腹腔镜下输尿管切开取石术(附 36 例报道)

陈建丰¹ 韩子华²

(1 浙江省玉环县第二人民医院 玉环 317605; 2 浙江省台州医院 临海 317050)

关键词: 输尿管结石; 腹腔镜; 手术疗法

中图分类号: R 693.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0050-02

我院自 2002 年 10 月~2005 年 4 月开展腹腔镜下输尿管切开取石术治疗输尿管结石 36 例,均取得成功。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 36 例,男 19 例,女 17 例;年龄 15~70 岁,平均 40.8 岁;输尿管中上段结石 33 例,下段结石 3 例;其中左侧 17 例,右侧 19 例。36 例均有不同程度的肾积水,病程 15d~4 年。其中 18 例术前经体外冲击波碎石治疗 1~5 次或输尿管镜碎石治疗失败,术前经 B 超、尿路平片、静脉肾盂造影或逆行肾盂造影等检查证实。输尿管中上段结石采用经腹膜后途径,输尿管下段结石采用经腹腔途径。

1.2 手术方法 术前常规 B 超或 X 线定位,全麻。

1.2.1 经腹膜后途径 患者取健侧卧位,先于腋后线 12 肋缘下方作 2~3cm 切口,切开皮肤后用血管钳钝性分离肌层及腰背筋膜,手指进入腹膜后间隙分离将腹膜推向内侧,然后将自制的乳胶手套气囊放入腹膜后腔,注入空气 500~750mL,保留 3~5min 后放气取出气囊。从切口伸入手指引导,于腋中线腋脊上 2cm 及腋前线肋弓下水平穿刺,置入 10mm 和 5mm 套管针。再在上述切口放入 10mm 套管,缝紧套管旁切口,以防漏气,注入 CO₂ 至压力达 1.5kPa 左右。

1.2.2 经腹腔途径 患者取平卧位,先于脐下方作一切口,腺炎 5 例,高脂血症性胰腺炎 5 例,ERCP 后并发胰腺炎 2 例,特发性胰腺炎 4 例。病人治疗前腹部叩诊鼓音区明显增大,均有明显腹胀症状。将 30 例病人随机分为对照组和观察组各 15 例,2 组病人性别、年龄、病程、病情等资料经统计学处理,差异无显著性意义(P>0.05)。

1.2 治疗方法 2 组病人均行禁食及胃肠减压、抗感染、抑制胰腺分泌和营养支持等保守治疗。观察组采用棉布做成 60cm×30cm 长型布袋,上口装拉链,中间用缝线将其分成 7cm 宽小长条,用芒硝 500~1000g 均匀装入布袋,将装好的芒硝袋外敷于腹部,芒硝袋上放置 60cm×30cm 卫生垫,盖好衣被,外敷 1~2h 后芒硝受热溶解,布袋潮湿,即更换芒硝及布袋。

1.3 疗效评定标准 腹胀症状消失为治愈。采用 χ^2 检验进行统计学处理。

2 结果

2 组病人腹胀消失时间见表 1。

表 1 2 组腹胀消失时间比较 例(%)

组别	n	消失时间(d)		
		4	5	6
观察组	15	12(80)	3(20)	0
对照组	15	5(33)	6(40)	4(27)

3 讨论

芒硝为硫酸盐类矿物质经加工精制而成的晶体,其主

用气腹针建立气腹后戳入一套管针,在监视镜下根据结石位置分别戳入另两个套管针。

1.2.3 操作步骤 在三套管中置入相应的腔内操作器械及监视镜,逐渐分离出结石段输尿管,在结石的上方用抓钳夹住输尿管壁以防结石移动,切开输尿管壁,钳出结石,将预置双 J 管推入肾盂或从切开处置入双 J 管,5/0 可吸收线缝合输尿管壁,最后置切口引流管,关闭穿刺孔。

2 结果

本组 36 例患者手术均成功。手术时间为 42~260min,平均 82.6min;术中出血量 30~230mL,平均 75mL。术后均静脉滴注抗生素预防感染。术后第 1 天即可下床活动并进食,不需止痛剂。术后住院时间 3~12d,平均 4.9d。4 例术后发生漏尿 1~8d,其中 2 例输尿管切口未缝合。术中术后未发生其他并发症,未输血。双 J 管均于术后 1 月经膀胱镜拔除。术后随访 2~38 个月,B 超或 KUB+IVP 等检查无结石复发和输尿管狭窄,患者肾积水减轻或消失,肾功能改善或恢复。

