

■ 技术·思维

改良带蒂大网膜修复膀胱阴道残端瘘技术的要点和临床效果

□王刚成 文/图

膀胱阴道残端瘘多因在全子宫切除术的过程中膀胱后壁分离受损所致。全子宫切除术后,膀胱后壁空虚,经膀胱及阴道单纯修补膀胱阴道残端瘘时,往往因为缝合创面缺少良好的血管滋养及保护而愈合困难,手术成功率低。带蒂大网膜修补膀胱阴道残端瘘技术虽然修补成功率高,但是术后对患者的生活质量有一定影响。下面,通过4个病例,我介绍一下该技术的要点及临床效果。

临床病例

病例1:患者52岁,子宫多发平滑肌瘤。患者接受全子宫切除术,术后2周出现膀胱阴道瘘。术后3个月经膀胱及阴道联合修补各1次,均失败。造影检查结果提示:1处膀胱瘘口。阴道指诊:阴道残余约3.0厘米,可触及膀胱阴道残端瘘口(直径约4.0厘米)。

病例2:患者42岁,术前被诊断为宫颈鳞癌Ⅰb期,接受广泛性子宫切除术+右输卵管囊肿切除术+盆腔淋巴结切除术。术后病理诊断(宫颈)结果提示:中分化型鳞癌,侵犯肌层1/2,阴道壁切缘干净。淋巴结转移情况:左盆腔2/6,右盆腔0/6。术后放疗3个月,患者出现膀胱阴道瘘。术后经阴道修

补1次,失败。造影检查结果提示:1处膀胱瘘口。阴道指诊:阴道残余约5.0厘米,可触及阴道残端瘘口(直径约2.0厘米)。病例3:患者43岁,术前诊断为子宫内膜腺癌,接受广泛性全子宫Ⅱ型切除术+双附件切除术+盆腔淋巴结清扫术+术后病理检查结果提示:子宫

内膜腺癌,浸润肌层深度小于1/3,淋巴结未见转移,双附件未见癌细胞浸润。术后10天,患者出现膀胱阴道瘘。术后4个月,经膀胱及阴道联合修补各1次,均失败。造影检查结果提示:1处膀胱瘘口。阴道指诊:阴道残余约4.0厘米,可触及膀胱阴道残端瘘口(直径约3.0厘米)。

病例4:患者48岁,子宫平滑肌瘤,接受全子宫切除术,术后2周出现膀胱阴道瘘。术后5个月经膀胱及阴道联合修补各1次,失败。造影检查结果提示:2处膀胱瘘口。阴道指诊:阴道残余约4.0厘米,可触及较大的膀胱阴道残端瘘口(直径约4.0厘米),较小的膀胱瘘口触及不清。

手术方法

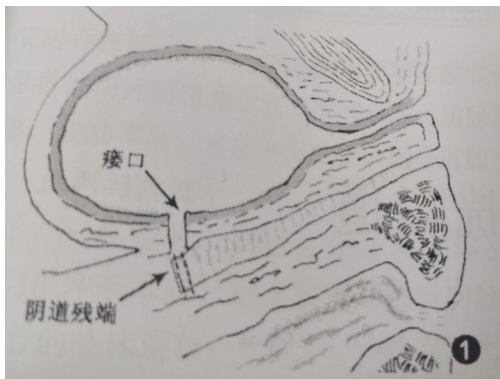


图1

1.显露膀胱及阴道瘘口(图1)。患者取截石位,全身麻醉成功后,留置尿管,延长切口至脐上,显露腹盆腔,助手用手指从阴道内将阴道残端顶起,显露阴道残端瘘口。通过尿管向阴道内注入亚甲蓝,显露膀胱瘘口后分离膀胱瘘口与阴道间隔,将阴道残端与膀胱后壁分离2厘米~4厘米。若组织水肿严重,粘连紧密,不要强行过多游离膀胱后壁,避免膀胱瘘口扩大。

