可感知可自动调节 帕金森治疗获新突破

我省首例闭环脑起搏器手术成功开展

□本报记者 黄洁 通讯员 黄榕

近日,龙岩市第二医院神经医学中心陈养川主任团队,在国内知名专家刘金龙教授指导下,完成全省首例可感知、可升级闭环脑起搏器植入手术,为饱受冻结步态困扰的帕金森患者带来新方案。

年届五旬的患者张大叔(化名)患病多年,起初右手轻微震颤,病情逐步发展至双腿,频繁出现冻结步态,迈步时双脚如同粘在地面。一次过马路时,他突发步态冻结,停在车流之中,多亏巡逻交警救助。长期的运动障碍让他生活质量明显下降,情绪消沉。

陈养川介绍,传统脑起搏器为固定参数持续刺激,类似"固定挡";新一代闭环脑起搏器如同"自动挡",能够实时采集脑电信号,识别异常脑电波,按需自动调节刺激强度,改变以往"一刀切"的刺激模式,更适配帕金森患者多变的发病状态。

该手术精度要求极高,两根细于发丝的电极需要植入丘脑底核,靶点仅3至5毫米,植入偏差必须控制在1毫米以内,避免损伤周围神经血管。

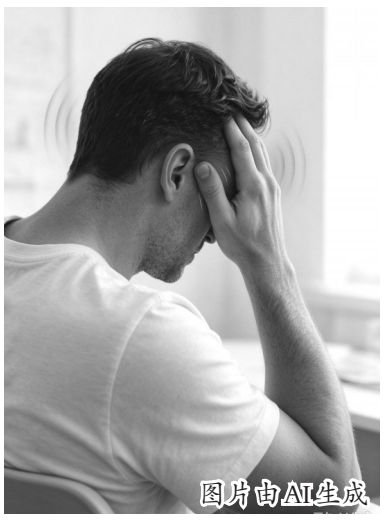
术后张大叔恢复平稳,后续还将开展康复调整。陈养川表示,脑起搏器不能替代药物,但闭环系统可实现症状平稳控制,减少频繁程控负担。

这项技术落地后,闽西帕金森患者无须外出,在家门口即可接受前沿神经调控治疗。

头痛四年误判焦虑 病根实为颈源性头痛

□本报记者 陈坤

福州30岁男子小胡(化名)被头痛困扰四年,曾被诊断为抑郁焦虑状态,接受抗焦虑治疗后症状持续加重,伴随头面部麻痒、蚁走感。在福建医科大学附属协和医院疼痛科就诊,他确诊为紧张性头痛合并颈源性头痛,头痛根源在颈部。经多手段联合治疗,他时隔四年,睡上一个安稳整觉。


图片由AI生成

四年前,小胡颈背部出现阵发性酸痛,无外伤、发热,服用止痛药可短暂缓解。随着病程进展,疼痛转为持续性,向上蔓延至后枕部、双侧太阳穴,头顶常有紧箍感,止痛药逐渐失效,夜间难以入睡。在外院按抑郁焦虑治疗后,他出现四肢发沉、关节不适,头痛没有缓解反而加剧,随后到协和医院疼痛科求诊。

该院疼痛科主任公维义接诊后查体发现,小胡颈部活动不受限,但太阳穴、枕部、椎旁、肩胛骨内侧多处存在明显压痛点,提示问题源于肌肉筋膜、神经末梢慢性刺激,并非骨骼卡压。公维义解释,高位颈神经与枕部神经相互交叠,颈部肌肉、关节、神经根受刺激,疼痛信号会投射至头部,患者主观感受为头痛,病灶实际在颈部。