3 讨论

腹腔镜输尿管切开取石的主要适应证是不适于行体外冲击波、输尿管镜碎石或上述两种方法治疗失败而需要手术取石的输尿管结石^[1,2]。本组 18 例术前经体外冲击波碎石治疗 1~5 次或输尿管镜碎石治疗失败,其余患者结石直径均要成分是含水硫酸钠,还有少量硫酸镁、硫酸钙等,主要功效是泻下、软坚、清热。芒硝外敷,能改善血液循环,恢复肠蠕动,使网状内皮系统吞噬功能加强,从而调动机体内在的抗病能力^[3]。重症急性胰腺炎由于应急反应,腹腔神经丛受刺激和渗液直接作用于肠管,可导致不同程度肠运动抑制,表现为肠麻痹、肠梗阻等^[4]。在采取常规治疗同时,结合芒硝外敷,观察组腹胀消失时间明显短于对照组。

芒硝价廉易得,用其外敷治疗重症急性胰腺炎腹胀方法简单、效果显著,临床上值得推广。但应用时应注意:(1)使用前向病人讲解使用方法及目的,取得病人的配合。(2)因芒硝受热潮解、吸热,病人腹部皮肤会出现潮湿,甚至水珠渗出。因此必须保持皮肤及床单的干燥,经常观察皮肤情况,擦干水珠,避免着凉。(3)芒硝潮解后使芒硝袋变硬,变硬的芒硝袋敷在腹部,不但起不到效果,而且容易损伤潮湿的皮肤。因此要经常更换芒硝及芒硝袋,一般 2~3h 一次,主要视芒硝受潮程度而定。

参考文献

[1] 杨梅. 急性胰腺炎中药灌肠肛管插入长度的临床疗效观察[J]. 护士进修杂志, 2004, 19(4): 328~329
 [2] 邓永连. 芒硝外敷治小儿中毒性肠麻痹[J]. 江苏中医, 1997, 18(10): 20

(收稿日期: 2006-09-21)

手术治疗新鲜髌骨骨折 40 例临床分析

李濂¹ 张辉华¹ 向振华²

(1 广东省肇庆市鼎湖区人民医院 肇庆 526070; 2 湖南省洪江市人民医院 洪江 418100)

关键词: 髌骨骨折; 手术治疗; 临床分析

中图分类号: R 681.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0051-02

髌骨骨折是临床上常见的骨折之一, 1887 年 Sir Cameron^[1]首次切开复位治疗髌骨骨折以来, 手术治疗已经被广泛接受。目前, 手术方法有三种, 分别是保留髌骨、髌骨部分切除、髌骨全切术。现结合 1999 年 1 月~2005 年 1 月 40 例临床病例, 根据髌骨的生物力学功能, 对手术治疗髌骨骨折后疗效及膝关节功能障碍的原因进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 40 例, 男 26 例, 女 14 例; 年龄在 20~30 岁 15 例, 30~40 岁 8 例, 40 岁以上 17 例; 左侧 24 例, 右侧 16 例。骨折类型: 横行骨折 19 例, 粉碎性骨折 15 例, 下极骨折 6 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 保留髌骨 保留髌骨 28 例: (1) 改良张力带固定 19 例, 均为横行骨折, 手术时将骨折块用大布巾钳夹紧, 使断端密切对合, 以双手食指从髌腱扩张部断裂处伸入髌骨后方使其平整, 再以 2 根克氏针横行钻入髌骨, 并过骨折线, 以钢丝于克氏针露出部捆扎。(2) 环行缝合 9 例, 均为粉碎性骨折, >1.2cm 或驻留时间超过 2 个月, 局部有炎性息肉包裹, 急需解除梗阻, 我们认为对这些患者也可应用腹腔镜行输尿管切开取石术。

术中寻找肾盂输尿管结石是手术的关键。我们的经验是以结石的体表投影位置为中心紧贴侧腹膜钝性分离软组织寻找, 输尿管在镜下呈灰白色, 质韧, 有一种厚实感, 无搏动, 用钳刺激时可有蠕动波出现。腰大肌内侧、肾脏下缘与后腹膜的交界处是寻找中上段输尿管的标志, 下段输尿管应以入盆的髂血管和腰大肌外缘为标记。

