

医院之窗

绵阳市中心医院宣传科编印(161)



2020年6月30日 总编：何梅 主编：韦林川 责任编辑：邓凌腾

内部资料性图书准印证：绵新出字第67号



医院微信服务号

医院微信订阅号

国家卫健委脑防办专家组来院指导评估高级卒中中心建设情况



6月16日上午，国家卫健委脑防办专家组一行6人来院指导评估高级卒中中心建设情况。在专家组组长深圳市第二人民医院副院长任力杰教授带领下，沈阳市第一人民医院副院长徐冰教授、东部战区总医院神经内科副主任徐格林教授、武汉市第一人民医院副院长陈国华教授、四川省人民医院神经内科主任余能伟教授、深圳市第二人民医院神经外科、脑防办副主任张猛教授对我院高级卒中中心建设工作进行现场指导评估。在家院领导、市卫生健康委医政医管科科长王冬东、市120急救中心副主任路贵强及相关科室负责人出席会议并陪同检查。

(刘杨)

一般一般，全国13！我院神经内科为全市卒中患者撑起“保护伞”



脑卒中，是我国首位疾病致死与致残原因，我国的缺血性脑卒中发病率，位居世界第一。绵阳市中心医院神经内科作为四川省乙级医学重点学科，把为人民群众提供全方位全周期健康服务落在具体行动中，尤其是在脑卒中防治方面，建立了本区域脑卒中筛查与防治培训协作网络体系。

2012年，成为国家级脑卒中的筛查与防治基地；
2017年，成为国家级脑卒中筛查

与防治示范基地医院，并正式被评为国家级高级卒中中心，构建起全市卒中筛查、预防、救治、康复为一体的守护圈。

01 时间效率 DNT 最短 12 分钟

脑卒中，也就是人们常说的“中风”，是一种急性脑血管疾病，包括出血性卒中（脑出血）和缺血性卒中（脑梗死），具有高发病率、高致残率、高

死亡率、高复发率和高经济负担“五高”特点。

根据世界中风组织的数据，全球每6人就有1人会罹患卒中，平均每6秒就有1人死于卒中。在我国，卒中已成为国民第一大致残和致死疾病，每年约有200万卒中患者死亡；到2030年，中国预计将有3100万卒中患者。

时间就是大脑，抢救争分夺秒。发生急性卒中时，在4.5小时“黄金抢救时间”内进行溶栓治疗，可有效降低死亡率和致残率。

每缩短一分钟，生命就多一份保障，康复就多一份希望。

绵阳市中心医院神经内科副主任唐宇凤介绍，医院作为国家高级卒中中心，当疑似中风患者在送往医院急诊路上时，就已开辟好了绿色通道，卒中团队同时启动救治方案，全体待命。

数据彰显救治的效率，平均30分钟，最短12分钟，这是高级卒中中心从急性脑卒中患者到达急诊至开始静脉溶栓的时间（DNT），远低于国际标准的60分钟。

02 前移下沉 发挥技术辐射作用

为了实现急救“零距离”，进一步

为卒中患者赢得宝贵的救治时间，取得最佳救治效果，神经内科日前再次将关口前移，在急诊科设立神经急诊，患者来院后可直接就诊。

也就是说，在中心医院急诊科，有了一个专门的“神经急诊”诊断间，就像为全市疑似中风的患者，开了个“后门儿”，以保证快速救治。

每年除了完成脑卒中高危人群社区、乡村及院内筛查外，神经内科在积极开展健康教育、适宜技术推广与推广，网络单位（医院）建设等级均取得了巨大成效。

唐宇凤说，作为绵阳卒中急救地图牵头医院，为让卒中救治基本形成网络化，更将“关口前移、重心下沉”，建立健全了各县市区全覆盖卒中协同救治和分级诊疗体系，指导和培训50余家基层医院开展静脉溶栓技术，促进卒中救治规范化、同质化、标准化。

数据显示，通过对全绵阳地区县区医疗中心的溶栓指导，2019年绵阳地区整体溶栓患者数量较2018年翻倍，新增近10家具备溶栓能力的卒中急救地图医院，目前绵阳市溶栓地图医院已达13家，2020年拟继续培训新的溶栓单位，并逐步实现绵阳地区1小时车程内溶栓全覆盖的目标。

