

■技术·思维

胃癌术后常见并发症与处理时机

□赵玉洲

胃癌术后常见并发症为梗阻、出血、积液、感染、瘘等。一部分患者经过保守治疗可能痊愈,而另一部分患者则需要再次进行手术治疗。下面,我们分别来讨论。

梗阻

胃癌术后肠梗阻一般来说会有以下几种原因:1.代胃空肠主干扭转;2.Roux-en-y(一种吻合术式)吻合处梗阻;3.代胃空肠主干压迫结肠;4.空肠向脾窝粘连;5.空肠向切口粘连等。

处理技巧:完全性梗阻尽早进行手术解除;不完全性梗阻以术后10天为限,10天以内可以保守观察,10天左右尽量手术探查,超过12天原则上在保守治疗的基础上谨慎再次手术探查。10天左右的手术以松解粘连为主,而12天以上的手术以短路解除梗阻为主。

感染

胃癌术后感染多数与积液和瘘互为因果,除抗感染治疗外,积极进行冲洗引流治疗十分重要。

医生应根据单纯感染、感染合并瘘、积液合并感染、积液合并感染合并瘘等不同情况分类处理。

但是,有一个原则十分重要:尽可能进行局部冲洗,如果能够置管进行“海冲”(一种利用大量生理盐水持续冲洗的方法),则会有事半功倍的效果。

出血

胃癌术后出血一般分两种情况:消化道内出血和腹腔内出血。

消化道内出血可能表现为胃管或营养管引流出血性液体,或者患者有呕血、便血等情况。消化道内出血多发生在吻合口或消化道残端的闭合口的出血,此种情况往往保守治疗难以奏效,需要进行内镜下止血或二次手术缝合止血。

我们可以根据CT扫描时显示的消

化道因血块阻塞表现的特有征象而判断出大致的出血部位。

十二指肠降部及水平部充盈多与十二指肠残端出血有关,而代胃空肠主干附近充盈多与空肠吻合口附近出血有关。但是,手术过程中往往需要加固可能涉及的吻合口,必要时拆开近段空肠的残端,以利于腹腔积血的排出并观察止血效果。为了利于术后监测,必要时可将空肠内的积血吸出或通过人工

挤压的方式排向远端。

腹腔内出血只要不是大的血管出血,多数都能通过应用止血药物保守治疗。

大的血管出血则往往需要进行二次手术止血,但有时会因出血过于迅猛而失去止血的机会。因此,一旦判断腹腔内存在大的血管的活动性出血,迅速进行二次手术止血尤为重要,切不可因等待血常规检查结果而错失手术时机。

积液

胃癌术后积液多是因为腹腔引流管移位所致,所以我们提出“360度引流”:凡是可能出现积液的区域都要照顾到,能用一两根引流管完成引流最好,如果不能的话可以适当多放置引流管。脾窝、脾门、胰腺上缘、十二指肠残端、吻合口侧方是常见的积液区域,术中放置引流管务必都要照顾到。如果放置得当,一条经由十二指肠残端、过

胰腺上缘、达脾门伸向脾窝的引流管就能很好地完成标准胃癌根治术的重要区域引流。而配合一根吻合口旁的纵隔引流管则能更好地完成胸腹联合手术的食管空肠或食管胃吻合口附近的引流。

无论如何,手术后都应该在积液有临床表现之前发现并处理。术后第三天的CT扫描很重要。早期的积液会表

现为异常的成“锐角”分步的小片状低密度影,应注意观察发现。

如果无法穿刺引流,则需要复查CT,一旦确认积液面积增大,或引起临床表现,则需要再次确认能否穿刺引流,或必要时进行二次手术处理。

总之,针对积液,防大于治,防范不仅积极而且有效,但治疗起来往往十分棘手。

瘘

胃癌术后瘘是一个让外科医生讨厌但又很想研究的问题。

目前,我们通过改进的两层半吻合法,已连续在300余例胃肿瘤手术中实现了“零临床瘘”的效果。

两层半吻合需要食管下端有2厘米

左右的游离度(至少要有1厘米),游离度不足1厘米的食管残端很难应用两层半吻合法。如果不能行两层半吻合,又对吻合不十分放心,建议使用空肠造瘘或胃造瘘配合管肠内营养的方法“当瘘来处理”。

患者一旦发生吻合口瘘,则需要根据临床表现划分为亚临床瘘、不需要二次手术的临床瘘、需要二次手术的临床瘘、需要二次手术及ICU(重症监护室)共同干预的临床瘘等几种情况,分别对待。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

