



黄塘风采

主办单位：梅州市人民医院
主管单位：梅州市卫生健康局
印刷日期：2023年7月1日
印刷数量：6000份
发送对象：本系统、本行业、本单位内部
准印证号：(粤M) L0220019
印刷单位：广东南方报业传媒股份有限公司印务分公司

第07期

厚德广济 尊道精业

内部资料 免费交流

广东首台心脏专用 ECT (D-SPECT) 在梅州启用

硬“核”技术看透“心”世界

近日，广东首台心脏专用 ECT (D-SPECT) 在我院核医学科启用，该设备能够无创、安全、准确评估心肌缺血程度及心功能情况，为冠心病、心肌梗死等心血管疾病的精准诊断提供新的强力支撑，进一步提升我院心血管病的诊疗水平。

火眼金睛！ —“眼”看透心肌缺血

心肌缺血如果长期得不到治疗，可能导致恶性心律失常、急性心肌梗死等，甚至猝死，及早发现心肌缺血并查出缺血原因尤为重要，而心脏 D-SPECT 能“眼”看透心肌缺血。

D-SPECT 检查的原理是利用放射性同位素作为显像剂，注射进入患者体内，到达心肌细胞，利用机器探测心肌发出的射线，以此分析心肌

血流灌注情况，判断是否存在心肌缺血。与以往同类设备相比，其更精准、安全、舒适。

更精准，检查时间更短

该设备采用了最先进的全数字碲铋碲钨探测器，仪器灵敏度提高了4-5倍，图像分辨率提高了2倍，扫描速度提高了10倍，检查时间更短，在精细化检查的同时，大大缩短了就诊时间。

更安全 仅需同类设备1/5的剂量

“该检查采用的放射性核素属短半衰期、低能量核素，而且由于D-SPECT高灵敏度的明显优势，使用的剂量只需同类设备的1/5。”我院核医学科副主任楼云龙介绍，受检者完成该检查后，即可进行正常

的日常活动，对于受检者以及周围人群都是非常安全的，不会造成辐射伤害。

更舒适，提高就医体验

该设备还配置了多关节可调太空座椅，患者可直立位、半卧位、仰卧位等任意体位舒适地完成检查，大大提高了患者的就诊体验。同时，开放式的检查操作空间，不仅消除患者紧张的情绪，对于肥胖、幽闭恐惧症和右位心等特殊人群，也更加适用。

D-SPECT 适用于哪些检查？

D-SPECT核素心肌灌注显像，适用于多种心脏疾病检查。包括：
• 有冠心病高危因素者（如糖尿病，高血压，高血脂症



等)的筛查。
• 心前区不适且不能排除冠心病心肌缺血者。
• 冠脉造影(或CTA)提示冠脉轻-中度狭窄，不能确诊是否有心肌缺血者。
• 冠脉支架植入术(PCI)或冠脉搭桥手术(CABG)术后疗效评价及预后评估。

冠脉血管造影是金标准， 是否还需要D-SPECT检查？

如果把心脏比作田地，冠脉血管造影能看到田地里的渠是否通畅，即观察冠脉大血管有无明显狭窄及血管病变的复杂程度。而D-SPECT检查则

是看渠里有没有水，即进一步判断狭窄段血管所支配的区域是否缺血，为介入手术提供更精准的依据。

D-SPECT启用后，我院已为数百名患者进行了心脏相关检查，为患者术前治疗方案的选择及术后疗效评估提供了有力支撑。

(核医学科)

粤东西北首例

一站式手术解决超高龄患者“心”“脑”双重风险

近日，我院院长、心血管病中心主任钟志雄教授带领心血管内二科刘志东主任团队，为一名87岁老人成功实施粤东西北首例经导管主动脉瓣置换(TAVR)联合左心耳封堵术(LAAC)，解决主动脉瓣重度返流问题，同时预防房颤导致脑中风的危险，一台手术“双管齐下”，避免二次手术，实现患者获益最大化。

87岁的阿伯一年前因气促到当地医院就诊，考虑为心力衰竭，药物治疗效果欠佳。近日，阿伯再次突发气促，难以平卧，为进一步治疗到我院心血

管内科门诊，完善相关检查提示为心脏瓣膜病：主动脉瓣、三尖瓣重度关闭不全，肺动脉中度高压，心功能III级，心电图提示缓慢型心房颤动。

钟志雄教授组织院内多学科会诊，认为阿伯87岁高龄，心脏瓣膜损坏已不可逆转，多次药物治疗效果不好，只能进行瓣膜置换。阿伯还合并有缓慢型心房颤动，可能导致血栓形成与栓塞，其脑中风发生率为一般人的5倍，左心耳封堵术可以从源头进行预防。此外，阿伯还会经常流鼻血，存在较高的出血风险。

经过综合评估，专家团队决定为阿伯实施经导管主动脉瓣置换联合左心耳封堵术，钟志雄教授带领刘志东主任、王贤方医生、张海飞医生等为患者制定了详细的手术方案，一次手术解决两个问题，顺利修复了主动脉瓣并堵住房颤血栓的来源。术中超声诊断中心钟敏主任全程经食管超声心动图(TEE)监测植入情况。