03 核心优势 取栓技术全国第13

高级卒中中心考核的标准，除了溶栓，更能开展一定数量取栓等有效快速精准的治疗。

一名51岁男子，突发右侧肢体无力，吐词不清，送入医院急诊科时已超8小时，卒中团队立即介入，经影像提示左侧大脑中动脉闭塞。

发病6小时内的大血管闭塞，已错过静脉溶栓时机，最好的办法就是机械取栓治疗。

取栓整个过程仅用了不到30分钟，脑血管完全通畅。该男子术后8天出院，已正常下床行走，无明显神经功能障碍。

唐宇凤指出，由于个体差异，精准的技术评估是取栓成功的关键条件。得益于医院放射科团队强大的硬件和技术支撑，CT动脉灌注成像一站式CT仅15分钟，磁共振一站式成像仅15分钟。如该取栓男子一样，带来的是卒中救治时间窗的明显延长。

数据显示，神经内科年平均取栓手术120多例，数量是国家标准的4倍。

排名彰显实力，在2019年4月全国高级卒中中心综合排名中，位列全省第2名，全国34名，其中的动脉取栓技

术排名，位列全省第2名，全国13名。

不仅如此，颅内外血管支架植入术，作为治疗脑血管狭窄治疗的新方法，神经内科每年开展50多台，全国排名52名。近三年来，全国高级卒中中心在多学科强强联合协作下，脑梗塞死亡率从3%下降到2%。

据6月21日国家卫生健康委脑防委办公室公布的2020年5月最新数据信息，绵阳市中心医院在全国高级卒中中心综合排名中位列全国第29名，全省第1名。单项排名中静脉溶栓技术全国第74名，取栓技术单项全国第54名，CEA（颈动脉剥脱术）全国第17名，CAS（颈动脉支架植入术）全国第78名，动脉瘤夹闭及介入全国第212名。据悉，该数据是依据全国高级卒中中心（含建设单位）2020年5月份上报的卒中中心工作数据，根据各相关适宜技术的开展情况（包括工作量、流程控制、病情评估、病历完整度、技术均衡性）、数据对接、牵头或参与科研课题完成进度、培训基地工作等全面综合评估，对各高级卒中中心进行综合排名。同时以专业技术（包括静脉溶栓、AIS介入再通术、CEA、CAS、动脉瘤夹闭术、介入栓塞术等）进行专项综合排名。

(绵阳晚报)



打通大脑生命线 我院成功开展颈动脉闭塞再通复合手术

近日，我院为一名患者成功实施右侧无名动脉+颈动脉闭塞再通复合手术，目前患者恢复良好。

51岁的周阿姨在外地打工，4月20日突发左边肢体无法活动，短暂意识障碍，呼之不应，在当地医院做了初步检查，判定为脑卒中中。

5月7日，患者来到我院，经过查体，周阿姨左侧肢体肌力Ⅱ级，进一步检查做相关检查：右侧无名动脉起始部闭塞、右侧颈总动脉末端闭塞，右侧大脑供血不足。

随后，由神经内科、神经外科、血管外科、放射科、麻醉科专家组成的MDT团队对该患者病情进行多次讨论：如果血管不开通，患者整个颈后功能就不好，而患者多部位的闭塞，闭塞段内有血栓，且闭塞段很长，采用常规的介入开通手术或外科颈动脉剥脱，有可能造成血栓脱落，远端大血管堵塞的风险，不能很好的保证患者安全。

最终，专家团队决定采取复合手术方案，借开放手术开通颈动脉到颈内动脉起始部，并建立手术通路，开通右侧无名动脉。充分发挥两种技术的优势，提高开通率，减少手术风险。

经患者和家属的理解同意和充分的术前准备，5月30日，神经内科陈忠伦副主任医师、血管外科蒋岚杉主任医师、麻醉科李军主任医师共同为患者实施右侧无名动脉+右颈动脉闭塞再通复合手术。

目前，患者恢复良好，肢体力量明显改善，可以下床行走。

(朱蕊仪)

多科协作 打洞取石 微创治疗向十级疼痛说拜拜

俗话说，不晓得生孩子有多痛，得了肾结石分分钟就让你懂得。腰痛如“刀割”，都是肾结石“惹的祸”。在疼痛这条路上，43岁的龙女士无疑有着发言权，既体验过生孩子的10级痛感，也感受过肾结石带来的“生不如死”。

九年前，龙女士罹患过肾结石，并在当地医院进行了开放结石取手术，就此她以为10级疼痛与她再无缘分。殊不知，顽固的肾结石复是以高复发率而著称的，不久前，龙女士再度出现了不明原因的左腰部疼痛，并且日益加剧，生活到了崩溃的边缘。来院就诊后超声检查显示：左肾结石伴积水、感染，左肾部分萎缩。CT检查提示：左肾下盏结石，左肾无积水（无肾穿刺空间），结石位于肾下盏，且可能左肾下盏为孤立肾盏（与集合系统不相通）。

