

■技术·思维

消化道重复畸形的手术治疗

□张树文 文/图

消化道重复畸形可以发生在咽部至肛门的消化道的任何部位。食管重复畸形指的是附着于食管侧壁的一个囊性或局限性管状膨大的空腔结构,约占消化道重复畸形的20%。由于第二管腔一端或两端可与食管相通或完全不相通,因此大体上表现为囊状型、管状型、憩室型3种类型。用肉眼及显微镜观察,可发现囊壁拥有正常食管的各层结构,包括肌层、肠肌层神经丛及消化道黏膜上皮。内层可由消化道黏膜所被覆,其中异位胃黏膜常见。此重复畸形常常伴有泌尿生殖系统、脊柱、脊髓以及人体其他部分的畸形。胃重复畸形在临床上极为少见,约占整个消化道畸形的9%,发病人数较少,发病率不详,多见于个别病例报道。现有资料显示,本病多见于儿童和青少年,女性患者略多于男性。

临床病例

患者是一位年轻女性,在当地医院进行腹部CT检查时,医生发现她有胰腺巨大囊肿,直径10厘米左右。患者来到洛阳市中心医院(郑州大学附属洛阳中心医院)肝胆胰脾及疝外科雷霆主任的门诊就诊。

入院后,医务人员为患者做上腹部CT扫描,结果提示:肝胃间隙有巨大囊性病灶,考虑胰腺囊肿或胃重复囊肿(见图1、图2、图3)。

雷霆组织科内医务人员讨论,决定进行腹腔镜下探查,实施囊肿切除或胰腺部分切除术。

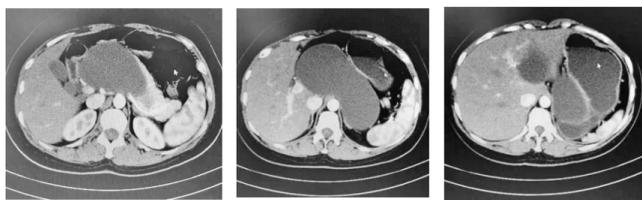


图1

图2

图3

手术过程

术中采用全麻方式,戳孔时按照常规上腹部腹腔镜手术的五孔法布局。打开胃结肠韧带后进入小网膜囊,充分显露胰腺和囊肿,一边游离囊肿,一边探查其毗邻关

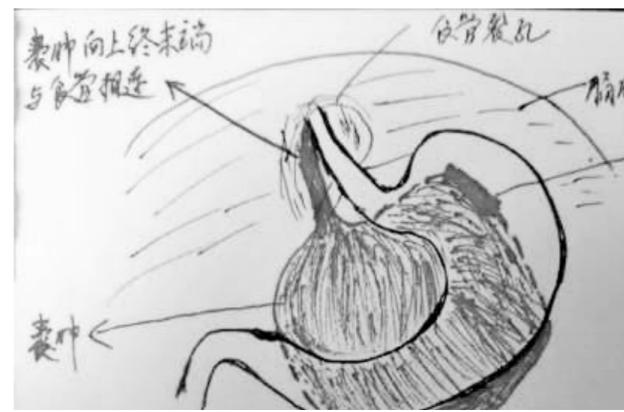
系,并将囊肿内呈微黄色脓液状的囊液吸净,使囊肿缩小,便于辨认界限。探查中,医务人员逐渐明确囊肿与肝脏、胰腺及腹膜后均没有关系,而是呈“手柄”样与食管和胃

相连,其中“手柄”部分位于正常食管腹段的后方,与其平行并向上经食管裂孔进入纵膈;其中膨大的“弹体”部分位于胃底部的后方,末端与胃底后壁相连,确诊为先天性

食管重复、胃重复畸形。专家在“手柄”与“弹体”相连处横断,分两部分进行探查和处理。将近端的食管重复畸形部分向上游离至其根部与正常食管相连处,将远端的胃重复畸形部分向末稍游离至其与正常胃壁相连处,分别采用腹腔镜镜头钻入观察、胃管注气及美兰染色等方法,确认食管重复和胃重复畸形部分均与消化道黏膜腔不相通,再以腹腔镜切割闭合器进行离断后切除,完成手术。

