迈出了关键的一步。

罹患顽疾,传统治疗遇瓶颈

此次接受手术的是一名58岁的男性患者,长期受慢性心力衰竭困扰。之前虽然接受了传统的药物治疗,但效果并不理想,生活质量每况愈下,日常活动受到极大限制,身体和心灵都承受着巨大的痛苦。

精准评估,创新方案破困局

面对患者复杂且棘手的病情,水富市人民医院微创介入中心团队迅速组织多学科会诊,根据患者的病史、症状、检查结果等进行深入分析,经全面评估,最终确定CCM植入术为最佳治疗方案。

CCM植入术是一项先进的心脏治疗技术,通过精准调节心肌细胞的生化过程,有效增强心肌的收缩力。与传统治疗方法相比,其优势在于不受房颤影响,能更精准地改善患者的心功能。

在微创介入中心团队的精细操作下,CCM植入术顺利完成。患者术后恢复良好,生命体征平稳。曾经因心力衰竭而疲惫不堪的身体,如今重新焕发出活力。患者及其家属对手术效果十分满意,并对水富市人民医院微创介入中心团队的精湛医术和贴心服务表达了由衷的感谢。

技术过硬,微创介入中心显实力

首例CCM植入术的成功,是水富市

人民医院微创介入中心技术实力的生动体现。自2024年3月21日开展首台心脏介入手术(单纯超声引导先天性心脏病封堵术)以来,该中心在短时间内取得了令人瞩目的成绩。截至目前,已累计完成各类介入手术122台,其中四级手术(最高难度)54台,占比达44%;三级手术12台;一、二级手术56台。

值得一提的是,单纯超声引导先天性心脏病封堵术、单纯超声引导左心耳封堵术、经导管二尖瓣生物瓣毁损后瓣中瓣置换术3项技术,均为云南省县级医院首例。这些成绩的取得,不仅彰显了水富市人民医院微创介入中心在心脏介入领域

的领先地位,也为区域内患者带来了更多的治疗选择和康复希望。

展望未来,守护健康再出发

水富市人民医院心内科将以微创介入中心为依托,持续提升心力衰竭等疾病的综合诊疗水平。通过引进先进设备、培养专业人才、开展学术交流等方式,不断优化诊疗流程,提高医疗服务质量。

水富市人民医院全体医护人员始终秉持“以患者为中心”的服务理念,用精湛的医术和温暖的关怀,守护区域内每一颗跳动的“心脏”,让广大群众在家门口就能享受到优质、便捷的医疗服务,为水富医疗卫生事业发展贡献力量。

近日,昭通市第一人民医院(以下简称“市一院”)骨科王彦亭博士团队成功为一名“颅底凹陷”患者实施了枕颈融合术。该手术的成功,标志着市一院在头颅底部与颈椎顶端交界区畸形病变的诊治上,迈入了个体化、精准化的新阶段。

病情复杂

医疗团队精准探病因

患者今年55岁,因颈肩部不适伴四肢麻木、无力7月余入院。查体显示其颈部存在轻微触压痛,活动受限,脊柱轴向叩击痛可疑阳性,双上肢皮肤针刺觉减弱,多项肢体功能指标为Ⅳ级,颈部以下有紧迫感,双侧桡骨膜反射、肱二头肌及肱三头肌反射均减弱,双侧霍夫曼征阳性可疑,闭目难立症、轮替试验阳性。结合相关影像学资料,最终确诊为系统性颅底凹陷症、颈2椎体平面脊髓损伤。

经进一步检查发现,患者病情极为复杂,存在先天性颅颈交界区畸形,包括齿状突突入颅内、颅底与寰椎融合、寰枢椎脱位、颈2椎动脉高跨、颈2椎弓根狭窄,导致寰椎后方脊髓受压严重,颈2椎体平面脊髓损伤。

面对这一挑战,骨科脊柱团队经全面评估,确认患者具备手术条件且无手术禁忌证,随即为其制定了手术方案——“寰枢后弓切除枕颈融合术+枕颈融合内固定术(C2椎弓根螺钉固定,C3左侧椎弓根螺钉固定,C3右侧侧块螺钉固定)”。

