



直肠癌患者遭遇“致命三连击”

市人民医院突破手术“禁区”解难题

当胡先生(化名)拿到那张写着“超低位直肠癌”的诊断书时,仿佛接到了一份沉重的“判决书”——肿瘤位置极低,距离肛缘仅4厘米。更棘手的是,身高175cm的他体重105公斤(BMI 34.3),属于严重肥胖,偏偏还伴有骨盆狭窄。肛门不保,余生将与造口袋相伴——胡先生辗转多家医院,得到的几乎都是同一个结论。这对于正值壮年的他来说,无异于晴天霹雳。

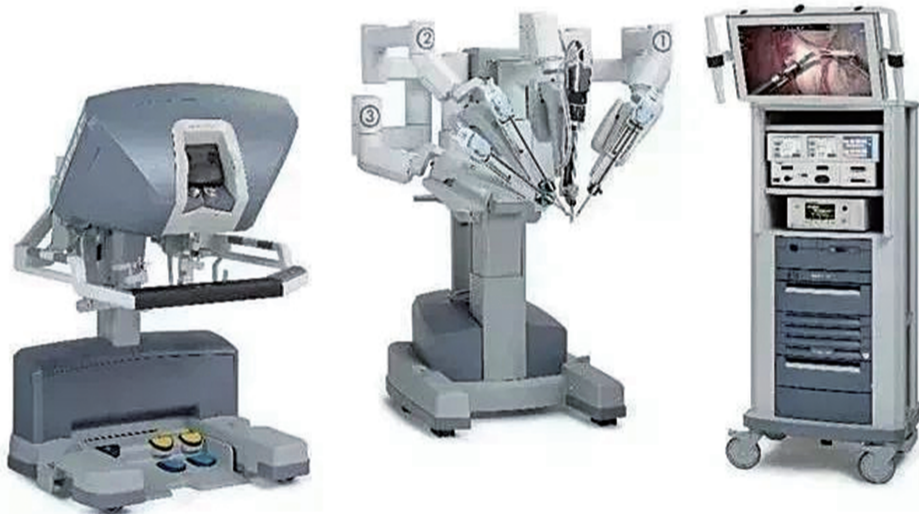
胡先生一家在亲友推荐下,抱着最后一丝希望,来到了滨州市人民医院胃肠外科。

在这里,周逢强教授团队仔细评估了他的复杂病情。肿瘤位置极低、肥胖、骨盆狭窄,每一项都是保肛手术的巨大挑战。但团队没有轻易放弃,经过严谨讨论,一个大胆的方案被提出:利用第四代达·芬奇手术机器人,进行高难度的“经括约肌间切除术(ISR)”,挑战极限保肛!

人机协作,挑战高难度手术极限

ISR手术的精髓在于精准分离并保留控制肛门的括约肌(尤其是外括约肌和部分内括约肌),以获得足够的肿瘤切除安全距离。而胡先生的情况,让传统腹腔镜甚至开放手术都倍感棘手。达·芬奇机器人的加入,成为破局的关键。540度灵活“内腕”:在胡先生狭窄的骨盆深部,机器人的机械臂如同拥有“上帝之手”,能灵活旋转、精准操作,滤除人手颤动,实现毫米级的精细解剖。高清3D放大视野:将盆腔深处的神经、血管、肌肉结构放大数倍,清晰呈现,为精准保护提供了“火眼金睛”。“上下会师”的完美配合:手术团队创新采用“双视角协同”策略——腹腔镜经腹操作组与经肛门操作组紧密配合,如同在盆腔内进行一场精密的“隧道式”游离接力,最大程度减少创伤。

这场与机器人并肩作战的手术,不仅成功根治性切除了肿瘤,更实现了技术突破。极限保肛成功:在如此不利的解剖条件下,成功保留了胡先生宝贵的肛门功能,避免永久性造口。微创极致:手术出血量惊人地控制在10ml以内,并通过自然腔道取出标本,腹部无任何辅助切口,创伤极小。功能完美守护:术中特别注重对盆神经丛的保护,最大程度降低了术后排尿及性功能障碍的风险,守护患者的生



活尊严。

得益于达·芬奇机器人的精准微创和团队的娴熟技术,胡先生术后恢复远超预期:疼痛轻微,术后第一天即可下床活动,住院5天后康复出院。更重要的是,他保住了作为正常人的尊严和生活质量。

