

东院保健综合(肿瘤)科：

125I粒子植入治疗肿瘤新技术

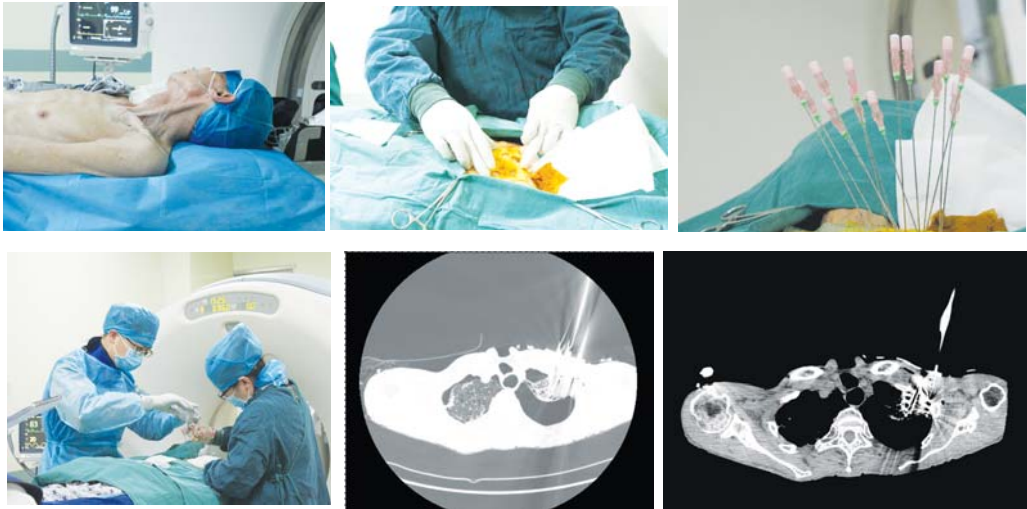
125I粒子植入治疗属近距离治疗的一种，是根据BTPS,将完全密封的125I粒子植入肿瘤组织，包括肿瘤淋巴扩散途径的组织，以其连续释放的低能量光子产生的射线持续照射肿瘤细胞，通过放射线的直接效应或产生的自由基的间接作用来破坏DNA双链，不断消耗肿瘤干细胞，经过足够的剂量和足够的半衰期，使肿瘤细胞全部失去增殖能力，达到彻底治疗的效果。由于射线射程短，大部分射线能量均被瘤体组织吸收，周围正常组织不受损害或仅受微小损害。

放射性粒子植入术主要适用于：无法手术切除及应用

化疗、外放疗效果不佳的肿瘤患者。其通过微创的方法植入粒子，达到与手术切除相同的目的，而且能够保留机体的结构和功能。优势为创伤小、恢复快，兼具放疗、适形性等特点，且放射源易于保存，便于防护。截至2017年6月25日，三年时间内科室完成125I粒子植入治疗各类恶性肿瘤1579人次。其中肺恶性肿瘤487人次、肝恶性肿瘤183人次、胰腺肿瘤24人次、转移淋巴结161人次、皮下软组织转移瘤48人次、纵隔肿瘤86人次、腹腔恶性肿瘤126人次、其他464人次。完成3D打印个性化模板联合CT引导125I粒子植入治疗肿瘤66例。

3D打印个性化模板引导125I粒子植入典型病例：

患者，男，76岁，食管癌并左肺转移



产科特色技术：

腹主动脉球囊阻断辅助下凶险性前置胎盘剖宫产术

凶险性前置胎盘是指既往有剖宫产史，此次妊娠为前置胎盘，且胎盘附着于子宫的瘢痕处，往往伴有胎盘植入。随着国家二孩政策的落实，既往有剖宫产女性再次妊娠明显增加，凶险性前置胎盘明显增多。凶险性前置胎盘常在产时发生难以控制的出血，出血常在数千毫升、10000毫升以上的也时有发生，严重危及母儿生命，是产科临床治疗的难点。既往处理此类疾病，出血多，子宫切除率高，有较多的术后并发症。对于育龄女性，子宫的丢失不但使其丧失了生育能力，也会严重影响其以后的生活质量。如何有效的控制术中出血并保留子宫是临床需要解决的重要问题。