手术团队凭借丰富的经验和默契的配合，仅2小时就顺利完成了整个联合手术，取得了预期手术效果。术后超声显示，主动脉瓣无明显返流及瓣

周漏，左心耳封堵情况良好，目前，患者已康复出院。此次手术是粤东西北首例开展，目前全国开展的例数也不多。

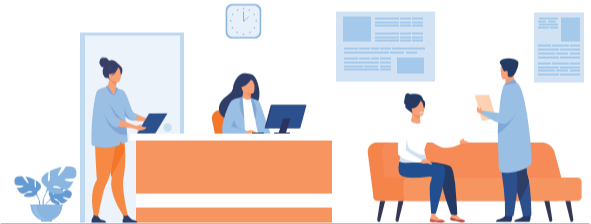
经导管主动脉瓣置换联合左心耳封堵术难度大，对医生团队技术要求高，此前，我院心血管病中心已创新开展了多项“一站式”的首创技术，在救治疑难复杂心脏疾病患者方面积累了丰富经验。

该病例的成功，是我院结构性心脏病介入治疗的重要突破，更为心脏瓣膜疾病合并房颤患者的治疗提供了新的选择。

(心血管病中心)

甲状腺癌患者的福音!

粤东北首家标准化核素治疗病房启用!



近日，我院核医学科正式启用标准化核素治疗病房，是梅州也是粤东北地区首家，标志着我院甲状腺癌规范化治疗水平进入国内先进行列。

甲状腺癌发病率逐年上升，不少甲状腺癌患者在手术后需要进行¹³¹I核素治疗，以清除术后残存、隐匿的微小癌灶，降低甲癌的复发率和转移率，提高治疗效果。由于标准化核素治疗病房建设要求高、难度大，很多医院难以配置，不少患者需远赴外地就医。

病房的启用，让梅州及周边地区的甲状腺癌患者就近即可得到规范的¹³¹I治疗，大大减轻了群众的就医负担。

核素治疗病房建设的要求很高，病房选址、防护、环保及诊治流程等均有严格要求。我院严格按照标准化病房建设要求，按照辐射防护相关法规标准布局，实行严格分区管理，设置有4间标准化大剂量核素治疗病房、1间抢救室以及完备的检查设备和配套设施。核素治疗病房的墙壁、门窗、地面及天花板均由特殊的防辐射材料做成，保障患者得到更安全、规范的诊治。

专家提醒，甲状腺癌术后1个月即可考虑做¹³¹I治疗，治疗前需根据医生指引进行前期准备，如停用优甲乐、忌碘饮食3-4周等，有需要的患者可到我核医学科门诊进行咨询。

挂号指引：关注梅州市人民医院微信公众号——医疗服务——预约挂号——院总部——内科——核医学科门诊。

出诊时间：周一到周六8:00~11:30、14:30~17:30。

门诊地址：门诊大楼3楼314诊室。

(核医学科)

支气管镜虚拟导航技术 助力肺部外周病变精准诊治

6月16日，梅州首例支气管镜虚拟导航技术在我院呼吸与危重症医学科(一科)成功开展，为患者潘姨顺利取得“左下肺占位性病变”的肺组织活检。

常规支气管镜只能看到位于气管、4-5级支气管腔内的病变，对管腔外的病变以及肺外周远端支气管病变常常是检查的盲区，经支气管镜虚拟导航技术有效解决了这一难题，能使支气管镜检查更加深入，引导术者更快、更准确地到达目标病灶，从而缩短检查时间，减轻患者痛苦，大大提高了肺部手术的安全性和准确性。

近日，潘姨到我院常规体检发现左下肺占位性病变，潘姨有多年的糖尿病史，平时没有咳嗽气喘咯血等不适，医生考虑为真菌感染，但需取得病灶活检进一步明确诊断。

我院呼吸与危重症医学科(一科)副主任郭俊华团队分析认为患者病灶位于肺部远端，普通支气管镜下可能无法看到病灶，于是决定使用我院新引进的支气管镜虚拟导航设备来引导支气管镜下肺组织活检，该设备可提供更精确的导航定位，术中很快定位了左下肺病灶，并顺利取得病变组织。

郭俊华主任医师介绍，早期诊断并规范化治疗，是提高肺部恶性肿瘤生存率的关键，其中最重要的环节之一就是取出病灶进行活检，明确诊断。

该导航技术是将患者的术前胸部CT图像经过计算机软件处理后，自动抽提患者个体化的支气管树，生成虚拟镜下图像，并生成通往目标病灶的最佳支气管路径，指引操作者将支气管镜到达目标病灶所在



的支气管，发挥关键的导航作用，对肺外周病变的诊断率达到80%以上。

不仅是诊断，还可用于精准治疗

新技术不仅可用于精准的肺组织活检定位，还可应用于

多种微创的精准治疗，包括已经没有手术机会的肺周围性病变患者，在支气管镜虚拟导航的引导下，可行经支气管镜下治疗，如射频消融、冷冻消融、病灶内注入药物等。该技术将为常规治疗方法受限的肺部疾病患者带来新的治疗机会。

(呼吸与危重症医学科)

如“淋”大敌？“肿”有办法！ 我院自主研发的淋巴水肿治疗仪成功投入市场



腿粗如柱，这样的淋巴水肿你见过吗？

淋巴水肿是一个慢性、复杂的病理生理过程，是高致残类疾病，在世界卫生组织对常见病的排位中，淋巴水肿排在第11位，致残类疾病排在第2位。淋巴水肿的病因有很多种，如恶性肿瘤根治术后、恶性肿瘤腹股沟淋巴结转移等等，随着病情不断加重，水肿一侧周径增粗、疼痛、影响行动，合并感染最终可能导致截肢，甚至危及生命。

