

专家连线

骶前囊肿切除术的理念及手术技巧

□王刚成

骶前囊肿是一类位于盆腔腹膜返折以下,骶骨前间隙的囊性肿物。由于该类肿物影像学通常表现为囊性占位,包膜完整,边界清晰,与周围组织间隙明显,容易给外科医生造成很容易完整切除的错觉。如果外科医生对骶前囊肿的临床特点认识不

充分,对手术切除缺乏一定的理念及技巧,往往导致术后很快复发,再行根治性切除十分困难。笔者对5年间收治的患者中观察骶前囊肿患者19例,总结骶前囊肿的临床特点及手术理念和技巧,分享如下。

一般资料

笔者临床观察骶前发育性囊肿患者19例,其中男性7例,女性12例。患者年龄为20岁~48岁,平均年龄为38.5岁,其中<38岁9例,=38岁10例。术前影像学检查均提示骶前囊肿。5例为外院手术后复发患者(术前已行1次切除术3例,2次切除术2例),其中2例合并感染。囊肿下缘距肛门距离≤4厘米者12例,>4厘米者7例。所有患者在术前检查无手术禁忌证,手术前均未行盆腔放疗。根据术前影像学及术后标本测量,囊肿直径(11.3±3.3)厘米,其中8厘米~11厘米患者9例,≥21厘米者10例;肿瘤粘连直肠壁12例,累及直肠及阴道壁7例,粘连骶尾骨筋膜19例。19例患者均行腹会阴联合骶前囊肿切除,手术均由同一外科医师治疗组完成,其中腹会阴联合切口手术4例;腹会阴联合切口并横结肠造瘘15例。

临床表现

临床症状:14例首次就诊患者中有10例患者伴有不同程度的周围脏器压迫症状,如骶尾部胀痛不适,伴有不同程度的排尿、排便困难,尿频尿急、里急后重等,部分患者有血管神经受压表现,表现为下肢肿胀、麻木、呈放射性疼痛。4例患者无明显临床症状。5例患者有切除术,因囊肿复

发就诊,盆腔CT提示骶前低密度影,患者临床表现为骶前胀痛,感染者伴有发热。在当地医院留置骶前引流管后,胀痛及发热症状缓解,拔除引流管后上述症状再度出现,再次留置引流管。

影像学表现及体检:盆腔CT及MRI(磁共振成像)提示骶前巨大囊性肿物,有包膜,边界清楚,周围脏器受挤压。直肠及阴道道紧贴,探查肿块与阴道壁及直肠壁的关系。

手术方法

全身麻醉,取截石位,腹部组以下腹正中切口进腹,剪开盆底腹膜,探查肿块与阴道壁及直肠壁的关系。

分离肿块与阴道壁及直肠壁的粘连,尽可能保留直肠壁的完整性,如果囊肿壁与直肠壁粘连紧密难以有间隙分离,可切除直肠部分浆肌层甚至直肠壁及阴道壁,直至从盆腔入路分离比较困难,等待会阴组从骶前分离。

会阴组人员以尾骨尖为标记,在尾骨尖与肛门正中间定位,左右分别在坐骨结节内缘定位,用手术刀连接三点形成弧形切口,切开皮肤、皮下脂肪进入直肠与骶骨间隙,根据术前影像学提示囊肿的位置,骶前切口可适当偏离左右。如果囊肿与骶骨韧带关系密切,连同肛尾韧带、尾骨、

部分骶骨一并切除。

沿骶前间隙向两侧分离囊肿与盆壁的关系。直肠壁与囊肿壁往往粘连紧密,为了避免损伤肠壁及阴道壁,术者可把手指伸进直肠或阴道作指示,便于分辨囊肿壁与阴道及直肠壁。必要时切除粘连严重无法分离的肠壁及阴道壁。