团队制定阶梯治疗方案,一周治疗结束,患者颈背、头枕部疼痛缓解约70%。

复查时,医生判断,疼痛只是神经受刺激的信号,神经敏化、交感紊乱未纠正,不适症状就会持续存在,随即调整方案,重点开展筋膜松解联合交感调控。

调整治疗后次日,小胡从午夜安稳睡到清晨。

公维义提醒,反复后枕部连带颈部胀痛、止痛药效果变差,或是疼痛缓解后残留麻痒、蚁走感,不要单纯归为心理问题,也不要盲目加服止痛药。这类患者可到疼痛科规范评估,结合查体、影像、诊断性阻滞,选择药物、神经阻滞或神经调控等个体化方案。

AI贯穿诊疗全流程 肺癌患者术后自己走回病房

□本报记者 陈坤

68岁的老周(化名)有着40年烟龄,查出早期肺癌,长期吸烟造成肺功能不佳。按照传统方案,手术需要气管插管,术后还要留置胸管、尿管,风险不小。福建医科大学附属协和医院胸外二科团队运用AI赋能的无管化手术,结合即时康复外科新理念,老周术后苏醒便可坐起,自行走回病房。

该院胸外二科主任陈舒晨教授介绍,以往外科常用快速康复,干预措施大多等到术后才开展,插管、机械通气等操作难免带来损伤。而即时康复外科的核心是"少受伤就是最快的康复",把康复关口前移。

这套新方案术中不插管、保留自主呼吸,术后不留胸管与尿管,配合精准区域神经阻滞,减轻镇痛药物对呼吸的影响。省去各类管路,既能减少黏膜损伤、炎症刺激,缓解咽痛、胸壁牵拉痛,还能减轻免疫抑制,更好保留机体抗肿瘤能力,降低慢性胸痛概率。

AI贯穿诊疗全流程:术前AI筛选适配无管手术的患者;术中智能调控镇静镇痛深度,稳住自主呼吸;术后实时监测,预警呼吸循环异常,助力这项技术从个人经验走向标准化。

陈舒晨说,该模式尤其适合部分肺功能偏弱的早期肺癌患者,在切除肿瘤的同时,最大程度降低手术带来的创伤应激。这种"醒着恢复"的微创方案,给高龄、肺功能差的肺部肿瘤患者开辟了一条更温和、恢复更快的治疗路径。

腹股沟疝切莫拖延 包块卡住可致肠坏死

□本报记者 张帅
通讯员 林春梅

80岁的陈先生(化名)右侧腹股沟鼓包一年,站立、咳嗽时包块突出,平卧后可推回,无明显痛感,家人未重视。近日包块脱出后无法回纳,两小时后疼痛加剧,家属紧急送其至福建医科大学吴孟超纪念医院(孟超肝胆医院)急诊,确诊右侧腹股沟嵌顿斜疝。经镇痛解痉处理,医生成功实施手法复位,保住肠管。

该院胃肠外科副主任医师林素勇介绍,腹股沟疝是肠管、大网膜等组织经由腹壁薄弱处突出形成包块,不少患者误认为包块可回纳就无须处理。一旦发生嵌顿,疝内容物被卡住无法复位,属于外科急症。若卡压持续,会进展为绞窄疝,肠管缺血坏死、穿孔,诱发腹膜炎甚至感染性休克。嵌顿不等于绞窄,但绞窄救治难度更高,严重时需要切除肠管。

该病高发于中老年人群,60岁以上人群患病率约3.6%,男性发病风险约为女性的15倍。临床有6小时干预警戒线,嵌顿4至6小时、未出现肠坏死的患者,医生可评估后尝试手法复位。复位成功不代表痊愈,腹壁缺损依旧存在,复发嵌顿风险高,后续仍要尽快择期手术。

林素勇提醒,包块卡住后,切忌自行用力按压,盲目挤压可能造成肠管破裂,加重病情。包块无法回纳,或是复位后疼痛持续,伴随腹胀、呕吐、停止排气排便,应当立刻就诊。出现嵌顿后,患者可先行禁食禁水,前往具备急诊外科、胃肠外科的医疗机构,由医生结合嵌顿时长、影像学检查,判断是手法复位还是急诊手术。

腹股沟疝属于可择期治疗疾病,不要等到嵌顿才就医。