维普资讯 http://www.cqvip.com

3.2 病理及病理生理

阑尾粘液囊肿主要是阑尾炎性病变造成阑尾腔内狭窄或阻塞,阑尾远端粘膜上皮组织中的粘液细胞分泌的粘液不能排出,阑尾腔因粘液潴留而扩张形成囊肿,因此,阑尾炎是它的一个病因。所以,阑尾粘液囊肿实际上是潴留性囊肿。而阑尾假粘液瘤的疾病分类目前尚有分歧,有的学者认为其发生是由于粘膜中含有分泌细胞,可能发生腹腔内广泛种植转移,形成腹膜假粘液瘤,认为其为阑尾粘液囊肿中的一个特殊类型[2],有的学者却认为它是真性肿瘤[1],与阑尾粘液囊肿是不同的疾病,破溃后可以种植腹膜形成继发的腹膜假粘液瘤,与阑尾粘液囊肿肉眼无法区分,宜加以注意。值得注意的是,阑尾粘液囊肿破裂后可能会引起腹腔假粘液瘤,会显著减低病人的存活率[3]。

2.3 治疗

阑尾粘液囊肿可以导致多器官临床表现,结合本组病例及国内外文献报道,其并发症主要有:急性阑尾炎、急性肠梗阻、腹膜假性粘液瘤形成、囊肿破裂、囊肿继发感染、囊肿坏死出血等。解决问题的唯一方法就是手术治疗。治疗方法就是将阑尾及囊肿一并切除,并处理好相应并发症。

具体术式与囊肿部位、大小、性质及其与周围组织脏器的关系而定。如囊肿较小,位于末端,距阑尾根部有一定距离的阑尾粘液囊中可行单纯阑尾切除。全阑尾型或盲肠根部型,可行阑尾切加回盲部部分切除术,修补盲肠的缺损要注意防止回盲瓣处的狭窄。如囊肿大、粘连严重,有肠梗阻征象,应扩大切除范围,本组1例行右半结肠切除回肠横结肠端端吻合术。术中注意防止出现囊肿破裂,引起腹腔内种植。如囊肿已自发性破裂,常伴腹腔内粘连,术中尽量清除腹腔内粘附的胶冻样物,术毕反复冲洗腹腔,以免术后腹腔假粘液瘤发生,术后吻合口附近放置引流管,以防肠瘘发生。阑尾囊肿常在手术中发现,术中单凭外观不能区别阑尾粘液样囊肿与阑尾粘液性肿瘤,为防止后者破裂发生种植性假粘液瘤,宜常规行术中冰冻切片病理检查,术中应注意完整切除。对诊断恶性阑尾粘液囊肿者,应作进一步扩大手术切除范围。

[参考文献]

[1] 华积德.现代普通外科学[M].北京:人民军医出版社,1999.686-687.
[2] 王尚透,叶再元,吴钟玖.阑尾粘液囊肿和粘液性肿瘤[J].综合临床医学,1994,10(4):193-194.
[3] Landen S, Bertrand C, Maddern GJ, et al. Appendiceal muco-celes and pseudomyxoma peritonei[J]. Surg Gynecol Obstet, 1992, 175(5):401.

(编辑:蒋登金)

Mammotome系统完全旋切乳房良性肿块的手术配合

Intraoperative cooperation in complete circular resection of benign breast tumor with Mammotome system

蔡清萍,季华萍,王 强 (第二军医大学附属长征医院外科,上海 200003)

[关键词] 乳房;良性肿块;手术
[中图分类号] R655.8 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0030-02

移植、微创、修复是今后外科发展的主要方向,而Mammotome系统的主要优点即美观与微创,在超声实时监控导航下,它采用真空吸引和旋切的方法,可连续切除乳腺良性病变的全部组织[1-3]。我院自2002年11月至2003年1月应用Mammotome微创旋切系统(美国强生公司,SCM23K型)治疗乳房良性肿块29例,疗效满意,现将术中体会归纳如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组29例患者全为女性,年龄最小17岁,最大39岁,平均25岁,其中乳腺纤维腺瘤:单发13例(其中1例为隆乳术后),2个4例;乳腺腺病并纤维瘤形成8例;乳腺腺病4例。