修补受损的肠壁及阴道壁。骶前填塞棉垫止血。肿块体积比较大,创面容易渗血,因为盆腔间隙狭窄,缝扎止血困难,骶前填塞棉垫是有效省时的最好办法。腹部组关闭盆底腹膜。

横结肠双结造瘘。有以下任何情况之一均要行横结肠造瘘:1.直肠壁广泛剥离浆肌层;2.直肠壁受损破溃;3.直肠壁部分切除;4.直肠游离裸露严重,阴道受压。

结果

19例患者的中位手术时间为130分钟,中位术中出血量350毫升,15例行横结肠造瘘术的患者中,直肠壁浆肌层广泛剥离9例,直肠壁部分切除4例,直肠壁及阴道壁部分切除2例。2例直肠壁合并阴道壁部分切除的患者6个月后进行二期造瘘口还纳术;其余13例患者3个月后进行二期造瘘口还纳术,术后均恢复良好。5例在外院有切除术的患者中,有2例因再次手术,受炎症、组织粘连的影响,无法辨别囊肿的边界,术后

6个月复发。14例首次切除的病侧中,有1例因为囊壁部分残留,12个月后又复发。其余16例患者随访3年~7年未再复发。

术后病理:表皮样囊肿7例,皮脂囊肿5例,成熟畸胎瘤7例。

讨论

一、对骶前囊肿切除术认识的不足之处

本组5例有手术切除史的患者术前均被告知手术简单切除,其中,3例因为术中发现囊肿壁与直肠壁关系密切,术者担心损伤肠壁出现肠漏而残留部分囊壁,导致囊肿6个月后复发。另外2例,术中出现骶前静脉出血,姑息切除部分囊壁。更为严重的是,相当多的外科医生没有认识到骶前囊肿复发后,囊肿壁受炎症、粘连、结构改变等因素影响,再次手术极难找到囊肿边界而根治性切除。本组2例患者因为多次手术,囊肿边界无法显示,最终没有达到根治性切除,长期留置引流管,形成顽固性窦道,给患者身心造成巨大痛苦。

二、骶前囊肿外科切除理念

我们认为,本病虽然为良性病变,但骶前囊肿囊壁若与直肠壁、阴道壁或骶尾骨关系密切导致分离困难,则宁可切除受累的部分肠壁及阴道壁,行横结肠造瘘;宁可切除受累的骶尾骨切

带,一定要彻底完整切除囊肿囊壁,否则,如果囊肿复发,不大范围切除受累脏器则再难有根治性切除的机会。然而,囊肿为良性病变,多范围切除受累脏器,可能导致脏器的功能障碍,术者及患者均难以接受。国内有学者将残留囊壁给予化学物质进行腐蚀处理,我们认为难以根除病变。

三、本组骶前囊肿切除术手术方法的优点

1.减少盆腔脏器损伤;2.盆腔组与会阴组相互引导分离方向。盆腔空间相对狭小,如果没有会阴组的指引,盆腔组很难沿组织间隙分离囊肿至骶尾前;3.减少骶前血管出血的概率。如果术中出现盆腔血管严重出血,术中通过盆腔可直接缝扎双侧骶前内动脉控制出血;4.会阴部的弧形切口有利于棉垫填塞止血,经骶前辅助性切口填塞棉垫是简单有效的止血方法;6.横结肠的双结预防性造瘘。

总之,对于骶前囊肿,不能仅凭影像学表现轻易行手术切除,术者要充分考虑到该病的临床特点及技术操作难点,选择合适的术式,操作完整、彻底地切除病变,尽可能减少复发。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

注射用奥美拉唑钠溶媒的选择

□葛金华

质子泵抑制剂(PPIs)即H⁺/K⁺-ATP酶抑制剂,因其抑酸作用强大而持久、安全性高,是目前用于预防和临床治疗酸性相关疾病的首选药物,在临床中应用广泛。奥美拉唑钠是目前国内常用的PPIs之一。奥美拉唑钠的注射剂分为静脉注射和静脉滴注两种给药途径,而在配置过程中因溶媒、放置时间等因素,往往会影响到药物稳定性,以致临床疗效大打折扣。

案例分析

一例急性胰腺炎患儿,在静脉滴注奥美拉唑钠(溶媒为10%葡萄糖注射液)时,溶液由无色透明突然变为淡红棕色,立即弃用。

注射用奥美拉唑钠(红、黄、紫、黑皆有可能)是在临床上经常遇到的问题。目前,还没有发现因变色而引起严重不良反应的报道,但是注射液颜色一变,护士和患者家属脸色也会变,解释是一件很麻烦的事情,而且可能会为医闹埋下种子。因此,为了防患于未然,医者需要了解在静脉滴注奥美拉唑钠时为什么会变色?哪些因素可引起变色?如何选择溶媒才能避免变色?

