

技术·思维

脾脏切除手术入路的选择

薛明强 文/图

临床病例

对结核病原则上以内科治疗为主,但外科适时介入,会有较好的临床治疗效果,于是结核外科应运而生。

工作中往往会面临着两个实际问题:一是解剖学问题,人体多个脏器、多个系统均可发生结核杆菌感染,结核外科医师精确掌握各部位的解剖知识显然

有一定难度。二是结核病是一种感染性疾病,解剖游离靶器官尤为困难,手术风险大。

近日,河南省胸科医院胸外科三病区收治了一名脾脏结核合并周围脓肿的患者。

腹壁外穿,脾上极与同侧膈肌粘连较重(见图1、图2、图3)。



图1

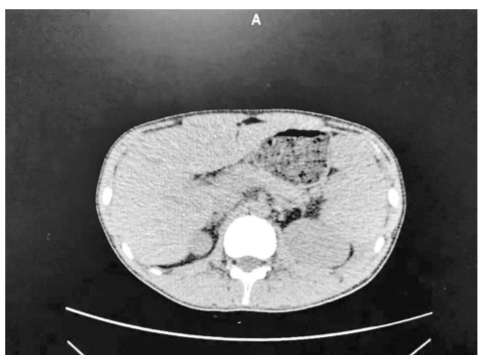


图2



图3

手术入路的选择

脾脏切除手术常见的入路:经左侧腹直肌入路,经左侧肋缘下入路,经左肋缘下及左侧腹直肌联合切口入路,经左胸入路,经左侧胸腹联合切口入路。

经左胸腹直肌入路,经左肋缘下及左侧腹直肌联合切口入路,这3种是普外科医师经常选用的手术入路;经左胸入路,经左侧胸腹联合切口入路,是胸外科医师经常选择的手术入路。直接的理由就是普外科医师对腹部解剖知识比较熟悉,而胸外科医师对胸部解剖

知识掌握得比较精确。这只是两种不同专业的医师的倾向性有区别而已。在做选择时,不同专业的医师都会选择自己最熟悉的人路进行手术。

对比各种入路的优劣后,该科医师最终选定经左胸第七肋间胸腹联合切口入路。最后,脾脏切除术顺利地实施。

从解剖学方面讲,脾脏位于腹部的左季肋区,前方有肋弓的覆盖,脾脏肿大明显者可于左肋弓下触及。要安全切除脾脏,首先需把脾脏上极的脾膈韧带、下极的脾结肠韧带、脾门前方的脾胃韧带、脾门后方的脾肾韧带分别单独处理,困难时可同时处理。应注意预防损伤胰腺,避免胰瘘或创伤性胰腺炎的发生。