淋巴水肿治疗方式主要包括手术治疗和保守治疗，其中淋巴回流的治疗技术（MLD）贯穿这两种治疗的始终，具有促进

淋巴回流、减轻水肿的功效，但该技术对操作者要求较高，不经过长期专业练习，很难掌握核心要领。能否让患者自己或者家里人更轻松地应用MLD技术呢？

新产品填补市场空白
成为居家护理的好帮手

为了解决以上难题，我院自主发明并参与全程研发一款淋巴水肿治疗仪“淋法普瑞手法按摩仪”，巧妙应用解剖学多面设计、多档位压力值等人性化设计，有效解决普通患者难以掌握淋巴回流治疗技术（MLD）、居家护理难的问

题，为淋巴水肿患者带来了福音。

我院长期致力于淋巴水肿治疗，积累了丰富的经验，在对大量的临床数据进行分析研究的基础上，通过4年的临床研发和2年的产品研发，精心设计和研制出一款符合人体力学模型的MLD专用设备——“淋法普瑞手法按摩仪”，该产品已于近日投入市场，填补了淋巴水肿治疗领域国内国际市场的空白，成为水肿患者居家护理的好帮手。

人性化设计，简便易学
可应用于全身多部位水肿

淋法普瑞手法按摩仪人性化设计，简便易学，可用于全身多部位水肿，满足了不同的治疗需求。

机身有多面设计：

1、柱状突起面：主要用于纤维化部分的强化治疗。
2、滚珠面：主要用于较大面积的淋巴结激活。

3、小弧面：主要用于手指、脚趾、外阴、阴茎等周径较小的弧形区域。

4、大弧面：主要用于腹股沟区域、圆柱状区域（如肢体）、阴囊周径较大的区域。

机身有多档设计：不同档位可应对不同压力，解决了MLD压力标准难以掌控的难题，让患者快速学会MLD技术。

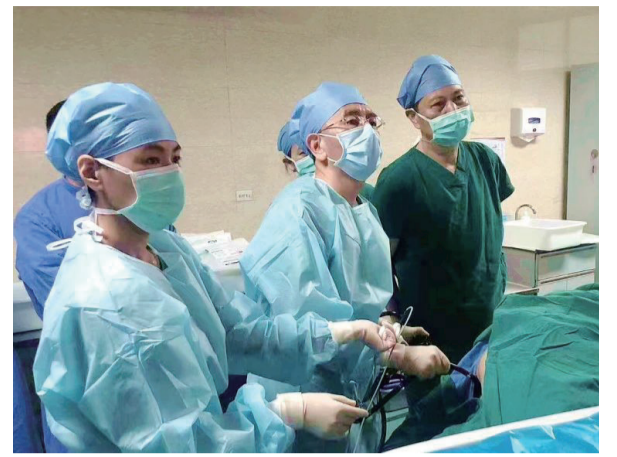
机身自带振动消肿设计：可刺激淋巴系统促进淋巴液回流，达到消肿的目的。

淋法普瑞手法按摩仪为淋巴水肿患者带来更优化的疗效体验，提高了淋巴水肿患者居家自我护理的质量。

除了手法淋巴引流（MLD），淋巴水肿的治疗还包括皮肤护理、低延展多层压力包扎（MLLB）、针对性的消肿功能锻炼、家庭管理指导等方式，患者需要在专业医护人员指导下进行术后淋巴水肿预防和治疗，以提高患者的生活质量。

（盆腔放疗科）

粤东西北首例！ 内镜下经盲肠阑尾切除术 腹部不留痕



近日，我院消化内科王胜炳主任医师团队成功开展了粤东西北首例内镜下经盲肠阑尾切除术，腹部不留疤痕，标志着我院消化内镜技术取得新突破，为阑尾疾病患者提供新的治疗方式。

反复腹痛一个月，竟是阑尾惹的祸

50岁的梁女士反复腹痛一个多月，药物治疗无效，于是来到我院消化内科门诊就诊。肠镜检查发现盲肠阑尾开口处有一个直径约2厘米的隆起，CT、MRI检查提示为阑尾根部肿物，医生考虑可能是阑尾黏液囊肿或黏液性肿瘤，治疗方式首选手术切除阑尾。

经自然腔道的内镜手术（NOTES）切除阑尾
创伤更小、恢复更快

由于患者较肥胖，而且有两胎剖宫产史，给传统外科手术和腹腔镜手术带来一定困难。经过消化内科和胃肠外科等多学科联合会诊，消化内科王胜炳主任医师团队决定采用国内外最新开展的术式——经自然腔道的内镜手术（NOTES）切除阑尾。

王胜炳主任医师团队先用肠镜经肛门进入盲肠腔内，在阑尾根部切开肠壁进入腹腔，然后将阑尾系膜与周边的粘连组织逐步剥离，完整切除阑尾及肿物，随后经结肠和肛门取出，用夹子缝合盲肠切口。术后病理显示为阑尾潴留性黏液囊肿并慢性阑尾炎。

该技术难点在于全层切除过程中对血管的处理、出血的控制以及创面的缝合，而且手术全程在内镜下进行，操作难度大，要求术者有熟练的内镜下剥离、止血及缝合技术，以及丰富的临床经验。

整个手术过程顺利，患者腹部无切口，创伤小，术后无明显疼痛，无出血，无肠漏，无腹腔感染等并发症，患者很快康复出院。

王胜炳主任介绍，阑尾切除一般都是通过传统的外科手术或腹腔镜手术切除，内镜下经盲肠阑尾切除术是近年来切除阑尾的一种新型微创手术，操作难度大，目前国内外文献报道仅开展约30例。我院消化内科团队成功开展该类手术，将造福更多的消化系统疾病患者，提高患者生活质量。