2.留置输尿管支架管。切开膀胱顶部,显露膀胱内瘘

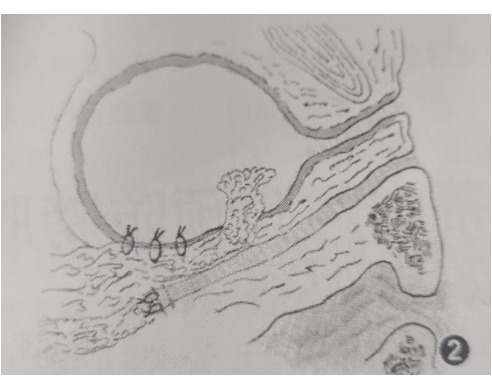


图2

口及膀胱三角区,观察瘘口与双侧输尿管乳头及尿道内口的关系。根据瘘口与输尿管乳头的距离,留置一根或两根支架管,避免在缝合膀胱瘘口时导致输尿管管口狭窄。

3.游离大网膜。自胃大弯无血管区向右游离胃网膜左动静脉至根部,游离大网膜与横结肠附着处,将带有胃网膜右动静脉血管的大网膜完整游离。

4.隔离、修复。将带蒂的大网膜穿过横结肠与小肠系膜无血管区至盆腔底部。将血供丰

富的大网膜经膀胱瘘口(如有2处瘘口,选择大瘘口)充分拉进膀胱内,用3-0可吸收线经膀胱后壁将大网膜缝合固定于膀胱后壁瘘口周围及阴道残端(图2)。

5.缝合膀胱后壁的黏膜层。在带蒂大网膜固定于膀胱后壁后,适当修剪多余的大网膜组织,将剩余的网膜填塞于膀胱黏膜层下后再缝合膀胱黏膜层,使膀胱后壁黏膜化(图3)。

6.缝合阴道残端瘘口。使用1-0可吸收线缝合阴道残端,

尽可能封闭原瘘口,可用大网膜组织覆盖阴道残端并固定(图3)。

7.膀胱造瘘。用20号菌状管在膀胱顶部进行膀胱造瘘。2个月后拔除造瘘管。

8.引流。放置盆腔引流管。术后可能有少量的积液或

漏尿,要保持盆腔引流管通畅,减少感染。

9.体位改变。如果大网膜较少且隔离不充分,膀胱瘘口较大,术后患者尽可能侧卧或俯卧,以抬高膀胱瘘口,减少尿液外渗,促进瘘口愈合。

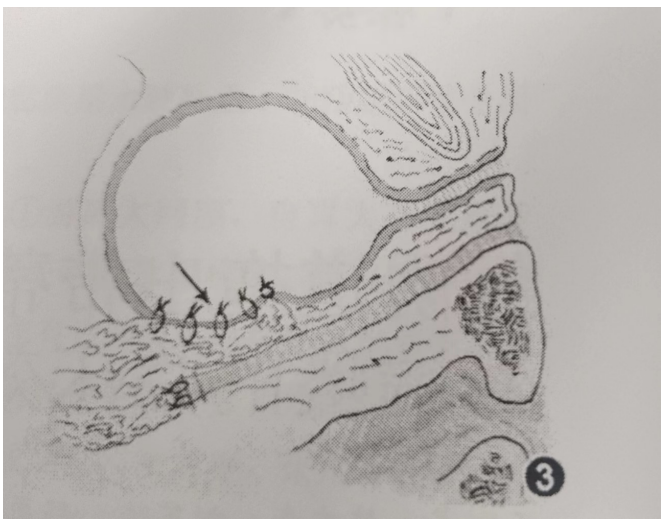


图3

临床讨论

膀胱阴道瘘发生后3个月~6个月通过膀胱或阴道可成功修补,国内外已有报道。而膀胱阴道残端瘘因为子宫全切后膀胱后壁薄弱,缺少滋养及保护层,很难经膀胱及阴道修复或自愈。本文中的4名患者经膀胱或阴道修补均未成功。我们利用改良带蒂大网膜修复患者的膀胱阴道残端瘘,表明该手术适合阴道壁缺损较多、膀胱瘘口较大、

局部组织血供不足、愈合能力差,经多种方法修补失败的患者。

膀胱阴道残端瘘治疗的重点是:1.切断漏尿的途径。2.增强膀胱后壁,为膀胱瘘口创面愈合提供良好的滋养及保护。3.分隔膀胱瘘口与阴道残端。4.封闭阴道残端。5.通畅引流。带蒂的大网膜是具备上述修补膀胱阴道残端瘘条件的最佳组织。由于带蒂造成不适感或者疼痛,一般会持续3个月左右。因为开放手术要对补片及其周围的组织,如筋膜、肌肉、韧带等结构进行缝合固定,创伤相对大一点,导致患者在活动的时候疼痛持续的时间长一点儿。在微创手术中,放置补片的空间是一个疏松的无血、无神经分布的腹膜前间隙,创伤小,一般无须对补片进行缝合固定,术后疼痛轻微,持续的时间也比较短。

腹股沟疝修补术后的疼痛很常见,发生的原因多种多样,包括神经性原因(如术中神经损伤,或者补片对神经的刺激,都会引起疼痛)和非神经性原因(主要是由于术后的组织损伤修复引起的)。除了这些原因,每个人对疼痛的敏感性都不一样,比如同样的疼痛刺激,老年人的表现就相对轻微,年轻人就会比较明显。我们对于疼痛的感知是基于中枢神经系统对疼痛传输的调控,存在很大的个体差异。随着损伤的修复,大部分患者的疼痛会逐渐缓解。一项来自瑞

