

动静脉内瘘球囊扩张术：为血透患者修复“生命线”

动静脉内瘘是尿毒症患者进行血液透析的重要血管通路，良好的血流量是确保透析效果的关键，因此，动静脉内瘘被誉为血液透析患者的“生命线”。尿毒症患者通常每周需要进行2-3次血液透析治疗，反复穿刺以及低血压、内膜增生、血栓形成等因素，可能导致动静脉内瘘出现狭窄、闭塞等并发症，进而引发透析血流量下降、透析管路抽吸、静脉回流压力升高等问题，严重时甚至无法进行透析。目前，动静脉内瘘球囊扩张术(PTA)已成为解决尿毒症患者内瘘狭窄问题的有效手段，广泛应用于临床。

典型案例

近日，一名62岁的男性血透患者因维持性血液透析3年，动静脉内瘘闭塞1天“前来我院就诊。肾内科血管通路团队的王惠新主任医师和王蕴若主任医师对患者的动静脉内瘘进行了全面评估，随后决定实施超声引导下的动静脉内瘘球囊扩张术。

手术中，医生通过高压球囊充分扩张狭窄的血管段，并进行溶栓治疗，成功开通了闭塞的动静脉内瘘。术后效果显著，患者透析时的血流量恢复至260ml/min，完全满足血液透析的要求，为后续治疗提供了可靠保障。

什么是动静脉内瘘球囊扩张术？

动静脉内瘘球囊扩张术(PTA)是一种微创手术，在数字减影血管造影

(DSA)或超声引导下，经皮穿刺动静脉内瘘，将球囊导管送入狭窄或闭塞的血管部位，通过高压球囊扩张狭窄段，恢复血管的正常内径。该技术不仅能扩张狭窄病变，还可用于开通闭塞的血管、清除血栓等。

据肾内科王蕴若介绍，球囊扩张术具有创伤小、效果显著、可重复性高等优势，能够快速打通患者的“生命通道”，保护尿毒症患者有限的血管资源，为后续内瘘修复和重建创造条件。

动静脉内瘘球囊扩张术的适应症

1、**血管狭窄**：当动静脉内瘘血管狭窄程度超过50%，并伴有血流量减少、透析效果不佳时；或内瘘存在多处狭窄，影响整体功能时，可在医生评估后进行球囊扩张术。

2、**内瘘功能异常**：当内瘘血管狭窄导致透析时血流量不足、静脉压力升高，或穿刺时回血困难、血管搏动异常时，可考虑球囊扩张术。对于尚未完全机化的血栓，可在溶栓治疗的同时结合球囊扩张术，挤压、破碎血栓，扩张狭窄血管，恢复血流并防止血栓再次形成。

3、**内瘘未成熟或修复后狭窄**：部分患者因血管条件差或手术技术原因，内瘘无法正常成熟，表现为血管直径细小、管壁僵硬、弹性差等，球囊扩张术可促进内瘘成熟。此外，对于曾进行过内瘘修复或血管重建手术的患者，若再次出现狭窄或闭塞，球囊扩张术也可作为挽救性治疗手段。在决定是否进行球囊



肾内科血管通路团队进行动静脉内瘘球囊扩张手术。

扩张术时，医生会综合考虑患者的病情、身体状况及血管条件，权衡手术风险与收益，确保治疗的安全性和有效性。

为血透患者搭建生命通路

多年来，徐州市中心医院肾内科始终专注于血管通路技术的创新与发展，常规开展自体动静脉内瘘手术、临时及半永久血液透析导管置入与拔除术、DSA下动静脉内瘘狭窄及继发中心静脉狭窄球囊扩张术、DSA下更换半永久透析导管术等技术。科室在区域内率先开展多项先进技术，如内瘘切除重建术、微创下血管转位内瘘手术、内瘘切开取栓术、动脉瘤切除与重塑术、自体

血管移植手术、人工血管内瘘术、超声介入手术等，展现了强大的技术实力。

目前，科室在内瘘失功修复手术中实现了100%的微创率，技术水平稳居省内前三，在国内也处于领先地位，为血透患者的动静脉内瘘提供了安全、高效的技术保障。

为更好地服务区域透析患者，肾内科还开设了血管通路专病门诊，由经验丰富的血管通路团队成员轮流坐诊，为患者提供个性化、专业化的诊疗方案，全力守护透析患者的“生命线”。

专病门诊时间：周一至周五

专病门诊地点：本部1号楼9楼血液透析中心
王涵 徐毓蔓

(上接1版)

我院完成保留乳头乳晕单侧乳腺切除术联合I期假体植入乳房重建术

乳房的癌后重建 不能被忽视的“治愈”

乳腺癌是中国女性较为常见的恶性肿瘤之一，且发病率逐年上升。随着乳腺癌研究的不断进展，乳腺癌患者的生存时间显著延长，甚至部分乳腺癌患者能够治愈，对于这部分的患者来说，缺失乳房的痛苦可能远远大于疾病本身，躯体的缺陷可能会影响患者的心理健康，诱发心理疾病，此外长期的胸部受力不均衡可能会影响脊柱和躯体形态。

