

■ 技术·思维

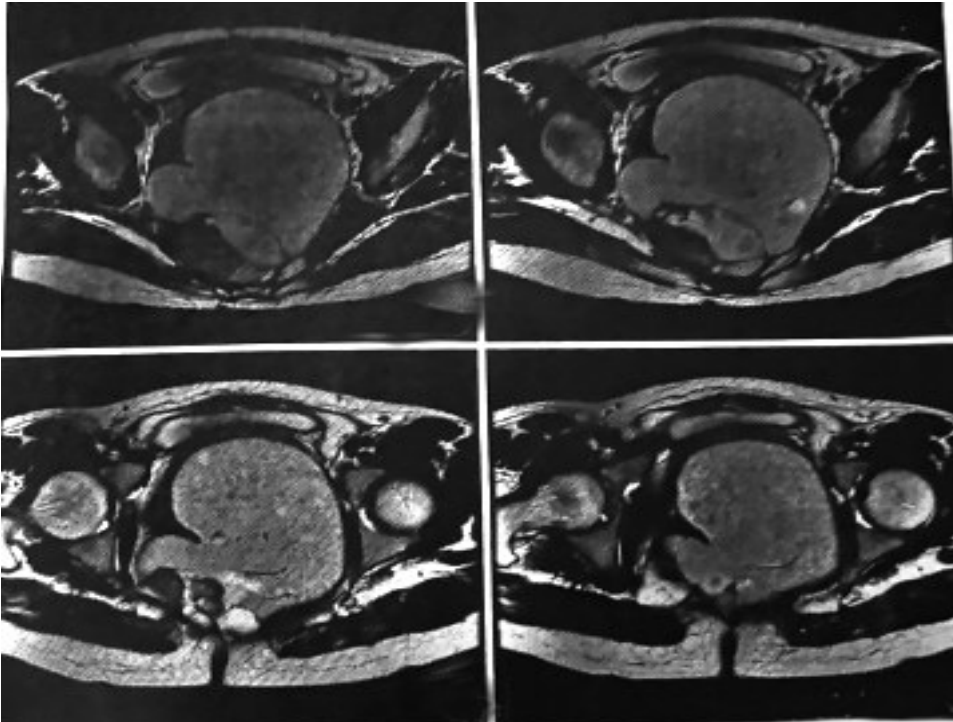
骶前囊肿切除的手术理念及技巧

(上)

□王刚成 文/图

由于骶前囊肿的影像学通常表现为囊性占位,包膜完整,边界清楚,与周围组织间隙明显,会给外科医生造成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,往往会导致术后很快复发,再进行根治性切除会十分困难。下面,我介绍一下骶前囊肿的临床表现、手术理念和技巧。

临床表现



以一项纳入19名骶前发育性囊肿患者(男性7人,女性12人)的研究为例。患者的年龄处于20岁~48岁,中位年龄38.5岁,其中<38岁者9人,≥38岁者10人。他们的术前影像学检查结果均提示骶前囊肿。5人为在外院手术后复发,其中2人合并感染。囊肿下缘距离肛门≤4厘米者12人,>4厘米者7人。所有患者的术前检查结果均提示无手术禁忌证,手术前均未进行盆腔放疗。囊肿直径8厘米~11厘米9例,≥12厘米10例;囊肿粘连直肠壁12例,累及直肠及阴道壁7例,粘连骶尾骨筋膜19例。

这19名患者均接受了骶前囊肿切除,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。

在14名首次就诊的患者中,10名患者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、呈放射性痛)。4名患者无明显临床症状。

其余5名患者有手术切除史,因囊肿复发就诊,盆腔CT(计算机层析成像)检查提示骶前低密度影,患者的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次出现,再次留置引流管。

这些患者的影像学表现及体检结果:盆腔CT及MRI(磁共振成像)检查提示骶前巨大囊性肿物,有包膜,边界清楚,周围脏器受挤压(见左图)。直肠及阴道指诊可触及肿块,质地呈囊性,肿块有弹性,活动性差。