得益于手术本身的微创性,术后患者当天起床,次日拔除胃管恢复进食,3天后影像检查结果显示正常。消化道重复畸形以小肠最为常见,其次为回肠、食管、空肠、结肠、胃,其中胃重复畸形占2%~

8%。胃重复畸形是一种少见的先天性疾病,临床表现多与病灶大小、位置及与胃腔是否相通等密切相关。病变多数位于胃大弯外侧壁(>90%);多数在2岁之前出现症状(如腹痛、呕吐及腹部肿块等)而被确诊。成人发生此病极少。由于胃与腹部脏器如胰腺、肾上腺等解剖关系密切,常用的超声、CT及MRI(磁共振成像)往往只能发现腹部囊性肿块,难以分辨病变的来源,因此常常被误诊为胰腺囊肿、肾上腺囊肿等。同时因为缺乏典型的临床表现,术前诊断困难,容易被误诊,导致处理不当,多被术中探查和术后病理检查所明确。病理特点为:1.畸形囊壁内有平滑肌层;2.囊内面被覆消化道黏膜;3.畸形多数紧密地附着于消化道壁上。



手绘医学图

目前,高清腹腔镜、超声刀等技术已经普及。腹腔镜下上腹部脏器的切除和重建手术已经成熟。

在洛阳市中心医院肝胆胰脾及疝外科,完全腹腔镜下的食管裂孔区术、胃切除及重建术、脾脏切除术、胰体尾切除术及胰十二指肠切除术等早已常规开展,这让该科医务人员有把握和能力对上腹部诊断不明的病灶进行腹腔镜下探查和处理,从而规避绝大多数不必要的开腹手术。

用高清腹腔镜比肉眼看得更清晰、更准确,外科医生术中不应该简单地满足于病灶切除、完成手术,应该在高清图像的引导下,精益求精,力求手术的完美。在此例手术过程中,雷霆主任的操作就充分体现了这一点,他力求将囊肿的所有毗邻关系都搞清楚并显露出来,包括食管重复畸形的最终走向及是否与黏膜腔相通等。

对于相对少见或典型的病例,术后,外科医生要第一时间进行总结。保持这个好习惯,对外科医生业务能力的提升非常有帮助。

(作者供职于洛阳市中心医院)

■精医懂药

近年来,心脏瓣膜置换术患者的数量逐年上升,术后需要使用华法林治疗。该药物虽然有良好的抗凝效果,但是患者要严格按照医生要求服用,少了难以达到预期效果,多了易产生副作用。

对于病人来说,要把握好平衡,否则一边是栓塞,一边是出血,偏向哪一边都会造成严重后果。

PT-INR是总则

抗凝以PT(凝血酶原时间)-INR(国际标准化比值)为总则。欧美专家认为,瓣膜置换心脏术后INR的范围应控制在2.5~3.5之间。但考虑到人种区别,中国人的抗凝范围多建议控制在2.0~3.0之间。如果低于2.0,我们就加点药,让INR高一点;如果高于3.0,我们就减点药,让INR低一点!

栓塞是瓣膜置换术后远期致死、致残的重要原因,抗凝药剂量不足及其他药物的影响可以导致抗凝强度不足,从而发病。二尖瓣置换术比主动脉瓣置换术更容易形成血栓。临床医生及患者需要警惕。

在抗凝治疗前期阶段,若药物剂量未把控好,容易发生出血问题。引发出血的原因主要有两个:一是药物相互作用引起的抗凝强度过大;二是患者自身因素也会增加出血风险,发生消化性溃疡、颅内出血等。