（消化内科）

女子“声音嘶哑”，罪魁祸首竟是罕见颈静脉孔区肿瘤！

我院神经外科突破技术难点成功救治

39岁的罗女士2年前出现“声音嘶哑”症状，起初以为是“声带受损”，辗转多家医院治疗未见好转。



近期，罗女士的症状逐渐加重，出现头晕、耳鸣等症状，这才意识到可能不是咽喉的问题，于是来到我院神经外科就诊，检查提示：患者右侧颈内静脉远心端周围-颈静脉孔-右侧桥小脑角区存在肿瘤，考

虑为脑膜瘤，而且肿瘤已侵犯后组颅神经并向颅外生长，需尽快手术切除。

该患者脑内肿瘤为罕见的颈静脉孔区肿瘤，该区域肿瘤发病率低，其位置深，解剖结构异常复杂，与后组颅神经、

脑干、颈内动静脉等关系密切，手术难度大，风险高，曾被称为“手术禁区”，对手术医生的显微外科手术技术、体力、心理、意志都有较高要求。目前国内仅少数大型综合性医院和大型神经专科中心能开展这个区域的手术。

我院神经外科团队联合影像科、麻醉科和神经电生理团队进行多学科诊疗，制定详细手术方案，随后神经外科手术团队在术中神经电生理监测下为患者行右侧颈静脉孔区肿瘤切除术，通过监测可即时了解

神经功能情况，保障手术更顺利、更安全完成。

经过5个小时的努力，我院专家团队成功将肿瘤完整切除，后组颅神经保留完好，术后病理诊断为脑膜瘤。患者术后无饮水呛咳、吞咽困难等症状，恢复良好，几天后康复出院了。

该例“颈静脉孔区肿瘤”在我院实现了一期完全切除手术，而且避免了对神经的损伤，最大程度保留了患者的神经功能，标志着我院神经外科在处理高难度颅底肿瘤方面取得新突破。

（神经外科）

火眼金睛辨前哨

双示踪技术助力乳腺癌精准诊疗

乳腺癌是全球女性发病率最高的恶性肿瘤，在早期乳腺癌的手术治疗中，除了切除乳房的原发癌灶，腋窝区域的淋巴结手术也是乳腺癌根治手术的重要环节。然而，腋窝区域的淋巴结手术如何开展，取决于准确判定前哨淋巴结是否出现癌细胞转移。

双示踪前哨淋巴结活检术
助力乳腺癌患者精准诊疗

前段时间，我院收治了一位患有左侧乳腺癌的47岁女性患者，为了精准制定腋窝区域的淋巴结治疗方案，我院乳腺外科为其开展了“吲哚菁绿+亚甲蓝”双示踪前哨淋巴结活检术，可准确判定癌细胞是否转移以及转移范围，该技术以灵

敏度、简便易操作的优势，实现了乳腺癌的精准治疗。

术前，医生在患者乳晕外周注射吲哚菁绿+亚甲蓝示踪剂，等待10分钟后，可在荧光腔镜探头指引下，清晰看到淋巴结引流轨迹并精准设计腋窝皮肤切口，实现前哨淋巴结活检。根据活检病理结果，手术专家为患者顺利实施左乳癌全乳切除+前哨淋巴结活检术，实现了

精准手术与规范治疗。

该例双示踪前哨淋巴结活检术的成功开展，大大提高了前哨淋巴结的检出率和准确率，为早期乳腺癌患者提供了一种新的安全活检方法，让乳腺癌患者有更大受益。

前哨淋巴结活检术：
避免误伤腋窝区域淋巴结

前哨淋巴结活检术（SLNB）



是乳腺癌腋窝处理的标准术式。在乳腺癌中，当癌细胞脱离原发灶进入淋巴循环时，它们在路径上遇到的第一个淋巴结就是前哨淋巴结！因此，前哨淋巴结的活检结果，有无检出癌细胞，将准确预测这个区域淋巴结的状态。

通俗的说，就是当病理结果提示前哨淋巴结未见癌转移时，无需进一步清扫淋巴结，有效地减少手术创伤；若提示有癌转移，则需针对不同患者的情况选择不同的手术方式，对腋窝淋巴结进行规范化的清扫处理。

那如何才能精准找到前哨淋巴结进行取检呢？当然离

不开示踪剂的帮助。

双示踪技术
实现更精准的前哨淋巴结活检

荧光染色的双示踪技术是近年来开展的新技术，可以在直视下动态地观察荧光染色剂在淋巴管的走行以及前哨淋巴结的位置，从而实现更精准的前哨淋巴结活检。

目前常用的示踪剂有亚甲蓝、吲哚菁绿（ICG），二者各具优势。

亚甲蓝：亚甲蓝的优势在于可视性好、操作简便、显像

经验有较高要求。

吲哚菁绿（ICG）：吲哚菁绿是一种优良的生物组织穿透剂，已广泛应用于前哨淋巴结活检、心血管功能测试等多种手术中。将ICG注射入乳房组织内，可迅速与组织间液的蛋白结合，毒性低，在体内无代谢产物，利用成像系统可以实时检测淋巴管引流及SLN位置，从而对皮肤切口位置进行准确设计，避免误切，减少机体创伤。

