

经腹途径腹腔镜输尿管上段切开取石术(附 11 例报告)

高桂松 郑锦华 常洪生
(浙江省金华广福医院 金华 321000)

关键词: 输尿管上段结石;腹腔镜取石;经腹途径

中图分类号: R 693.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0065-02

自从 20 世纪 80 年代初体外冲击波碎石机在临床应用治疗尿路结石取得良好效果以来, 外科手术取石已大大减少, 文献报道仅约 10%^[1]。但一部分滞留在输尿管腔内且病史较长的结石导致输尿管壁炎性水肿, 结石嵌顿于充血、水肿的黏膜中或伴炎性肉芽肿、息肉形成、上尿路积水合并感染等情况时, 外科手术就成为不可替代的治疗措施。目前多主张用微创手术, 我院用腹腔镜经腹腔途径对 11 例输尿管结石并肾积水患者行切开取石术治疗, 疗效满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 11 例中男 6 例, 女 5 例, 年龄 35~55 岁, 平均 45 岁, 均为输尿管上段结石伴肾积水。结石停留时间超过 1 年, 肾积水为中度以上, 即 B 超证实肾集合系统分离大于 3cm 以上, 其中右侧结石 7 例, 左侧 4 例。结石长度 10~25mm, 术前均经 B 超、KUB+IVU 检查证实。

1.2 手术方法 患者均行全麻气管插管, 健侧卧位, 于脐上 20~30mm 作 10mm 切口, 穿入气腹针充气使腹压达 13~15mmHg, 拔出气腹针穿入 10mm Trocar, 置入腹腔镜, 监视下于锁骨中线肋缘下 30~40mm 及腋前线脐水平处分别穿刺 5mm、10mm Trocar, 用电钩沿结肠旁沟切开侧腹膜, 于腹膜后找到输尿管上段, 结合术前定位片找到输尿管结石部位, 用输尿管切开刀纵行切开输尿管 10~20mm, 用分离钳剥离取出结石, 在腹腔镜监视下置入双 J 管, 采用腹腔镜体内打结法, 缝合输尿管切口 2~4 针。自腋前线处套管置引流管, 行局部浸润麻醉, 麻醉深至第三腰椎横突骨面为佳。麻醉 2min 后可行小针刀治疗。术者右手持小针刀, 左手示指和中指指尖分开, 压住第三腰椎横突末端上下缘, 用 3 号小针刀垂直于躯干纵轴、45° 成角于腰背面刺入患者皮肤, 小针刀刺入皮肤后, 一边前后左右摇摆, 一边慢慢向第三腰椎横突刺入, 根据患者的肥胖程度及腰部肌肉的厚度来估计小针刀刺入的深度。对于较肥胖和(或)肌肉较厚的患者, 指压的力度可适当加重。当小针刀刺至第三腰椎横突后, 沿横突末端切割松懈上、下、外三个面, 术者感针刀下松动后, 拔出小针刀。出针后在治疗部位用中等力度压迫止血 5min, 治疗完毕后让患者继续卧床休息 20min, 以防止运动后治疗点深部出血。如有双侧第三腰椎横突综合征者, 重复上述步骤。

2.4 其他 在小针刀治疗期间, 未服用甾体类和非甾体类消炎镇痛药。对首次治疗后 1 周症状完全消失者, 不进行第 2 次治疗, 对首次治疗后症状减轻者, 在首次治疗后 15d 进行第 2 次方法相同的小针刀治疗, 对经连续 2 次治疗后无明显变化者, 在首次治疗后 30d 行第 3 次治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 痊愈: 症状及体征消失, 腰部活动无障碍, 治

退出 Trocar。缝合切开的腹膜层, 用皮内缝合法缝合切口。

1.3 结果 患者结石均顺利取出, 手术时间 90~120min, 平均 105min。手术出血量 20~50mL, 均未输血; 术后 1~2d 无引流液后拔除腹腔引流管, 1 个月后经膀胱镜拔双 J 管。1 例术后出现皮下气肿, 于术后 3d 消失。术后住院 3~5d, 平均 4d。随访 1~6 个月无并发症发生。

2 讨论

输尿管结石因梗阻后可致肾积水, 长期梗阻可致肾功能不可逆损害, 故主张尽快解除梗阻, 保护肾功能。开放手术在腰部一般有一长 15~20cm 的切口, 容易感染, 甚至有切口疝可能, 住院时间长, 恢复慢。腹腔镜治疗输尿管上段结石是 20 世纪 90 年代开展的新技术, 该手术完全可以达到开放手术的目的, 是治疗上尿路结石又一可选择的方法, 它只是微型切口, 有些患者愈合后几乎不留疤痕, 具有对患者损伤小、康复快、痛苦轻等优点, 完善了腔道内窥镜治疗泌尿系结石的方法, 缺点是致肠管损伤、漏尿、腹膜炎、肠麻痹的风险^[2]。