简而言之，龙女士的肾脏再次结石。但此次她的肾脏条件已不比九年前，脆弱的肾脏已经先期排除了好几种常规的取石手段——有过开放取石的病史，再次行开放手术创伤大；结石过大，体外冲击波碎石效果可能不佳；软镜碎石存在置管困难和多次取石可能。

与此同时，龙女士的左肾已出现萎缩现象，如果不及时处理，可能造成进一步肾功能损害，最后发展成为肾无功能。对患者是煎熬，对医生更是考验。龙女士主管医生泌尿外科副主任医师邵红刚判定这不是一次不容易的挑战。手术难度较大，手术风险较高，只能采取非常规的“打洞取石”——mPCNL手术（微通道经皮肾镜取石手术），以应对龙女士复杂的肾结石和不理想的肾脏环境。但经皮肾镜取石手术并不是“万金油”，风险同样存在。有穿刺失败的可能；有通

道丢失的可能；手术需灌注有感染的可能……术前，泌尿外科进行了全科讨论，细化手术方案、制定临时预案。为保障手术顺利进行，科室邀请到超声科主任郭道宁主任医师的加入，为手术再上一条“保险绳”。

在前期充分的准备下，5月27日，邵红刚副主任医师联合郭道宁主任医师拟为龙女士施行经皮肾镜左肾钦激光取石术。在超声的引导下，行左肾下盏穿刺，但患者左肾下盏术后萎缩，瘢痕形成，肾下盏无积水，在穿刺针下可见左肾下盏明显退让。手术台上，大家启动预案，考虑行肾盂穿刺，经过超声引导下穿刺，筋膜扩张，顺利进入肾盂，但肾镜探查肾下盏前组却发现结石，后组肾盂无法看到。邵红刚副主任医师提出考虑结石应该在肾下盏后组，但肾下盏后组为孤立肾

盏，经肾盂集合系统无法进入。

手术进行至此，进退两难。常规方法一般考虑术中钦激光切开肾下盏与肾盂的通道，但术中超声发现该处肾实质较厚，强行切开，有无法控制的大出血风险。郭道宁主任提出，采取双通道，即在已经存在肾盂通道内利用冲洗泵的压力以及肾镜对下盏的抬举力量，防止穿刺下盏时的肾退让，再次穿刺肾下盏后组。郭主任的提议得到了大家的认可，按计划实施，下盏第二个通道顺利建立，终于看到结石的身影，大家悬着的一颗心踏实了。接下来的碎石过程顺理成章，再无悬念。

邵红刚副主任医师表示：“对于开放肾结石术后无积水孤立肾下盏结石的mPCNL一直是经皮肾镜的难题，泌尿外科医生都不愿意遇到这样的患者，因为手术难度大，失败率

高。但临床上就存在这样的病例，知难而上，有时候也是一种策略。术前充分预估手术难度，做好预案，术前患者充分沟通，取得患者理解，术中发挥大家智慧，逢山开路，遇水搭桥，办法总比困难多。”

通过经皮肾镜取石手术，只需要在患者腰部开一个1cm左右的小孔，患者切口小、出血少、恢复快，能够处理一般的肾、输尿管上段的结石，尤其是一些相对复杂的肾结石。自2013年起开展经皮肾镜取石手术，泌尿外科积累了丰富的手术经验和操作技术，为广大患者解除了病痛。

最后，泌尿外科医生温馨提醒，有些患者结石复发率极高，需要定期复查泌尿系检查，早发现，早治疗，以免形成复杂性结石难以治疗。夏季结石高发，大家一定要多喝水！

(刘杨)

摆脱18年难治癫痫！市中心医院手术精准治疗轻松搞定

“我们不知道造了什么孽，让孩子得了这种病……”小杨的父亲仍记得18年前的一个下午，孩子突发呼之不应，随后四肢抽搐，口吐白沫，持续了3分钟左右才逐渐清醒。

后来，小杨的父亲才知道，孩子患上的是癫痫，也就是大家口中的“羊角风”。而让他更为错愕的是，那个下午只是个开头，这段超长“噩梦”将持续18年之久。

多则每月发作几次，少则一两个月发作一次。

不定期毫无规律的发病，癫痫像一颗绑在小杨身上“定时炸弹”。

每次发病后的无意识都会造成小杨身体的受伤，但更为致命的是心理上的压力，犹如一把利剑悬在心头。“这意外和明天真不知道哪个会先来，这么奇怪的病，怎么就让我给得了，甩都甩不掉。”小杨苦笑地说道。