机器人赋能,改写治疗格局

“极限保肛、无切口、不造口,一直是我们对低位、超低位直肠癌治疗的终极追求。达·芬奇机器人手术系统将医生的眼和手进行了革命性延伸,让过去在复杂病例中‘不可能’的保肛,变成了现实。它正在重塑结直肠癌,尤其是超低位直肠癌的治疗格局,为更多患者点亮生存希望。”周逢强主任满怀深情地说。

随着人工智能与机器人

技术的飞速发展,精准微创外科的前景无比广阔。滨州市人民医院胃肠外科在周逢强教授的带领,将继续探索前沿技术,让更多像胡先生一样的患者,不仅战胜疾病,更能有尊严、高质量地生活。而胡先生的成功康复,正是滨州市人民医院胃肠外科雄厚技术实力与前沿探索精神的生动体现。

以“微创匠心”守护胃肠生命线

滨州市人民医院胃肠外科是山东省医药卫生重点学科,也是山东省医学会普外分会副主任委员单位、山东省胃肠外科专科联盟副理事长单位、“齐鲁工匠”建设单位、滨州市医学会普外分会主任委员单位、滨州市医师协会胃肠外科主任委员单位、滨州市重

点专科。

周逢强教授团队可以熟练完成普外科常规手术的操作,在胃肠道疾病诊治中具有较高水平,熟练掌握达·芬奇机器人手术及腹腔镜下胃肠道肿瘤的规范化、微创化及精细化手术,在胃肠道危重疑难疾病的诊治中具有丰富经验及很深的造诣。目前累计完成达·芬奇机器人手术近400例。

周逢强先后获评山东省好医师、齐鲁工匠、滨州市医疗技术骨干、滨州市青年学术带头人、滨州工匠、滨州好医生、渤海英才·十佳医师,并荣获滨州市第十一届青年科技奖、滨州市五一劳动奖章。

(滨州市人民医院)

专家提醒: 超过这个年纪 该做肠镜了

肠癌早期症状既不明显也不典型,容易漏诊。结直肠肿瘤从良性发展到恶性,通常需要15年以上,如能早期发现、手术切除,治愈率可达90%以上。胃肠外科副主任医师戴伟钢提醒,40岁以后,无论是不是高危人群,都建议要做一次肠镜筛查。

大便稀烂、偶有带血,一查竟是早期肠癌

朱阿姨(化名)今年60岁,平素身体健朗,退休后常常和伙伴们外出旅游,跳广场舞。直到有一天,朱阿姨的一个好伙伴查出直肠癌,朱阿姨在得知消息后很是惊讶。

她联想到自己近期大便稀烂,偶然有带血,不由得紧张起来。在老伴的鼓励下,她在当地医院做了肠镜检查,检查中发现乙状结肠有两枚扁平的小息肉,术中将其送病理检查,病理结果显示,她乙状结肠两处息肉为管状腺瘤,但结肠肝曲部位的息肉竟然是癌症,朱阿姨一时间陷入了慌乱。

在家属的陪同下,她来到胃肠外科就诊。副主任医师戴伟钢为其组织了一场多学科会诊。

最终,戴伟钢团队为患者进行了腹腔镜下的右半结肠根治术。

肠癌早诊早治是关键,内镜筛查很重要

结直肠息肉总体的癌变率在0.2%~5.0%之间。肠息肉癌变后侵入黏膜下层可能会导致淋巴结和血道转移,肿瘤细胞浸润深度不同,淋巴结转移风险也随之变化,浸润越深,分化程度越差,发生淋巴结转移风险越大。

此类恶变的息肉是否需要外科手术,取决于肿瘤的大体特性、组织学的类型、肿瘤浸润深度,以及患者的身体状况和治疗意愿等因素。

肠镜筛查应从几岁开始?目前,国内指南推荐,40~74岁一般人群应每5~10年进行一次结肠镜检查。

如果筛查对象拒绝直接接受结肠镜检查,可以采用问卷风险评估和FIT进行初筛,对初筛阳性者(高危人群或FIT阳性)行结肠镜检查;若筛查对象肠镜依从性差,对初筛阳性者或拒绝初筛者可行多靶点粪便DNA检测,阳性者建议结肠镜检查。(羊城晚报)