

## 临床笔记

这位患者52岁,以前身体素质不错。大概从6年前开始,他却在饮酒、吃刺激性食物,或者吃冷食后经常出现腹泻;但没有脓血,没有消瘦。

按照一般的诊断规则推断,这很有可能是肠易激综合征,不是大问题,让患者吃些益生菌调整一下胃肠道动力;或者吃一些中药,并给予健康教育就可以了。

但是,就在十几天前,这位患者到当地医院就诊,医生建议患者做结肠镜检查,结果在患者的直肠里发现了一个直径3厘米左右的巨大息肉样病变,钳取病变组织做病理学检查后,发现是巨大的结肠腺瘤性息肉。为了通过结肠镜做微创切除,患者被转诊到了河南省人民医院。

我们治疗小组的闫利博博士为患者做了结肠镜检查并进行内镜下治疗。当结肠镜到达患者的回盲部的时候,闫博士发现了一个隆起性病变,这个病变在当地医院的结肠镜检查中并没有被发现。该病变看起来像是息肉已经癌变了,于是,闫博士认真地在这个地方取了活检标本。接下来,在把结肠镜退回到直肠的时候,闫博士利用黏膜下注射,采取EMR(内镜下黏膜切除术)顺利微创切除了直肠处的巨大病变。

活检结果出来了,直肠处的病变只是个巨大的良性息肉,而回盲部的病变却是腺瘤!根据我们的经验,这应该是进展期的结肠癌,虽然不能通过结肠镜进行微创切除,但是经过外科手术切除,可能会有很好的结果。

回过头再去审视这个病例,我们感触颇多。

第一,为什么当地医院的结肠镜检查没有发现回盲部的病变?我推测可能有以下原因:1.肠道准备不佳,有粪便残留,恰好挡住了医生的视线;2.因为直肠有巨大的腺瘤,负责检查的医生的注意力被完全吸引住了,所以没有看到回盲部的病变。

第二,结肠癌是一种发病率增长速度很快的恶性肿瘤,但是在这个患者身上,除了存在假阳性的大便潜血之外,我们很难再找出来结肠癌的高危因素。癌症的可怕之处,就在于它总是悄无声息地发生、发展,甚至到了进展期,仍然没有有价值的症状让医生能够一眼看出来。所以说,即使健康的人,在40岁以后也很有必要进行一次胃肠镜检查!另外,我也希望患者能够遵从医嘱,在做结肠镜检查前,认真做好肠道准备。

在此,我还想提醒医生们,无论你发现了多么大的病变,都需要时时刻刻告诫自己“一切皆有可能发生”,一定要让自己的内心平静下来,认真完成所有检查!

(作者供职于河南省人民医院)

本版未署名图片均为资料图片

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《见证》《技术在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《典型病例》《图说》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1-3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:杨小沛  
电话:(0371)85967338  
投稿邮箱:343200130@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

# 我们是怎样抓住「真凶」的

□梁宝松

## 技术·思维

骶前囊肿给患者造成的痛苦有多大?骶前囊肿手术后遗症有多么严重?骶前囊肿手术能否做到“一劳永逸”……这篇文章将告诉您答案。

# 60多例骶前囊肿手术 无1例复发的“秘诀”

本报记者 董文安

骶前囊肿虽然大都是良性的,但给患者带来的痛苦极大。许多患者虽然“成功手术”,但术后囊肿还会反复发作。

那么,有没有“一劳永逸”的骶前囊肿切除手术呢?

有这样一位医生,5年来开展了60多例骶前囊肿(良性)手术,患者来自云南、辽宁、黑龙江、吉林、重庆、安徽、浙江、山东、河北、江苏等地,且大多数为复发患者。让人不可思议的是,在这60多位患者中,至今没有1位患者的囊肿术后再次复发。

这位医生就是河南省肿瘤医院主任医师、硕士研究生导师王刚成。



## 一封来自延安的会诊邀请函

前不久,河南省肿瘤医院收到一封邀请函。这封邀请函来自延安,邀请的专家就是王刚成。

原来,远在千里之外的延安市人民医院收治了一位骶前囊肿患者。这位女性患者曾到一家三甲医院接受手术治疗,但由于手术复杂且风险高,医务人员仅为其进行了活检但是没有切除瘤体。

患者后来辗转多家大医院,均被告知无法手术治疗。无奈之下,这位患者只好回到老家,住进延安市人民医院接受保守治疗。此时,囊肿体积增大至20多厘米,导致患者大便困难,苦不堪言。

