

■技术·思维

腹壁子宫内异位症的诊断和治疗

□李敏 李灿宇

子宫内组织(腺体和间质)出现在子宫体以外的部位时,称为子宫内异位症。子宫内异位症在大多数情况下主要位于骨盆内,也可发生于骨盆外(肠、膀胱、输尿管、肾脏、淋巴结、肺和胸膜,以及腹壁等)。腹壁子宫内异位症是指任何发生于腹膜表面的异位子宫内病灶,多继发于妇科手术(剖宫产术、子宫切除术等)后。专家推测,这可能是手术时将子宫或腹腔内游离的内膜碎片种植在切口所致。

病因病理

腹壁子宫内异位症在临床医学上属于子宫内异位症的一种类型,好发于育龄期女性,是发生在腹膜壁层和皮肤之间的子宫内异位症,通常发生在手术疤痕内或邻近疤痕处。大多数病例继发于剖宫产、子宫切除、羊膜腔穿刺术后,极少数病例发生在阑尾切除或腹股沟疝修补术后,甚至有极少数无盆腔操作史的自发性病例。

关于腹壁子宫内异位症的发病机制,目前尚未完全明确。迄今为止,公认的主流说法有种植学说、体腔上皮化生学说、遗传学说及诱导学说等,其中种植学说最受认可。异位种植的子宫内组织随着卵巢激素的变化发生周期性出血,病灶局部反复出血和缓慢吸收导致周围组织纤维增生、粘连,形成腹壁切口内异位灶。

种植学说指出,在盆腔手术期间,尤其是当子宫被切开时,子宫内组织细胞会被污染并种植于手术切口。随后,这些具有生长功能的细胞在附近组织中受卵巢激素的影响,出现周期性的子宫内组织变化,最终增殖或诱导形成疤痕附近的包块,这种包块让人感到疼痛。因此,规范的手术操作及有效保护腹壁切口仍很有必要。淋巴或血行播散也被认为是子宫内组织细胞进入外周循环并沉积在手术疤痕部位的一种解释。个别没有手术史的自发性腹壁子宫内异位症病例,使这一解释得到支持。

临床表现

多数腹壁子宫内异位症患者存在月经期周期性下腹部切口周围疼痛及一触即痛的包块等典型症状。此外,还有非周期性疼痛、月经异常、性交痛、异常阴道出血,甚至无症状等。

临床诊断

影像学检查

除了详细问诊、体格检查及实验室检查外,患者还要进行超声检查。超声检查准确率高,是目前一线影像学诊断方法。对腹壁子宫内异位症患者,超声检查结果常提示皮下低回声信号影,伴或不伴血流信号,结节的形状常常不规则、边界不清,或者没有明显的包膜等。在腹壁子宫内异位症病灶的完整声像图评估过程中,病灶的外观及继发于粘连和纤维化的扭曲解剖结构上的差异,是目前超声检查所面临的主要困难。因此,对于直径较大或者腹壁脂肪厚的患者,必要时还可考虑让其进行CT或MRI(磁共振)检查,以协助明确诊断和分辨病灶与周围组织结构的关系。

血清CA125(一种糖蛋白) 大多数腹壁子宫内异位症患者伴肿瘤标记物CA125不同程度升高。

细针穿刺细胞学检查

一种最精准的病理学检查方法,但为有创操作,有再次将异位内膜种植在穿刺部位的风险,故通常建议在排除病灶恶变时使用。

过去,在临床上,对于腹壁子宫内异位症的诊断主要依靠患者的临床症状和体征,但准确率较低,并且部分患者没有明显的临床症状,会造成漏诊、误诊,这给疾病的及时诊断和及时治疗带来了相当大的难度。因此,在临床上,合理运用辅助检查手段,以提高诊断的准确率和精确性,对腹壁子宫内异位症患者的治疗及预后具有重大意义。

目前,国内采用的腹壁子宫内异位症诊断标准,需要符合以下3点:
1.与月经相关的周期性疼痛。
2.有妇科或下腹部手术史。
3.近疤痕或疤痕处可见包块。

治疗

腹壁子宫内异位症的治疗方法主要包括手术治疗及药物治疗。

手术治疗 是腹壁子宫内异位症唯一确实有效的治疗方法。手术切除后治愈率可达95%以上,且术后复发率仅为3.4%。切除腹壁病灶周围5毫米以上组织是较好的手术方式,完整清除结节和与其相邻的筋膜,以使切缘干净,防止复发。除了治疗,手术还具有明确诊断的作用。对那些腱膜受累范围大,或者病灶切除后腹膜缺损面大的患者,推荐放置补片来重建腹壁,减轻组织张力,从而降低术后疝的发生率,但是闭经等不良反应较严重。可能病灶面积越大,手术风险就越大,住院花费等就可能越多。因此,对腹壁子宫内异位症应做到早发现、早诊断及早治疗。