与之前单一染色剂示踪法相比，两种示踪剂联合起来使用的方法更有效、更准确，具有检出效率高、无核素污染、术中时间短、创伤小、术后并发症明显减少等优势。

（乳腺外科）

17岁青年患罕见肝脏巨大肿瘤 3D建模技术助力微创精准手术切除

17岁的小曾近期反复出现上腹部疼痛，服用胃药后无法缓解，来到我院检查发现肝脏有一个直径约12厘米的巨大罕见胆管囊腺瘤，已经压迫到了肝脏胆管和血管，治疗难度非常大，所幸肿瘤有明显的包膜，手术切除是目前唯一可能治愈的方式。



我院肝胆外科专家联合胃肠外科、麻醉科、核磁共振科及CT科等专家进行多学科会诊，决定采用CT设备的3D技术，重建数字化模型，明确肿瘤跟肝内重要管道的关系，并采用普美显胆管核磁共振成像技术（普美显是一种常用的显影对比剂）、低中心静脉压麻醉技术、荧光腹腔镜下胆管实

时显像技术、快速康复外科等先进技术理念，为精准、微创手术提供有力保障。

经过充分的术前推演和准备，专家团队在腹腔镜下为患者完整切除肿瘤，手术微创、效果好，术后患者恢复快，6天后康复出院了。

我院肝胆外一科曾华东副主任医师介绍，胆管囊腺瘤可

能发生于肝内外胆管任何部位，大多数起源于肝内胆管，目前以手术切除为主，而传统肝脏手术创伤大，疼痛明显且恢复较慢。此次手术我院专家团队充分运用医院的高精尖设备和先进的医疗技术相结合，为患者带来了更大受益。

我院肝胆外一科徐继威主任提醒，肝脏是一个“沉默的

器官”，大多数肝脏结节/肿瘤早期均无明显症状，常见的症状也是非特异性的，常有腹部包块、腹痛、黄疸和上行胆管感染等表现。因此，定期规范体检很重要，良性的肝脏结节/肿瘤往往发展较慢，不会对健康造成影响，恶性的就可能威胁生命，需要尽早规范治疗。

（肝胆外一科）

阿伯误吞鸡骨头险些刺破肺动脉！ 硬质支气管镜下巧取异物

家住蕉岭的徐伯吃饭时，不慎误吞一块尖锐的鸡骨头，不幸的是这块鸡骨头被误吸到肺里，刺进支气管，徐伯当即出现咳嗽、吞咽困难症状，赶紧来到我院就诊。详细检查后发现徐伯右肺下叶支气管开口短条状高密度影，异物尖锐，稍有不慎可能会刺破肺动脉，危及生命。

气道异物，是呼吸内科常见急症，儿童较为多见，是导致3岁以下儿童死亡的主要原因，轻则反复咳嗽不适，引发多种并发症，严重时可能导致窒息丧命。

取出小异物通常首选电子支气管镜，可弯曲性强、操作方便，易于取出小异物。但这

个鸡骨头不仅尖锐，而且体积比较大，电子支气管镜的钳子可能难以取出。针对这种情况，我院呼吸与危重症医学科（一科）郭俊华副主任团队决定采用硬质支气管镜为徐伯取出异物，硬质支气管镜管径大，异物钳抓取力强，配有机械通气接口，安全性高，有利于取出较大的尖锐异物。

此次异物取出手术对医生技术要求高，由于患者异物位于右下叶开口，尖锐一端贴近右肺动脉，在取出时稍有不慎可能刺入动脉，引发大出血，后果不堪设想。加上硬质支气管镜与常规支气管镜不同，因为材质坚硬不可弯曲，操作难度大，对术者的操作速度、麻醉团队的密切配合



度，都有很高要求。

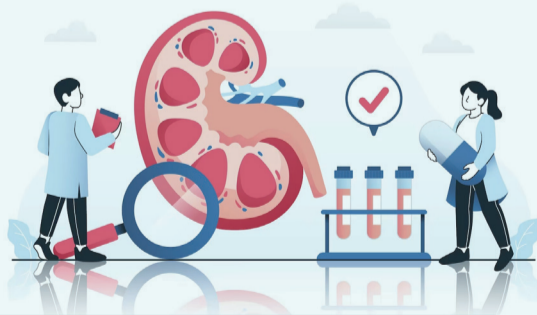
在团队的娴熟配合下，手术顺利开展，短短几分钟徐伯的支气管异物就被成功取出，出血仅约2毫升，取出异物大小约为1×2厘米，边角尖锐。

硬质支气管镜不但可用于取出气道异物，还可以用于良恶性肿瘤引起的气道狭窄介入治疗，包括放置气管支架、肿瘤消融等，为复杂呼吸疾病诊治提供了更优选择。

（呼吸与危重症医学科）

偶然发现的肾囊肿 也可能隐藏危机

23岁的刘女士半年前在当地医院体检，彩超发现右肾有一个大小约2厘米的肾囊肿，由于没什么不舒服，没有进一步检查。半年后，刘女士来到我院泌尿外科门诊复诊，结果肾囊肿从2厘米长大到3.8厘米，进一步检查后发现囊肿内部存在分隔，分隔壁厚度不均，很可能是囊性肾癌，专家建议手术切除。



刘女士还很年轻，如何在确保病变完整切除的同时，最大程度保留正常的肾脏？

我院泌尿外二科陈南辉主任团队仔细评估后，决定为患者进行腹腔镜下肾部分切除术。手术难点在于囊性肾癌的囊壁薄如纸，分离必须非常小心，稍有不慎便会引起囊壁破损，引起囊内癌细胞转移。其