手术入路选择的总原则:在尽可能减少创伤的前提下,使手术视野充分显露,进而使手术操作变得安全快捷。

首先,施术者应根据自身的情况选择自己最熟悉的手术入路。

其次,对于左侧膈肌上抬高明显且脾脏与膈肌粘连较重,脾脏又较靠近

韧带无血管区进入小网膜囊,左手持胃体部,右手以超声刀沿大弯侧处理脾胃韧带。如果仍不能安全处理,则要切掉部分胃壁,安全妥善处理脾胃韧带,以避免大出血。

该科医师对本例患者采用了左侧胸腹联合切口,切除了部分胃壁,进而安全处理了脾胃韧带。

临床体会

现在,根据个人在普外科工作多年的经历以及本次手术的情况,我谈一下自己在脾脏切除手术入路方面的体会。

首先,施术者应根据自身的情况选择自己最熟悉的手术入路。

其次,对于左侧膈肌上抬高明显且脾脏与膈肌粘连较重,脾脏又较靠近

韧带无血管区进入小网膜囊,左手持胃体部,右手以超声刀沿大弯侧处理脾胃韧带。如果仍不能安全处理,则要切掉部分胃壁,安全妥善处理脾胃韧带,以避免大出血。

该科医师对本例患者采用了左侧胸腹联合切口,切除了部分胃壁,进而安全处理了脾胃韧带。

首先,施术者应根据自身的情况选择自己最熟悉的手术入路。

其次,对于左侧膈肌上抬高明显且脾脏与膈肌粘连较重,脾脏又较靠近

韧带无血管区进入小网膜囊,左手持胃体部,右手以超声刀沿大弯侧处理脾胃韧带。如果仍不能安全处理,则要切掉部分胃壁,安全妥善处理脾胃韧带,以避免大出血。

该科医师对本例患者采用了左侧胸腹联合切口,切除了部分胃壁,进而安全处理了脾胃韧带。

首先,施术者应根据自身的情况选择自己最熟悉的手术入路。

其次,对于左侧膈肌上抬高明显且脾脏与膈肌粘连较重,脾脏又较靠近

韧带无血管区进入小网膜囊,左手持胃体部,右手以超声刀沿大弯侧处理脾胃韧带。如果仍不能安全处理,则要切掉部分胃壁,安全妥善处理脾胃韧带,以避免大出血。

该科医师对本例患者采用了左侧胸腹联合切口,切除了部分胃壁,进而安全处理了脾胃韧带。

手术治疗慢性泪囊炎

裴欢欢 李珊珊 秦德华 靳玮

一位患者被流泪、眼角流脓困扰了近5年,近日来到河南省立眼科医院就诊。医生按压患者的泪囊区,发现患者的眼角有脓液流出,完善其他各项检查后,诊断为慢性泪囊炎。

泪囊炎经常发生在泪管阻塞、泪囊内有分泌物滞留的基础上发生。慢性泪囊炎是鼻泪管阻塞,细菌和泪液积聚在被阻塞的泪囊内,并经常刺激泪囊壁黏膜而产生的慢性炎症,流泪、流脓是其突出的症状。其实在我们泪液满面的时候,鼻腔里出现的并不是鼻涕,而是在泪液产生的量大于蒸发量情况下,通过鼻泪管到达鼻腔的泪液。因此,如果

泪管出现阻塞,就会导致流泪。

如何治疗?慢性泪囊炎单用药物治疗效果差,通过手术开通阻塞的鼻泪管是治疗慢性泪囊炎的关键。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

泪囊炎经常发生在泪管阻塞、泪囊内有分泌物滞留的基础上发生。慢性泪囊炎是鼻泪管阻塞,细菌和泪液积聚在被阻塞的泪囊内,并经常刺激泪囊壁黏膜而产生的慢性炎症,流泪、流脓是其突出的症状。其实在我们泪液满面的时候,鼻腔里出现的并不是鼻涕,而是在泪液产生的量大于蒸发量情况下,通过鼻泪管到达鼻腔的泪液。因此,如果

泪管出现阻塞,就会导致流泪。

如何治疗?慢性泪囊炎单用药物治疗效果差,通过手术开通阻塞的鼻泪管是治疗慢性泪囊炎的关键。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

泪囊炎经常发生在泪管阻塞、泪囊内有分泌物滞留的基础上发生。慢性泪囊炎是鼻泪管阻塞,细菌和泪液积聚在被阻塞的泪囊内,并经常刺激泪囊壁黏膜而产生的慢性炎症,流泪、流脓是其突出的症状。其实在我们泪液满面的时候,鼻腔里出现的并不是鼻涕,而是在泪液产生的量大于蒸发量情况下,通过鼻泪管到达鼻腔的泪液。因此,如果

泪管出现阻塞,就会导致流泪。

如何治疗?慢性泪囊炎单用药物治疗效果差,通过手术开通阻塞的鼻泪管是治疗慢性泪囊炎的关键。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

泪囊炎经常发生在泪管阻塞、泪囊内有分泌物滞留的基础上发生。慢性泪囊炎是鼻泪管阻塞,细菌和泪液积聚在被阻塞的泪囊内,并经常刺激泪囊壁黏膜而产生的慢性炎症,流泪、流脓是其突出的症状。其实在我们泪液满面的时候,鼻腔里出现的并不是鼻涕,而是在泪液产生的量大于蒸发量情况下,通过鼻泪管到达鼻腔的泪液。因此,如果