面对孩子得癫痫的事实，小杨的父亲一方面也慢慢接受了，一方面也在积极地寻求治疗方案。从丙戊酸钠到苯巴比妥，再到卡马西平，一家人积极需求药物的治疗，但效果总也是反反复复，时好时坏。

18年间，小杨一家无时无刻不想揪出引发“羊癫疯”的恶魔。后来在

药物治疗收效甚微的时候，也想过是否能通过手术治疗，但术中存在的风险让一大家子望而生畏。

终于，最后的救命稻草出现了。5月下旬，小杨因头痛在绵阳市中心医院的一次普通就医，无意间和神经外科医生钟琪聊起了手术治疗的可能性。随口一提，得到的答案却让他喜出望外：绵阳市中心医院新开展的皮层电极定位技术+术中电生理监测技术，能有效地降低癫痫手术中的风险。

试一试！在父母的支持下，小杨下定决心，放手一搏。

入院后，经过头颅磁共振检查显示，小杨的右侧额叶靠近中央前回处有一个囊性病变。经诊断，小杨的癫痫属于继发性癫痫，发作的原因正式这个囊性病变在作怪。

在头上动刀，从来都没有容易的，加之囊性病变更距离运动功能区“中央前回”非常近，这个部位的手术存在很大的风险，一旦伤及功能区，患者可面临瘫痪的危险！

关于癫痫的外科手术治疗，曾有人比喻作“在草原上寻找着火点并将之扑灭”。这场较量的难点在于目前没有任何一项检查能直观地向医生展示“着火点”的全貌，需要医生结合作

症状和众多检查进行综合分析，就像拼图一样，拼出“着火点”的全貌。

那么，它成功的关键就在于寻找并准确定位“着火点”。如果有漏网之鱼没有切除，则术后癫痫发作频率并不减少；如果切除“着火点”过而及之，则会损伤重要脑组织，破坏了语言、运动等重要脑功能，则术后造成不可恢复的偏瘫、失语等严重后遗症。

提前一天，神经外科主管护师张敏接到通知，第二天有一台额叶癫痫病灶切除手术需要她的参与。她要做的便是术中电生理监测，配合钟琪主治医师实施的皮层电极定位技术，为手术中病灶准确有效地切除加上“双保险”。

皮层电极定位技术：皮层电极通过联合头皮电极所记录的脑电信号，可以在术中精准定位切除脑组织病变范围。

术中电生理监测技术：可以监测手术中处于危险状态的神经系统功能的完整性，在最大程度保全功能的情况下更准确的切除病灶。

“由于术中需要测定脑电波的反应，必须采用浅麻醉，否则，监测将无法实施，因此，还必须配备经验丰富丰富的麻醉医生。”提前收到通知的

还有麻醉科住院总陈龙平主治医师。“麻醉深一点抑或浅一点都会，都会对检测产生干扰，必须恰到好处。”

在完成术前评估和充分准备后，5月29日，神经外科为小杨行术中皮层电极定位联合术中电生理监测下右侧额叶癫痫病灶切除术。麻醉插管，消毒铺巾，一切有序准备着，钟琪紧盯24通道皮层电极检测到的波段，并从波段的快慢起伏中迅速定位出病灶的总体轮廓。另一方面，张敏通过术中神经电生理监测，进一步细化病灶与功能区的边界。

经过几个小时的鏖战，在主刀医生钟琪、吴键，麻醉医生陈龙平，主管护师张敏的严密配合下，病灶完美切除。

术后小杨恢复良好，未见癫痫发作，未见功能受损。“18年的病痛终于得到根除，18年的愿望终于达成”小杨说，以后自己终于也能像一个正常人一样无忧无惧的生活了。

据估计，我国约有900万左右的癫痫患者，癫痫已经成为神经科仅次于头痛的第二大常见病。突发性地意识丧失和全身强直和抽搐、口吐白沫，对患者本人乃至整个家庭造成的困扰。

绵阳市中心医院开展的术中皮层电极定位联合神经电生理监测下功能区癫痫病灶切除术，能够了解脑组织代谢功能的改变、脑部血液灌注情况，有效、及时、全面地了解麻醉状态下病人的神经功能的完整性，最大程度地对病灶进行切除，对功能区加以保护。

