

B 超导向经皮负压法肾活检 7 011 例体会

杨森枝

(江西省九江市中医医院 九江 332000)

关键词:肾活检;B超引导;经皮负压法

中图分类号:R 446.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0070-02

B 超导向经皮肾穿刺活检术是一种常用的组织学诊断方法,在临床工作中,对肾脏疾病的诊断、指导治疗及判断预后有着极其重要的意义。由于经皮肾穿刺活检术是一种创伤性检查,因此,要做到既能提高活检成功率,又要减少并发症,操作技术的娴熟显得尤为重要。我院自 1997 年 3 月~2008 年 3 月共进行 B 超导向经皮肾活检 7 011 例,取得了满意的效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 7 011 例患者均为本院住院病人,其中男性 3 626 例,女性 3 385 例,年龄最小 3 岁,最大 75 岁,平均 44 岁。

1.2 仪器设备 仪器采用美国 GE200-pro 型 B 超诊断仪,线阵穿刺探头频率 3.5MHz。成人用双石钟牌国产 18 号穿刺针,长 15cm,外径 1.750mm,内径 1.300mm,内配有直径 1.300mm,长 2.5cm 小内芯(用以阻挡吸取的组织);儿童用双石钟牌国产 16 号穿刺针,长 15cm,外径 1.600mm,内径 1.100mm,内配有直径 1.100mm,长 2.5cm 小内芯(用以阻挡吸取的组织)。20mL 注射器及 20cm 长硅胶管一根(用于连接穿刺针与注射器)。

2 方法

2.1 术前准备 常规检查血常规、凝血酶原时间、凝血酶原活动度、出血时间、凝血时间和双肾超声检查,作好患者的解释工作,签订肾穿刺同意书,练习憋气及卧床排尿,对幼儿及不合作的儿童采用氯胺酮全麻,同时与监护人签订麻醉同意书。穿刺包高压蒸汽灭菌,超声探头碘伏消毒及穿刺架的 1:5 金星消毒液浸泡消毒。双肾萎缩及孤独肾者禁做,严重凝血功能障碍(PLT<50×10⁹/L,凝血酶原时间>25s,凝血酶原活动度<40%)的暂时不做,待纠正至接近正常时再做。

2.2 操作方法 (1)术时患者均取俯卧位,腹下垫一软垫,以固定肾脏(常规选右肾)。常规消毒两侧腰背部皮肤、铺巾,在右侧腰背部涂少量消毒耦合剂,将穿刺探头与皮肤垂直探测到肾脏,并将肾下极实质部分移至穿刺引导线位置,使肾脏长轴尽量与其垂直,找到最佳穿刺点,用 1%利多卡因局部浸润麻醉至肾包膜,并测量皮肾距离,精确计算进针深度(深度=穿刺厚度+皮肾距离+0.5~0.8cm),并用固定器固定好穿刺针进针深度。将穿刺针沿穿刺探头孔进入、匀力穿至肾包膜,肾实质可见一凹陷时,不再进针,不进入脂肪囊,以免因肾脏上下摆动而划伤、撕裂肾实质。取出长针芯放入 2.5cm 小内芯,用软管将注射器(助手已将软管和注射器注满生理盐水,并检查有无漏气)与穿刺针连接起来。当肾下极移动至穿刺点时,嘱患者屏气,嘱助手抽吸注射器增加负压,操作者注视 B 超屏幕,确认肾脏固定不动,然后快速、有力进针到底再快速抽出,将取出的肾组织用生理盐水冲洗干净,测量长度,用放大镜观察有无肾小球,取材不满意时可再重复操作 1~2 次。助手及时用无菌纱布按压穿刺部位 5~10min,创可贴外贴。平车送回病房,卧床休息 24h(前 6h 绝对卧床,尿色不红之后可在医护指导、协助下,换姿势继续卧床)。密切监测血压、尿量、尿色、有无腹部胀痛等情况,嘱多饮水,并补液 250~500mL,内加立止血 1IU 止血。(2)小儿麻醉下肾穿刺。对幼儿及配合不佳的患儿,采用氯胺酮全麻。麻醉医师参加,准备好氧气包和吸痰器,以备患儿在出现呼吸抑制和痰多时使用。术前半小时肌注阿托品 0.01~0.03mg/kg,减少腺体分泌,但剂量不宜大,以防尿潴留。氯胺酮用量为 2~3mg/kg,静脉注射。麻醉成功后,1min 左右神志丧失,操作基本同成人。1~2h 神志清醒,需按全麻术后监护。