我院产科于2013年10月采取腹主动脉球囊阻断下辅助凶

险性前置胎盘剖宫产术。球囊于剖宫产前经股动脉插管在腹主动脉下段预置球囊，选择尽量避开胎盘的子宫切口切开子宫娩出胎儿后立即充盈球囊阻断腹主动脉，药物促进宫缩，结扎子宫动脉上行支，徒手剥离胎盘并尽量清除植入肌层的胎盘组织，分离反折腹膜，下推膀胱，采用可吸收线局部缝扎、折叠缝合、CHO四边形缝合和B-Lynch缝合以控制产后出血。腹主动脉球囊阻断后，多数效果良好，出血减少，子宫切除率明显下降，由79.3%降至18%，超过80%的凶险性前置胎盘患者保住了子宫。这得利于胎儿娩出后充盈的球囊阻断了腹主动脉，出血明显减少，术野清晰，利于手术操作和精准止血，为保留子宫创造了条件。目前我院产科与影像研究所

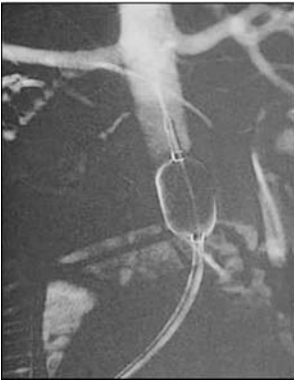
介入科合作已经完成腹主动脉球囊阻断下辅助凶险性前置胎盘剖宫产250余例，效果良好，国内处于领先地位。术中出血量和输血量明显减少，周围脏器损伤减少，患者转至ICU病房治疗天数减少。保留子宫的手术操作并没有增加术后感染和介入手术操作的严重并发症。关于胎儿的安全性，由于在腹主动脉下段预置球囊的辐射剂量约12-25mGy，明显小于对胎儿的损害剂量，对胎儿安全。

我院产科应用腹主动脉球囊阻断下辅助治疗凶险性前置胎盘取得良好的效果，尤其在减少出血、降低手术难度和保留子宫方面效果显著，目前全省及周边省市的凶险性前置胎盘患者慕名而来，省医产科人正在为疑难孕产妇保驾护航！

产科首例腹主动脉球囊阻断处理凶险性前置胎盘的典型案例

患者杨某，女，32岁，因“停经29+4周，阴道流血2天”于2013年8月26日入院。患者先后在济南市妇幼保健院和我院多次住院保胎治疗，此次仍因“阴道流血”再次来我院。入院诊断“29+4周妊娠 LOA G2P1A0L1 凶险性前置胎盘 胎盘植入”。原来，该患者5年前行第一次剖宫产，胎盘植入一旦达膀胱，术中分离膀胱时会出现致命大出血达万余毫升，子宫全切困难。一旦胎盘植入膀胱，甚至穿透膀胱，出血会在1万ml以上。

在经过一段时间保胎治疗后，9月23日，产科请麻醉科、泌尿外科、介入科、妇科等专家行疑难病例讨论，并于9月26日在介入科行腹主动脉下段放置球囊，然后到手术室在全麻下行子宫体剖宫产术+前置胎盘B-Lynche缝合术+B-Lynche缝合术。手术顺利，麻醉满意，术中失血2500ml，输红细胞6u，血浆