(刘杨)



学科风采

肝胆外科简介

绵阳市中心医院肝胆胰外科成立于1987年4月，经过三十多年的发展现已成为川西北地区肝胆胰疾病诊治中心。2002年被省卫生厅确定为四川省医学特色专科建设项目，2005年被省卫生厅授予“四川省甲级重点专科”，2017年牵头成立“绵阳市肝胆外科专委会”，同年成立绵阳市陈孝平院士工作站。2018年成立绵阳市护理学会肝胆护理学组。现有医护人员37人，其中高级职称10人、中级职称10人，博士及硕士6人。逐步形成肝脏、胆道、胰腺、微创、肿瘤综合治疗5个亚专业。

科室现开放病床63张、年门诊2万3千余人次、手术2200余台、出院3000余人次、拥有超高清腹腔镜系统、CUSA、射频治疗系统、电子胆道镜、肝脏三维重建手术规划系统、肝功能分析系统、多功能监护仪等国际先进诊疗设

备。在川西北地区率先开展腹腔镜胆囊切除手术和肝叶切除术。肝胆外科以微创手术及快速康复为特色，日间手术包括腹腔镜胆囊切除术（LC）及胆道镜检查取石术，手术并发症发生率<0.1%，快速康复理念的引入，减少患者住院时间以及术后并发症发生率，减少住院费用。目前，肝胆外科开展的腹腔镜胰十二指肠切除联合血管切除重建、腹腔镜肝门胆管癌根治术、腹腔镜保留脾脏的胰体尾切除、腹腔镜全胰切除、腹腔镜部分脾切除、腹腔镜困难部位肝切除以及腹腔镜联合肝段切除等术式，达到国内外先进水平。近年来，肝胆外科整体服务能力显著提升。

近年，肝胆外科科研能力显著提高，先后获国家级科研2项，省市级科研7项，科研经费50余万，申请国际实用新型专利4项，在HPB、Surg Endosc、中华肝胆外科杂志、

中华消化外科杂志等高水平杂志上发表论文数十篇。多次成功举办国家级继续教育项目、省级继续教育项目。2017年-2019年先后派出科室医护人员赴德国、意大利、美国等进修学习，多次外派科室人员参加国际、国家级及省级学术会议，并进行学术交流。接受规培医生及进修生数百人。先后获绵阳市科技进步奖三等奖1项，绵阳市医疗促进奖一等奖2项。

高学历的人才梯队、过硬的专业技术及先进设备，依托绵阳市中心医院三级甲等综合

科室理念

以务实严谨的工作作风，肝胆相照的关爱情怀，加速患者早日康复、医者兴慰。

专家风采



杨培 副院长



罗华 主任医师
肝胆外科主任



匡铭 主任医师
临床营养科主任



曾新桃 副主任医师
肝胆外科副主任



胡朝辉 主任医师
肝胆外科责任组长



邓澹 副主任医师
肝胆外科责任组长



张伟 主治医师



陈思瑞 副主任医师



彭永海 副主任医师



陈照 主治医师



胡俊超 主治医师



蒋婷 住院医师

型医院及区域医疗中心，借助陈孝平院士工作站，肝胆外科必将蓬勃发展，不断提升区域服务能力。

专家简介

杨培 杨培、主任医师、博士学位，绵阳市中心医院副院长，是川北医学院兼职硕士研究生导师、四川省卫生厅学术技术带头人后备人选、四川省学术技术带头人后备人选；先后担任四川省抗癌协会肝癌专业委员会副主任委员、四川省肿瘤学会肝癌专业委员会副主任委员等。从事肝胆外科临床工作二十二年，能独立完成肝胆外科各种高难、复杂手术例如腹腔镜左右半肝切除、腹腔镜胰十二指肠切除、腹腔镜肝门胆管癌根治等复杂、高难度手术，技术水平达到了国内先进水平。先后荣获绵阳市第九届十大杰出青年、2019年绵阳市医疗技术最佳促进奖一等奖和绵州育才计划首届“绵州名医”称号等。先后承担省市科研课题10余项，在国内核心期刊上发表专业论文70余篇，作为副主编和编委参编著作三部，获省、市级科技进步奖4项。

罗华 本科学士；主任医师；肝胆外科主任；四川省卫生厅学术技术带头人后备人选、四川省学术和技术带头人后备人选、绵阳市肝胆外科专业委员会主任委员、四川省肝癌专委会常委等社会任职。在肝胆胰脾常见病、多发病及疑难重症疾病的诊断及外科治疗方面有丰富的临床工作经验，率先在川西北地区开展全腹腔镜胰十二指肠切除、腹腔镜肝门胆管癌根治术等微创新技术。