泪管出现阻塞,就会导致流泪。

如何治疗?慢性泪囊炎单用药物治疗效果差,通过手术开通阻塞的鼻泪管是治疗慢性泪囊炎的关键。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

目前,内镜下鼻腔泪囊吻合术(MEDCR)是治疗慢性泪囊炎比较有效的方法。

一例消化道穿孔病例的诊治过程

王友杰

那天,我在门诊上班,忙碌了一上午,快下班时,我的手机铃声响了。这个电话是病房里一个年轻医生打来的。他告诉我:“王主任,咱们医院接诊一位80多岁的患者。老人吃完早餐之后,发生了剧烈的腹痛,未经治疗,就打了120急救电话。本来想把患者拉到急诊科的,但患者家属坚持让您诊治,就直接送到了咱们病房。老人年龄大,基础疾病多,是个老病号,您赶紧过来看看吧!”

在床,痛苦地呻吟着,面色萎黄,颜面、四肢末端水肿,情况很差!

我的脑子飞快地运转着:这是一位高龄患者,突然出现餐后腹部疼痛,根据急性慢性腹痛分类特点,需要警惕急性胃肠道穿孔、急性胰腺炎、阑尾炎、胆绞痛;对了,心肌梗死、主动脉夹层,还有缺血性肠病都不能排除在外!这究竟是什么疾病?

我立即与CT室医生沟通,想让他做腹部螺旋CT扫描。当时,CT室的医务人员考虑患者早晨吃过饭了,餐后腹部脏器显影不清晰,而且胆囊受进餐影响也会缩小,建议第二天空腹

再做!

那天,我在门诊上班,忙碌了一上午,快下班时,我的手机铃声响了。这个电话是病房里一个年轻医生打来的。他告诉我:“王主任,咱们医院接诊一位80多岁的患者。老人吃完早餐之后,发生了剧烈的腹痛,未经治疗,就打了120急救电话。本来想把患者拉到急诊科的,但患者家属坚持让您诊治,就直接送到了咱们病房。老人年龄大,基础疾病多,是个老病号,您赶紧过来看看吧!”

在床,痛苦地呻吟着,面色萎黄,颜面、四肢末端水肿,情况很差!

我的脑子飞快地运转着:这是一位高龄患者,突然出现餐后腹部疼痛,根据急性慢性腹痛分类特点,需要警惕急性胃肠道穿孔、急性胰腺炎、阑尾炎、胆绞痛;对了,心肌梗死、主动脉夹层,还有缺血性肠病都不能排除在外!这究竟是什么疾病?

我立即与CT室医生沟通,想让他做腹部螺旋CT扫描。当时,CT室的医务人员考虑患者早晨吃过饭了,餐后腹部脏器显影不清晰,而且胆囊受进餐影响也会缩小,建议第二天空腹

再做!

那天,我在门诊上班,忙碌了一上午,快下班时,我的手机铃声响了。这个电话是病房里一个年轻医生打来的。他告诉我:“王主任,咱们医院接诊一位80多岁的患者。老人吃完早餐之后,发生了剧烈的腹痛,未经治疗,就打了120急救电话。本来想把患者拉到急诊科的,但患者家属坚持让您诊治,就直接送到了咱们病房。老人年龄大,基础疾病多,是个老病号,您赶紧过来看看吧!”

在床,痛苦地呻吟着,面色萎黄,颜面、四肢末端水肿,情况很差!

我的脑子飞快地运转着:这是一位高龄患者,突然出现餐后腹部疼痛,根据急性慢性腹痛分类特点,需要警惕急性胃肠道穿孔、急性胰腺炎、阑尾炎、胆绞痛;对了,心肌梗死、主动脉夹层,还有缺血性肠病都不能排除在外!这究竟是什么疾病?

我立即与CT室医生沟通,想让他做腹部螺旋CT扫描。当时,CT室的医务人员考虑患者早晨吃过饭了,餐后腹部脏器显影不清晰,而且胆囊受进餐影响也会缩小,建议第二天空腹

再做!

