

医讯速递

血管腔内影像学及生理学临床应用研讨会在连召开 能否放支架,有更明确的检查手段

随着冠心病介入技术的发展,血管腔内影像学及生理学不仅提供了血管病变更多的信息,而且可以指导术者优化决策,手术安全性及患者预后都得到极大改善。7月14日~15日,由大连医科大学附属第一医院主办的“血管腔内影像学及生理学临床应用研讨会”召开。会议邀请了百余位活跃在国内临床及学术前沿、具有国外大型冠脉介入中心进修经历、从事冠脉介入治疗多年的中青年专家,就冠脉腔内诊疗的热点话题进行探讨。

大医一院冠心病一科主任尹达告诉记者,目前冠心病诊断的“金标准”是冠脉造影,用造影剂显示血管是否狭窄,而对血管深处斑块的检测,则需要更精准的设备和技术,腔内检查由此诞生。其中,以血管内超声(IVUS)、光学相干断层成像(OCT)为代表的冠脉腔内影像学检查,以及以血流储备分数(FFR)为代表的冠脉腔内生理学检查,自问世以来就备受关注。医生用微细的超声导管,就可以全程检测冠脉内斑块的分布,探测出冠脉病变的全貌,看到

冠脉造影看不到的病变。因此,能够帮助医生充分评估患者冠脉情况,优化治疗方案。尹达说,IVUS和OCT最大的优势是可以明确到底什么样的患者需要放支架,如何放支架才能达到最好的效果,避免支架的滥用。而以FFR为代表的生理学检查,则能帮助医生更好地评估冠脉狭窄程度处于50%~70%的“临界患者”,若FFR检查分数大于0.8,即使狭窄程度近70%,也可不用过于担心。因此,也有人称这些技术为冠心病诊断的“白金标准”。

延伸 推动冠心病诊疗水平提升

据悉,本次大会由血管腔内影像学及生理学专家 Gary Mintz 教授及大医一院冠心病中心主任周旭晨共同发起,尹达任大会秘书长。会议获得7000余人次观看。周旭晨表示,这项技术刚在国内发展,目前多数医生都未经系统培训。大医一院早在1990年代就有了第一代IVUS技术,近两年发展迅速,诊疗水平处于国内领先地位。目前,中心每年完成2700例冠心病介入治疗,疑难复杂冠心病占多数,年救治急性心梗患者近500例。作为国内心血管病诊疗的领军者,大医一院期望推动大连乃至全国冠心病诊疗水平的提升,为患者提供更精准的诊疗服务。
记者霍然

健康课堂

糖尿病足的预防治疗

时间:7月19日 13:30 主讲人:许琳
地点:大连市第三人民医院门诊学术厅

关注健康远离头痛

时间:7月20日 10:00 主讲人:赵红玲
地点:大连市中心医院门诊五楼会议室

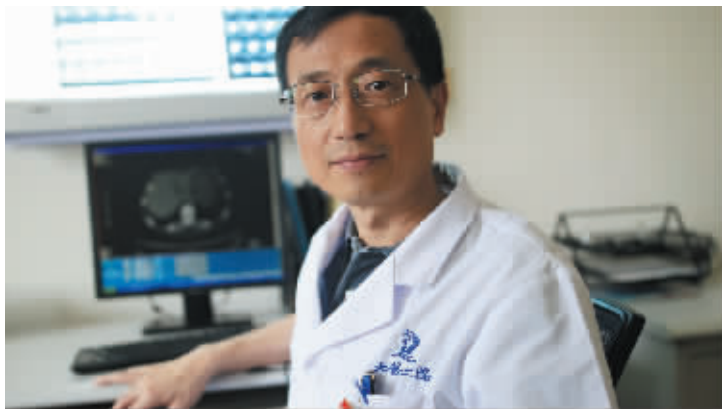
探诊 大医生

大连医科大学附属第二医院消化内科团队

消化内镜清晰视野下 揪出胃肠癌早期病变

记者李媛媛

如今,随着人们体检意识的提高,越来越多的人将胃镜、肠镜检查纳入到常规体检项目中。然而,记者了解到,消化内镜不仅这两种,而且镜头越来越清晰,并装备了十八般精密“武器”。在设备和技术的保障下,现在,消化内科医生早已不局限于对疾病的检查,对于早期胃肠癌、癌前病变还可以在镜下切除,减少了外科手术带来的创伤。目前,在大连医科大学附属第二医院消化内科的病房里,众多患者接受了内镜下的微创治疗。