200ml，补液3500ml，术后患者各项生命体征平稳，直接转入外科ICU。新生儿转儿科治疗。患者于术后第2天转入产科，给予抗炎补液支持治疗，腹部刀口甲级愈合。

患者于2013年10月11日出院，出院时一般情况好。体温正常，心肺听诊无异常。腹部刀口愈合良好，宫底脐下四指，子宫收缩好，阴道流血不多。

典型病例

男性患者，56岁，主诉为右侧头面部疼痛10余年，加重1个月。

现病史：10年前无明显诱因引起右侧头面部疼痛，呈阵发性胀痛，疼痛剧烈，难以忍受，疼痛视觉模拟评分(VAS)10分(0分—10分)，位置为右侧眶周、额颞部，发作时伴有鼻塞、流涕、流泪。一般每年冬春季节发作，每天上午10点左右发作，持续约1个小时。曾多次就诊，行颅脑MR，多普勒等检查无异常。长期服用口服镇痛药物，但是效果不佳。近一月来，患者疼痛程度加重，持续时间延长。门诊以“丛集性头痛”收入院。

治疗经过：为该患者行经翼腭窝蝶颞神经节射频治疗。患者取仰卧位，穿刺点定点位于鼻翼旁与眶外缘连线交点，常规消毒铺巾，10cm射频穿刺针穿刺，在C臂下调整进针方向，C臂透视下正位针尖位于圆孔下方，中鼻甲外侧，侧位位于翼腭窝中上三分之一。穿刺针针芯拔出，植入射频电极，测试阻抗为216欧姆，高频测试诱发复制症状良好，行蝶颞神经节脉冲射频调节，术后疼痛消失。随访患者至今，疼痛未复发。

总结：丛集性头痛又被称为“自杀性头痛”，头痛剧烈、患者往往难以忍受，痛苦万分，甚至有的患者为此选择极端手段。而传统药物治疗效果欠佳，且容易产生耐受，因此临床尚无完全有效的治愈方法。疼痛科引进脉冲射频神经调控术以来，通过查阅文献，外出交流学习等，开展了经翼腭窝蝶颞神经节射频治疗丛集性头痛近20例，整体治疗效果满意，让患者又重新恢复生活的勇气。

疼痛科疑难高新技术：

脉冲射频神经调控术

脉冲射频神经调控术是近年来应用于慢性疼痛疾病临床治疗的微创新方法。其原理主要是通过使用脉冲电流作用于靶点神经根或者背根神经节，在神经组织周围形成高电压场，使神经暴露在脉冲射频电流环境中，间接激活了脊髓背角浅层神经元，改变了神经髓鞘细胞的功能，通过对神经纤维传导电生理产生抑制而干扰神经冲动的传导，改变神经信息的传递，激活脊髓疼痛感受抑制系统。此技术最

大优点在于使用间断的脉冲电刺激神经系统治疗疼痛，通过脉冲式传播热量，避免了热损伤和潜在损害，临床上具有调整或调控神经作用而非毁损之作用。脉冲射频有效性与安全性被逐渐接受和证实，被国际疼痛研究会(IASP)评为“今后十年最具开发潜力和应用价值的疼痛治疗技术”。脉冲射频具有显著的优点：①创伤轻微，不毁损神经，没有皮肤麻木等并发症；②在电刺激反应

和电阻抗监测下操作，温度控制精确，治疗部位确切，安全性高；③无耐受性，疼痛复发时可重复治疗同样有效。

疼痛科自2010年开始应用脉冲射频调节技术治疗顽固性性头面部疼痛(如三叉神经带状疱疹后神经痛、丛集性头痛、颈源性头痛等)、脊柱源性疼痛(如腰椎管狭窄症、腰椎术后疼痛综合征等)、会阴痛、交感神经功能紊乱等病例1000余例，效果显著。



现在完全康复。之前每天白天十点左右疼，持续时间一个多小时，右侧偏头痛，剧烈痛，眼睛胀痛流眼泪，鼻子鼻塞不通气，上颌骨麻木。住院前病情加重，发作时间紊乱，但持续时间变短。

年前年后发作，冬春之交这个时间点

好的，谢谢

