

《神经外科围手术期出血防治专家共识(2018)》发布

推荐理由: 神经外科围手术期出血主要是指各种原因导致的手术部位出血或再出血, 严重者可导致颅内压增高、脑水肿, 甚至引发中枢性呼吸循环衰竭和

脑疝等临床危象, 危及患者的生命。中华医学会神经外科学分会邀请国内神经外科、血液科和麻醉科的知名专家, 撰写了《神经外科围手术期出血防治专家共识

(2018)》, 以期指导神经外科医生合理地选用技术和止血材料, 有效、规范地防治手术中及围手术期出血, 提高手术效果。

发生机制与危险因素 神经外科手术出血主要包括术前、术中和术后颅内出血3个部分。术前颅内出血的常见原因包括外伤性出

血、脑血管性出血和其他颅内病变。颅内出血多由外力作用使脑血管的连续性遭到破坏而引起; 脑血管疾病引起的出血多表现

为颅内出血, 主要原因包括高血压、动脉瘤和脑血管畸形; 其他颅内病变伴颅内出血的情况, 多为脑肿瘤伴发出血等。

防治原则 神经外科围手术期, 尤其是术中出血不可避免, 止血不彻底会影响手术的治疗效果, 重者造成患者死亡, 因此应该对围手术期出血进行有效防治。防治原则包括以下几个方面: 术前系统评估、预防为主, 术中彻底有效止血, 术后严密观察、及时处理。

症和缺氧, 以免CO₂在体内蓄积引起脑血管扩张增加再出血机会。术后早期避免过度脱水, 以免造成低颅压, 诱发或增加颅内出血量。更重要的是保持血压在正常水平并保持稳定, 避免突然升高或下降。对有轻度凝血障碍或出血倾向的患者给予针对性的病因治疗。

术后预防 患者术后回到监护室要严密观察病情, 防止高碳酸血

——全文刊登于《中华医学杂志》2018年第7期483-495页

《家族性高胆固醇血症筛查与诊治中国专家共识》发布

推荐理由: 经典的家族性高胆固醇血症(FH)是一种常染色体(共)显性遗传病, 其主要临床表现为血清低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平明显升高, 以及皮肤/腱黄色瘤。目前, FH已受到国际社会广泛关注, 但FH诊断率和治疗率仍严重不足。中华医学会心血管病学分会动脉粥样硬化及冠心病学组和中华心血管病杂志编辑委员会组织制定《家族性高胆固醇血症筛查与诊治中国专家共识》, 旨在规范FH的临床管理。

临床特征 FH患者的发病呈家族聚集性, 主要临床表现是血LDL-C水平明显增高和早发动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD), 早期可无症状。

筛查流程 筛查需要完成以下内容: 家族史、临床病史、体格检查和检测血清LDL-C水平。

诊断标准 本共识建议成人符合下列标准中的2项即可诊断为FH: (1) 未接受调脂药物治疗的患者血清LDL-C水平 ≥ 4.7 mmol/L; (2) 有皮肤/腱黄色瘤或 < 45 岁的人存在脂性角膜弓; (3) 一级亲属中有FH或早发ASCVD, 特别是冠心病患者。儿童FH的诊断标准: 未治疗的血LDL-C水平 ≥ 3.6 mmol/L且一级亲属中有FH患者或早发冠心病患者。

治疗目标 合并与不合并ASCVD的成人FH患者血LDL-C的目标值分别为 < 1.8 mmol/L和 < 2.6 mmol/L; 儿童FH患者血LDL-C的目标值 < 3.4 mmol/L。若难以达到上述目标值, 建议至少将血清LDL-C水平降低50%。

治疗性生活方式改善 健康科学的生活方式是FH治疗的基础措施, 要鼓励患者戒烟, 进食低饱和脂肪酸、低胆固醇饮食。控制体重, 建议患者积极参加体育锻炼。

药物治疗 FH诊断后应立即启动降胆固醇药物治疗。如临床诊断的FH未发现已知基因的致病突变仍建议给予积极的降低胆固醇治疗。

——全文刊登于《中华心血管病杂志》2018年第2期99-103页

《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》发布

推荐理由: 多囊卵巢综合征(PCOS)是常见的生殖内分泌代谢性疾病, 严重影响患者的生命质量、生育及远期健康, 临床表现呈现高度异质性, 诊断和治疗仍存在争议, 治疗方法的选择也不尽相

同。为规范化临床诊治和管理PCOS患者, 中华医学会妇产科学分会内分泌学组制定了《多囊卵巢综合征中国诊疗指南》, 旨在对中国PCOS的诊断依据、诊断标准和治疗原则方面给出指导意见。

