

市人民医院成功实施一例腹腔镜下肝血管瘤切除术

市人民医院卢明创新工作室 入选市级示范点名单

本报讯（记者孙阎河）近日，市人民医院肝胆胰疝外科王劲团队成功实施一例腹腔镜下S7段肝血管瘤切除术。手术中，该科医护人员采用分段肝血流阻断，实施精准肝切除，最大限度保留患者的健康肝脏体积。此次手术的成功实施，标志着该院肝胆胰疝外科在腹腔镜下肝脏切除领域的技术水平又上了一个新台阶。

前段时间，43岁的王女士在体检时发现肝上长了一个瘤子，个头还不小，这让她十分焦虑。后经朋友介绍，王女士来到市人民医院肝胆胰疝外科就诊，希望能得到妥善的治疗。

该科医生接诊后，通过影像学检查，发现患者肝脏血管瘤位于右后叶上段（VII段），大小约7cm×10cm，病灶邻近下腔静

脉，且紧邻肝右动脉，手术难度很大。随后，王劲带领团队成员为患者进行多次会诊，经过多方面测评诊断，为了最大程度保护患者的正常肝脏组织，决定为其实施腹腔镜下S7段肝血管瘤切除术。

肝脏是人体最为重要、复杂的器官之一，腹腔镜下肝S7段切除因其解剖位置在肝头背侧，位置特殊，显露及操作极为困难。另外，肝S7段位于肝蒂根部，比较深入，且变异多，寻找时易迷路，再加上右肝静脉粗大，属支多，出血时难以控制。所以，这一手术被医疗界公认为腹腔镜下肝脏手术最困难的术式之一。

为了确保手术成功，王劲带领团队与相关科室密切结合，制订了严谨科学的手术方案。术中，在麻醉手术中心医护人员的大力

配合下，王劲带领团队成员充分游离右肝，精准解剖出S7段肝蒂，全程显露右肝静脉，并通过分段肝血流阻断来防止过量出血。最终，历经约5个小时，王劲带领团队成员完整切除了S7段肝血管瘤，最大程度地保留了患者正常肝脏组织，减少了术后肝功能衰竭的发生。术后，患者生命体征平稳，目前已康复出院。

近年来，随着医疗技术和设备的不断进步，肝脏手术已经由粗放模式转变为精准肝切除，精准肝切除的优势在于保证完整切除病灶的同时，能保留尽可能多的肝脏组织及肝储备，减少手术创伤，降低手术风险。目前，市人民医院肝胆胰疝外科医护团队通过应用腹腔镜微创技术和精准肝切除理念，以彻底切除肝脏病灶

并控制出血和保留足够的功能性残留肝脏体积为目标，不断开展临床科研探索，极大地提高了复杂肝脏病变的切除率，使许多患者能够更快恢复并取得良好的预期手术效果。

王劲表示，日常生活中，即使有患者发现身体出现肝血管瘤，也不必过度恐慌，如果肝血管瘤体积不大且没有任何症状或体征，定期复查彩超即可。如若肝血管瘤体积过大或出现持续的疼痛不适、生长迅速，应及时前往正规医院进行手术治疗。下一步，该科医护团队将会以这次手术的成功为契机，再接再厉，继续通过精准的术前评估、精确的术中操作、精细的术后管理，更好地运用腹腔镜微创技术为广大肝胆外科患者提供优质的医疗服务。

本报讯（记者孙阎河）日前，在市总工会2023年女职工工作推进会暨表扬大会上，市人民医院卢明创新工作室入选“焦作市女职工创新工作室示范点”名单。

卢明创新工作室隶属市人民医院工会统一管理，带头人卢明现任市人民医院护理部主任、河南大学护理学硕士生导师、新乡医学院护理专硕导师、中华预防医学会叙事医学分会委员、焦作市护理质量控制中心主任、焦作市护理学会副理事长，曾荣获市总工会授予的“工会积极分子”称号。该工作室成立3年来，扎根市人民医院，以发展护理学科为己任，关注人民健康为根本、带动护理同仁为责任，承担住院、门诊患者的护理及保健工作、支援其他省市及全市防疫抗疫一线工作，响应国家号召率先开展老年及慢性病患者的延续护理，建设专科护士主导的青少年心理及婚姻家庭指导门诊，并贴近临床实践申请多项省、市级科研课题，获得河南省医学科学进步奖1项，填补了焦作市护理专业主导的省级科研奖项空白，护理管理被评为河南省重点培育学科。近几年，该工作室获得河南省医学科技奖6项、市级医学奖项6项，发表代表性SCI7篇、中文论文近70篇，申请专利28项，接收30所大中专院校近1500名学生的临床教学工作。

卢明表示，工作室将以此次获奖为契机，积极发挥模范带头作用，不断完善制度建设、创新工作方法、提升管理质量、加强区域协作、优化科研环境、活跃学术氛围、强化科普宣传，努力向国家示范创新工作室的目标迈进。



市人民医院入院准备中心正式投入使用以来，极大地解决了患者入院时“等候、排队、奔波”的主要症结。为了进一步优化住院服务流程，日前，该中心不断强化与各临床科室对接，最大程度缩短患者的住院时间，为广大患者节约医疗费用。图为该中心工作人员将患者送到病房后与科室护士进行交接。