次，手术切除后必须快速精细缝合创面，避免肾血管阻断时间过长，造成术后肾功能不可逆损伤。

手术顺利完成，完整切除了病变，精细快速缝合创面，整个手术用时不到1小时，缩短了肾脏缺血时间，最大程度保护了肾功能。手术创伤小，术后3天患者就恢复出院了，术后病理证实该

肾囊肿为肾透明细胞癌，即肾癌中最常见的一种亚型。

陈南辉主任介绍，肾囊肿是成年人肾脏常见的病症，简单说就像是肾脏皮质上长的一个“水泡”，一般是良性病变，但也可能是囊性肾癌。像刘女士复查发现囊肿短期内快速增大，囊肿内存在分隔，而且分隔壁厚度不均，就需要警惕囊肿是

否为恶性，需要进一步检查明确诊断。

专家提醒，对于良性的肾囊肿不一定需要手术，大多数生长缓慢，对肾功能无影响，定期观察即可。但如果是恶性的，即囊性肾癌则需要尽快手术，否则肿瘤越大越难保住肾脏，而且容易引发囊肿破裂，增大癌细胞转移风险。

（泌尿外二科）

用荧光“点亮”前哨淋巴结 子宫内膜癌治疗更精准



近日，我院妇一科侯涛主任团队为一名子宫内膜癌患者完成了“荧光腹腔镜全子宫双附件切除+前哨淋巴结切除术”，用荧光染色“点亮”前哨淋巴结，使手术更精准，创伤更小，恢复更快。

前些日子，李阿姨因为“绝经后不规则阴道流血”来到我院妇一科就诊，详细检查和取病理检验后，诊断为高分化子宫内膜样腺癌，考虑是早期子宫内膜癌。

李阿姨体型肥胖且内科基础病多，有高血压病、糖尿病、脑梗塞病史，手术风险较大。侯涛主任团队综合评估李阿姨的病情后，为其制定手术方案：荧光腹腔镜全子宫双附件切除+前哨淋巴结切除术。

术中，侯涛主任使用吲哚菁绿在荧光腹腔镜下成功显影了“前哨淋巴结”并完整切除，术中快速病理检查，淋巴结未见癌转移，手术没有插尿管，用时短，出血少。术后第1天，李阿姨就可以自主下床活动、排尿顺畅，术后第3天李阿姨复查验血指标正常，康复出院了。

荧光染色，显影前哨淋巴结区域

前哨淋巴结是原发肿瘤转移的第一站区域淋巴结。淋巴系统遍布全身，肿瘤的淋巴结转移就好比癌细胞坐上开往身体其他部位的公交车，“第一站”就是前哨淋巴结。如果在第一站发现癌细胞的痕迹，就要提高警惕，很可能癌细胞已经开启了全身远程的破坏之旅。

本次手术成功的关键是要快速且全面地定位前哨淋巴结，避免因定位错误漏掉部分前哨淋巴结，出现“假阴性”结果。

荧光染色能完整显示前哨淋巴结，术中医生使用荧光染料吲哚菁绿来“点亮”前哨淋巴结，这种荧光染料会随着淋巴液的流动进入前哨淋巴结并被捕获滞留，然后利用荧光腹腔镜，就可以清晰显示出前哨淋巴结的区域，方便医生精准发现并切除该区域的淋巴结。

精准切除淋巴结 避免“滥杀无辜”

对于子宫内膜癌来说，癌细胞是否出现淋巴结转移是一个关键的预后因素。而早期子宫内膜癌淋巴结转移率不足10%，如果盲目进行大规模的系统的淋巴结清扫，会造成过度切除淋巴结，而且手术时间长，增加了术后淋巴水肿、淋巴囊肿、血管损伤等发生率，得不偿失。

随着“精准医学”和“肿瘤微创治疗”等理念在临床的应用，前哨淋巴结切除应运而生。前哨淋巴结切除术可获得最早且最可能转移的淋巴结区域，避免淋巴结过度切除，减小手术创伤、降低手术并发症的发生。患者手术创面减少且不留尿管，术后4-6个小时即可下床活动和自行小便，术后2-3天出院，手术治疗体验大幅提高。

妇一科诊疗特色

我院妇一科团队在妇科良、恶性疾病诊治，经阴道手术及腹腔镜手术方面均积累了丰富的经验。荧光染色前哨淋巴结切除在腹腔镜子宫全切除术的应用以及vNOTES（经阴道单孔腹腔镜手术）是妇一科的标志性手术，私密整复及盆底康复是妇一科的诊疗特色，精湛的技术更好地服务广大女性同胞。

妇一科门诊地址：门诊大楼二楼201、203、205诊室

（妇一科）

超大肿瘤侵犯“三咽”！个体化精准治疗成功除瘤

前段时间，患者陈伯因为咽喉有异物感来到我院就诊，起初以为是口咽癌或喉咽癌，结果检查发现是超大型鼻咽癌！癌肿从原发部位的鼻咽向下侵犯至口咽，直达喉咽，逼近食管入口，变成了横跨“三咽”的恶性肿瘤，最长径达13厘米，相当于成年人整条脖子的长度。