膜,肾实质可见一凹陷时,不再进针,不进入脂肪囊,以免因肾脏上下摆动而划伤、撕裂肾实质。取出长针芯放入 2.5cm 小内芯,用软管将注射器(助手已将软管和注射器注满生理盐水,并检查有无漏气)与穿刺针连接起来。当肾下极移动至穿刺点时,嘱患者屏气,嘱助手抽吸注射器增加负压,操作者注视 B 超屏幕,确认肾脏固定不动,然后快速、有力进针到底再快速抽出,将取出的肾组织用生理盐水冲洗干净,测量长度,用放大镜观察有无肾小球,取材不满意时可再重复操作 1~2 次。助手及时用无菌纱布按压穿刺部位 5~10min,创可贴外贴。平车送回病房,卧床休息 24h(前 6h 绝对卧床,尿色不红之后可在医护指导、协助下,换姿势继续卧床)。密切监测血压、尿量、尿色、有无腹部胀痛等情况,嘱多饮水,并补液 250~500mL,内加立止血 1IU 止血。(2)小儿麻醉下肾穿刺。对幼儿及配合不佳的患儿,采用氯胺酮全麻。麻醉医师参加,准备好氧气包和吸痰器,以备患儿在出现呼吸抑制和痰多时使用。术前半小时肌注阿托品 0.01~0.03mg/kg,减少腺体分泌,但剂量不宜大,以防尿潴留。氯胺酮用量为 2~3mg/kg,静脉注射。麻醉成功后,1min 左右神志丧失,操作基本同成人。1~2h 神志清醒,需按全麻术后监护。

3 结果

3.1 取材成功率 凡取出肾组织 2mm 以上均为成功,本院 7 011 例取材成功率为 98.1%(6 878/7 011);未成功者 133 例,占 1.9%。一针成功率为穿刺一针取出肾组织 1mm 以上者,本院为 70.9%(4 971/7 011)。两针成功率为 20.0%(1 403/7 011),三针成功率为 7.2%(504/7 011)。

3.2 并发症 (1)术后出现肉眼血尿者 1 052 例(15.0%)。其中 2 例出血严重,经过 2 周卧床休息、输血、输液、静脉用立止血等处理无效,后经介入治疗止血成功,无摘除肾脏者。11 例出血较严重,经卧床休息、输血、输液、静脉用立止血等处理,1~2 周止血成功。其余经常规卧床、输液、静脉用立止血等处理,1~3d 尿色转清。(2)术后出现腰痛,经 B 超证实出现肾周血肿者 61 例(0.9%)。其中 1 例经外科手术探查为肾撕裂伤致腹膜后大出血,予清除裂口血块,缝合裂口,肾周出血止,1 个月后肾脏 B 超复查正常。3 例肾周血肿较大,经卧床休息、腹部加压包扎、予止血药物点滴,血肿局限,再予 10~20mg 地塞米松静脉用 2d,血肿渐吸收,1 个月后肾脏 B

2004,14(3):174

[2]李果珍.临床 CT 诊断学[M].北京:中国科学技术出版社,1994.660
 [3]李英平,郭瑞芳.神经根型颈椎病解剖因素探讨[J].解剖科学进展,2003,9(2):141
 [4]洪庆山,马春浓.螺旋 CT 扫描后图像重建在颈椎病的临床应用[J].放射学实践,2003,4(4):264

(收稿日期:2008-09-18)

参考文献

[1]喻忠,王黎明.三维 CT 对颈椎病的诊断价值[J].中国脊柱脊髓杂志,

中西医结合治疗便秘的体会

王冰 黄培筠

(江西省九江学院附属医院 南昌 330002)

关键词:便秘;中医穴位按摩;通便汤;中西医结合疗法

中图分类号:R 574.62

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0071-02

便秘是指大便秘结不通,排便困难,或欲便而艰涩不畅,两天以上不能自解者。便秘作为临床常见症状,散见于很多胃肠疾病或全身性疾病中,也有相当一部分人仅仅出现便秘症状。现将中西医结合治疗体会报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2006 年 1 月~2007 年 6 月收治便秘患者 67 例,其中男 39 例,女 28 例;最小年龄 21 岁,最大 75 岁,平均超复查正常。其余患者经过常规卧床休息、使用止血药物,腰痛均逐渐缓解,复查 B 超肾周血肿均吸收。(3)无 1 例误穿其他脏器者。

4 讨论

超声引导下经皮肾穿刺活检,具有直观、安全、损伤小、取材效果好的特点。目前,肾穿刺方法很多。国外多采用切割式活检枪^[1,2],由于价格昂贵,难以在我国推广。我院采用传统的 B 超引导经皮负压法双人操作肾活检,缺点是操作复杂,两人瞬间同步操作困难,即一人快速进、退针,一人同时施负压。负压过大易使肾组织破坏重,影响病理检查;过小取不出组织。穿刺针取材前突破肾筋膜进入脂肪囊易致肾撕裂伤;穿刺针不突破肾筋膜进入脂肪囊快速进针时易出现肾脏避让、滑走,所以第一针成功率低。本院经过 10 余年共 7 011 例肾活检实践,认为操作熟练、配合默契、B 超定位精确、穿刺深度计算准确是肾活检成功的重要因素。肾穿刺术后严重肉眼血尿和肾周血肿均发生在刚开始的头几年,随着经验的积累、操作水平日益娴熟,严重并发症日益少见,一次成功率不断提高,与国内多家使用自动负压活检枪的单位相比,穿刺成功率和肉眼血尿率均非常接近^[3]。本单位对穿刺术的体会主要有以下几个方面:

4.1 适应证的把握 随着肾穿刺操作技术的日益熟练,并发症日益减少,为明确诊断、减少误诊、精确指导治疗,有适应证而无禁忌证者尽量做。(1)对于临床表现为急进性肾炎综合征和急性肾衰综合征者,可在血液净化支持下,抓住时机,尽早穿刺,明确诊断,指导治疗。本单位及时发现、治愈了众多的新月体性肾炎、5~6 例 ANCA 相关性血管炎肾损害患者。(2)肾病综合征:对于成年人,应先做穿刺,指导治疗;对于青少年,由于大多为微小病变、轻微病变、系膜增生性肾炎,也可先治疗,效果不好后再做穿刺,查找原因。(3)血尿:经过排除非肾小球性血尿,应做肾穿刺,同时尽量送电镜,本单位发现了 30 余例薄基底膜肾病。(4)无症状性蛋白尿和血尿:本资料显示,大多为 IgA 肾病,约占 40%,其余依次为局灶节段肾小球硬化、系膜增生性、膜增生性。(5)急性肾炎综合征。(6)慢性肾炎综合征。(7)其他:如年纪轻的高血压,疑为肾性高血压;糖尿病和肾病综合征并发,两者关系不明

38 岁;56 例排便间隔时间为 2~3d,11 例排便间隔时间为 3~6d。均有粪便干燥,排便困难,排便时间长,平均排便时间为 (20±5)min。67 例患者均排除器质性病变引起的便秘。

1.2 诊断标准 (1)排便时间延长,每次排便间隔时间 48h 以上且持续时间超过 1 年;(2)便质干燥,呈羊粪状或兔粪状,持续时间超过 1 年;(3)大便常规检查、钡剂肠道造影检查及纤维结肠镜检查排除器质性病变;(4)所有患者以前均

4.2 穿刺点的选择 B 超定位准确是穿刺成功的关键之一。一般为右肾下极皮质区,肾下缘与皮质集合系统分界处的 1/2 部位^[4],向外下呈 -5° 斜穿^[5],以取得较多的肾皮质且更安全。本单位经验是穿刺点宁可偏向肾下极,不可太靠肾中间。虽然肾脏易滑脱,增加了空穿率,但大大减少了肾出血的发生率,罕见严重的并发症,出血严重者发生率为 0.2%(13/7 011 例)。

4.3 穿刺深度的计算 深度 (cm)=穿刺探头厚度+皮肾距离 +0.5~0.8cm。进针深度是宁浅勿深,太深易进入肾窦,导致血尿甚至严重的大出血。

4.4 配合默契 B 超医师和操作医师确认位置准确后,嘱患者屏气、助手抽吸注射器预施适当负压。操作者进针速度要快、有力,以达切割、套取肾组织作用,然后快速拔针,一气呵成。如果发现患者呼吸配合不好,肾脏上下摆动,不宜急于操作,应重新把握时机,以免造成肾脏损伤。

4.5 检查肾组织 测量肾组织的长度,用放大镜观察取出的肾组织中红点(肾小球)是否丰富,如果不满意可重复操作,以保证有足够的肾小球,增加成功率。本单位早期发现,不少取材长达 1.2mm 者,病理切片仅见 1~2 个肾小球甚至未见肾小球。后由病理科医师检查肾组织,大大提高了取材符合率(注:本单位病理室紧邻 B 超室,并未浪费人力)。

总之,传统的肾穿刺方法和各种新型穿刺枪穿刺术相比,较难掌握,但操作熟练,仍可达到相同的效果。江西省是经济欠发达地区,价格低廉、实用性强的传统肾活检方法依然具有重要现实意义。

参考文献

- [1]陈建,谢福安,庄永泽,等.应用“自动同步负压肾穿装置”进行肾穿刺活检 120 例[J].福建医药杂志,1998,20(2):91
- [2]林丹华,林雅莉,陈开仪,等.应用自动同步负压肾穿刺装置进行肾穿刺活检[J].现代诊断与治疗,1999,10(4):225-226
- [3]赵军.肾脏 B 超与肾活检病理所见关系的初步探讨[J].中国超声医学杂志,1996(10):55
- [4]黄庆元.简明肾脏病学[M].北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1995:77-82
- [5]陈建.超声引导斜角进针自动同步负压肾活检的临床研究[J].中华超声影像学杂志,2000,9(8):461-462

(收稿日期:2008-07-09)