注射用奥美拉唑钠为什么会变色

奥美拉唑钠具有磺酰基并咪唑化学结构,这个结构的特点是稳定性受溶液的pH值、光线、金属离子、温度等多种因素的影响,总之,这个结构就是一个“脆弱分子”,说变就变。特别是在酸性条件下,奥美拉唑钠化学结构易发生变化,出现聚合和变色现象,变色后不能继续使用。奥美拉唑钠多用冻干法制成粉针剂,也是从其稳定性考虑而做出的选择。

注射用奥美拉唑钠粉针剂,每小瓶含奥美拉唑钠42.7毫克,除了奥美拉唑钠40毫克,还有乙二胺四乙酸1.5毫克和少量NaOH(氢氧化钠),而这些“额外”的元素就是为了维持碱性环境以使得药品稳定。

再来看看溶媒的pH值:一般5%葡萄糖注射液的pH值为3.2~5.5,厂家一般控制在4左右,0.9%氯化钠注射液的pH值为4.5~7.0,厂家一般控制在6。

因此,注射用奥美拉唑钠在pH值较高的氯化钠注射液比在酸性的5%葡萄糖注射液中更为稳定。另外,当用250毫升或500毫升注射液作为溶媒时,静脉滴注时间会延长,其中的奥美拉唑钠很容易发生结构变化,产生变色和逐渐聚集为絮状沉淀。

五个因素可引起注射用奥美拉唑钠变色

- 1.溶媒选择不当:选择10%葡萄糖注射液或果糖注射液作为溶媒;配有专用溶媒未选择专用溶剂。
- 2.互相代用:静脉推注与静脉滴注的奥美拉唑钠注射剂互相代用。
- 3.序贯治疗输液时未用冲管液冲洗输液通路:两组液体混合后,pH值降低,奥美拉唑钠分解,产生沉淀。
- 4.避光、药物放置温度高、输注时间长:奥美拉唑钠溶液不避光使用,温度较高,40分钟即可变色。
- 5.用含碘消毒剂时未彻底脱碘:碘制剂不小心混合奥美拉唑钠溶液后,会引起一系列反应而发生变色。

注射用奥美拉唑钠溶媒的选择

- 1.配有专用溶媒的应选择专用溶剂:注射用奥美拉唑钠说明书规定,临用前将10毫升专用溶剂注入注射用奥美拉唑钠冻干制剂西林瓶内,禁止用其他溶剂溶解。专用溶剂为氯化钠的等渗灭菌水溶液,用适量氢氧化钠调节pH值,以保证本品在配制和使用过程中的稳定性。
- 2.未配有专用溶媒的最好选用氯化钠注射液:注射用奥美拉唑钠在pH值较低的葡萄糖注射液中,稳定性低于pH值较高的氯化钠注射液。建议最好使用0.9%氯化钠注射液作为溶媒,也可选择5%葡萄糖注射液,具体药品应严格参照说明书使用。
- 3.不可用果糖注射液:注射用奥美拉唑钠在100毫升果糖注射液中,立即有颜色变化,甚至出现浑浊,2小时含量即下降至61.5%。故对合并糖尿病的患者,不宜用果糖注射液代替5%葡萄糖注射液,应以0.9%氯化钠注射液100毫升作为稀释剂。

小结

由于使用注射用奥美拉唑钠时溶媒选择不当、配制后保存不当、序贯给药时未用0.9%氯化钠注射液冲洗输液管道等,临床上仍不时见到配制后的注射用奥美拉唑钠产品颜色变化的情况,导致疗效降低,不良反应增加,可能招致医患纠纷。使用注射用奥美拉唑钠前应按照说明书内容规定,选择适宜的溶媒,给药方法。(河南中医药大学供稿)