这么大的肿瘤该怎么治疗呢？

鼻咽部结构复杂，临近脑、脊髓、视神经等重要器官，癌细

胞向上可侵入颅内，下行可转移至颈部淋巴结，鼻咽癌病理类型对放射线比较敏感，放疗效果好，是首选治疗方法。

问题是，该患者如此巨大的鼻咽癌非常罕见，加上肿瘤

横跨“三咽”，放疗范围广，相当于同时处理鼻咽癌、口咽癌、下咽癌三种肿瘤，治疗难度大，这可怎么办？

我院头颈放疗二科陈意标副主任团队详细了解患者病情

后，联合肿瘤内科、磁共振科、核医学科、临床营养科、中医科等专家进行多学科诊疗（MDT），为患者制定个体化治疗方案，确定了“多模态影像融合勾画肿瘤靶区+图像引导容积调强精准放疗+化疗及靶向药物联合治疗+早期营养干预及特色专科护理”的个体化精准治疗方案。

其中，多模态影像融合勾画使肿瘤靶区勾画、计划设计更加准确完美，从而提高放疗精准度，提高放疗效果并降低放疗毒副作用。

图像引导容积调强精准放疗则使肿瘤靶区剂量分布更加适形、均匀，同时为每次放疗配置“监视器”，既保证了放疗剂量准确投射，又缩短了每次放疗时间，最大程度降低放疗误差。

靶向治疗和化疗则起到与放疗协同增敏作用，同时杀灭潜在转移病灶，降低远处转移风险，提高疗效。

整个治疗过程顺利，治疗结束后肿瘤完全消失，患者病情稳定、状态良好，已恢复了正常工作和生活。

专家介绍，在头颈部中，“三咽”即鼻咽、口咽、喉咽，“三咽”的肿瘤分别为鼻咽癌、口咽癌、喉咽癌，由于咽部区域很狭小，周围毗邻众多血管神经和重要器官，承担呼吸、消化、言语等功能，加上大多对放疗相对敏感，具有器官功能保留作用的放疗在“三咽”肿瘤治疗中发挥着重要作用，尤其是鼻咽癌的治疗。

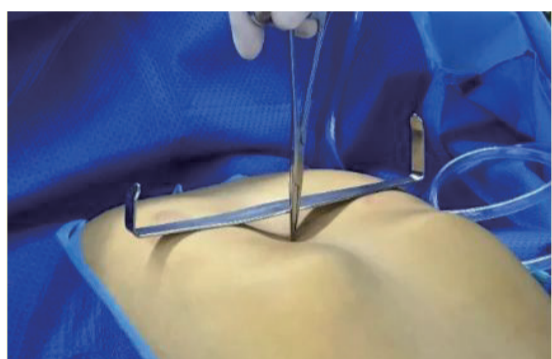
通过我院精准放疗技术联合个体化综合治疗，即使是横跨三个咽腔的超大型鼻咽癌，也能实现良好的治疗效果。

（头颈放疗二科）

漏斗胸、鸡胸矫正术 还你“昂首挺胸”的少年！

在胸外科门诊，经常有家长咨询，孩子的前胸怎么会凹陷或向外凸起，凹陷的如漏斗，凸出的又像鸡的胸脯。这两种情况都是小儿胸壁常见的畸形：漏斗胸和鸡胸。这种外观的异常，会给孩子带来焦虑、自卑等消极的情绪。

我院胸外科开展的微创矫正技术，能帮助孩子矫正胸壁畸形，恢复自信，昂首挺胸！



术前漏斗胸明显



术后畸形纠正

Nuss手术微创矫正漏斗胸 最快半小时可完成

漏斗胸是一种先天性疾病，往往有家族遗传因素，男性更多发。漏斗胸属渐进式病变，在出生时可能已经存在，但往往在几个月甚至几年后才越来越明显，其外型特征为前胸凹陷，肩膀前伸，略带驼背以及上腹突出。

漏斗胸并不可怕，完全可以通过微创手术矫正。目前，我院胸外科已通过Nuss手术矫正了许多漏斗胸患者的胸廓畸形。

与传统术式相比 Nuss手术有哪些优势？

1、以前，传统的漏斗胸手术有的需要摘除骨骼，有的需要切除骨骼后固定。Nuss微创手术不切骨，不断骨，不用分离两侧的肌肉，对肌肉的损伤非常小。

2、前胸没有大切口，手术切口一般都在侧面，切口小创伤小，术中出血仅几毫升。

3、手术时间比传统手术更短，传统手术基本需要5-6小时，Nuss手术最快可在半小时内完成。

反Nuss手术矫正鸡胸 创伤小，疤痕隐蔽

鸡胸患者胸骨向前隆起畸形，如鸡、鸽子的胸脯，一般是肋骨和肋软骨过度生长造成的，鸡胸症状出现较晚，一半以上患者在11岁以后才被发现。青春期少年的鸡胸患者，胸廓较硬、弹性较差，保守治疗往往无法取得满意的效果，需手术纠正畸形。

我院胸外科目前常规开展微创手术——反Nuss手术矫正鸡胸。相比传统的胸骨翻转法和胸骨沉降法，鸡胸微创手术通过在鸡胸突起最高区域的皮下、胸廓外侧，经皮下隧道植

漏斗胸、鸡胸手术治疗的 最佳时机是何时？

漏斗胸、鸡胸矫正手术的最佳时机因人而异，每个人最适合做手术的年龄是不一样的，要具体情况具体分析。

手术不是越早越好，有的手术做早了，反而会对病人造成伤害。例如假性漏斗胸一般不需要手术，三岁以后可能会慢慢自愈，这是选择三岁以后才做手术的原因之一。另外，Nuss手术是微创手术，是靠胸廓本身的力量来纠正畸形。如果胸廓很小、很软，受压后有可能造成其他的畸形，对于比较轻症状的漏斗胸，建议等孩子大一点再做手术。