1.2 方法

患者采用舒适的仰卧位,常规消毒铺单,用B超(美国PHILIPS公司,ATL-5000SDNOCT彩色宽频,探头频率9~12 MHz,中心频率10 MHz)探测乳腺病灶定位,用1%利多卡因局部浸润麻醉。在B超引导下,避开血管选择角度,用22 G去针头将局麻药注射到穿刺创道及病灶基底部。然后用尖刀在选择较隐蔽部位切开约3 mm皮肤,将11 G或8 G Mammotome旋切刀轻柔插入病灶基底部,使该刀头的凹槽正对病灶。打开Mammotome旋切模式进行连续的真空抽吸旋切。在B超的实时监控下,不断调整旋切的深度和角度直至病灶被完全切除。29例患者的乳腺肿块均被切除,术中及术后第三天B超复查均证实肿块被完整切除。所有操作无一例失败,乳房上仅留下3 mm微小创口,除一例出现局部皮下淤血及一例术中轻度恶心外无其他并发症。

2 手术配合

2.1 病人准备

因Mammotome系统为新引进的新仪器,初始阶段临床上选择诊断为乳腺良性病灶者进行实施切除术。术前向患者解释该手术的优点,可能出现的意外并发症及防范措施,使患者知情,消除顾虑,能积极配合手术治疗,对乳腺内置有假体者应慎重选择刀头刺入途径。所有患者均采用舒适的体位,头部垫海绵头圈,根据病灶部位,适当垫高患侧肩胛部。

2.2 仪器与导管准备

除常规准备器械,消毒外,将必备的Mammotome系统配套装置推入介入室,并检查各配套设备是否齐备,引流管、引流桶

[收稿日期]2004-08-02 [修回日期]2004-11-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

等的连接是否正确,有无损坏等。术前进一步熟悉 Mammotome 系统的性能,操作步骤,手动板及脚踏板的使用,保证术中操作能顺利进行。

2.3 术中配合

①准备1%利多卡因,一般约 20 ml 即可,必要时可滴加 1~2 滴肾上腺素,以收缩小血管,便于止血。②用镊子及时取出旋切出的条状标本,否则遗留在旋切刀标本槽中的标本会马上被真空吸入引流管中,导致引流管堵塞,降低真空抽吸力,从而影响旋切术的顺利进行。并迅速将标本置入盛有福尔马林的小玻璃瓶内,以备病理检查之用。③手术间隙期,可使 Mammotome 进入休息期,减少噪音及机器的产热量,达到减轻患者的焦虑恐惧心理及维护机器的双重作用。④对于部分患者,乳腺血供丰富,经期前后,肿块部位深,有时会出血较多,使用 8 G 大号刀头通过旋切局部喷洒生物蛋白胶或放置半管引流,用帮迪胶合切口。术中注意和患者交流,减轻患者精神负担,并观察有无过敏反应等意外。

2.4 术后配合

手术结束妥善加压包扎,观察 10 min 后无特殊不适,患者可离开,并嘱局部制动:①减少患侧上肢运动及胸式呼吸(以腹式呼吸为主);②适当休息;③注意观察敷料及绑带的情况,如渗血较多,及时就诊;④2 d 后复诊,换药,观察伤口愈合情况,并复查 B 超;⑤重视基础护理及卫生宣教工作;⑥及时清洁 Mammotome 系统及配套装置,贵重仪器由专人保管,定期检查,调试与保养;⑦及时掌握病理诊断结果,如为恶性,及时通知患者或其家属。