手术方法和手术结果

手术方法

全身麻醉,取截石位,腹部组手术人员以下腹正中切口进腹,剪开盆底腹膜,探查囊肿与阴道壁及直肠壁的关系。

分离囊肿与阴道壁及直肠壁的粘连,尽可能保留囊肿壁的完整性。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,停止操作,等待会阴组手术人员从骶前分离“会师”。

会阴组手术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,根据术前影像学检查提示的囊肿的位置,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、尾骨和部分骶骨一并切除。

沿着骶骨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

避免损伤直肠壁及阴道壁,术者可将手指伸进直肠或阴道作指示,便于分辨囊肿、阴道壁及直肠壁。必要时切除粘连严重而无法分离的直肠壁及阴道壁。

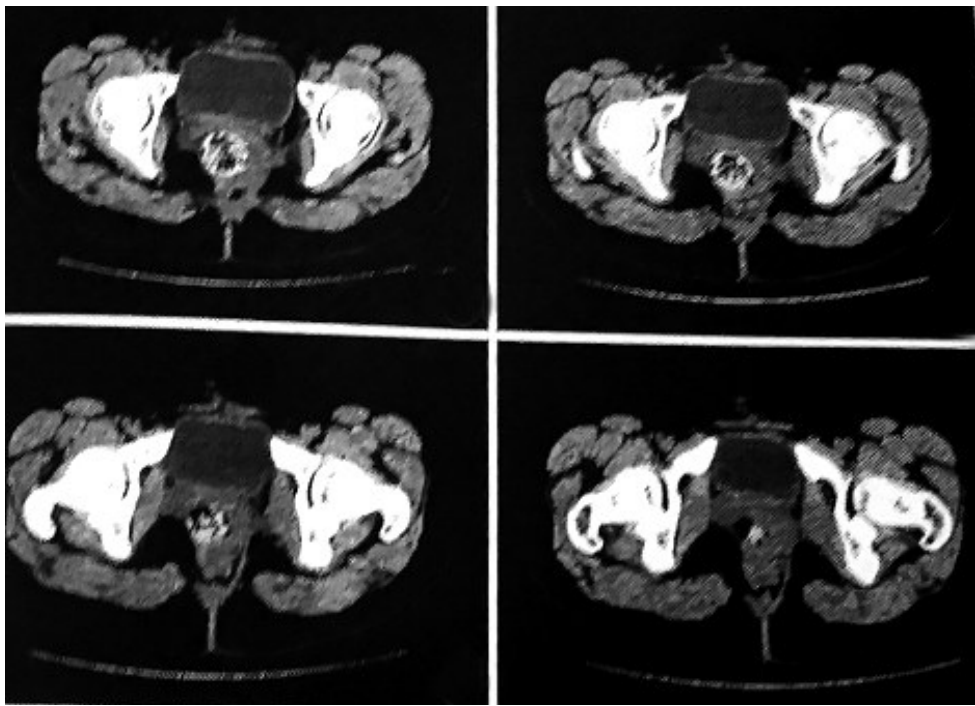
修补受损的直肠壁及阴道壁。骶前填塞棉垫止血。囊肿比较大时,创面容易渗血,因为盆腔间隙狭窄,缝扎止血困难,骶前填塞棉垫是有效省时的办法。腹部组手术人员关闭盆底腹膜。

横结肠造瘘术。有以下任何情况之一,均要进行横结肠造瘘术:1.直肠壁浆肌层广泛剥离;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,阴道受损。

手术结果

19名患者的中位手术时间为130分钟,中位术中出血量为350毫升。在接受横结肠造瘘术的15名患者中,直肠壁浆肌层广泛剥离9人,直肠壁部分切除4人,直肠壁并阴道壁部分切除2人。2名直肠壁并阴道壁部分切除的患者6个月后进行二期造瘘口还纳,其

余13名患者3个月后进行二期造瘘口还纳,术后均恢复顺利。5名在外院有切除史的患者中,2人因为再次手术受到炎症、组织粘连的影响,无法辨



别囊肿的边界,术后6个月复发。14名首次切除的患者中,1人因为囊壁部分残留,12个月复发;对其他患者随访3年~7年,未见复发(见下图)。

术后病理:表皮样囊肿7例,皮样囊肿5例,成熟畸胎瘤7例。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