心脏卵圆孔未闭的介入治疗

□韩新巍 毕永华 李兆南

30岁的在读研究生小张(化名),2周前在打麻将时崴伤右腿,在宿舍卧床休息了5天后,他发现右小腿有些肿胀,而且越来越严重。老师和同学把他送到医院进行诊治,经过下肢彩超检查提示:肌间静脉广泛血栓形成。为了治疗下肢血栓,医院为他进行药物溶栓治疗,并让家属配合做右下肢按摩以促进水肿消退。在溶栓与按摩下肢的治疗过程中,患者出现剧烈咳嗽,伴随着咳嗽突然右侧肢体无法动弹,也不能说话了。经头部CT检查,结果显示患者颅内没有出血病灶,因而高度怀疑是脑动脉栓塞,继续溶栓治疗并加大溶栓药物应用,患者右下肢活动障碍和语言丧失持续10余个小时未能恢复。第二天,小张再次进行头部CT检查,结果证实了脑梗死。脑梗死多发于中老年人,年纪轻轻的小伙子,在治疗下肢静脉血栓的过程中怎么会突然出现脑梗死呢?为了弄清楚这个问题,家人把小张带到了郑州大学第一附属医院介入科就诊,专家考虑小张的脑梗死是由下肢静脉血栓引起的,是静脉内血栓跑到了动脉内引起栓塞,即异位

什么是异位栓塞

异位栓塞是静脉系统内的血栓跑到动脉系统内引起动脉栓塞,也称为奇异性栓塞或矛盾性栓塞。以色列前总理沙龙就是因为脑动脉异位栓塞导致脑梗死而死亡的。尽管沙龙有80岁高龄,但拥有青年人一样的正常血管,却因卵圆孔未闭而突发脑梗死,脑梗死后继发梗塞性脑出血,进而脑死亡,在昏迷8年后于2014年1月逝世。

在该案例中,小张有下肢静脉血栓溶栓治疗和咳嗽发作病史,故小张的脑梗死与下肢静脉血栓有关。正常人体静脉系统与动脉系统是两个完全并行却相互独立的系统,动脉与静脉之间依靠比头发丝(直径约70微米)还细的毛细血管网连接,各种静脉血栓无法通过这种微细的毛细血管,故而人体正常血管结构中静脉血栓是无法到达动脉的。但是如果人体心血管结构发育异常,静脉与动脉之间形成开放性短路(如卵圆孔未闭),静脉内血栓将经过这个短路到达动脉系统,导致动脉系统的某处血管堵塞,出现缺血性坏死改变。静脉系

统的血栓经过异常通路进入动脉系统导致的栓塞,称之为异位栓塞。

什么是卵圆孔未闭

卵圆孔未闭是一种心脏先天性发育异常。卵圆孔是出生前胎儿心脏右心房与左心房之间的房间隔上的血流通路,胎儿没有呼吸不能从肺部获得氧气,只能从母体脐带血液得到含氧气的血液,脐带血液的循环路径是静脉—右心房—卵圆孔—左心房—左心室—主动脉,再由外周动脉供养胎儿全身器官,维持胎儿的正常发育。胎儿出生后伴随着第一声啼哭,启动自主呼吸,开始经肺呼吸获得氧气,此时即可剪断脐带,婴儿心脏的卵圆孔逐渐闭合,一般出生几天或几周后闭合。

研究发现,有15%~25%的成年人有潜在的卵圆孔未闭,所谓潜在是指一般情况下卵圆孔处于关闭状态,只有特殊状况时卵圆孔才偶尔开放。这里的特殊情况是指剧烈咳嗽、暴怒、开怀大笑、用力憋气等动作,此时肺动脉与右心压力升高,右心压力超过左心房,右心房高压将潜在的卵圆孔未闭打开,若此时静脉血栓恰巧脱落至右心房卵圆孔口,血栓可通过卵圆孔进入左心系统,左心室把含有血栓