3 体会

良好的心理准备,术前细致妥善的护理及对操作程序的熟练是手术成功的前提。采用舒适的体会,头部垫海绵圈,并稍偏向健侧,患者肩胛部应根据肿块的部位适当调整海绵垫的高度,使术者的操作顺利。术前充分估计意外的可能性,并积极做好措施(如备引流管,生物蛋白胶等),术后应妥善加压包扎,同时施以详细周到的出院指导,这些均是防止意外及康复的重要保证。

[参考文献]

[1] Liberman L, Cohen MA, Dershaw DD, et al. Atypical ductal hyperplasia diagnosed at stereotaxic core biopsy of breast lesions: an indication for surgical biopsy [J]. AJR Am J Roentgenol, 1995, 164(5): 1111-1113.

[2] Brenner RJ, Basset LW, Fajardo LL, et al. Stereotactic core-needle breast biopsy: a multi-institutional prospective trial[J]. Radiology, 2001, 218(3): 866-872.

[3] Fine RE, Israel PE, Walker LC, et al. A prospective study of the removal rate of imaged breast lesions by an 11-gauge vacuum-assisted biopsy probe system [J]. Am J Surg, 2001, 182(4): 335-340.

(编辑:兰阳军)

臀部外侧皮神经痛的病因和治疗

Etiology and treatment of neuralgia in lateral gluteal region

许凤琴,苑继承,金绍岐 (第四军医大学附属西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[关键词] 臀部皮神经痛;局部注射;强的松龙
[中图分类号] R274.39 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0031-02

臀部外侧部皮神经痛报道尚少,可能是由于发生率低而被忽略。据作者近三年多来临诊观察到的 6 例患者,约占门诊皮神经痛患者总数的 1%,报道如下。

1 资料与方法

臀部外侧皮神经痛 6 例。症状为髋外隐痛,有阵发加剧,有的为难忍的剧痛,无运动障碍。查体可见有臀部外侧份刺痛过敏或减退,范围包括在神经的皮肤分布区,髂嵴中部有的有局限性压痛。治疗方法:采取注射糖皮质激素的方法。取强的松龙混悬液 25 mg,加 1% 普鲁卡因或 2% 利多卡因 10 ml,针头长短视病人胖瘦决定。患者侧卧或坐位均可,摸清髂嵴定线,在腋后线后方约 3 cm 处下针,略偏下 5~10 cm 处直向髂骨进针,至触及骨骼时即注入少许药液。然后试探找寻髂嵴的上后缘,超过此缘针即进入上方的肌肉,可依此确定。确定以后,沿髂嵴向前,在 4 cm 范围内,分几点贴骨分散注入药液。体表确定髂嵴边缘,在胖人有时不易,在瘦人比较容易,手指深压腹壁肌肉,即可摸清髂嵴的上面,确定其外缘。注射后即可止痛,一周后不愈者可重复注射,有需注射 3 次者。

2 结果与讨论

6 例经注射法以后观察数分钟内即完全止痛或原症状消失,以后对所有病例皆采取相同方法注射。2 例 1 次注射后即痊愈,多数经 2~3 次注射,间隔 1 周而痊愈。按上述胸 12 皮支及髂腹下神经外侧支的起源分析。如果病变在胸 12 及腰 1 神经根,症状应包括两神经根的后支在脊柱旁的分布区,以及前支在腹前外侧壁下份的分布区,直达耻骨上前正中线处。如果病变在两脊神经的前支主干,则应同时有腹壁下份的症状。而且两神经在未分支的行程中皆通过肌肉,如无肿瘤等特殊病变,很有可能是刺激神经的病源。在排除上述可能情况以后,在两神经至臀部分支的行程上,可能产生刺激的部位,仅在跨过髂嵴处的骨膜或骨槽。在鉴别诊断方面,由于本病比较少见,对主诉为髋外侧疼痛的病人,无明显可见的皮肤或肌肉创

[收稿日期] 2004-09-12 [修回日期] 2004-11-21