

腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗精索静脉曲张(附 40 例报告)

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: 精索静脉曲张; 精索静脉高位结扎术; 腹腔镜; 病例报告

中图分类号: R 697.24

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0051-02

我院 2001 年 7 月~2006 年 11 月采用腹腔镜高位结扎精索静脉的方法治疗精索静脉曲张 40 例,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 40 例,年龄 18~38 岁,平均 25.2 岁,病程 3 个月~6 年。左侧 25 例,右侧 2 例,双侧 13 例。以

AO 分型 A3 型 5 例, B 型 2 例, C2、3 型 10 例; 髌骨粉碎性骨折 1 例; 胫骨髌骨骨折 5 例, A3 型 1 例, C2、3 型 4 例。开放性骨折 5 例, 闭合性 18 例。原始骨折内固定方法: 股骨髌及髌上骨折采用 DCS、松质骨螺钉固定 14 例, 外固定支架固定 1 例, 钢板固定 2 例; 髌骨采用克氏针、钢丝张力带固定; 胫骨髌骨折用支撑钢板、松质骨螺钉固定。本组膝关节活动度 5°~45°, 平均 30.5°。病程 6~32 个月, 3 例曾存在过骨折延迟愈合。

1.2 手术方法 均在连续硬膜外麻醉下进行, 采用 Thoapson 股四头肌成形术及关节内松解术, 从股骨远端 1/3 到髌骨下极做 S 形切口, 确切部位取决于疤痕最明显处, 沿股直肌双侧切开深筋膜, 分离股直肌, 切开放四头肌扩张部, 直到挛缩完全解除。完全切除疤痕化的股中间肌、股直肌后的疤痕束带以及髌骨到股骨髌的粘连, 股骨前的骨膜等软组织予以保留, 股内外侧肌如有严重疤痕, 将其止点上移 2~3cm 缝于股直肌, 股骨髌的暴露处可将髌前腱膜翻转覆盖。缓慢屈膝以松解关节内粘连, 关节活动度仍不理想需分离双侧股骨髌及髌上囊, 去除骨突, 将粗大粘连束带切除。此时屈膝应尽可能超过 90°。留置负压引流, 弹力绷带加压包扎, 石膏屈膝固定。

1.3 术后处理 留置硬膜外止痛泵。自术后第 2 天开始在指导下进行 CPM 机上膝关节被动屈伸锻炼及主动直腿锻炼, 锻炼完毕仍予石膏固定。关节内积血需完全引出并用弹力绷带加压包扎。术后 2 周屈膝下蹲练习。术区缝线延期拆除。

2 结果

本组获得随访时间 7~26 个月, 平均 11.6 月。膝关节活动度术前平均 30.5°, 术后平均 94°, 基本工作、生活不受影响, 有 3 例出现手术切口皮缘坏死, 经换药后愈合。1 例股直肌纤维化明显, 放弃股四头肌成形术。本组病例术后均不同程度出现股四头肌肌力减弱, 平均术后 6 个月有一定改善。15 例术中取出内固定物, 未发生再骨折。

3 讨论

总结本组病例, 对膝部骨折术后出现关节僵硬原因分析如下: (1) 原始损伤较为严重, 股四头肌出血、渗出, 骨折断端刺伤肌肉, 关节囊撕裂, 膝内外韧带及半月板等损伤, 这些都对术后关节活动的恢复造成不利的因素。本组股骨髌及髌上骨折占到 73.9%, 说明伸膝装置的损伤是造成术后关节僵硬

睾丸坠胀不适就诊者 22 例, 以不育症且精液异常就诊者 14 例, 无症状体检时发现 4 例。体检时阴囊内可见或触及成团状曲张的静脉。所有患者彩超检查均证实为原发性精索静脉曲张。临床分期 I 度 3 例, II 度 15 例, III 度 22 例。

1.2 手术方法 采用全麻, 头稍低平卧位。脐下缘作小切口, 的重要原因。(2) 医源性因素: 术中关注骨折的处理, 忽视了对髌上囊、髌下脂肪垫等的保护和处理, 致使术后出现变性, 造成疤痕、粘连。骨折粉碎严重, 缺乏复位的解剖标志, 造成骨折复位不良或股骨内固定物放置偏前。术中暴露不充分, 切口对侧骨质复位欠佳、骨缺损明显, 未植骨、对内固定牢固程度缺乏信心或存在骨折延迟愈合, 术后长时间外固定。(3) 患者术后缺乏锻炼指导或锻炼不配合。