本报记者 孙阎河 摄

炎症都要用抗生素吗

日常生活中，我们常听说“嗓子疼，吃点消炎药就好了”，也听到过“我有关节炎，吃抗生素怎么没有作用，病情甚至还严重了”。这是为什么呢？

这是因为很多人把抗生素和消炎药混为一谈，认为抗生素什么炎症都能治，其实并不是这样的。因为炎症（平时所说的“发炎”）是机体组织受到某种刺激如外伤、感染等损伤因子刺激所发生的一种以防御反应为主的生理病理过程。炎症局部表现为红、肿、热、痛和功能障碍，也伴有发热、末梢血白细胞计数改变等全身反应。通常炎症是有益的，是人体的自动防御反应（虽然病人可能感觉到疼痛等不适）。但有时候，炎症也是有害的，例如对移植植物或自身组织发起攻击等。

炎症分为感染性炎症和非感染性炎症，感染性炎症是由病原微生物感染导致，而非感染性炎症则是抗原刺激、自身免疫因素等引起的。感染性炎症如细菌感染、病毒感染等；非感染性炎症是由于抗原刺激免疫细胞产生的炎症物质刺激机体，进而产生一系列生理病理变化。

两种炎症产生原因不同，治疗措施也不一样，如果是细菌、病毒感染导致则需使用抗生素、抗病毒药物；非感染性炎症则应根据病因、病情使用非甾体消炎药（如阿司匹林、吲哚美辛、吡罗昔康等），或者使用甾体类消炎药，也称激素类（如可的松、地塞米松等）。

所以，用药前先咨询医生或药师，既要治愈疾病又要避免滥用。

（作者系河南理工大学第一附属医院药学部白顺民）

痔疮的内镜下套扎治疗

痔疮或者称痔，是一种全球性最常见的肛肠疾病，也是人类直立行走后特有的“文明病”，主要由于肛管或直肠下端的静脉丛充血或瘀血并肿大，易出现排便时出血、疼痛、肛门瘙痒、痔赘（俗称“肉赘儿”）脱垂等症状。根据发生部位的不同，痔可分为内痔、外痔和混合痔。位于齿状线以上的为内痔，齿状线以下的为外痔，而位于齿状线附近的混合痔则同时具有内、外痔的特征。

所谓的套扎是指通过特殊器械将小的橡胶圈套扎在内痔的根部，利用胶圈弹性阻断内痔的供血，使痔缺血、坏死、脱落而自愈。此方法适合于各期内痔及混合痔的内痔部分，对于其他疗法也可以采用胶圈套扎作为补充治疗手段。在所有非手术治疗中，可以说胶圈套扎的疗效是非常不错的。内镜下痔疮套扎术结合了传统套扎与内镜检查的优势，对比传统套扎，其可控性、精细度以及手术环境都更具优势。

内镜下套扎治疗的适应症有以下几个方面：①Ⅰ～Ⅲ度内痔伴有内痔相关症状（见内痔的分类及临床表现）；②Ⅰ～Ⅲ度内痔经饮食及药物等保守治疗无效；③内痔手术后复发，肛门反复手

术后不能再次手术；④高龄、高血压、糖尿病和严重的系统性疾病，不能耐受外科手术；⑤不愿接受外科手术。

内镜下套扎治疗的禁忌症有六大类：①Ⅳ度内痔、混合痔及外痔；②Ⅰ～Ⅲ度内痔伴有嵌顿、血栓、溃烂、感染等并发症；③严重心、脑、肺、肝、肾功能衰竭不能耐受内镜治疗；④伴有肛周感染性疾病、肛瘘及炎症性肠病活动期等；⑤凝血功能障碍或正在使用抗凝或抗血小板药物；⑥妊娠期妇女。相对禁忌症有以下几个方面：①既往有低位直肠或肛门手术史；②既往有盆腔放疗史；③近期有反复硬化剂治疗史；④精神障碍患者；⑤产褥期妇女；⑥伴有结直肠肿瘤患者。

内痔套扎术的术后并发症处理：一是术后出血。少量出血者，局部应用消炎止血软膏；胶圈滑脱导致的大出血，需要急诊内镜止血，严重者需要外科缝扎。二是外痔血栓形成。局部消炎镇痛膏和坐浴，疼痛严重者可于痔局部涂抹含有麻醉镇痛成分的药物，如丁卡因及利多卡因等；伴血栓坎顿者需要外科手术。三是肛门部不适。肛门坠胀、疼痛、肛门水肿等症状可温水坐浴，症状严重

者可使用外用治疗痔疮药物或止痛剂。四是尿潴留。短暂尿潴留者，给予热水局部热敷；严重尿潴留者酌情导尿处理。

内痔治疗术后注意事项：一是术后应适当休息，24小时内避免久坐、久站，3天内避免用力大便，一周内避免重体力劳动；二是术后3天进食少渣饮食，避免辛辣刺激饮食、饮酒等；三是保持大便通畅，便秘患者或大便坚硬患者适当服用缓泻剂软化大便；四是保持肛门清洁，勤清洗，健康人群无须预防性应用抗生素；五是年老体弱、免疫力低下及肛周有慢性炎症患者，术后酌情应用抗菌素；六是使用抗凝药物的患者，应该至少在术后5天恢复服用；七是术后疼痛明显时可考虑使用镇痛剂，非甾体类抗炎药物是常用的镇痛药。

目前，市人民医院内窥镜室能够熟练开展内镜套扎技术，科室专家团队将以精湛的技术、优质的服务为患者的身心健康保驾护航。

（作者系焦作市人民医院陈萍）



焦作日报 公益广告

“在这里
建设美丽乡村
每一笔都是大地的艺术”

广告