一次手术切除约五十个神经纤维瘤

□陈航

■临床笔记

今天的手术患者是一位17岁的女大学生。虽然家里很拮据,但是患者很争气,去年考上了师范大学,可偏偏在入学体检的时候,发现患有神经纤维瘤。

这是一种染色体显性遗传性疾病,其后果是只要有神经生长的地方,都有可能长出肿瘤。术前的磁共振检查结果提示,患者的脑部到全脊椎,都有肿瘤在生长。虽然肿瘤绝大多数都是良性的,但此类患者往往不可能长大成人,这也意味着这位患者没有机会为人妻、为人母。

女孩首先表现为双侧听力下降,这是颅内的听神经瘤造成的。我们为她做了听神经瘤切除手术,幸运的是,患者术后没有任何面瘫症状。因此,女孩对疾病的治疗充满了信心,一个月以后因为出现胸背部的疼痛,又来找我做椎管内的肿瘤切除手术。

无论现实多么残酷,作为医生,我没有理由再让一位17岁的花季少女内心荒芜。在和女孩父亲充分沟通以后,我决定为她尽可能做手术治疗。

由于肿瘤太多了,如果一次只切除几个肿瘤,完成全部治疗的花费将是一个天文数字。我愿意为患者一次性切除绝大多数的肿瘤,但随之而来的问题是:虽然能让患者省很多钱,但手术风险和术后并发症的发病率也会显著增高。

有时,患者的信任,会让医生愿意承担比患方更多的风险。

每一次手术,我就像一名船长,喜欢将船上的一切处理得井井有条,大家各就各位,等待一次顺畅的远航。我的助手陈玉生大夫很棒,虽然手术切口很长,足足有14节椎体,但患者失血很少。但是,手术的困难程度远远超出我的想象:肿瘤非常密集,其中不光是神经纤维瘤,还有脊髓瘤,而较大的肿瘤完全位于脊髓前侧,而且与脊髓没有任何边界。这就是传说中的髓内神经纤维瘤,我从医20多年没有见过几例,但这种肿瘤却遍布了女孩的这个椎管。

手术时间很长,过程也很辛苦,我感觉不是在做肿瘤切除手术,似乎是在做神经梳理。由于波及的神经范围太广,为了使孩子术后不出现严重的神经损害症状,术中,我尽可能完整地保留绝大多数神经根。手术历时8小时,我们共切除了大大小小50个左右的肿瘤,患者失血不足300毫升。

(作者供职于河南省人民医院)

本版未署名图片为资料图片

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)85966391
投稿邮箱:343200130@qq.com
邮政编码: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

淮阳县人民医院

为103岁老人手术治疗股骨头转子间骨折

本报讯(记者侯少飞 通讯员苏叶松)昨日,记者在淮阳县人民医院采访时获悉,日前,该院骨伤外科二病区成功为103岁的患者许某实施股骨头转子间骨折手术。术后,患者各项生命体征正常,并于4天后出院。据了解,这是淮阳县人民医院目前实施此类手术中年龄最大的患者。此例手术的成功实施,标志着该院医疗服务能力迈上了一个新台阶。

近日,家住淮阳县城关镇的许某不慎摔倒后,右髋部剧烈疼痛,不能站立行

走。家人咨询了多家医院后,最后将老人送往淮阳县人民医院骨伤外科二病区就诊。老人入院后,淮阳县人民医院骨伤外科二病区副主任贾明功为老人进行了详细检查,发现老人除右股骨头转子间骨折外,还患有多种老年性基础疾病,无论采取保守治疗还是手术治疗,都存在一定风险。

医生与患者家属进行了充分沟通,详细分析手术与非手术治疗各自的优势和风险后,患者家属坚持要求手术治疗。贾

明功立即组织骨伤外科、麻醉科、心内科及老年病科专家进行会诊。大家了解病情后,针对这位患者拟定了详细的治疗方案和各种预案。由于患者年龄较大,麻醉科主任朱志峰采取了腰硬联合麻醉,以最大程度减少对患者血流动力学的影响。

经过充分的术前准备,由贾明功主刀为老人实施了右股骨头转子间骨折手术。凭借科学的手术方案、充分的术前准备和娴熟的技术,手术团队和相关科室密切配合,1小时后,老人手术取得成