据延安市人民医院苏荣军主任介绍,经过多方了解,他们得知河南省肿瘤医院的王刚成擅长此类手术,已经开展过60

余例,且术后未有复发患者。于是,他们抱着试一试的心态,发出了这封邀请函。

在详细了解了患者的病情后,王刚成认为,虽然患者的肿瘤体积很大,完全突出臀部外侧,挤压膀胱、阴道,致密粘连直肠,与骶尾骨关系密切,但切除率仍比较高。

随后,王刚成来到延安,为患者完整切除了骶前囊肿。

## 骶前囊肿术后为什么容易复发

在王刚成接诊的骶前囊肿患者中,有不少人是术后复发患者。复发的囊肿往往合并感染,迁延不愈,导致患者痛苦不堪。

王刚成认为,其原因是患者乃至一些临床医生对骶前囊肿的认识存在误区。

误区一:骶前囊肿目前无任何症状,不用及早手术。

不少患者咨询,骶前囊肿早发现了,但目前无症状,想过几年再进行治疗。事实上,骶前囊肿囊壁大部分

与直肠肠壁关系密切,很难分离。所以骶前囊肿体积越大,与直肠肠壁粘连面积越大,越难分离。盆腔空间很大,等到有压迫症状时,囊肿体积往往已经很大了。

误区二:骶前囊肿是良性病变,残留一些囊壁影响不大。

相当多的外科医生认为骶前囊肿是良性病变,术后残留一些囊壁影响不大。一些医生看到囊壁与直肠肠壁粘连紧密,担心强行分离会导致直肠肠壁破损,认为良性病变没有影响,就用电刀或

无水酒精烧灼,殊不知,就是残留的囊壁埋下了复发的隐患。

误区三:骶前囊肿术后骶前持续有脓样分泌物,其原因是感染引起的。

有相当多的外科医生认为,骶前囊肿术后骶前持续有脓样分泌物流出,是骶前感染引起的,所以采取给予换药、局部清创及做脓液细菌培养后换用抗菌药物等措施,然而效果往往不理想。这是因为,术后出现脓样分泌物的根本原因是囊壁残留,囊壁分泌液引流不畅通,导致的合并感染。

## 实现术后不复发的关键是转变理念

目前,对骶前囊肿手术,在一些很权威的著作中,仍然提倡“宁可残留部分囊壁,也不要勉强分离”的观念。但从临床实践看,残留的囊壁往往导致复发和感染。

因此,王刚成认为,转变理念,走出误区,选择合适的术式,掌握一定的手术技巧,只有这样才能有效减少骶前囊肿术后复发,甚至不复发。

什么是正确的手术理念?王刚成说,骶前囊肿囊壁如果与直肠壁、阴道壁或骶

尾骨关系密切,即使为良性病变,宁可切除受累的部分肠壁及阴道壁进行横结肠造瘘,或宁可切除受累的骶尾骨韧带,也一定要彻底切除囊壁。

关于骶前囊肿手术,王刚成直言,切口不当会造成切除困难,仅从腹部切口入路,难以进行低位的骶前囊肿分离;仅通过臀部局部的小切口,难以暴露囊壁。这两种切口均难以显露囊壁的组织结构及层次,导致不少医生认为部分囊壁根本无法切

掉。

在多年的临床实践中,王刚成摸索出一套行之有效的手术技巧。

一方面根据个人习惯选取折刀位或截石位。如果囊肿位置较低、体积小,对不需要开腹的患者,可根据习惯采取折刀位或截石位;如果囊肿位置较高、体积大,患者需要会阴切口联合开腹,主要采取截石位。

另一方面,骶前尾骨前横弧形切口是

合适的手术切口。骶前囊肿手术重点是暴露,该切口可以做到像Miles术(腹会阴联合直肠癌根治术)后的暴露空间,能清楚显示骶前囊肿与直肠的关系,并且不影响肛门功能。

医学在很大程度上是经验科学,如果没有经历过,有时候很难深度理解。王刚成最后说,尽管有很多医疗结果是没有预见性的,但术者对手术可能出现的结果不能没有预见。

## 技术在线

53岁的膀胱恶性肿瘤患者贾先生,14年前接受手术治疗后,病情复发多次。日前,他在郑州市第三人民医院泌尿外科接受了第三个疗程的钬激光切除联合膀胱热灌注化疗,术后病理活检结果显示仅见慢性炎症。

事情还要从半年前说起。那时,贾先生再次发现血尿,于是来到郑州市第三人民医院泌尿外科,找到该科主任葛永超、副主任医师冯金顺。

当时的检查结果令人意外:贾先生整个膀胱内壁黏膜上大面积分布着低平的如绒球状生长的肿瘤组织。在这种情况下,患者的膀胱能否保留下来是个很重要的问题。

针对患者的病情和特殊要求,泌尿外科团队经过反复讨论,决定采用一种新的“联合治疗、分期实施”的治疗技术,即在不开刀

的情况下,利用微创技术,将钬激光切除术和膀胱热灌注化疗这两种治疗肿瘤的方法联合应用。同时,考虑到患者膀胱肿瘤面积过大,一次手术难以彻底切除,而采用分期多次治疗的方法,能在尽可能杀灭肿瘤细胞的同时,保留正常的膀胱组织。

医务人员先为贾先生进行了第一次手术治疗;3个月后,进行了第二个疗程的手

术及膀胱热灌注化疗。尽管第一次手术膀胱内切除创面过大,但在第二次治疗中,术后检查结果显示,没有找到癌组织。日前,医务人员按照计划又为贾先生进行了第三个疗程的膀胱热灌注化疗。病理活检结果显示,患处仅见慢性炎症。事实证明,保留膀胱已经成功。