输尿管切开缝合亦是本手术关键所在。Nualong 等^[2]报道一组腹腔镜输尿管切开取石术, 未缝合输尿管切口, 术后漏尿率竟高达 40%。张旭等^[4]报道 26 例行后腹腔镜输尿管切开取石术, 全部置留双 J 管并行切口缝合, 术后无 1 例发生漏尿。我们采用输尿管切开刀或超声刀切开输尿管壁, 尽量使切缘整齐, 缝合时采用自动复位持针器缝合 1~3 针使输尿管切口闭合即可。对输尿管扩张不明显者, 缝合不宜过紧, 以免术后输尿管发生狭窄。打结我们采用镜下腔内绕钳打结, 镜下打结时, 缝线不应过长, 以 5cm 左右为宜, 避免互相缠绕。本组 36 例患者仅 2 例输尿管结石因缝合困难而未作缝合。随访 2~38 个月, 无输尿管狭窄发生。

由于腹腔镜下输尿管缝合毕竟达不到开放手术的缝合效果, 术后放置内支架管对保持输尿管的通畅, 防止漏尿和输尿管狭窄十分重要。我们采用的方法: 截取与双 J 管伸展长度略短一段导丝, 根据输尿管切口至膀胱长度, 于双 J 管相应位置的相邻 2 个侧孔穿入导丝, 于导丝外露段近肾盂端

手术时将骨折块用大布巾钳夹紧, 使断端对合好, 用双手食指从髌腱扩张部断裂处伸入髌骨后方使其平整, 然后以双 10 号线缝合二个半环状, 抽紧结扎。

1.2.2 髌骨部分切除 部分切除髌骨修复韧带 6 例, 均为下极骨折, 手术时切除下极骨折块后, 将髌骨钻孔, 用钢丝全层穿过髌韧带, 再穿过髌骨结扎。

1.2.3 髌骨全切 髌骨全切 6 例, 均为粉碎性骨折, 手术时切除髌骨, 以钢丝修复股四头肌腱与髌韧带。

1.2.4 术后治疗 40 例术后均长腿石膏夹板固定制动, 二周后拆线, 切口均 1 期愈合, 继续固定 4~6 周, 然后进行理疗和体疗。

1.3 评定标准 完全无痛或偶有轻微疼痛但不影响工作, 股四头肌肌力 5 级, 膝关节主动伸直正常, 屈曲受限在 20 度以内, X 线片无明显创伤性关节炎改变者为满意。

1.4 结果 本组 40 例进行随访, 时间 6 个月~4 年, 平均 2 年。满意率: 保留髌骨组 85.7%, 髌骨部分切除组 66.7%, 髌骨全切组 33.3%。

处系 10 号丝线, 长度超过肾盂端, 沿输尿管切口向下插至双 J 管全部进入输尿管中。然后向上牵拉丝线, 使双 J 管肾盂端沿输尿管上行, 至看见导丝外露段, 夹住并退出导丝。挤压膀胱, 有尿从双 J 管侧孔溢出, 证明置管成功。本组 36 例患者均采用上述方法, 置管时间 10~70min, 平均 21.3min。

腹腔镜输尿管切开取石可选择经腹腔途径和经腹膜后途径, 腹膜后途径与腹腔径路相比更符合泌尿外科的手术原则, 入路直捷, 对肠道干扰小, 减少腹腔脏器损伤。但腹膜后径路也有局限性, 如术中缺乏明显的解剖标志, 工作空间狭小, 工作通道经常相互干扰, 治疗输尿管下段结石较困难。而经腹腔途径空间大, 解剖标志明显, 输尿管定位较容易, 可同时处理输尿管上、中、下段结石。本组除 3 例输尿管下段结石采用经腹腔途径外, 其余均经腹膜后途径。

总之, 腹腔镜输尿管切开取石术具有损伤小、恢复快、安全有效等优点, 是治疗输尿管结石一种可供选择的微创手术方式。

参考文献

- [1]Gaur DD, Trivedi S, Prabhudesai MR, et al. Laparoscopic ureterolithotomy: technical considerations and long-term follow-up [J].BJU Int,2002,89(4): 339~343
- [2]Skrepetis K, Doumas K, Siafakas I, et al.Laparoscopic versus open ureterolithotomy.A comparative study[J].Eur Urol,2001,40(1): 32~36
- [3]Nualong C, Taweemonkongsap T. Laparoscopic ureterolithotomy for ureteric calculi[J].J Med Assoc Thai,1999,82(10): 1 028~1 033
- [4]张旭, 朱庆国, 马鑫, 等. 后腹腔镜输尿管切开取石术 26 例[J].临床泌尿外科杂志, 2003, 18(6): 327~329

(收稿日期: 2007-01-09)