功。

据贾明功介绍,为百岁老人实施手术虽然有很大的风险,但是如果不进行手术治疗,老人则需要长期卧床。针对不少高龄患者,在当今的医学技术条件下完全可以进行手术治疗,因为长期卧床后高龄老人会出现肺部感染、褥疮、血栓等一系列并发症,这些并发症导致的严重后果,往往比手术的风险还要高,不但导致患者生活质量下降,还给患者的家庭带来很大负担。

结核病防治论坛之四十五

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 石 洁

结核杆菌有什么特性

在所有传染病中,结核病在人类历史中存在最长久,危害最严重。2011年至2016年,中国年报告结核病患者人数均在90万左右,且疫情分布不均衡,西部的发病率高于中部、东部,农村的发病率高于城市。

虽然结核病的防治在中国已经取得了长足的进步,但是中国仍然是肺结核发病的重灾区,其严重程度仅次于印度和印度尼西亚。让情况显得更为严重的是,中国拥有世界上最庞大的耐药性结核病患者群体。

中国处于结核病、耐药性结核病、结核杆菌与HIV(人类免疫缺陷病毒)双重感染这三大重要监测指标的重叠区域。面对如此严峻的形势,我们不得不去思考结核病防治工作中存在的问题和困难。

认识结核杆菌

结核杆菌的形态细长、微弯,两端钝圆,常呈分枝状排列。结核杆菌用苯胺类

染色后,不易为酸性脱色剂脱色,所以人们又称它为抗酸杆菌。

结核杆菌生长缓慢,其分裂繁殖周期为14~22小时,为需氧菌,不易被抗结核药物所杀灭是其日后易复发之根源。

结核杆菌可分为4种类型,对人有致病力者主要是人型结核杆菌,其次为牛型结核杆菌。人们感染牛型结核杆菌主要是因牛乳管理及消毒不善、饮用病牛的乳品而得,由于人们饮食卫生习惯的改变,目前已少见。

如何有效杀死结核杆菌

结核杆菌的生存力较强。在室温 and 阴暗处,在干燥的痰内的结核杆菌可以存活6~8个月;附着在飞扬的尘埃中的结核杆菌也可以保持传染性,时间长达8~10天。

那么,如何有效杀死结核杆菌呢?

一、结核杆菌对于干热环境比较能耐。在阳光下曝晒2~7小时,结核杆菌才能被杀灭。因此,结核病患者用过的东西,

放在强阳光下直晒半日,基本上可以达到消毒的目的。

二、在湿热环境下,结核杆菌更容易被杀死。在湿热环境下,保持60摄氏度30分钟、70摄氏度10分钟、80摄氏度5分钟或90摄氏度1分钟,就可以杀死结核杆菌。因此,煮沸和高压蒸汽消毒是最有效的杀灭结核杆菌的方法。

三、暴露的结核杆菌与浓度为70%的酒精接触5~30分钟后,可以被杀死。因此,我们可以使用酒精来进行皮肤消毒。

四、常用的84消毒液,用0.5%的浓度,15分钟可以杀死结核杆菌。但是,如果结核杆菌是混在痰液中的,则酒精或84消毒液的消杀效果不佳。

患者应按规定方案治疗

用药不当或未按规定方案完成治疗,都会导致结核杆菌耐药;而耐药结核杆菌的传播,使受感染的人成了新的耐药性结核病患者。对于这些患者,使用抗结核药

物给予治疗,不仅费用高于普通患者数倍以上,而且治疗效果很不理想。

耐药性结核病患者治疗成功率约为50%左右,有的地区甚至更低。有关研究提示,73%的耐药性结核病患者为原发性耐药。这意味着需要多个部门共同参与,采用妥善的方法管理耐药性结核病患者,以减少传播;加快引进和研发新型抗结核药物的步伐,有充足的医药资源,确保耐药性结核病患者“有药可用”,方能解决耐药性结核病问题。

移民和流动人口的增加,也给结核杆菌带来了更多的传播机会,并给结核病的控制与管理带来了相当大的难度。

尤其需要注意的是,如果未及时发现传染性肺结核患者,传染源就不能得到有效控制。

在感染结核杆菌的人群中,仅有5%~10%的人发病,这主要与机体免疫力相关。

HIV感染者、糖尿病患者、接受脏器移植者、激素和免疫抑制剂使用者、肿瘤患者等的增多,以及人口老龄化等因素,均会对结核病疫情产生影响。

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国

本栏目由河南省疾病预防控制中心主办