我们认为术中寻找输尿管及置管、缝合为手术难点。寻找输尿管时因输尿管位于腹膜后, 周围有众多脏器和血管, 必须仔细辨认。寻找方法^[3]: 切开后腹膜根据术前 X 线片了解结石与肾下极位置的关系, 术中先找到肾下极, 于其旁打开肾周脂肪囊游离找到输尿管。大结石可用抓钳顺输尿管走行自上向下探寻找到结石后游离, 输尿管扩张者亦较易寻找, 小结石不易寻找时配合术中 C 臂机定位找到结石后游离输尿管后能参加适度的体力活动。好转: 腰部酸胀疼痛明显减轻, 深压第三腰椎横突尖部仍有酸痛, 参加适度的体力活动后有轻度的不适。无效: 3 次小针刀治疗后, 症状和体征仍无明显改善。

3.2 治疗结果 在小针刀治疗后 60d, 通过患者复诊和主动回访(主要通过电话), 对患者的治疗疗效进行总结。其结果如下: 痊愈者 62 人, 占 67.39%, 好转 24 人, 占 26.09%, 无效者 6 人, 占 6.52%, 无效者均为首次求诊时病情已有 4 月之多的患者。

4 讨论

现代解剖学表明, 人体的腰椎通常呈生理性的前凸, 第三腰椎位于前凸的顶点, 同时它又是 5 个腰椎的中心, 它在腰部功能活动中的作用显得尤为重要, 第三腰椎横突最长, 所受杠杆作用最大, 附在其上的韧带、肌肉、筋膜承受的拉力也最大, 这就决定了其容易受到损伤, 从而出现以局部压痛为主症的综合征。小针刀治疗直达病所, 通过专业的操作, 可松懈病变局部的组织, 舒筋、通络、止痛, 从而起到调整腰背活动功能的作用, 小针刀疗法具有疗效好、损伤小、成本低等优点, 非常适合基层医疗机构开展。

(收稿日期: 2008-04-23)

液氮冷冻治疗皮脂腺痣 57 例疗效分析

邵祺 周宗立 汪小敏
(浙江省嘉兴市第二医院 嘉兴 314000)

关键词:液氮;冷冻;皮脂腺痣

中图分类号:R 758.51

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0066-01

皮脂腺痣是一种表皮、真皮及表皮附属器所构成的器官样痣,最常见于头皮及面部,影响美观。以往曾采用手术切除、电干燥或刮除术等方法治疗,疗效肯定^[1]。2003 年 8 月~2006 年 8 月期间本科门诊采用液氮冷冻治疗 57 例,取得良好的疗效。结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 病例入选标准 年龄 11~43 岁,性别不限,符合皮脂腺痣的诊断标准^[2],皮损直径≤3cm,皮损个数不限。

1.2 病例剔除标准 合并冷球蛋白血症,寒冷性荨麻疹等对冷刺激敏感,可能导致观察结果异常者;严重心肝肾、造血系统等疾病,或 1 个月内曾口服皮质类固醇激素和免疫抑制剂,可能影响局部创面愈合者;在治疗过程中曾于其他医院、诊所等医疗机构作冷冻治疗或其他治疗方式影响疗效观察结果者。

1.3 一般情况 共 57 例,其中男 31 例,女 26 例;年龄 11~43 岁;病程 2~25 年,平均 6.3 年;皮损部位:头后枕部 9 例,头顶部 26 例,前额部 9 例,颞部 6 例,躯干部 7 例;皮损均为单发,其中 3 例呈疣状。

1.4 治疗方法 根据皮损大小,用合适的棉签蘸液氮在皮脂腺痣表面直接接触,根据具体病变组织大小采用适当的压力,使局部病变组织冷冻更充分,以病变组织周围 1cm 左右的组织呈白色为充分冷冻标准,病变组织充分冷冻后让其自然解冻为 1 个冻融周期,连续 3 个冻融周期。术后外用 2%龙胆紫涂布皮损表面,1~2 次/d,至结痂后痂皮自然脱落,不予其他抗生素治疗。皮损未脱落前每周观察治疗 1 次,皮损脱落后每月随访 1 次。随访 1 年,详细记录患者治疗及随访中出现的任何不良反应。