外科手术是乳腺癌综合治疗中的主要方法，但是局部治疗的彻底性和患者乳房外形的完整性、美观度往往不可兼得。近年来，随着乳腺癌综合治疗水平的提高和乳腺外科的发展，结合整形外科的理念和手段，在保证肿瘤安全性的前提下，对患者乳房进行修复甚至美容手术，成为乳腺外科领域重要的发展方向。越来越多的循证医学证据显示，在部分乳房切除或全乳切除的同时或延期行乳房修复/重建手术，不仅不会影响患者的预后，还可以获得良好的美容效果，改善患者生活质量。

相关链接：新城普外科一病区(甲状腺、乳腺)团队，以甲状腺、乳腺疾病治疗的规范化、精细化、微创化、美容化为特色，以更好地满足患者对生命的渴

望以及对美的追求为宗旨。在常规乳腺癌，甲状腺癌手术的基础上，于淮海经济区率先开展甲状腺肿瘤的射频消融术、腔镜下甲状腺癌根治术、颈低位切口甲状腺癌联合根治术、甲状旁腺红外线自体荧光显像、喉返神经术中监测技术、乳腺癌整形保乳术、乳腺癌筋膜组织瓣形成术、保留乳头乳晕乳房切除术、乳腺改良根治术后I期假体植入术、乳腺改良根治术后扩张器植入术(II期假体植入术)、背阔肌肌皮瓣I期乳房重建术、乳头再造术、自体脂肪隆胸术、巨大乳房缩小术、乳腺肿瘤微创旋切术等。

目前团队共有医生12人，其中主任医师5人，医学博士4人，任职省市级多个亚专科主委或委员。团队中多人于复旦大学附属肿瘤医院及南京医科大学附属第一医院学习及进修，师从吴灵、邵志敏、嵇庆海、王宇等国内顶级教授。对于罕见乳腺及甲状腺肿瘤(包括遗传性疾病)的诊治有着丰富的临床经验。同时开展多项临床及基础研究(极年轻乳腺癌的临床病理特征及其发病机制、乳腺癌免疫微环境的调控机制、乳腺癌腋窝淋巴结精准预测及临床转化、特定基因改变与甲状腺癌病理分型相关性、辅助放疗在高危局部晚期分化型甲状腺癌中的作用)，致力于最新医学技术的临床应用。

王亦秋(新城普外科一病区)

破除“记忆枷锁”!

3D成像技术助力阿尔茨海默病治疗新突破

此次手术的顺利实施，是先进设备与医疗团队深度融合的成果。激光淋巴成像检查仪(3D数字显微成像版)的成功应用，标志着我院神经外科在AD治疗领域迈入了新高度，进一步彰显了在AD治疗中的技术实力。

未来，神经外科将以此次手术为契机，继续依托先进技术，不断探索创新，为更多AD患者带来康复的希望与福音。

颈深淋巴静脉吻合术为什么能治疗阿尔茨海默病？

颈深淋巴静脉吻合术的理论依据主要来源于近年来对大脑淋巴循环的深入研究。2015年，美国弗吉尼亚大学的Kipnis教授证实了小鼠脑内淋巴系统的存在，并发现颈深部淋巴结是脑内大分子物质排出的重要中继站。

基于这一发现，谢庆平教授首创了颈深淋巴静脉吻合术，通过改善大脑淋巴循环，促进大脑废物的排出，从而改善阿尔茨海默病患者的症状。

颈深淋巴静脉吻合术在治疗阿尔茨海默病方面还有哪些专业问题需要解决？

尽管颈深淋巴静脉吻合术在治疗阿尔茨海默病方面取得了显著成效，但仍需面对许多挑战。其中，最紧迫的问

题之一是如何更深入地理解阿尔茨海默病患者脑膜淋巴管的功能和结构变化。此外，颈深部淋巴结各个分区对脑内淋巴引流的具体作用也尚待明确。这些问题的解决，将有助于临床医生更准确地评估手术效果，优化手术策略。

颈深淋巴静脉吻合术对手术工具有什么要求？

颈深淋巴静脉吻合术对手术工具有特定要求。传统显微镜是基础，术中荧光造影功能必不可少。3D外视镜作为新工具，提供清晰、立体放大的视野，便于精细分辨组织，且观察角度灵活，为手部操作留足空间。“人镜分离”设计减轻医生疲劳，助手也能更好理解操作意图。

对于正在接受或考虑接受颈深淋巴静脉吻合术治疗的阿尔茨海默病患者及其家属，医生建议：颈深淋巴静脉吻合术为阿尔茨海默病的治疗提供了新的希望。虽然手术本身具有一定的风险和难度，但已经通过临床实践在一定程度上证明了其有效性。希望患者和家属能够保持积极的心态，与医生紧密合作，共同面对治疗过程中的困难和挑战。同时，也鼓励他们积极参与术后的康复和随访，以便更好地评估手术效果，调整治疗方案。马冲(神经外科)