诊断依据 PCOS的诊断依据包括病史询问、体格检查、盆腔超声检查和实验室检查, 其中, 实验室检查的内容为高

雄激素血症、抗苗勒管激素、其他生殖内分泌激素、代谢指标的评估、其他内分泌激素。

治疗目的 由于PCOS患

者不同的年龄和治疗需求、临床表现的高度异质性, 因此, 临床处理应该根据患者主诉、治疗需求、代谢改变, 采取个体化对症治疗措施, 以达到缓解临床症状、解决生育问题、维护健康和提高生命质量的目的。

治疗方法 (1) 生活方式干预: 无论肥胖或非肥胖PCOS患者, 生活方式干预都是基础治疗方案, 包括饮食、运动和

行为干预等。(2) 代谢异常干预: 适应人群主要是以代谢异常表型为主的PCOS患者。

(3) 生殖异常干预: 主要为抗高雄激素血症治疗、调整月经周期和促排卵。(4) 中西医结合治疗: 采用预防、治疗相结合, 辨证辨病相结合的方法, 将中医、西医治疗作用的特点有机结合进行治疗。

——全文刊登于《中华妇产科杂志》2018年第1期2-6页

《胃内镜黏膜下剥离术围术期指南》发布

推荐理由: 内镜黏膜下剥离术(ESD)作为内镜下治疗消化道病变的微创手术, 经过数年的发展, 其技术已日渐成熟, 目前国际多项指南和共识均推荐内镜下切除为早期胃癌的首选治疗方式。然而, ESD治疗早期胃癌易出现出

血、穿孔等并发症, 对内镜操作技术要求较高。国家消化系统疾病临床医学研究中心、中华医学会消化内镜学分会和中国医师协会消化医师分会共同制定了《胃内镜黏膜下剥离术围术期指南》, 以期规范指导临床工作。

胃ESD适应证 由于ESD仅对病灶进行局部切除, 无法进行胃周淋巴结清扫, 故只有当淋巴结转移风险低且病灶可完整切除时方可实施ESD。

胃ESD禁忌证 目前较为公认的ESD禁忌证为: (1) 有淋巴结转移或远处转移患者; (2) 肿瘤侵犯固有肌层; (3) 合并心、肺、肾、脑、血

液等重要脏器严重疾病患者; (4) 有严重出血倾向者。

术前诊断 ESD术前必须进行细致的评估, 以获取信息来帮助判断内镜下治疗的适应证以及病灶的边界, 以便评估手术风险及选择最合适的切除方式。具体内容包括以下几方面: 组织病理学分型、病变大小、是否伴有溃疡、病变浸润深度和病灶边界。

术中操作步骤 ESD大体操作步骤如下: 确定病变范围与深度, 病灶边缘标记, 黏膜下

注射, 切开, 黏膜下剥离和创面处理。

减少术后并发症发生用药 包括抑酸药、胃黏膜保护剂、抗菌药物、止血药物和根除幽门螺杆菌药物。

胃ESD术后标本的处理 ESD标本的病理评估除需要确定病变的病理类型外, 更需要关注病变的切缘是否干净, 浸润深度及有无脉管浸润等。

——全文刊登于《中华内科杂志》2018年第2期84-96页

胎盘植入的诊疗进展

推荐理由: 胎盘植入是指胎盘绒毛不同程度侵入子宫肌层。近年来胎盘植入发生率逐年升高, 已经逐渐成为导致产后出血、围产期紧急子宫切除和孕产妇死亡的重要原因。因

此, 有关胎盘植入的产前诊断及治疗方法的研究也成为妇产科领域的讨论热点, 本文就近年来的胎盘植入相关影像学检查及保留子宫手术治疗的进展进行综述。

杨慧霞(北京大学第一医院)等指出, 胎盘植入已经逐渐成为导致产后出血、围产期紧急子宫切除和孕产妇死亡的重要原因。文献研究表明, 产前尽可能准确地诊断胎盘植入, 可为多学科合作诊治提供

时间进行充分的术前评估, 以减少术中出血、弥散性血管内凝血、感染及膀胱损伤等手术并发症的发生, 从而改善母儿结局。

胎盘植入的治疗原则 在术前胎盘植入诊断基本明确的情

况下, 胎儿娩出后原位保留胎盘并直接行子宫切除术, 是目前胎盘植入的推荐处理方式。对于强烈要求保留生育能力的女性, 剖宫产后子宫切除术并不作为一线手术方式, 要进行个性化处理。

防治产后出血的措施 胎盘植入引起难以控制的出血是围产期切除子宫的主要手术指征。无论切除子宫还是保留子宫的胎盘植入手术, 最主要的任务都是尽可能地减少产时和产后出血。临床

上常用的防治出血的措施有血管阻断术、子宫压迫缝合术和宫腔填塞术。

为了改善患者的妊娠结局, 需要进一步提高产前诊断的准确性。例如, 将胎盘植入的超声指标规范化、具体化, 以及建立新的预测模型或评分系统等。同时, 还要结合多学科优势, 灵活应用多种血管阻断方式, 以减少产后出血, 增加保留子宫的可能性。

——全文刊登于《中华围产医学杂志》2018年第1期63-66页