药物治疗 药物有非甾体抗炎药、前列腺素合成酶抑制剂、亮丙瑞林、达那唑等。但是,药物治疗只能减轻症状,使病灶缩小,不能根治,且药物有一定副作用,无法长期使用,停药后会出现症状反复。部分学者提倡手术治疗结合药物治疗,术前使用激素治疗,能缓解症状,使病灶缩小,有利于病灶的完整切除,但也会使微小病灶萎缩到肉眼看不到,导致复发率上升。手术切除后是否加用药物,也存在争议。一般认为,对术后复发和曾经或同时并发其他盆腔内异位症者,建议继续药物治疗。药物治疗可以控制残留病灶和微小病变,进而控制疼痛复发,若近绝经期可选择药物保守治疗。

于那些腱膜受累范围大,或者病灶切除后腹膜缺损面大的患者,推荐放置补片来重建腹壁,减轻组织张力,从而降低术后疝的发生率,但是闭经等不良反应较严重。可能病灶面积越大,手术风险就越大,住院花费等就可能越多。因此,对腹壁子宫内异位症应做到早发现、早诊断及早治疗。

药物治疗 药物有非甾体抗炎药、前列腺素合成酶抑制剂、亮丙瑞林、达那唑等。但是,药物治疗只能减轻症状,使病灶缩小,不能根治,且药物有一定副作用,无法长期使用,停药后会出现症状反复。部分学者提倡手术治疗结合药物治疗,术前使用激素治疗,能缓解症状,使病灶缩小,有利于病灶的完整切除,但也会使微小病灶萎缩到肉眼看不到,导致复发率上升。手术切除后是否加用药物,也存在争议。一般认为,对术后复发和曾经或同时并发其他盆腔内异位症者,建议继续药物治疗。药物治疗可以控制残留病灶和微小病变,进而控制疼痛复发,若近绝经期可选择药物保守治疗。

复发与预防

病情复发者大多病灶较大,位置较深,可能是由于病灶不易被切除干净所致,故对于此类患者,在手术的过程中,应该适当扩大手术范围,切忌姑息手术,以减少复发。

术中应将腹壁子宫内异位症病灶彻底清除,也是预防术后复发的关键。剖宫产术后缝合子宫时,应避免将子宫内组织一起全层缝合。关腹时应更换针线来缝合内脏腹膜和腹膜壁,同时认真进行腹腔清洗,并仔细冲洗脂肪层和筋膜层。术后的怀孕次数对腹壁子宫内异位症的复发也有一定影响,这主要与妊娠相关的性激素的变化有关。因此,对于有生育要求的女性,术后妊娠也是降低复发率的一个理想选择。

妊娠相关的性激素的变化有关。因此,对于有生育要求的女性,术后妊娠也是降低复发率的一个理想选择。

(作者供职于河南省妇幼保健院)

腹主动脉瘤术后的注意事项

□李静 唐来仪

腹主动脉瘤是一种常见的主动脉病变,属于血管外科的范畴,具体指腹主动脉呈瘤样扩张。腹主动脉瘤多发于老年人,且以男性居多。腹主动脉瘤常常需要通过手术进行治疗。目前,在临床上,腹主动脉瘤术具有较高的安全性,并且手术效果也十分理想。腹主动脉瘤术后患者在日常生活中有一些事项要注意。术后良好的行为和习惯,可有效促进伤口愈合,加快康复速度。那么,在腹主动脉瘤术后,患者应该注意什么?下面,我们简单为大家介绍一下。

手术是治疗腹主动脉瘤的主要手段。一般来说,患者在术后应当注意以下事项:

- 1.总的康复原则。术后,患者要安静休养,防止感冒。同时,注意健康饮食,在身体允许的前提下适当活动。遵照医嘱,定时定量吃药等。
- 2.术后卧床休息。在腹主动脉瘤术后,患者应当卧床静养一星期左右。进行血管移植跨过关节的患者,则需要进行3周关节制动。
- 3.尽早下床活动。术后,患者在身体允许的前提下,应当尽早下床进行轻微活动,这样有助于提高患者的抵抗力,促进患者身体机能的恢复。要注意的是,不能进行剧烈运动,一般术后3个月内要避免用力屏气的动作;术后3个月以上,患者进行复查,如果结果提示恢复良好,则运动不受限制。
- 4.密切注意排气和排便状况。患者接受肠系膜下动脉及髂内动脉结扎术后,要密切注意自身的排气和排便状况。如果发生乙状结肠缺血,则会出现腹痛、便秘等症。此时,患者要及时就医。
- 5.密切注意下肢状况。患者要密切注意自己是否出现下肢疼痛、皮肤苍白、表面温度下降、知觉迟缓及动脉末梢搏动停止等症状。一旦患者有上述症状产生,则表明可能出现了缺血的情况,此时要及时就医。
- 6.健康饮食。患者术后的饮食应以少食多餐为原则,多吃清淡和易消化的食物,不要吃难以消化、辛辣刺激食物,戒烟戒酒,多吃新鲜蔬菜水果、蛋类等,有助于促进康复。
- 7.控制血压和血脂。控制血压和血脂以防止病情复发至关重要,尤其是那些有“三高”的患者,更需要控制好血压和血脂。
- 8.定期复查。患者应该根据医嘱,定期去医院进行复查,切不可认为已经康复了,就忽视复查的重要性。一般复查的频率是术后3个月、术后6个月、术后一年,以及术后每年进行腹主动脉CT检查。

(作者供职于郑州大学第一附属医院心血管内科)



莫把卫氏肺吸虫病当成肺炎治疗

□侯晓霞 孙芳

春末夏初,天气渐热。夜市多了起来,各种美食闪亮登场,其中虾、蟹尤其受欢迎。虾、蟹营养丰富,味道鲜美,很多人爱吃。近年来,由于各种美食节目和博主的推广,吃“醉蟹”“醉蟹”成为一种时尚。“醉蟹”“醉蟹”,就是把活虾、活蟹在酒中蘸一下“醉醉”。许多人认为这样吃虾、吃蟹更新鲜,并爱上了这种吃法。食用“醉蟹”“醉蟹”,古已有之。然而,这种吃法很不卫生,甚至相当危险。

明显,有高热、腹痛、腹泻、白细胞数增多,特别是嗜酸性粒细胞明显增多症状。

肺吸虫病的诊断要点如下:
1.有食用来自疫区生食的或半生的蟹或蝲蛄(蝲蛄)史。
2.X线胸片。卫氏肺吸虫患者的X线胸片可见肺内絮状或片状浸润影,典型表现为多房囊性或结节性阴影。
3.进行实验室检查,可发现嗜酸性粒细胞明显增加。
4.进行病原学检查,可在卫氏肺吸虫患者的痰中找到虫卵;肺吸虫抗原皮试可以作为筛查手段。

卫氏肺吸虫病是肺并殖吸虫病的简称,是一种由肺吸虫在人体寄生引起的急性或慢性自然疫源性地方性寄生虫病。此病可人畜共患。肺吸虫的生长过程包括虫卵、毛蚴、胞蚴、母雷蚴、子雷蚴、尾蚴、囊蚴、童虫及成虫等阶段。淡水川卷螺类是其第一中间宿主,淡水蟹和蝲蛄(蝲蛄)是其第二中间宿主,囊蚴是肺吸虫的感染阶段,因此人吃生的、腌制的、半生不熟的含有囊蚴的蟹或蝲蛄(蝲蛄),或饮用含有囊蚴的溪水,会感染肺吸虫病。

在我们这里要提醒大家,由于卫氏肺吸虫病与肺炎的临床症状极为相似,在治疗时要加以鉴别。肺炎的主要临床症状为发热、咳嗽、咯痰、痰中带血、伴胸痛或呼吸困难等。此外,还可出现头痛、乏力、腹胀、恶心、呕吐、食欲减退等症状。而卫氏肺吸虫病的主要临床症状为发热、咳嗽、胸闷、胸痛、气短等,咯棕色痰,典型痰液为果酱样或烂桃样。以前,在河南,卫氏肺吸虫病较少发生,有时容易被误认为是肺炎,从而延误治疗时机。使用消炎、抗过敏的药物,患者的症状会缓解,但由于虫体并未去除,停药不久症状又会反复,迁延日久,对患者造成生理和心理上的双重折磨。

急性肺吸虫病患者食入大量囊蚴后数天至1个月发病,重症感染者第2天即出现症状。童虫在患者体内多个器官或组织间移行、游窜,引起局部组织出血、坏死,加之机体的免疫反应,引发全身症状,轻者仅表现为食欲不振、乏力、消瘦、低热等非特异性症状,重者则发病急,毒性症状

(作者供职于河南省胸科医院西呼吸与危重症医学科一病区)

■医技在线

颈椎手术有风险但不危险

□高坤

颈椎病危害较大,轻则走路不稳,四肢麻木,重则四肢瘫痪。如果保守治疗无效,就需要手术治疗,但很多人惧怕颈椎手术,认为这种手术风险大,担心术中会让人痛苦,也担心术后效果不理想。其实,颈椎手术已经是一种安全、成熟、舒适、疗效确切的手术。颈椎手术不危险,主要有以下原因。