精准施治

机器人助力手术顺利开展

术中,手术机器人发挥了关键作用,通过高精度定位,精准指导颈椎牵引复位、颈椎椎弓根植钉。C臂透视显示,枢椎齿状突复位良好,寰椎后弓切除减压后颈部脊髓无明显压迫,整个术程进展顺利。术后复查CT显示,患者颅底凹陷已基本解剖复位,ADI值正常,脊髓延髓角明显改善,脊髓压迫完全解除。

术后患者生命体征平稳,自述症状明显减轻,紧迫感消失,行走稳健,对手术效果十分满意。在快速康复理念(ERAS)的指导下,术后第2天患者便可佩戴颈托下床活动,康复效果十分显著。

颅底凹陷

“生命枢纽”之患

颅底凹陷是一种复杂且危险的颅颈交界区畸形。正常情况下,颅底中央的枕骨大孔边缘应高于第二颈椎(枢椎,C2)的齿状突顶端。但在颅底凹陷患者中,齿状突(有时连同寰椎,即第一颈椎C1)会异常向颅腔内上移或陷入,穿过枕骨大孔平面,挤占本属于脑干(延髓)和脊髓上端的空间,导致神经结构受到压迫。

颅底凹陷压迫神经的程度不同,患者症状也轻重不一,且可能呈进行性加重。其临床表现复杂多样,主要包括:颈项部出现疼痛、僵硬,并伴有神经受压症状;肢体麻木无力,手部精细动作能力下降,如扣纽扣、写字困难,还会出现闭目难立、走路不稳、有踩棉花感、下肢无力甚至瘫痪;四肢或躯干出现紧迫感、麻木、刺痛、感觉减退等;大小便功能可能出现障碍,严重压迫时会有排尿困难、尿潴留或失禁;脑干及颅神经受压时,会出现头晕、眩晕、吞咽困难、饮水呛咳,影响后组颅神经(舌咽、迷走、副、舌下神经),导致构音障碍、舌肌萎缩、伸舌偏斜、面部麻木或疼痛;呼吸功能方面,严重压迫延髓呼吸中枢时,可能引起睡眠呼吸暂停或呼吸困难,严重时危及生命。此外,患者还常伴有其他骨骼畸形表现,如寰枕融合。

咽、迷走、副、舌下神经),导致构音障碍、舌肌萎缩、伸舌偏斜、面部麻木或疼痛;呼吸功能方面,严重压迫延髓呼吸中枢时,可能引起睡眠呼吸暂停或呼吸困难,严重时危及生命。此外,患者还常伴有其他骨骼畸形表现,如寰枕融合。

个体化治疗方案 全力解除病痛

颅底凹陷的治疗旨在解除神经压迫(减压)和重建颅颈交界区的稳定性(融合固定)。并非所有患者都需要立刻手术,但若已出现明显的神经压迫症状或影像学显示严重压迫,手术通常是唯一有效的治疗手段。手术方案的选择至关重要,需根据患者的具体情况设计,主要考量因素包括压迫的位置和来源(后方还是前方)、是否合并寰枢椎脱位或不稳、是否伴有其他畸形(如Chian畸形、脊髓空洞、椎体融合、Klippel-Feil综合征等)以及患者的年龄、身体状况等。

常见的手术入路包括经口咽前路减压术,适用于主要压迫来自前方的齿状突;后路减压术,适用于主要压迫来自后方(如增厚的枕骨大孔后缘、寰椎后弓等),或需要同时处理后方压迫及进行稳定性重建;前后路联合手术则适用于严重复杂的畸形。

上颈椎手术被誉为脊柱外科“皇冠上的明珠”,其操作复杂、技术难度高、风险大,对医疗团队的技术能力要求极高。此次手术的成功,标志着市一院骨科在复杂性颈椎疾病诊疗领域实现了新突破,为更多患者带来了康复希望。

昭通市第一人民医院:

颅底凹陷手术成功为患者铺就康复坦途

通讯员 李文华