近几年撰写并发表医学学术论文20多篇，参编医学著作1部，获绵阳市科技进步奖2项，承担国家卫生部科研1项、省卫生厅立项科研2项。先后获得了“绵阳市十佳医生”、“绵阳市劳模”和“四川省十大杰出青年岗位能手”等荣誉。

匡铭 硕士研究生，主任医师，临床营养科主任，绵阳市医学会肝胆外科专委会常委委员，绵阳市临床营养质量控制中心主任等多项团体任职。从事肝胆胰外科临床及基础研究工作二十余年，能熟练开展传统开腹复杂肝胆胰手术及腹腔镜下肝脏、胆、胰腺等微创外科手术，目前正在进修学习同种异体、自体肝移植技术。作为项目负责人承担各级科研5项、参与国家自然科学基金资助项目1项，获绵阳市科技进步三等奖1项，发表论文15篇。擅长肝胆胰疾病诊治、微创外科及外科营养。

曾新桃 1、曾新桃，研究生学历，硕士学位，副主任医师，于华西医院攻读在职博士学位，2018年赴德国 bielefeld 中心医院研修，并于华西医院肝移植中心进修学习。现任肝胆外科副主任。致力于肝胆及胰脾疾病的临床与科研工作，在胆道结石、肝胆胰系统肿瘤、肝硬化、脾功能亢进等方面具有扎实的理论基础和丰富的临床经验。担任中国研究型医院学会普外分会青年委员，四川省抗癌协会肝癌专委会委员；四川省肝病委员会青年委员；绵阳市肝胆外科专业委员会委员（兼秘书），绵

阳市肝病专业委员会常委。先后在《HPB》、《Medicine》、《中华消化外科杂志》、《中华肝胆外科杂志》等期刊发表医学论著20余篇，承担省市级科研课题4项；院级科研课题3项，2019年中国外科周学术论文交流2篇，参编医学论著1部。曾获绵阳市“首届十佳青年岗位能手”、“感动中心医院十大人物”称号以及绵阳市医疗技术最佳促进奖一等奖。

胡朝辉 男，主任医师，硕士研究生，第一届国际肝胆胰外科学会中国分会胆道学组委员、绵阳市肝胆外科专委会常委等社会任职。2017年在意大利佛罗伦萨大学 Careggi 医院及 S. Marry 医院研修学习。从事肝胆外科临床工作及科研20多年，在微创外科（腹腔镜）手术方面有较高造诣，擅长肝癌、胰腺癌、胆管癌及肝硬化的诊治及手术。在国内外发表学术论文20多篇，获绵阳市科技进步奖2项，多次获得“技术创新能手”等业务殊荣。

邓澹 男，副主任医师，大学本科。从事肝胆外科工作10+年，任四川省医学会营养学会常委绵阳市肝胆外科专业委员会委员、绵阳市内镜专委会委员。具有丰富的肝胆外科专科知识，能熟练诊治肝胆外科各种常见、多发病，对肝胆外科多种危急重症处理和手术有较丰富的经验。近5年在核心期刊发表论文4篇。

张伟 本科学士，主治医师，肝胆外科专委会委员，开展常规肝胆胰脾手术外，还擅长电视腹腔镜下胆囊切

除、胆管切开取石、肝叶肝段切除术、肝囊肿开窗、脾切除、胰腺手术等微创外科手术。至今先后发表论文章数篇。

陈思瑞 硕士研究生，副主任医师，绵阳市医学会肝胆外科专业委员，四川省医师协会第一届胰腺病分会委员。专业擅长肝胆胰脾疾病诊断及微创外科手术治疗例如腹腔镜胆囊切除术等常规手术以及腹腔镜胰十二指肠切除术等高难度手术。以第一作者及共同第一作者发表SCI2篇，国内核心期刊10余篇，作为编委参编专著2部。

彭永海 男，副主任医师，中共党员，四川省医学会包虫病专委会委员，绵阳市肝病专委会。2002年临床医学系系本科毕业。从事肝胆外科超15年。先后在华西医院、西南医院等国内知名医院进修学习。2008年晋升为外科主治医师。2016年晋升肝胆外科