发育迟缓,是因为得了雷特综合征

□朱远航 余晴

前几天,我们接诊了一个小姑娘。她叫乐乐,今年3岁,刚出生时各项指标都正常,后来逐渐出现一系列问题。她的父母一开始发现乐乐喂食困难、发育缓慢等,以为是发育迟缓,就带着她进行了基础的训练学习,没有过多干预。两岁多时,乐乐慢慢不会说话,情绪易激动,在语言和生活能力上都出现了发育倒退。当地医院医生认为是孤独症,就按照孤独症治疗了一段时间,效果不明显。

乐乐的父母带着她来到郑州大学第三附属医院就诊。根据乐乐的各种症状,我们高度怀疑是遗传病,建议乐乐一家进行基因检测。结果出来后,我们发现乐乐的病是由X染色体上的MECP2基因变异引起的,确诊为雷特综合征。

雷特综合征患儿的动作刻板样行为与孤独症患儿相似。为了更好地辨别,我们来了解一下雷特综合征。

临床症状

雷特综合征是一种严重影响儿童精神运动发育的疾病。雷特综合征的主要表现为出生后6个月~18个月生长发育正常或已出现发育迟缓,随后出现发育停滞或倒退,眼睛凝视,丧失已获得的技能,出现刻板动作,包括搓手、吃手,以及揪头发或衣物等;多伴有孤独症样行为及痛觉异常,有的患儿可有呼吸节律异常及惊厥发作,疾病后期可出现骨骼改变,如指关节畸形及脊柱侧弯。

实验室诊断

1.雷特综合征患儿的生化检查、影像学检查结果都不具有特异性。2.雷特综合征具有特殊遗传现象:以女性患儿为主,男性患儿少见;以散发病例为主,家族性病例罕见,且以母系遗传为主。3.雷特综合征的致病基因包括MECP2基因、CDKL5基因和FOXG1基因,均为显性遗传方

式。

治疗和预后

雷特综合征的主要治疗方法为对症支持治疗,但治疗效果欠佳,一般不能阻止疾病进展。

雷特综合征属于重度智力障碍性疾病,大部分患儿无法正常饮食、大小便不能自理。

可对雷特综合征患儿进行对症处理:

- 1.理疗:提高运动能力,减缓关节、肌肉的变形、挛缩,培养协调平衡能力。
- 2.听音乐及与患儿玩耍;可提高患儿的注意力及交往能力。
- 3.手术治疗:对发生侧弯的脊柱进行手术治疗,使躯体重新获得平衡,阻止脊柱继续变形。
- 4.抗惊厥治疗:对有惊厥发作的患儿,用抗癫痫药物治疗。
- 5.其他:大剂量维生素B₆及镁对有孤独症表现的患儿有较好的疗效,溴隐亭及纳洛酮可使部分患儿的临床症状有所好转。

(作者供职于郑州大学第三附属医院)

相关链接

雷特综合征的分期:

Ⅰ期为早期停滞期

多见于出生后6个月~18个月,可持续数月。出现获得性小头症和孤独症样行为。

Ⅱ期为快速发育倒退期

多见于1岁~4岁,表现出手功能及语言能力的快速倒退及智力障碍,有时伴有情绪障碍,出现高声哭喊及情感淡漠等,可持续数日或数周。之后部分患儿的个性完全改变,出现明显的孤独症表现。

Ⅲ期为假性稳定期

多见于4岁~7岁,在快速发育倒退期之后,眼神交流可恢复,患儿可通过眼神表达简单的需求。手功能损伤严重,刻板动作十分明显,成为雷特综合征的典型标志之一。可持续数十年。