据葛永超介绍,用钬激光将病灶切除

后,辅以膀胱热化疗药物灌注,对延长患者生存期、提高生活质量起到了十分关键的作用。同时,热灌注化疗对预防和治疗反复发作的膀胱癌有显著的作用。

医务人员创造性地把钬激光手术与热灌注化疗相结合,为膀胱恶性肿瘤患者的治疗提供了新途径。

(作者供职于郑州市第三人民医院)

# 钬激光手术联合热灌注化疗 给癌细胞洗个“热水澡”

□王秋红

## 结核病防治论坛之二十九

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 张艳秋

## 卡介苗的预防接种知识

结核病是一种古老的疾病。在湖南长沙马王堆汉墓出土的2100年前的女尸身上,研究人员就曾发现其左上肺有结核病灶。

但是,即便结核病历史如此悠久,很多人对它依然不够了解。如今,人类已经拥有预防治疗结核病的有效药物和疫苗,但其防治形势仍然十分严峻。

2010年,国家结核病流行病学抽样调查结果显示,我国有5亿多人感染结核杆菌,其中10%的人可能发生结核病。结核病可以发生在人体任何一个器官上,最常见的是肺,约占所有结核病的95%。其他还有肾结核、骨结核、淋巴结核、结核性脑膜炎、眼结核、鼻咽结核、肠结核等。可

以说,除了头发和牙齿上没有发现过结核病,其他器官都可能发生。

在我们的印象中,结核病都会传染。事实上,在所有的结核病中,仅肺结核具有传染性,并且只有痰菌检测结果为阳性,正处在排菌期的肺结核患者才具有传染性。

相关统计结果显示,具有传染性的患者仅占所有结核病的15%~20%,而且这些患者只要不感染耐药结核杆菌,通过规范的抗结核病治疗一两个月后,痰菌就能够转为阴性,也就不再具有传染性了。疫苗常被作为控制传染病的有力工具。天花被消灭、脊髓灰质炎被控制、乙肝发病率大幅降低,疫苗功不可没。也有疫苗可以预防结核病,这种

疫苗被称为卡介苗(BCG)。

但是,很多人认为自己小时候接种过卡介苗,便觉得结核病离自己很远。这种想法是错误的。

不可否认,卡介苗是预防结核病最重要的武器,但卡介苗并不像乙肝疫苗、牛痘疫苗那样,接种后就能够彻底预防疾病的发生。

新生儿接种卡介苗可以预防结核性脑膜炎和血行播散等重症结核病,但保护力并不是100%,而是80%,而且这种保护作用仅能够持续一二十年。

在近代疫苗研制中,人们曾使用活的结核杆菌直接作为疫苗,但其毒性太大,而使用灭活后的死结核杆菌又没有效果。

1907年,法国医生卡美特和兽医介兰从结核病患者喝的奶中发现了一株结核杆菌,他们将这株结核杆菌在含有牛胆汁的马铃薯培养基上进行培养,每隔3个星期将新长出的菌株移到新的培养基上。经过230多代的培养,历经13年的时间,他们获得了一株毒性较低的结核杆菌。将这株低毒性的结核杆菌作为疫苗接种在人体上,不会引起结核病,且能起到保护人们不得结核病的作用。

为了纪念这两位科学家,人们将这株低毒性的结核杆菌命名为卡介苗。1974年,卡介苗被世界卫生组织纳入扩大免疫规划中的婴儿接种程序,每年有约1亿名儿童接种卡介苗。

通过几十年的接种使用,人们发现婴幼儿接种卡介苗可以预防婴幼儿结核性脑膜炎和播散性结核病。但是,婴幼儿接种卡介苗后,随着时间的延长保护效果降低;成年人接种卡介苗基本无保护效果。

由于卡介苗对不同人群的防护效果不同,加之结核病疫情程度不同,各国的免疫政策大致分为以下4类:一、仅在出生时接种卡介苗(世界卫生组织推荐);二、在儿童期接种1剂卡介苗;三、复种/加强接种卡介苗;四、不常规接种。

欧美等低感染率的发达国家采取的是不常规接种卡介苗政策。我国是结核病高发地区,采取了在儿童出生时接种卡介苗的政策。

卡介苗被认为是最安全的疫苗,但也是反应最强烈的免疫原,是诱发皮肤反应的唯一常用疫苗。大多数接种者往往会出现疤痕,这在过去曾被认为是接种卡介苗后产生作用的迹象。

卡介苗引起的局部或区域淋巴结病,多是由于接种技术错误,将卡介苗过深接种于皮下层导致的;全身性卡介苗病

是一种罕见的、易识别的卡介苗接种后果,多见于严重免疫缺陷患儿。

结核病作为危害人类公共卫生安全的传染性疾病,已被各国所认知。世界卫生组织计划于2035年在全球消除结核病,这也对新型疫苗、新型治疗药物和新型防治策略的出现和使用寄予了更多的期望。

结核病防治论坛  
开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国