副主任医师。擅长腹腔镜下复杂胆囊切除、胆管切开探查取石、肝段切除、肝肿瘤手术、胰腺肿瘤手术、阑尾切除、肝囊肿开窗手术、脾切除等微创治疗等。还擅长综合治疗复杂胆道手术、肝脏肿瘤、壶腹部肿瘤、胰腺肿瘤、门脉高压症等疾病。2012年荣获腹腔镜下肝胆胰外科手术技能（南充分会）“缝合打结”单项一等奖，发表论文近20篇。

陈照 男，外科学博士，主治医师，绵阳市肝胆外科专委会委员。擅长原发性肝癌、肝内外胆管结石的微创化治疗等。近年来在“中华消化外科”、“Tumor biology”等国内外核心期刊发表论文章数篇，参与出版《活体器官移植学》专著一部。主持参与多项省市级科研课题。获绵阳市肝胆外科专委会第一届手术视频比赛一等奖。

胡俊超 医学学士，主治医师，绵阳

市肝胆外科专委会委员。临床工作经验丰富，能熟练开展传统开腹肝胆胰手术及腹腔镜下胆囊切除术、胆道探查取石术、肝部分切除术、脾切除术等手术，负责科室加速康复外科相关工作。在国内一、二类期刊发表专业相关论著数篇，获绵阳市肝胆外科专委会第二届手术视频比赛一等奖。

蒋婷 大学本科，住院医师，中共党员。2015年毕业于临床医学系本科。后参加我院住院医师规范化培训，期间轮转大外科基地，参加我院外科操作培训，熟练掌握外科基本技巧及操作，2017年参加腹腔镜培训，并在腹腔镜比赛中获得三等奖，2018年获得我院优秀住院医师称号。临床工作经验丰富，对肝胆外科常见疾病进行诊疗，负责科室加速康复外科、日间胆囊等相关工作。



能否治愈肝癌，关键在于早期发现——肝癌早期筛查的重要性

一、肝病患者为什么要强调肝病的早期筛查？

我国肝癌发病率排在第五位，之所以能引起广泛关注，就是因为肝癌病死率排在第二位。目前我国仍然是乙肝病毒感染的高发区，慢性乙型肝炎的患者人群非常庞大，而90%的肝癌都与乙肝有关，感染了乙肝病毒，如果没有尽早发现、及时干预，就可能隐匿的进展成肝癌，所以很多无症状的乙肝患者，没有发现肝炎、肝硬化，也有可能第一次检查就诊断为肝癌。所以提倡大家，如果感染了乙肝

专家支招

病毒，一定要早期诊断、早期筛查、早期治疗，特别是男性，一定要重视筛查肿瘤。

二、有些乙肝患者认为自己已抗肝癌治疗效果很好，没有发生肝炎、肝硬化，却突然变成肝癌，为什么呢？

第一，乙肝进展到肝癌的过程比较特殊，不像酒精性肝病和丙肝绝大多数都要在肝硬化基础上才会发展成肝癌，乙肝可以不需要经过肝硬化，就能发展成肝细胞癌。第二，没有采用准确的检查，往往会忽略早期肝硬化。第三，所谓的治疗效果特别好，如何评价？首先要看病毒载量，高精度HBV-DNA必须低于检测值下降；其次，肝脏炎症恢复，ALT恢复正

常；另外，目前的抗病毒药物并不能彻底清除病毒，这是药物疗效的限制，此时就要看表面抗原滴度，表面抗原越低，说明肝脏组织内的病毒越低；最关键的指标就是肝脏的炎症，也就是病理评价。

三、有些患者检查发现肝硬化值增高，或者已经进展到早期肝硬化，会非常担心自己很快就进展到肝癌，怎么办？

肝癌的发生是有高危因素的。首先，乙肝患者经过抗病毒治疗，病毒下降到采用高灵敏方法检测不到，这些人患肝癌风险就会大大降低。第二，要看表面抗原的滴度，值越低发生肿瘤的风险越低，如果患者表面抗原很高，仍然有肝癌的高风险。