轻度出血的临床表现为鼻出血、血尿、黑便、月经过多、牙龈出血、皮肤瘀斑等,重度出血的临床表现为颅内出血与消化道出血。

对于既往术后发生过出血的人群,可考虑稍低强度的抗凝治疗,既不增加出血风险,又不影响术后抗凝的有效性。

部分患者有出血并发症时,INR在目标范围内,甚至接近正常人标准,建议停药。出血量较大的患者可以注射维生素K。要密切观察出血情况,在出血停止后继续进行抗凝治疗。

PT-INR稳定可减少化验次数

瓣膜置换术后,一般在患者住院期间,我们已经将华法林调整到一个合适范围,但患者出院回家后需要保持,不仅要按照医嘱服药,还要定期抽血化验复查PT-INR,因为回家后,很多因素会影响华法林的效果。在患者出院时,我们会告诉患者回家后一定要抽血化验,前期抽血会频繁一些,待慢慢稳定后,根据情况可以逐渐延长抽血时间间隔,减少化验次数。

一般患者刚出院后,每隔3天~5天化验一次,并对照抗凝标准自己调整药量;待抗凝效果较稳定后(大约需要1个月),可每周化验一次,术后稳定后,可间隔2周~4周化验一次。虽然部分专家认为最长可3个月化验一次,但是我和同事觉得一个月化验一次应该是最佳选择。

避免药物“撞车”

医生要告知患者,不能擅自服用阿司匹林、消炎痛、双氯灭痛、泰诺、百服宁等,尽量少吃富含维生素K的食物或服用会降低抗凝效果的药物,如维生素K、利福平、雌激素、抗胆碱药等。

避免食物的影响

维生素K可以拮抗华法林,也就是会导致PT-INR下降。一般食物的维生素K含量依次为:绿叶蔬菜>肉类和蛋奶类>水果和谷类。也就是说,服用华法林前后,应避免大量吃绿叶蔬菜,包括韭菜、菠菜、芦笋、苜蓿、卷心菜、青豆、芥菜、空心菜、豆角等。

当然,服用华法林时不是说一口蔬菜都不吃,而是要注意控制摄入量,避免一次性大量进食。同时,患者要做好定期监测,及时调整华法林的用量。

月经时如何调整药量

心脏瓣膜置换术后早期育龄期妇女在服用华法林时,多数月经期间无需调整华法林剂量,少数月经量增多、月经期延长的患者,需要减量或停药1天~2天。

妊娠期抗凝

华法林能通过胎盘影响胎儿,可造成流产、胚胎出血和胎儿畸形,在妊娠期最初3个月相对忌用华法林。而肝素不会通过胎盘影响胎儿,是妊娠期较好的选择,但是费用较高。

患者妊娠期间有几种治疗选择:

- 1.妊娠全程应用普通肝素或低分子肝素。
- 2.妊娠全程应用华法林,分娩时应用普通肝素或低分子肝素。
- 3.妊娠前期应用肝素,而中后期应用华法林,至分娩前再转换为普通肝素和低分子肝素。
- 4.分娩前12小时停用肝素和低分子肝素,分娩后与华法林重叠使用4天~5天,华法林对哺乳期婴儿没有抗凝作用。
- 5.有瓣膜病房的妊娠患者血栓栓塞风险很高,可在最初3个月和最后3个月分别给予肝素抗凝,中间3个月可给予华法林,此时INR应该控制在2.0~2.5之间,以减少对胎儿的影响。
- 6.植入人工机械瓣膜的患者,最佳的策略仍是应用华法林并严密监测INR,因为普通肝素和低分子肝素的疗效均不确切。在此期间应用华法林,要每周监测INR。

(作者供职于河南省胸科医院)

瓣膜置换术后如何抗凝

□崔聪

为脊柱严重弯曲患者取石

□常勇生

十几天前,家住外地的一位老先生突然出现了腹痛、发热和黄疸,体温最高达到了39摄氏度,赶紧去当地医院就诊。

腹痛、发热、黄疸多是胆总管结石的症状。当地医院的医生立即给老人做了相关检查,结果显示胆总管多发结石、胆管炎。连续几天应用消炎药物和对症治疗,老先生的病情没有明显好转。看着老人遭受疾病的折磨,他的儿女们急得团团转。当地医院的医生建议老人做内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)取石。但是,

