每天一斤酒、一两包烟 七旬老人确诊膀胱癌晚期

11月2日,南京鼓楼医院泌尿外科第四届“新膀胱 新生活”膀胱癌患者联谊会现场,78岁的吴爷爷坐在人群中,面色红润、声音洪亮,看不出曾经历膀胱全切手术。两年前,他因肌层浸润性膀胱癌合并前列腺癌接受膀胱全切及原位膀胱术,如今不用在腹壁挂造口袋,白天生活基本如常,随访频率也从半年一次调整为一年一次。

“当时我没有什么感觉,就是小便的时候发现里面有点红。”吴爷爷回忆,自己多年来每天一斤白酒、一两包烟,身体没出现明显的不适,直到2024年8月,他因血尿就医,随后确诊为膀胱癌和前列腺癌晚期。在外院接受电切手术后,病理提示肌层浸润,已达到膀胱全切指征。“当时老先生76岁,属于高龄,但身体条件还可以,自我护理能力和接受新事物的能力比较强。来到我们医院后,经过多方评估,给他做了膀胱全切和原位新膀胱手术,手术挺顺利的。”南京鼓楼医院泌尿外科主任医师张士伟说。

让吴爷爷频频竖起大拇指的,无疑是术后不用挂集尿袋。“当时给我两个选择,一个是挂袋子,挂一辈子;第二个就是原位新膀胱手术。”吴爷爷说,自己一辈子喜欢到澡堂泡澡,不能接受挂一辈子尿袋,便果断选择尝试了原位新膀胱这一术式。

如今,他白天没有明显不适,晚上用闹铃提醒排尿。“起初没有便意,现在逐渐有了发胀感,有感觉就上厕所。”记者见到吴爷爷时他气色很不错,体重也恢复到了手术前,不用放化疗也不用吃药。说起现在的生活,他笑着说,一周还要去澡堂泡两三次,“感觉很好,跟以前没什么区别”。



张士伟介绍,膀胱癌患者中约20%发现时已是肌层浸润性,单纯电切达不到治疗目的,需要做膀胱全切。膀胱是储存尿液的囊状器官,切除后尿怎么走,临床上主要有两种方式:一种是在腹壁做造口、挂造口袋;另一种是原位膀胱,替代原有膀胱的储尿功能。

原位新膀胱究竟是怎样“造”出来的?“术中选取一段肠管,通过去管化做成一个能够储存尿液的储尿囊,然后将两侧输尿管植在储尿囊上,随后储尿囊与尿道吻合,这样患者就能像切除膀胱前一样,通过原来的尿道排尿。”张士伟详细解释道。

“最大的优势就是患者生活质量明显提高。”张士伟说,腹部造口的方式术后护理比较麻烦,护理不好会出现较多造口相关问题,给患者生活造成极大不便。

不过,这项技术并非没有门槛。张士伟坦言,原位膀胱手术复杂度高,常规取末端50厘米回肠,涉及肠道解剖和术后并发症处理;女性患者还涉及妇科解剖,对泌尿外科医生跨学科能力要求较高。“既要有普外科处理肠道的经验,也要有妇科解剖知识,术后并发症处理也需要足够经验。”

据介绍,南京鼓楼医院泌尿外科尿路上皮肿瘤亚专科常规开展该技术,截至今年底,预计通过膀胱根治性切除术加全腔镜原位新膀胱术服务近300例患者,在国内处于领先地位。

手术成功只是第一步,如何早期发现、尽早干预同样重要。张士伟指出,膀胱癌的主要诱因包括吸烟、染发、长期密切接触芳香烃类化工产品,憋尿等习惯也是潜在的不良因素。专家提醒,膀胱癌病人最常见的临床症状是肉眼血尿,有血尿一定要重视。50岁以上人群小便偶尔有血或者有血,或者镜下血尿的话,建议及时去正规医院寻求泌尿外科专科医生的帮助,进一步检查明确诊断。

扬子晚报/紫牛新闻记者 **吕彦霖**

高中严师突发心梗 亲弟子39分钟抢回生命

扬子晚报讯(通讯员 **黄为民 蔡钰** 记者 **姜天圣**)11月1日,扬中市人民医院心内科收到两面特殊的锦旗。送锦旗的是江苏省扬中高级中学教师王凤年,收旗人是心内科主任何光朝及其医护团队。王、何二人还有一层特别的关系:何光朝是王凤年当年的学生。

王凤年在省扬中高级中学任教多年,治学管理严格,在往届学生中留下深刻印象。10月23日,王凤年已经胸闷不适3天,在外院检查提示心肌梗死,随即紧急转入市人民医院。当天8点16分,胸痛中心接到预警,正在门诊坐诊的何光朝立刻启动胸痛中心急救预案,带领团队实施急诊手术。整场救治历时39分钟,闭塞血管顺利开通,支架成功置入,王凤年脱离生命危险。

术后恢复期间,王凤年感念医护团队全力救治,特意定制两面锦旗。一面赠予医生团队,上书“医术精湛美名扬,医德高尚暖人心”;另一面赠予护理团队,写着“爱心天使 优质护理”。何光朝回忆,上学时王凤年管理严格,给班里同学留下很深印象,毕业后师生一直保持联系,常有健康方面的交流,这次能参与救治老师,既紧张又倍感责任重大。