对膝关节伸直型僵硬 Nicoll 指出^[1]有下列因素: (1) 股中间肌的纤维变性; (2) 股骨髌与髌骨发生粘连; (3) 股四头肌外侧扩张部纤维变性, 发生短缩, 与股骨髌粘连; (4) 股直肌短缩。根据 Kettelkamp 报道^[2]正常活动中膝关节所需屈伸范围: 步行约 67°, 上台阶 83°, 下台阶 90°, 从椅中站立需 93°。故手术后膝关节活动度应尽量达到或超过上述标准。对膝部骨折术后关节僵硬超过半年的病例主张手术治疗^[3]。而手术治疗又分开放手术和关节镜手术, 各有利弊。但考虑到关节粘连严重、髌骨活动度小、髌上囊消失等因素, 对关节镜操作较为困难及松解可能不充分, 我们选择了开放手术。手术暴露切口不宜过短, 否则术后切口张力过高。因为手术的目的是将没有受损的股四头肌从疤痕中分离出来, 以期恢复收缩功能, 所以术中松解要彻底, 止血和引流要充分, 以减少再粘连可能。为防止再粘连切除股中间肌时对骨膜要予以保留。对髌旁支持带挛缩明显者, 松解后可能存在股骨髌外露, 我们予髌前腱膜翻转覆盖, 未出现髌骨脱位等情况。对 1 例股直肌纤维化明显患者, 考虑伸膝功能术后无法恢复, 放弃股四头肌成形术。

术后康复是为了维持膝关节活动度和改善肌力, 这直接关系到手术的成败。在镇痛下膝关节主、被动功能锻炼中, 医患配合十分重要, 患者往往需要更多的督导。锻炼后石膏的继续外固定能很好地减少关节活动度的丧失。关节内积血必须充分引出, 以减少再粘连。术后早期股四头肌肌力均较差, 一般数月后可不同程度恢复。对于术后 3 个月屈曲角度缺失的患者可再行麻醉下手法治疗^[4]。

参考文献

- [1] 过邦辅, 蔡体栋. 坎贝尔骨科手术大全[M]. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 1 283-1 284
- [2] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京: 科学出版社, 1998. 251
- [3] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 第 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2005. 1 858

(收稿日期: 2007-06-14)

窄谱中波紫外线治疗玫瑰糠疹临床疗效观察

谢明星

(浙江省长兴县人民医院 长兴 313100)

关键词:玫瑰糠疹;窄谱中波紫外线治疗;窄谱光疗仪

中图分类号:R 758.65

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0052-02

2005 年 8 月~2006 年 3 月我科采用窄谱中波紫外线(NB-UVB)治疗 27 例玫瑰糠疹患者,并进行了疗效观察,收到满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 共观察 52 例患者,根据随机数字表将患者分成两组,其中治疗组 27 例,对照组 25 例。治疗组中典型玫瑰糠疹 12 例,顿挫型 3 例,局限型 6 例,反向性 5 例,其他类型 1 例,平均年龄 25 岁(15~48 岁),平均病程 1 周(4d~3 周)。对照组典型玫瑰糠疹 11 例,顿挫型 3 例,局限型 5 例,反向型 5 例,其他类型 1 例,平均年龄 21 岁(16~42)岁,平均病程 10d(5d~3 周)。所有患者在治疗前 1 个月均未使用过糖皮质激素、抗组胺药物及光化学疗法,所有患者无使用光化学疗法的禁忌证。

1.2 治疗方法 治疗组采用窄谱光疗仪(上海希格玛高科技有限公司)治疗,照射间距为 10~20cm,每隔 1d 照射 1 次,首次剂量为 0.2J/cm²,以后每次照射增加 0.01J/cm²,至最小红斑剂量维持,10 次为 1 个疗程。对照组选用抗组胺药物西替利

常规建立 CO₂ 气腹,压力维持 1.8kPa。拔出气腹针,穿入 10mm Trocar,置入 0° 腹腔镜,进镜后直视下于耻骨联合与脐连线中点置入另一 10mm Trocar。在内环上方 2~3cm 找到呈蓝黑色的精索静脉,剪开后腹膜,游离精索静脉,用 2~3 个钛夹钳夹扩张的精索静脉。同法可处理对侧曲张的精索静脉。