老先生曾经因为疾病导致严重的脊柱弯曲,平时睡觉都是采取半卧位,再加上近80岁,使得ERCP取石难度变大。

子女们心急如焚,经过多方打听,找到了新乡医学院第一附属医院消化内镜科常廷民主任。常廷民了解情况后被老先生子女们的孝心所感动,说会想方设法为老先生解决问题。

当天,常廷民让老先生住到了消化科一病区。常廷民组织相关科室专家会诊,积极协调各科室完善各项术前准备。由于老先

生脊柱弯曲很严重,最关键的术前检查MRCP(磁共振胰胆管水成像)不能顺利完成,这让手术难度进一步增加。

2020年7月6日下午,老先生被推进了手术室。新乡医学院第一附属医院麻醉科岳岳勤主任带领团队进行麻醉。

在通常情况下,做ERCP需要让患者采取俯卧位。老先生脊柱弯曲太严重,形成了“两头翘”,不能摆常规俯卧位。因此,医生只能在他左侧卧位时操作,同时十二指肠降部结构变形导致进镜

非常困难,使得ERCP的第一步,即寻找十二指肠大乳头颇有难度。常廷民不断摸索调整,最终顺利找到乳头,接下来胆管插管、乳头括约肌切开、球囊扩张导管扩张、网篮及取石球囊顺利取石一气呵成。

当看到8块大小不等的石头及较多泥沙样碎石被顺利取出,并且多次胆管造影未见结石残留时,在场的医务人员都松了一口气!

经过近一个小时的努力,医务人员终于使老先生摆脱了胆总

管结石的痛苦。当手术结束后脱下铅衣时,常廷民的手术衣完全湿透了!

虽然常廷民快累瘫了,但是他非常开心!他说:“作为一个消化内镜医生,会碰到各种各样的患者,医生该怎么选择?那就是以患者为重,以科学的态度‘走钢丝’,最终以最小的代价换来患者的健康!这位患者能够得救,也归功于他和家人不懈的努力和对医生的信任。”

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

管结石的痛苦。当手术结束后脱下铅衣时,常廷民的手术衣完全湿透了!

虽然常廷民快累瘫了,但是他非常开心!他说:“作为一个消化内镜医生,会碰到各种各样的患者,医生该怎么选择?那就是以患者为重,以科学的态度‘走钢丝’,最终以最小的代价换来患者的健康!这位患者能够得救,也归功于他和家人不懈的努力和对医生的信任。”

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

呵护“来自星星的孩子”

河南省精神病医院儿童青少年精神科 曹娜娜

有这样一群孩子,他们在沟通交流方面有着不被常人理解的,似乎来自遥远星球的思维模式,孤独地沉浸在自己的世界里,人们称他们为“来自星星的孩子”。在医学上,他们被称为孤独症儿童。孤独症是儿童期致残率较高的一种疾病。

孤独症最早在1943年由Leo Kanner(列奥·肯纳)提出,Donald Gray Triplett(唐纳德·格雷·特里普利特)是世界上第一个被诊断为孤独症的患者。

孤独症谱系障碍在国际疾病分类中被称为广泛性发育障碍,主要包括儿童孤独症、非典型孤独症、童年瓦解性障碍、多动障碍伴精神发育迟滞与刻板行为、未特定的广泛性发育障碍等。