首先,人员专业化。骨科分为关节、脊柱、创伤、运动医学、肿瘤、手外等专业。其中,脊柱又可分为颈椎、胸腰椎、畸形、微创、肿瘤等更细的专业组。较为成熟的医疗中心均有亚专业和专业组的设置。人员专业化程度越高,技术就越熟练,经验就越多,因为每天都要处理类似的患者,做类似的手术。走钢丝危不危险?为什么杂技演员敢上去走?因为杂技演员受过专业训练,有丰富的经验,知道如何规避危险,再加上天天练习,自然胸有成竹。脊柱外科医生也是如此,每天都做类似的手术,熟能生巧,安全自然

有保证。

其次,技术成熟、过程安全。对颈椎病,主要有前路和后路两种手术方式。这两种手术方式,均历经几十年的改进,日渐完善。全世界有数万人接受颈椎手术治疗,从中获益。在病人进入手术室以后,医务人员对患者进行术前核对、监护、穿刺,之后对患者进行全身麻醉药物静脉注入。在病人进入类似睡眠的麻醉状态下,医生进行手术。手术后,麻醉师唤醒,病人醒过来。可以说,整个过程没有痛苦。现在,术中还有专业的电生理医生,对病人进行电生理监护,像监护血压、心率一样,在整个手术过程中监护病人的脊髓运动、感觉功能,稍有异常,就会及时提醒手术医生采取措施,更增加了手术的安全性。

手术工具的革新,如显微镜、超声骨刀和术中导航,也会为手术安全提供了保障。显微镜下脊柱手术,是脊柱外科的“金标准”。术中,显微镜的放大功能,使手术视野更加清晰,让医生

可以清楚地辨认解剖结构,以最小的组织损伤获得良好的减压效果。术中,双目显微镜能够提供术区的三维立体成像,这不同于椎间孔镜等内镜下的二维成像,镜下手术视野的清晰度和立体感均显著增强,且分辨率高,放大倍率可在2倍~12倍之间随意调节。显微镜具有好的软组织分辨率,能让医生在术中操作更精细、更准确,对神经的刺激、干扰更小。可以说,显微镜使手术切口小、手术时间短、术中病人失血少和术后恢复快。术后,病人下床活动早,可促进病人康复。显微镜具有共轴视野和录像功能,助手可同时了解术中情况,配合好主刀医生。这一方面让手术更安全,时间更短,另一方面,这种观摩学习也加快了对人才的培养,有效缩短了学习曲线。超声骨刀作为一种新型骨科手术设备,使用特殊的转换装置将电能转换为机械能,经过高频超声震荡,切割所要切割的骨组织。传统手动、气动、电

动的骨切割工具(骨刀、气钻、磨钻)存在较大缺陷,主要是安全问题。骨刀切割的深度难以控制,对术者的经验、要求较高。气钻、磨钻稳定性好,但也有在缠绕组织、跳动问题。超声骨刀是纵向高频振动,切割的精确性和稳定性均得到明显提升,不会缠绕组织,效率也很高。在颈椎后路椎板切除过程中,超声骨刀大大提高了手术的安全性和效率,达到了“削骨如泥”的程度。在颈椎前路手术中,对于以前难以处理的骨赘、钙化,应用不同的超声骨刀刀头,也能够有效去除。术中导航可以为术者提供精准的“立体地图”,使术者知道骨表面以下的结构,做到精准置钉,并可对内固定植入物的位置进行确认,使以前难度较大的颈椎椎弓根钉技术变得容易实现;同时,对较深部位的钙化进行切除,导航可以使医生“不迷路”,随时知道手术刀切向哪里,还有多少病变没有切除,大大提高手术的准确度。

最后,疗效确切,病人康复快。医生会综合分析病人的情况,看病人是否有手术指征。术后,病人会感觉症状有所减轻。一般术后第二天病人就可以下床活动,不需要长期卧床,不需要专人照顾。相较于很多颈椎病病人没有及时进行治疗,最终出现四肢瘫痪、大小便失禁、卧床不起的结局,手术治疗可以说是利大于弊。

还有一种特殊情况,就是在检查中“偶然”发现颈椎病,影像学检查结果虽然提示存在严重的神经压迫,但是临床症状却很少,病人感觉没事或者症状轻微。这就需要医生进行专业的查体及神经电生理检查,如果发现病人存在明确的体征和电生理损伤表现,就需要对病人进行手术治疗,防止病人出现突然瘫痪的严重后果。

综上所述,当出现颈椎病时,经医生判断,如果需要手术治疗,建议病人听医生的,不必惧怕手术。

(作者供职于河南省人民医院)