2 结果

手术均获成功。手术时间 25~46min,平均 33.5min。术中无明显出血,无肠管和输精管损伤。术后发生阴囊气肿 5 例,住院 2~3d 后出院。随访时间 2~66 个月,无 1 例复发,无睾丸萎缩。12 例精液异常者术后 7 例精液质量明显改善。

3 讨论

精索静脉曲张是泌尿外科的常见病、多发病。主要以不育、阴囊坠胀不适就诊,在男性人群中发病率为 10%~15%。手术是其治疗的主要手段,传统手术主要经腹股沟或腹膜外途径行精索静脉高位结扎术,但损伤大。与传统手术相比,腹腔镜精索静脉高位结扎术的优越性已被公认。其具有以下优点:(1)视野清晰,易于辨认精索动静脉的走向及数目,不漏扎误扎;(2)结扎位置更高,避免损伤精索外静脉和输精管动静脉;(3)对于双侧精索静脉曲张、开放性手术后复发尤为适用;(4)损伤少,痛苦小,康复快,住院时间短,术后不遗留明显的瘢痕,较美观。

目前,临床腹腔镜治疗精索静脉曲张,对是否结扎睾丸动脉仍有争议。多数学者的意见是应保留睾丸动脉,但 Kattan^[1]提出结扎睾丸动脉可降低术后复发率,而且也并不导致睾丸萎缩。我们认为睾丸的血供除睾丸动脉供应外,还有

睾丸(仙特明片)10mg,每天 1 次,每次 1 片,口服,外用炉甘石洗剂,每天 3 次,用 4d 停 3d。

1.3 疗效判定标准 治疗前及治疗 1 个疗程(即 20d)后分别对患者自觉症状(瘙痒)和客观体征(皮损面积、丘疹、鳞屑)进行评分。根据瘙痒程度按 0~10 分评分;客观体征按照 4 级(0~3 分)评分法进行评分:0= 无或消失,1= 较前明显减轻,2= 减轻,3= 无效或较前加重。疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%,治愈为疗效指数≥95%,显效为疗效指数 94%~60%,好转为疗效指数为 59%~20%,无效为疗效指数<20%。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 统计软件进行统计,计数资料采用 χ^2 检验。

1.5 结果 治疗组中有 1 例患者未坚持治疗,对照组中有 1 例患者退出治疗,最终治疗组完成观察 26 例,对照组完成 24 例,两组治疗结果见表 1。

表 1 两组玫瑰糠疹患者疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	显效率(%)
治疗组	26	12	8	4	2	76.92*
对照组	24	9	2	8	5	45.83

输精管动脉和提睾肌动脉供应,阻断睾丸动脉不影响睾丸正常发育,因此在内环上方高位集束结扎精索动静脉不会影响睾丸和附睾的血供,同时减少手术中分离出血,简化了手术操作,缩短了手术时间。另外保留精索内动脉的高位结扎术还可能导致术后的复发。其原因是为避免损伤动脉,从而导致围绕动脉的细小静脉被漏扎。失败的精索静脉结扎术比高位切断睾丸动脉对睾丸的损害更大^[2]。本组 20 例患者均把包括睾丸动脉在内的精索血管予以集束结扎,无 1 例出现术后睾丸萎缩,国内外也有类似报告^[3,4]。

手术操作中我们的经验体会:(1)术前排空膀胱,采取头稍低平卧位,可清楚显露操作野;(2)高位集束结扎精索动静脉结扎彻底,防止遗漏,同时可减少分离时出血,简化操作;(3)术中钳夹静脉前挤压阴囊的静脉团以排出积血,可改善患者的主观症状。

参考文献

[1]Kattan S.The impact of internal spermatic artery ligation during laparoscopic varicocelectomy on recurrence rate and short post operative outcome[J].Scand J Urol Nephrol,2001,35(3):218-221

[2]张元芳,吴登龙.男科治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2002.431-433

[3]Huk J, Fryczkowski M, Bihun M, et al.Laparoscopic varicocele ligation.The comparative assessment of artery-ligating and artery-preserving varicocelectomy[J].Wiad Lek, 2001, 54: 621-631

[4]覃斌,李强辉,黄向华,等.两孔法腹腔镜精索静脉高位结扎术治疗精索静脉曲张(附 25 例报告)[J].中国内镜杂志,2006, 12(8): 853-855

(收稿日期: 2007-06-20)