一般而言，小孩的骨头弹

性好，可塑性好，软骨相对较长，手术的效果也会更好。十四五岁以后，骨的弹性相对变差，软骨也就相对短了，因此三岁到十四五岁这个年龄段做手术是比较适合的。

但对于特别严重的漏斗胸或严重不对称的漏斗胸，可能会压迫心肺导致功能受损，或造成脊柱畸形等更严重的问题，应尽早做手术。

专家提醒，漏斗胸、鸡胸手术治疗后，应注意站姿和睡姿：术后要挺胸抬头，多靠墙站，以防止脊柱侧弯等并发症的发生；术后前三个月平躺着睡觉，尽量减少侧躺，用薄枕头，睡硬板床，有利于术后恢复。

术后还应注意运动方式：术后第二天即可开始活动，三个月内可做舒缓的运动，比如走路、慢跑；三个月后大部分的运动都可以参加，但要避免剧烈的碰撞性运动，比如踢足球、橄榄球、滑冰等。

（胸外科）

脊柱侧弯数十年 在这里，他终于挺直了脊梁

53岁的林伯幼年时患上了脊柱侧弯，由于家庭经济条件等原因，林伯一直未进行规范治疗，导致现在发展成重度脊柱侧弯，身体严重扭曲变形，同时压迫胸腰椎脊髓，双下肢乏力，不能走路，连大小便都困难。

近几年，林伯辗转多家医院求医，均被告知手术难度大、风险高，不一定能安全完成手术。几经周折，林伯抱着一丝希望来到我院脊柱外科就诊，在这里，他终于挺直了脊梁！

脊柱矫形术 让林伯挺直脊梁

针对林伯“S型重度脊柱侧弯畸形（成人双主弯型）”的情况，我院脊柱外科刘展亮主任团队制定了周

密的手术计划，在全麻插管下为患者实施了“椎弓根螺钉脊柱侧弯矫形内固定术、脊髓减压、植骨融合术”，历时6个多小时，顺利将林伯严重侧弯的脊柱“回直”，手术获得成功。

术后，在我院重症医学三科张华根主任医护团队精心监护下，患者的身体机能得到良好的恢复。术后一周林伯就能独自站立、行走，大小便也顺畅了，弯腰驼背这么多年，如今他终于挺直了脊梁！

重度脊柱侧弯 手术难度大、风险大

我院脊柱外科主任刘展亮介绍，严重的脊柱侧弯通常采用椎弓根螺钉系统来矫正畸形，通俗来说，就是在脊柱上打上多枚螺钉，再通过连接棒固定进行矫正。由于林伯年纪大、病史长，存在侧弯严重、压迫脊髓等症状，增加了置钉难度，一旦操作不慎，容易造成神经损伤，严

重的会出现瘫痪甚至危及生命，该手术对医生要求高，需具备丰富的临床经验和精湛的手术技巧。

脊柱侧弯可能致残 一定要及早治疗

专家提醒，脊柱侧弯逐渐加重会导致外观畸形，严重者可能影响到心肺功能，出现呼吸衰竭，累及脊髓可能还会造成瘫痪，一旦发现异常，应该及时干预治疗。

（脊柱外科）

开诊啦！ 我院开设新生儿保健特色专科门诊



为响应国家卫健委发布的《健康儿童行动提升计划（2021—2025年）》，降低5岁以下儿童生长发育不良预后发生率，近日，我院开设了梅州首个新生儿保健特色专科门诊，旨在为0-3岁的婴幼儿提供医疗保健服务，促进婴幼儿更好地生长发育。

我院是梅州地区首家广东省新生儿保健特色专科建设单位，专科管理水平和医疗质量居省内先进水平，为新生儿保健特色专科门诊的诊疗提供了有力支撑，该门诊每周由资深儿科专家轮流坐诊，为新手爸妈提供更专业、权威的咨询诊疗服务。

服务内容

1. 婴幼儿常规保健、健康咨询
2. 早产儿和高危儿出院后随访
3. 婴幼儿营养评估与喂养咨询
4. 婴幼儿生长发育评估与育儿指导
5. 婴幼儿喂养与营养相关疾病的诊治
6. 儿童神经系统发育异常和行为发育异常的早期识别和早期治疗与干预指导
7. 特殊情况婴儿（如早产儿）预防接种前的评估
8. 新生儿疾病筛查报告的解读和相关疾病的诊治
9. 婴幼儿罕见病和慢性病的治疗与管理
10. 儿童其他非发热性疾病的诊治

新生儿保健特色专科门诊就诊指引

出诊安排		
出诊专家	职称	出诊时间
陈学馨	副主任医师	星期一
陈宏香	主任医师	星期二
潘健崧	副主任医师	星期三
李炎	副主任医师	星期四
黎焯旺	副主任医师	星期五
钟澜	主治医师	星期六

挂号方式

1. 线上预约挂号：关注梅州市人民医院微信公众号--医疗服务--预约挂号--院总部--儿童保健科--新生儿保健特色专科门诊。
2. 线下现场挂号：梅州市人民医院1号楼门诊七楼收费处或一楼急诊收费处。

门诊地址

梅州市人民医院1号楼门诊七楼727诊室

（新生儿科）