医学影像

原发性肝脑体变性(MBD)是一种罕见的以对称性肝脑体脱髓鞘和肝脑体坏死为特征的疾病,至今病因不明,但临床上多见于长期饮酒的成年男性。

大多数学者认为,MBD与慢性酒精中毒和(或)其导致的营养不良有着密切的关系,不过近年来也有镰状细胞病和疟原虫感染引起MBD的报道。

MBD的临床表现复杂多样,缺乏特异性,根据其起病方式的不同可以分为3类。

急性:表现为意识障碍、癫痫、昏迷,可以伴肌张力增高、锥体束征阳性,有些患者还可以出现共济失调、小便失禁等。

亚急性:临床表现与急性相似,但病程相对迁延,表现为不同程度的意识障碍。

慢性:初期表现为性格改变、情感障碍、表情淡漠、反应迟钝或易激惹,而后出现进行性痴呆、发作性意识障碍等,可以在数年内逐渐进展。

影像学如何诊断?由于CT对肝脑体的病灶显示有限,而MRI(磁共振成像)具有多角度、多序列成像的优势,其敏感性明显高于CT,因此MRI可以作为MBD诊断和随访的首选检查方式。

急性MBD的影像表现具有一定的特异性,表现为肝脑体压部、体部和(或)膝部弥漫性肿胀,T1WI(T1指纵向弛豫时间,WI是加权成像)呈等或稍低信号,T2WI(此处的T2指横向弛豫时间),DWI(扩散加权成像)呈高信号,注射对比剂后表现为圆形或不规则斑片状强化。

病例一患者,男,65岁,饮酒30年,出现智力和记忆力下降、精神行为异常,肝脑体膝部、体部及压部对称性T1WI低信号,T2WI高信号,双侧额顶叶皮层下白质、半卵圆中心、侧脑室旁白质及桥臂亦可见对称性T1WI低信号、T2WI高信号,右侧外囊T2WI条状高信号,以上病灶DWI均呈高信号。

病例二患者,男,69岁,饮酒30余年,出现抽搐、意识不清、言语和进食障碍,肝脑体膝部和压部可见T1WI低信号(A),T2WI、FLAIR像(抑制水信号的一个扫描序列)、DWI高信号(B、C、D),矢状位T1WI可见肝脑体略萎缩,膝部、体部中层及压部低信号,呈“三明治”样改变(E),MRI增强未见异常强化(F)。

到了亚急性期和慢性期,水肿逐渐消退,并被脱髓鞘、变性、囊状坏死所取代,影像学表现为肝脑体萎缩,局部或弥漫的T1WI呈低信号,T2WI、FLAIR像呈稍高信号,特别是在膝部和压部。

由于MBD的脱髓鞘病变以肝脑体中层受累明显,而腹侧层和背侧层通常不受累,所以从矢状位来看,T2WI、FLAIR像呈现中层的高信号,上下边缘为薄层的正常白质信号,形似“三明治”,这是MBD亚急性期和慢性期会出现的特征性影像学表现(见图1)。

病例三患者,男,71岁,饮酒30年,出现头昏、恍惚、记忆力减退、心悸,横断位肝脑体膝部、压部对称性T1WI低信号,T2WI高信号,DWI高信号,矢状位T2WI肝脑体变薄,膝部及体前部条状高信号(见图2)。

病例四患者,男,72岁,饮酒60年,出现言语不清、走路不稳,肝脑体膝部、压部、双侧小脑中脚DWI高信号,可见肝脑体萎缩及“三明治”征。

(本图文均由新乡医学影像提供)



图1

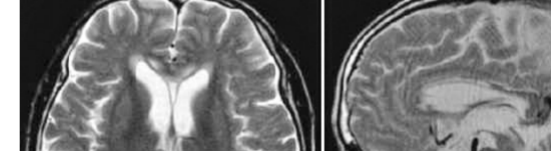


图2

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》《医技在线》《临床笔记》《精医懂药》《医学检验》《医学影像》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张~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:贾领珍
电话:(0371)85966391
投稿邮箱:337852179@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8楼医药卫生报社编辑部

(作者供职于商丘市中心医院)