Ⅳ期为晚期运动恶化期

患儿丧失行走能力,或可从Ⅱ期直接进入Ⅳ期。患儿最终因缺乏运动而导致肢体僵硬,需要轮椅协助活动或完全卧床。

临床笔记

病例

张女士因咳嗽、腹痛难忍到医院就诊,被诊断为肺炎、肠梗阻。此后,张女士经常腹痛、腹泻、发热,甚至高热。张女士服用药物治疗,效果不佳,上述症状总是反反复复。

张女士来到郑州大学第五附属医院就诊。医生考虑张女士消瘦,且反复应用抗菌药物,存在艰难梭菌感染的危险因素,立即对其进行相关检查。

最后,张女士被确诊为027型艰难梭菌感染。医生给予张女士对症治疗。张女士在发热、腹痛、腹泻症状消失后出院。

分析

什么是艰难梭菌感染?艰难梭菌又称难辨梭状芽孢杆菌,属厌氧性细菌,一般寄生在人的肠道内。如果不合理使用抗菌药物,艰难梭菌的菌群生长速度会加快,可导致肠道菌群失调。耐药的艰难梭菌大量生长、繁殖,会导致抗生素相关性腹泻和伪膜性肠炎等疾病,引起稀水样便,且大便次数明显增多,严重时可能导致肠穿孔甚至休克。

什么是027型艰难梭菌?该菌株曾导致欧美部分地区相关感染暴发、流行,复发率、死亡率均较高。艰难梭菌的主要毒力因子为肠毒素A和细胞毒素B。而027型艰难梭菌由于毒素合成负向调控基因tcdC的缺失,导致毒素A、B大量表达,且该型菌株可以产生二元毒素,进一步增强了其毒力。该型菌株对喹诺酮类、红霉素和克林霉素均高度耐药,且芽孢生成能力也高于其他型别,故其导致的艰难梭菌感染发病率、复发率和死亡率均较高。

免疫功能低下者、有严重基础疾病者、老年人、使用免疫抑制剂者、糖尿病、肾功能衰竭、胃肠手术、炎症性肠病(尤其是溃疡性结肠炎)患者,以及长期使用质子泵抑制剂和抗胆碱剂的患者容易发生艰难梭菌感染。这些人如果出现稀水样便或者肠梗阻,应尽早进行艰难梭菌病原学检查。

病原学检查

粪便标本采集

一般情况下,仅需要对稀水样便或半成形便进行艰难梭菌检测。对于疑似有艰难梭菌感染及肠梗阻的患者,应通过直肠拭子进行检测。在出现明显腹泻症状(24小时内腹泻≥3次,持续超过2天)及进行针对性治疗前,采集不成形粪便标本(推荐10毫升~20毫升,不少于5毫升)送检。艰难梭菌毒素在室温下易降解,应于取材后2小时内送检并立即检测;如果不能立即检测,需要将标本置于4摄氏度冰箱中保存,不超过3天。

艰难梭菌菌株检测

1.培养。常采用CCFEA培养基(环丝氨酸-头孢西丁-果糖琼脂培养基)或艰难梭菌显色培养基进行厌氧培养。厌氧培养敏感度较高,但是不能区分菌株是否产生毒素,可作为艰难梭菌筛查的有效方法之一。

2.谷氨酸脱氢酶检测。这种检测方法具有较高的敏感度、特异性,但是同样不能区分菌株是否产生毒素。约20%的谷氨酸脱氢酶阳性患者体内的艰难梭菌不产生毒素。

艰难梭菌毒素检测

1.细胞毒性试验。细胞毒性试验即细胞毒性中和试验,用于直接检测粪便标本中存在的艰难梭菌毒素。这是实验室诊断艰难梭菌的“金标准”,特异性强,敏感度高。但是,这种检测方法需要细胞培养及显微镜观察的相应设施和技术,操作烦琐,耗时长(48小时~72小时)。

2.产毒素培养。可用于检测艰难梭菌菌株的产毒素能力。这是实验室诊断艰难梭菌的参考方法,敏感度高,特异性强,但操作烦琐,耗时长,不适用于临床常规检测,可用于流行病学监测。

3.毒素免疫检测。这种检测方法具有特异性高,能区分产毒株和非产毒株,并且检测周期短,数小时即可出结果,操作简便,应用广泛;缺点是敏感度较低,不能单独用于艰难梭菌感染的实验室诊断。

艰难梭菌毒素基因检测

采用实时PCR(聚合酶链式反应)或环介导等温扩增法等分子生物学技术,定性检测粪便标本中的艰难梭菌毒素基因。这种检测方法具有敏感度高、特异性强、检测时间短的优点。

(作者供职于郑州大学第五附属医院)

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:16799911313

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