典和丹麦的研究对比了2000例传统修补术后和平片修补术后的不适和疼痛,发现传统修补术后和平片修补术后的疼痛级别没有显著差别。这表明手术的创伤是引起疼痛的最重要因素,也可以解释腹腔镜修补手术的疼痛级别低,和手术创伤小有关。

随着时间的推移,手术创伤会逐渐修复,其所带来的不适和疼痛会逐渐减轻,但神经的损伤修复就比较困难,有可能导致持续的长期的慢性疼

痛。基于此,就要求外科医生尽最大可能规范手术操作,术中加强对神经的保护,避免损伤。补片植入体内会引起挛缩。一般来说,轻量大网孔的补片发生挛缩的概率较低,引起的炎症反应较轻,卡压、牵拉神经的风险相对较小,理论上术后出现慢性疼痛的概率会低一点儿。大网孔的补片有利于组织长进去,术后的舒适度也相对较高,可作为首选补片。

(作者供职于郑州市中心医院)

更容易接受。

如果用带蒂的大网膜修复膀胱阴道残端瘘,阴道仍有少量尿液渗出,可嘱咐患者改变体位,采取侧卧位,或体质好转后采取俯卧位,以抬高膀胱瘘口的高度,减少漏尿。修补后尽量让膀胱处于空虚状态,可减轻膀胱内压力,减少尿液外渗,促进瘘口愈合。

(作者供职于郑州市中心医院)

■ 医技在线

一个10个月的男婴,因双侧冠状缝早闭导致短头畸形,脑组织受到压迫,颅内压增高,视盘水肿,头痛,呕吐。

据患儿家长介绍,患儿出生时,接诊医师就发现患儿有囟门早闭现象。因缺乏相关知识,患儿家长没有认识到这种疾病的严重性。随着患儿的生长发育,吐奶情况越来越严重。3个月时,患儿家长带患儿到当地医院就诊,发现患儿双侧冠状缝完全闭合。当地医院无法治疗此病。经人介绍,患儿家长带着患儿找到我就诊。

在对患儿进行全面检查和评估后,经科室讨论,我们决定为患儿进行颅缝再造术。患儿家长一听要进行颅缝再造术,恐惧不已。我们对患儿家长讲解手术相关知识,分享手术成功的病例。最后,患儿家长放下顾虑,决定让患儿接受手术治疗。

患儿手术非常顺利,术后第二天可以进流质饮食。术后第九天,我们为其拆除了手术切口缝线。术后头部CT(计算机层析成像)检查结果显示:患儿脑部受压迹象消失。看到患儿恢复得这么好,患儿家长很高兴。

冠状缝早闭又称颅缝骨化症或狭颅症,是一种颅骨先天发育障碍性疾病,会导致颅骨变形和脑功能障碍。冠状缝早闭表现为患儿出生时或出生后2个月~3个月即出现某条颅缝或多条颅缝早闭,并伴有或继发慢性颅内压增高、头颅畸形、眼眶或颞部发育异常,严重时可有视盘水肿、眼球突出等征象。头颅畸形与发生早闭的颅缝有关。在单条颅缝早闭中,较为常见的是一侧冠状缝早闭导致的斜头畸形,以及额缝早闭导致的三角头畸形。在多颅缝早闭中,较为常见的是双侧冠状缝早闭导致的短头畸形。

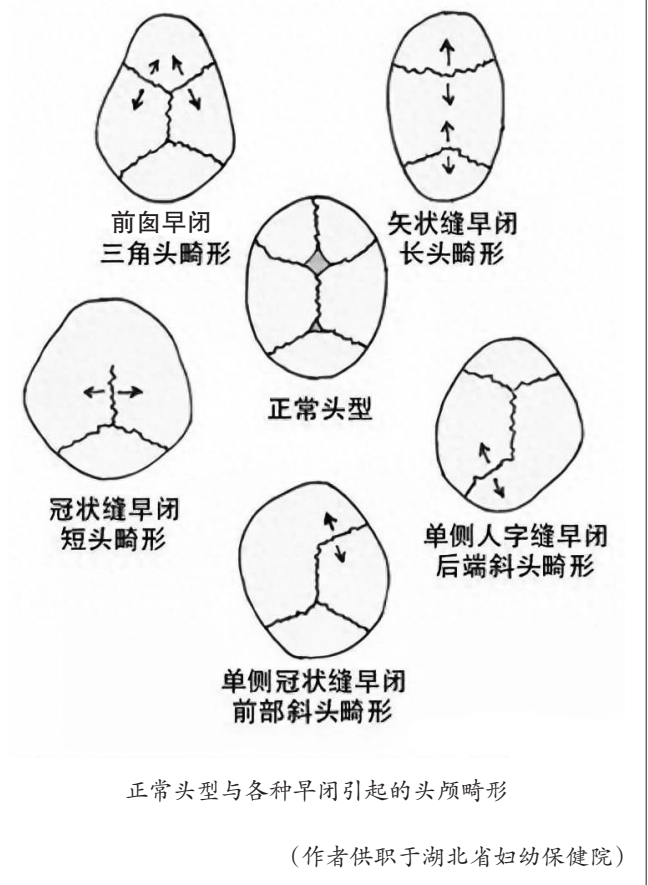
在给年龄比较小且合并小头畸形(头部远小于其他同龄和同性婴儿头部的畸形)的患儿做颅缝再造术时,需要注意下面两个要点:

一是手术技术。技术始终是第一位的。对于医生来说,技术的成长是一个不断练习的过程,一定要潜下心来练技术。

二是要对手术的风险有一个评估,这是因为颅缝再造术会有发生感染和脑损伤的风险。医生在术前要对可能发生

的风险进行全面评估,做好手术预案。

冠状缝早闭以外科手术治疗为主。手术的目的是扩大颅腔,以利于脑组织正常生长并缓解颅内压增高。因为1岁以内大脑发育较快,所以手术越早越好,最佳的手术时机应是在颅内压增高尚未明显之前。手术的最佳年龄为6个月~1岁。1岁以后有颅内压增高症状和视力下降者,应手术治疗。若2岁后再手术,则效果不显著。3岁以后大脑发育基本结束,手术主要是改善头颅及面骨畸形,减少头颅异常给患儿带来的压力。即使对于年龄较大的患儿,也不应该放弃治疗。



(作者供职于湖北省妇幼保健院)

■ 临床提醒

疝气修补术中这样操作可减少术后疼痛

□高磊

很多患者会问:都已经做了疝气修补术,怎么还会疼痛呢?基于不同腹股沟疝不同术式之间的随机对照研究及大型流行病学调查数据显示,如果术前腹股沟疝影响正常生活,合并慢性疼痛,那么术后出现慢性疼痛的概率为5%~10%。

我们要知道,做手术就是切开、结扎、缝合、止血、固定补片、缝合切口等的过程。术中为了止血,常常会用到高频电刀,会造成一定创伤。创伤在修复的过程中,会产生一些炎症因子,

造成不适感或者疼痛,一般会持续3个月左右。因为开放手术要对补片及其周围的组织,如筋膜、肌肉、韧带等结构进行缝合固定,创伤相对大一点,导致患者在活动的时候疼痛持续的时间长一点儿。在微创手术中,放置补片的空间是一个疏松的无血、无神经分布的腹膜前间隙,创伤小,一般无须对补片进行缝合固定,术后疼痛轻微,持续的时间也比较短。

腹股沟疝修补术后的疼痛很常见,发生的原因多种多样,包括神经性原因(如术中神经损伤,或者补片对神经的刺激,都会引起疼痛)和非神经性原因(主要是由于术后的组织损伤修复引起的)。除了这些原因,每个人对疼痛的敏感性都不一样,比如同样的疼痛刺激,老年人的表现就相对轻微,年轻人就会比较明显。我们对于疼痛的感知是基于中枢神经系统对疼痛传输的调控,存在很大的个体差异。随着损伤的修复,大部分患者的疼痛会逐渐缓解。一项来自瑞

典和丹麦的研究对比了2000例传统修补术后和平片修补术后的不适和疼痛,发现传统修补术后和平片修补术后的疼痛级别没有显著差别。这表明手术的创伤是引起疼痛的最重要因素,也可以解释腹腔镜修补手术的疼痛级别低,和手术创伤小有关。

随着时间的推移,手术创伤会逐渐修复,其所带来的不适和疼痛会逐渐减轻,但神经的损伤修复就比较困难,有可能导致持续的长期的慢性疼

痛。基于此,就要求外科医生尽最大可能规范手术操作,术中加强对神经的保护,避免损伤。补片植入体内会引起挛缩。一般来说,轻量大网孔的补片发生挛缩的概率较低,引起的炎症反应较轻,卡压、牵拉神经的风险相对较小,理论上术后出现慢性疼痛的概率会低一点儿。大网孔的补片有利于组织长进去,术后的舒适度也相对较高,可作为首选补片。

(作者供职于郑州市中心医院)

更容易接受。

如果用带蒂的大网膜修复膀胱阴道残端瘘,阴道仍有少量尿液渗出,可嘱咐患者改变体位,采取侧卧位,或体质好转后采取俯卧位,以抬高膀胱瘘口的高度,减少漏尿。修补后尽量让膀胱处于空虚状态,可减轻膀胱内压力,减少尿液外渗,促进瘘口愈合。

(作者供职于郑州市中心医院)

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》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

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。

电话:(0371)85967002
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室