据何光朝介绍,近期气温起伏,心内科急性心梗接诊量明显上升。换季降温是心梗重要诱因,低温会造成血管收缩、血压升高,血管内粥样硬化斑块更容易破裂诱发血栓。相关研究显示,气温每降低1℃,心梗发病风险上升2%。

医生提醒,高血压、糖尿病、高血脂控制不佳、长期烟酒、有冠心病家族史以及活动后胸闷胸痛人群,属于心梗高危群体。心梗预警信号不局限于剧烈胸痛,胸部压迫闷胀感、肩臂下颌放射痛、莫名气短、持续乏力、出冷汗、头晕等都需要警惕,老年人、女性患者症状常常不典型,容易被忽视。

何光朝提醒,心梗救治牢记“两个120”:出现疑似心梗症状,持续十余分钟无法缓解,第一时间拨打120,送往具备胸痛中心资质的医院;心梗黄金救治窗口为发病后120分钟,越早开通血管,越能减少心肌不可逆损伤。同时,冠心病、支架术后患者需长期规范管理,按时服药、控制基础指标,切勿因自觉好转擅自停药。

医学前沿

南京原创技术+国产瓣膜 让患者更好回归正常生活

扬子晚报讯(通讯员 **曹慧慧 张洁** 记者 **吕彦霖**)美国当地时间10月31日,第38届经导管心血管治疗学术会议在美国圣地亚哥会议中心开始首日议程。南京市第一医院心血管内科陈绍良教授、张俊杰教授团队牵头的SEASON-AR研究,在当天最受关注的场次中公布结果,论文同步发表于《循环(Circulation)》。这是国际上第一项在重度单纯主动脉瓣关闭不全患者中,把微创瓣膜置换与单纯药物治疗放在一起头对头比较的随机对照试验。

主动脉瓣是左心室向全身供血的唯一出口。心脏每收缩一次,这道门开一次;门关上,血流就该停下。一旦关不严,刚泵出去的血有一部分又倒流回来,心脏只好把同一份血一遍遍重新推。日子久了,心室扩大、心肌变薄,最终走向衰竭。患者的感受很朴素:走几步就喘,晚上躺不平,脚踝发肿。症状一旦出现,重度单纯主动脉瓣关闭不全的标准答案一直是外科开胸换瓣。但有一批患者高龄、心功能已经很差、合并肾功能不全或肺部疾病,开胸的风险高到难以接受;还有一些人反复沟通后,就是不愿挨这一刀。

SEASON-AR研究由南京市第一医院牵头,联合国内18家中心,2021年6月至2025年5月共入选210例重度主动脉瓣关闭不全患者。他们的共同前提是:经当地心脏团队判断不适合外科手术,或经多学科评估后仍拒绝开胸。所谓经股动脉主动脉瓣置换,是在大腿根部穿刺一根血管,把压缩的人工瓣膜沿血管送到心脏原位释放。不开胸,不锯肋骨,多数患者术后一两天即可下地。一年随访无一例失访。把死亡、致残性卒中、因心衰再次住院三项合并为复合终点,微创换瓣组发生率为8.3%,药物组24.8%。

比这些数字更贴近生活的,是患者自己的状态。临床上用纽约心脏协会心功能分级衡量一个人能承受多大的活动量。一年之后,微创组有84.7%的患者回到Ⅰ级或Ⅱ级,也就是日常活动基本不受限;药物组这一比例是62.4%,仍有近四成患者稍一动就喘。另一个指标更直观。六分钟步行试验,是让患者在平地上尽力走满六分钟,看能走多远。它回答的是一个非常朴素的问题:能不能自己走到菜市场,能不能一口气上两层楼。这项距离,微创组明显长于药物组。超声复查同样显示,微创组左心室内径缩小、射血分数提升更为明显。

本研究由张俊杰教授、陈绍良教授担任共同通讯作者。“过去我们只能靠药物延缓这类患者的心衰进程。SEASON-AR给出了另一种可能:经过严格筛选的患者,用微创的方式换掉瓣膜,确实住得更少、走得更好。”张俊杰教授表示,“这项研究里使用的瓣膜,全部是中国自主研发的产品。把中国人自己的器械,放到国际最高水平的随机对照试验里去检验,而且给出了漂亮的结果——这背后是中国医疗装备真正的强大,也是中国临床研究团队走向成熟的一次证明。”

一种常见基因变异 或增加肺炎风险

高龄、吸烟和基础疾病是已知的肺炎危险因素。瑞典隆德大学等机构的研究人员发现,一种常见基因变异可能削弱肺部抵御细菌感染的能力,使携带者患肺炎的风险增加约12%。

研究团队重点关注一种名为“树突状细胞相关性C型凝集素-1”的受体及影响该受体功能的基因变异。“树突状细胞相关性C型凝集素-1”由名为CLEC7A的基因编码,该受体存在于肺组织细胞中,能够识别外来物质,帮助机体启动免疫反应。研究发现,CLEC7A基因的一种常见变异会削弱该受体功能,大约每7名欧洲人中就有1人携带这种基因变异。动物实验显示,当“树突状细胞相关性C型凝集素-1”缺失或功能减弱时,实验鼠清除肺炎链球菌和流感嗜血杆菌这两种常见呼吸道致病菌的能力下降。

研究人员表示,这项发现有助于进一步理解不同个体对肺炎的易感性为何存在差异,以及人体免疫系统如何抵御呼吸道细菌感染。 **新华社**