1.5 疗效判定标准 疗效判定按治愈、未愈二级标准判定:治愈为经 1~4 次液氮冷冻后皮脂腺组织完全脱落,局部皮肤创面愈合,随访 1 年后在原发皮损部位无新发皮脂腺组织;未愈为 4 次冷冻治疗后皮脂腺组织未脱落或未完全脱落,及在 1 年的随访期内在原发皮损处再次出现皮脂腺组织(复发)。

2 结果

57 例患者治疗 1~4 次后均治愈,其中 29 例治疗 1 次后尿管。输尿管切开时用输尿管切开刀,操作灵便、切口整齐,在腹腔镜放大效果下可清晰分辨各层组织。术中置双 J 管时需先于管内置导丝,在腔镜下调整好角度后置入,然后用可吸收线缝合 2~4 针,采用内镜下腹腔内打结使切口缝合严密牢固,经腹腔镜操作口置引流管可预防漏尿后致尿性腹膜炎。通过本组治疗我们认为,传统开放手术方式手术创伤较大,患者术后疼痛明显,恢复较慢;使用经皮肾镜存在有定位穿刺困难、易出血等;而使用输尿管镜碎石易致结石回入肾脏致寻找困难等相对缺点,故均存有一定的局限性。而经腹腔

治愈 (50.9%),13 例 2 次治愈 (22.8%),11 例 3 次治愈 (19.3%),4 例 4 次治愈 (7.0%),平均 1.82 次/例。皮损去除后随访 1 年,未见 1 例复发。治疗过程中患者均出现不同程度的疼痛,持续时间 1~6d,平均 3.2d,所有患者均自然缓解;首次术后出现血疱者 19 例,水疱者 17 例,血疱或水疱可用消毒针刺破让其内所含液体自然流出,减轻局部组织压力,其中 29 例为 1 次治愈者 (80.6%);所有患者均未出现局部感染,愈后 3 例患者脱痂后遗留色素沉着,7 例出现色素减退,半年后均自然消退;留有疤痕者 1 例,较原发皮疹小,随访至今未见消退。

3 讨论

皮脂腺痣是一种表皮、真皮及表皮附属器所构成的器官样痣,通常其主要成分为皮脂腺。本病往往出生不久或出生时即发生,在儿童时期表现为一局限表面无毛的斑块,稍隆起,表面光滑,有蜡样光泽,淡黄色,在青春期,因皮脂腺成分发育最显著,因此呈结节状、分瓣状或疣状,老年患者多呈疣状,质地坚实,可呈褐色,约 10%~40%在此基础上并发上皮瘤^[2],约 10%~15%的病例发生基底细胞癌^[3]。

治疗最好在青春前期进行。冷冻治疗有多种冷冻剂可供选择,如液氮、氯乙烯、氟利昂、二氧化碳及一氧化氮等,其中液氮是最广泛的冷冻剂。笔者采用液氮冷冻治疗皮脂腺痣的结果显示其治愈率 100%,其中 1 次治愈率 50.9%,而治疗过程中笔者观察到出现血疱或水疱患者的疗效较好,一次治愈率高 (80.6%),可能与液氮冷冻强度有关。本临床观察显示冷冻治疗出现色素沉着、色素减退等不良反应少且均能自行消退。综上所述,液氮冷冻治疗皮脂腺痣是一种操作简单、安全、有效的治疗方法。

参考文献

[1]赵辨.临床皮肤病学[M].第 3 版.南京:江苏科学技术出版社,2001. 1 139-1 140
[2]赵芭,段周英,涂平.皮脂腺痣继发鳞状细胞癌一例[J].中华皮肤科杂志,2005,38(2): 130
[3]郎勇,李开富,郎丰明,等.皮脂腺痣并发基底细胞癌 1 例[J].中国皮肤性病杂志,2005,19(8): 494-495

(收稿日期: 2008-04-14)

行输尿管切开取石术治疗输尿管结石并肾积水具有易定位、空间视野较广、置管容易、损伤小等特点,尤其适于输尿管上段结石合并重度肾积水且肾脏尚有功能者。

参考文献

[1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学 [M]. 济南: 山东科技出版社,2005. 2 033-2 034
[2]李金华.腹腔镜泌尿外科手术[J].国外医学•泌尿系统分册,1997,17(2):88-91
[3]黄春明,孙琼.腹腔镜经腹膜后途径输尿管上段切开取石术[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(1): 33-34

(收稿日期: 2008-04-14)