20瓶啤酒下肚，器官没了！急性胰腺炎就是这么惨烈……

CT上找不到器官，胰腺没了，这是没有可能，急性胰腺炎就能让胰腺消失，一个器官一夜消失。

不过，大家千万不要以为，只有酒精能让胰腺自我溶解，在中国人急性胰腺炎的病因排名里，比酒精更靠前的是胆石症和高甘油三酯血症。

你肯定会纳闷儿？胃这么强的消化器官都没发生自我消化，胰腺凭什么就能自我消化？如果胰腺真自我溶解，那没了胰腺，身体将会怎样？

其实，论功绩来说，胰腺对身体做了两件事：分泌消化液和控制血糖。而它神奇的地方，也正在这里。

胰腺分泌的消化液，并不像胃液那么酸，甚至有点偏碱，pH为7.8-8.4，但它堪称身体界的“王水”，几乎啥都能溶解。

什么道理呢？其实就类似于洗衣服。胰液由于含蛋白酶比较多，所以相当于“加酶洗衣粉”，而胃酸由于含蛋白酶少盐酸多，就相当于日常生活中的“84消毒液”，用这两种去污剂去清洗带油污的裤子，想想也知道，加酶洗衣粉会洗得更干净。

因为酶能分解油污，分解蛋白质，而强酸只能一味地将蛋白质变性，大小并没有发生变化。所以，不是越烈的洗涤剂越厉害，也不是越烈的消化液就越强大，四两拨千斤的道理在这里体现得淋漓尽致。

而胰液是包含了多种酶的消化液，最主要的含有三大种酶：胰淀粉酶，胰脂肪酶和胰蛋白酶，有了这三种酶，人体的三大营养物质—糖、脂肪、蛋白质就能被消化吸收了。

所以，如果没了胰腺，或者胰液少了，脂肪和蛋白质就不会被完全消化吸收，容易引起脂肪泻。另外，糖代谢也会紊乱，容易出现糖尿病。而且，如果胰液多了，甚至发生侧漏胰液来袭，恐怕谁都招架不住，都会被溶。而正常的胰腺之所以不被溶，这是因为各种消化酶在胰腺内是以非活化状态（酶原）存在的，可防止胰腺被自身消化（注：胰蛋白酶原没有消化能力，而胰蛋白酶有很强的消化能力，虽然就差了一个“原”字，酶原相当于没发动的引擎，而酶相当于已发动的引擎）。

另外，如果本身高三酰甘油血症，长期服用噻嗪类利尿药、噻唑嗪、糖皮质激素、暴饮暴食等也容易诱发胰腺的自我溶解。

如果，真的诱发了急性胰腺炎，那么，剧烈的腹痛就会让一般人受不了，这种腹痛就像以刀割肉的疼痛一样，不仅如此，还会恶心、呕吐、腹膜炎。重一点的，10%-20%的可能性会发生出血坏死性胰腺炎，引发休克，甚至死亡。想想胰腺炎，胰液都把自己溶解了，你就能知道胰液没流进消化道，而是溶解了细胞的各种后果。于是乎，血液里面的胰淀粉酶、胰脂肪酶和胰蛋白酶就会飙升。所以，当你发现胰淀粉酶和胰脂肪酶都超过了平时的3倍，应敏锐地觉察到这可能就是急性胰腺炎。

接着，另一个指标，也很值得关注。如果胰液把胰腺都溶解了，那么体内惟一的降糖激素胰岛素的产量将会大

大减产，于是血糖就会猛高，达到糖尿病的水平，即大于11.2mmol/L，又因为当某个地方发生溶解塌方时，钙离子就会沉积在此处，于是血里的钙都沉在了胰腺，所以血钙浓度常常小于2mmol/L。

如果这些表现和指标都符合，那么，就很有可能是急性胰腺炎。听上去这么严重的病，怎么治？永远的治疗方式都是擒贼先擒王（对因）和急则治其标（对症）。

什么原因引起的，就去制止这个原因，这种方式常常是最有效的治疗，这个就是擒贼先擒王。于是，禁止喝酒吃东西，主要就是针对于暴饮暴食引起的急性胰腺炎。而因为出口堵塞引起的胰腺炎，常常在内镜的帮助下，进行Oddi括约肌切开，取结石、取蛔虫或者放置引流管，总之要把这个路再次打通。

剩下的方法就是对症治疗。由于胰腺炎的患者都是痛痛痛、痛上加痛，止痛就变得很关键，因此人们常常用生长抑素或奥曲肽来止痛。又因为胰腺通向肠道，肠道很脏，所以还要加上抗生素来预防感染。

剩下的，相信你也想到了。既不能进食，又在抑制胃酸的分泌，那么饿了怎么办？其实，整个消化系统构成了营养身体的入口，当消化系统发生疾病，大都会禁食，这就相当于封锁入口，此时，我们是很需要静脉营养的，所以急性胰腺炎的患者还会进行静脉输营养液。

最后，如果急性胰腺炎出现了严重的并发症，我们还需要纠正酸中毒，迅速补液，面罩吸氧，进行连续性的血液净化等。