消化内科主任 姜春萌



消化二科主任 冯晓莹

摄影记者张春雷

胃镜下将患者直径10厘米的癌前病变切除了

提起微创手术,很多人第一反应是腹腔镜技术,然而,手术时依然要在腹壁或胸壁上打孔,消化内镜则不同,通过人体自然通道就能进入体内探查和治疗。不久前,消化科主任姜春萌为一位老患者做胃镜检查时,发现了大片的腺瘤样改变,恶变的几率很大,便为患者选择了在胃镜下切除。这是医生切除过最大的癌前病变组织,足足10厘米。姜春萌告诉记者,现在他每周最主要的工作就是做

内镜黏膜下剥离术,治疗胃肠道早癌和癌前病变,这样的手术去年就做了200多例,且呈逐年上升趋势。医生认为,只要判断早期胃癌没有突破黏膜肌层,都可以在内镜下切除,其中,长在贲门、十二指肠球部、十二指肠降部等部位的肿物由于处于拐角部位,增加了手术难度,对医生的细心程度和手术技巧的考验更大,需要小心剥离才能切干净。

不明原因便血,小肠镜下现端倪

4天前,60多岁的刘先生腹痛、便血,但是常规的胃镜、肠镜检查却没有找到出血部位和原因,这是怎么回事?姜春萌判断,可能是患者小肠出了问题。通常大家说的肠镜实际应叫做结肠镜或大肠镜,它的长度有限,不能进行小肠检查。小肠有六七米之长,远远超过一米多长的大肠,小肠的检查以往没有精准的内镜。现在有了小肠镜,在气

囊辅助下一寸寸前移探查,经过4个小时,医生终于发现消化道出血的原因是小肠肠腔内的肿瘤,及时手术挽救生命。姜春萌表示,对于消化道肿瘤来说,内镜是最直接的检查手段,小肠肿瘤、克罗恩病、血管畸形、小肠憩室、寄生虫病都可能引起小肠出血,小肠镜正好填补了常规胃镜、肠镜检查的盲区,在探查同时,还可以止血,做息肉切除。

更先进的内镜助力胃肠早癌筛查

在消化二科病房,六成患者是因胃肠道肿瘤癌前疾病来做内镜治疗的。28岁的赵先生有典型的家族遗传史,祖父患大肠癌去世,父亲切除了胃早癌。消化二科主任冯晓莹为患者做了肠镜检查,在乙状结肠上发现3.5厘米大的息肉,在内镜下做了预防性切除。医生表示,世界上预防肠癌发生率和降低死亡率最有效的办法就是做肠镜检查,切除肠道癌前病变。现在,医院引进了很多先进设备和器械,降低了手术风险,早

期黏膜层病变在内镜下就可切除,医生切除的最大息肉达4厘米,微创的手术还加速了患者康复。冯晓莹介绍说,科室还参与了国家消化病临床研究中心胃早癌筛查,先采血2毫升做初步筛查,如果判断有胃癌风险,医生还可以利用更为先进的蓝激光内镜和NBI内镜,通过观察不同病变胃黏膜颜色的差异,结合局部放大功能,进一步观察细微腺管和毛细血管情况,初步发现更小的病灶进行切除,预防疾病的进一步发展。

200余位炎症性肠病患者规范治疗

炎症性肠病被称为“绿色的癌症”,它伴随患者终生,可能出现肠穿孔、大出血,甚至癌变,患者承受了巨大的精神上折磨。过去,炎症性肠病在我国很少见,但近10年发病率猛增至过去的20多倍,多数为年轻人,冯晓莹最年轻的患者才17岁,这与饮食、环境因素、精神压力有关。冯晓莹在炎症性肠病的诊疗上倾注了很多心血,科室为200多位患者建

立了完整的健康档案,设有专职护士管理,定期宣教,帮助患者树立信心。规范诊疗流程的打造,使科室成为吴阶平医学基金会中国炎症性肠病联盟常委单位、IBD规范诊疗质控管理联盟东北地区专家委员会委员单位。未来,针对常规用药效果不好的患者,粪菌移植和选择性白细胞吸附这些新的治疗方法也将用于临床。