的血液射入动脉造成动脉栓塞。

卵圆孔未闭的介入封堵治疗

通过卵圆孔未闭异常进入动脉系统的静脉血栓,可栓塞各级动脉分支,且容易进入头颅颈动脉引起脑梗死。小张会是这种病吗?经过超声心动脏造影检查,明确诊断小张患的是卵圆孔未闭。

卵圆孔未闭患者终身不治也不会对心脏造成什么危害,但异位栓塞危险者需要尽早封堵卵圆孔,可采用心脏封堵器对卵圆孔进行封堵治疗。局麻下经股静脉穿刺插管至下腔静脉、右心房,通过卵圆孔进入左心房,引入封堵器推送鞘至左心房,在影像监测下将封堵器释放于房间隔的卵圆孔区域,封堵卵圆孔,以阻断右心房通向左心房的异常通路,阻断异位栓子进入动脉系统。介入封堵手术在30分钟~60分钟内即可完成,患者术后当天

可以下床活动,次日即可出院。目前卵圆孔封堵术已经国产化,介入封堵技术已经成为治疗卵圆孔未闭的首选方法。

对于没有引起动脉硬化的因素,如:高血压、高血脂、高血糖、尿酸高、高同型半胱氨酸,又没有抽烟等不良嗜好的中青年,若出现不明原因突发脑梗死,多数是卵圆孔未闭引起的异位栓塞。其他部位如:四肢动脉、内脏动脉出现不明原因的突发性栓塞,或反复偏头痛和头晕目眩者也有可能是异位栓塞,应做心脏彩超检查明确诊断。如果发现卵圆孔未闭(也有一些是小口径的房间隔缺损),应及时选择介入封堵治疗。

总之,当发现中青年动脉栓塞,尤其是脑栓塞时,要知道有异位栓塞这种疾病,是每一位医务人员应有的知识。(作者供职于郑州大学第一附属医院)



郑州市疾控中心温馨提醒 2020年国庆中秋假期出游注意事项

□梁士杰

随着国庆中秋假期来临,为确保健康出游,郑州市疾控中心温馨提醒:当前仍处于新冠病毒疫情全球大流行时期,尽量避免非必要的跨境旅游,尽量不要安排国内旅行,旅行期间要服从旅行目的地新冠肺炎防控工作的有关要求。

- 1.尽量减少去封闭场所和人群聚集场所,减少聚餐。注意与他人保持距离,勤洗手。在密闭和人群密集处要佩戴口罩。准备免洗手消毒液、消毒湿巾等物品。
- 2.乘坐公交、地铁等交通工具时要遵守秩序和乘务人员管

理要求,全程佩戴口罩,做好个人防护。参加活动中应有序排队,尽量保持1米以上的距离,在封闭场所和人员密集场所佩戴口罩。在餐厅内用餐建议间隔落座或同侧用餐,与其他人保持1米以上的距离。如果出现发热、乏力、干咳等症状,应立即到就近的医疗机构就诊。

3.关注卫生和疫情防控知识,预防呼吸道等传染病,按要求做好个人防护,维护公共卫生安全。

4.节日期间聚餐和在外就餐机会增加,要注意不食用未煮熟的食物,未经消毒的奶、未削皮的水果、生蔬菜,不喝生水。不采摘、食用野生蘑菇和野生植物。外出就餐时,注意选择正规、卫生条件好的饭店或餐厅就餐。(作者供职于郑州市疾控中心)



河南省人民医院
脊柱外科主任高延征:
全面认识 强直性脊柱炎
扫码看视频

高延征,河南省人民医院脊柱外科主任,河南省脊柱脊髓病诊疗中心主任,享受河南省政府特殊津贴,河南省五一劳动奖章获得者,河南省科技奖获得者,河南省优秀青年科技专家;任中华医学会骨科分会常务委员,中华医学会骨科分会脊柱学组委员、骨质疏松学组副组长,河南省医学会骨科分会主任委员,河南省康复医学会脊柱脊髓分会主任委员。

稿约

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》等栏目。请您关注,并提供稿件或建议。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞
电话:13783596707
投稿邮箱:5615865@qq.com
邮政编码:450000
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楼医药卫生报社总编室。