孤独症谱系障碍是一组起病于童年早期,由神经发育异常导致的心理发育障碍,以社会交往(或交流)障碍、兴趣狭窄及刻板重复的行为为主要临床表现,其中最典型的是孤独症。

儿童孤独症又称自闭症。自闭症,顾名思义,就是把自己封闭起来,不愿意与外人交流、沟通。这跟我们日常所说的自闭、孤独有很大区别的。

“我自闭了”“我很孤独”,反映的是一种人的心情和精神状态,是受到打击或者挫败后而自愿逃避现实,不愿意与

外部世界或他人接触,把自己缩在个人空间内,自我封闭起来的那种状态。

罹患孤独症的孩子,除了对某些玩具或物品有兴趣外,对自己身边的任何人、任何事都不感兴趣,包括父母。有的表现为1岁还有言语,到了2岁多就一言不发,或者嘴里不停地重复着同一个话题,甚至同一句话;有的表现为对知识理解能力特别差,学了很多遍的知识,也不一定能够理解;有的表现为特别固执,经常一个人把玩同一种东西,不跟其他孩子玩耍;有的表现为叫他名字时没有任何反应,可能只扫你一眼,眼神就飘走了;有的表现为言语过多,滔滔不绝,但是多数为单向交流,以自我为中心特征明显。他们看起来既孤独又冷漠,就好像宇宙中遥远的星辰。

孤独症的病因可分为以下几类:一是遗传因素,2%~5%的孤独症患者有遗传因素,其患病率是普通人群的50~100倍。二是脑器质性因素,围生

期损害史、脑电图异常、癫痫发作者容易发病。三是神经生化异常,血5-羟色胺水平升高。重复行为与5-羟色胺受体的敏感度有很大关系。总的来说,孤独症可能是遗传因素和环境因素相互影响而导致的一种复杂的疾病,具体病因不明。也就是说,很难找到确切的致病原因。

孤独症通常起病于3岁前,约2/3的患者在出生后逐渐起病,1/3的患儿经历了1年~2年正常发育后退回性起病,男孩患病率高于女孩。

对孤独症患者,只有早发现、早干预、早矫治,才能让他们缩小与同龄人的差距,让他们早日融入社会。孤独症康复训练的最佳时间为2岁~6岁。

虽然目前对孤独症的干预方法很多,但是大多缺乏循证医学的证据,尚无最优治疗方案,最佳的治疗方法应该是个体化治疗。

河南省精神病医院(新乡医学院第

二附属医院)儿童青少年精神科采用的应用行为分析法,是目前国际上被医学界推荐和使用的训练干预方法。

应用行为分析法的特点:一对一教学;早期训练最好在3岁以前进行;在确定患儿基本技能的基础上,设计特殊的恰当的教学内容;需要进行一定强度的训练,要有频繁学习的机会,每周30小时~40小时,每次训练2小时~3小时(包括休息),每个项目5分钟,结束后休息1分钟~2分钟;训练计划需要由包括家长在内的治疗组进行,一个治疗组每周工作合计30小时~40小时。

应用行为分析法的主要治疗目标:1.生活自理能力:训练其日常生活自理能力,包括进食、穿衣、上卫生间、适当做家务,让患儿有安全意识,懂得什么是安全行为。

2.注意力:主要是让孩子安静地坐下来,认真地做功课,听从指令,与其

人共同注意同一个目标或内容。

3.语言交流能力:训练孩子模仿发声,听从指令,提出要求,进行有效交谈等。

4.模仿能力:进行动作模仿、发声模仿以及其他复杂模仿的练习。

5.运动能力:进行大运动、精细动作及口腔训练。

6.游戏能力:训练孩子,让孩子能够做社交游戏、假想游戏、桌面游戏、互动游戏、团体游戏等。

7.学习能力:训练孩子,让孩子能够分类、排序、配对,认识数字和字母,知道数量,进行数学训练以及阅读训练。

每位孤独症患者都是来自“星星的孩子”。我们要携起手来,关心他们,消除歧视,让他们感受到人世间真情与温暖。

河南省精神病医院儿童青少年精神科团队拥有主任医师1名、副主任医师2名、医学博士2名、医学硕士4名、护理学硕士1名,以及20余名护理人员。该科多次获评“新乡市青年文明岗”“优质护理服务示范病区”等。团队擅长儿童青少年精神分裂症、情感障碍、儿童孤独症、儿童多动症、儿童抽动症等各种行为障碍的诊疗。该科是儿童孤独症诊疗基地,近10年来,干预训练孤独症儿童百余名,使许多患儿重新进入学校学习。

精神卫生之窗

协办单位:河南省精神病医院(新乡医学院二附院)
咨询电话:0373-3373990; 0373-3373894