

# 输尿管下段结石钬激光术后双 J 管应用探讨

张曦 曾学明

(江苏省昆山市中医院 昆山 215300)

关键词:输尿管下段结石;钬激光;双 J 管

中图分类号:R 619

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0055-02

近年来,随着泌尿外科腔内技术的蓬勃发展,输尿管镜治疗输尿管结石尤其是下段结石越来越为广大泌尿外科医师所掌握。我院自 2005 年 5 月~2008 年 6 月,施行输尿管镜钬激光碎石术治疗下段结石 315 例,本文主要通过对此类病例回顾性分析,并分为两组进行比较,观察双 J 管的放置对其

追加半量,此后每 8~12 小时予以半量维持,直至中毒症状消失和全血 CHE 活力恢复至 60%以上时停药观察。对照组轻度中毒予阿托品 2~4mg,每 1~2 小时皮下注射 1 次;中度中毒予阿托品 5~10mg 静脉注射,立即,1~2mg,每半小时 1 次;重度中毒予阿托品 10~20mg 静脉注射,立即,2~5mg,每 10~30 分钟 1 次。达阿托品化后,根据病情均逐渐减量<sup>[1]</sup>。

1.2.2 疗效观察指标 两组患者均以阿托品化时间、给药次数、平均住院天数及并发症发生率等为敏感指标。

1.2.3 统计方法 计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

两组患者阿托品化时间、给药次数、住院天数经  $t$  检验,差别极显著( $P < 0.001$ ),观察组治疗效果优于对照组。见表 2。两组患者并发症发生率比较,有显著性差别( $P < 0.05$ ),观察组并发症发生率显著低于对照组。见表 3。

表 2 两组患者治疗效果比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

分组	n	阿托品化时间(h)	给药次数(次)	住院天数(d)
观察组	45	0.81±0.40	2.87±1.63	3.53±0.80
对照组	45	2.30±1.50	26.67±6.35	5.12±1.47
$t$		6.48	24.35	6.63
$P$		<0.001	<0.001	<0.001

表 3 两组患者并发症发生率的比较 例(%)

分组	n	反跳	阿托品中毒
观察组	45	0(0)	0(0)
对照组	45	4(8.89)	6(13.33)
$\chi^2$		4.19	6.43
$P$		<0.05	<0.05

## 3 讨论

有机磷农药是一类广谱杀虫剂,对人畜均有毒性,其中毒机理是通过呼吸道、胃肠道及完整皮肤黏膜吸收,吸收后大多在肝脏进行生物转化,抑制体内胆碱酯酶,在体内磷酸根迅速与血液和神经系统的胆碱酯酶活性中心结合形成磷酸化胆碱酯酶,

术后患者恢复所起的作用以及引起的不良反应。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例共 315 例,其中男 184 例,女 131 例;年龄 16~75 岁。术前均经 B 超、KUB 定位确诊为输尿管下段结石,其中右侧 153 例,左

使胆碱酯酶失去分解乙酰胆碱作用,结果导致乙酰胆碱蓄积中毒,引起一系列中毒症状。早期出现毒蕈碱样症状,主要为副交感神经兴奋致平滑肌痉挛和腺体分泌增多;中期出现烟碱样症状,主要使患者血管收缩,面色苍白,心率增快,血压高;晚期出现肌肉阵发痉挛或肌麻痹,可因呼吸肌麻痹而死亡;最后因脑内乙酰胆碱积聚致中枢神经系统功能障碍,严重致抽搐和昏迷<sup>[2]</sup>。以往对有机磷农药中毒的救治以阿托品为主,阿托品为周围抗胆碱药,无中枢作用,药物维持时间短,需短时间内多次重复用药,用药剂量不易掌握,用量过大易致中毒,用量不足或停药过快,易出现反跳<sup>[3]</sup>。

盐酸戊乙奎醚是一种新型的具有选择性的抗胆碱药物,能较强较全面地对抗毒蕈碱(M)样、烟碱(N)样和中枢神经系统中毒症状,半衰期长,持续作用时间长,重复用药次数少,用药剂量小,不会造成乙酰胆碱增多。近年来研究表明,胆碱能神经 M 受体上具有 4 个亚型,其中 M<sub>2</sub> 受体主要位于心肌和突触前膜上,突触前膜的 M<sub>2</sub> 受体起负反馈调节作用。由于阿托品对各亚型无明显选择性,应用后可导致心率加快,而盐酸戊乙奎醚主要对 M<sub>1</sub>、M<sub>3</sub>、M<sub>4</sub> 受体作用,对心率影响较小,阿托品化毒性反应较低,患者出现口干、皮肤干燥、腺体分泌减少即表明达到了盐酸戊乙奎醚阿托品化。本研究结果显示,盐酸戊乙奎醚治疗有机磷农药中毒,降低了并发症的发生率,缩短了住院时间,减轻了护士的劳动强度,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.965-966
- [2]刘均娥.急诊护理学[M].北京:北京医科大学出版社,2000.212-215
- [3]曾繁忠.急性中毒的现代救治[M].北京:中国科学技术出版社,1996.109-113

(收稿日期:2008-10-23)

# 肛泰软膏治疗急性肛裂 75 例疗效观察

安明伟 赵昂之

(江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词:肛泰软膏;急性肛裂

中图分类号:R 657.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)01-0056-02

急性肛裂是肛肠科常见病和多发病,为肛管上皮和皮下纵形撕裂后形成的全层裂开性炎性溃疡,以周期性肛门疼痛、便秘及间歇性便血为主要特征<sup>[1]</sup>。临床上非手术治疗效果常不理想。2007 年 5 月~2008 年 7 月,我科用肛泰软膏治疗急性肛裂(I、II

期)75 例,并与采用高锰酸钾溶液马应龙痔疮栓常规治疗进行疗效对比,现将结果报道如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2007 年 5 月~2008 年 7 月本院收治的肛裂患者 150 例,均表现为肛管上皮浅性入双 J 管,抗生素治疗 1 周后症状完全缓解,拔管顺利,随访无肾积水。

## 3 讨论

随着输尿管镜技术的发展,双 J 管在尿路手术中的广泛应用,减少了手术并发症的发生。但同时也可产生与使用双 J 管相关的并发症,如早期并发症有膀胱刺激征、血尿、菌尿、腰肋部不适、发热等;晚期并发症有肾盂积水、双 J 管移位、表面形成结石、破损、碎裂等<sup>[1]</sup>。此外,双 J 管阻塞致引流不畅的并发症较高,发生率约 9.6%<sup>[2]</sup>。有报道置双 J 管异位(末端未在膀胱,而在输尿管下段)时引起漏尿,拔管更困难<sup>[3]</sup>。Hollenback 等<sup>[4]</sup>对 318 例患者实施输尿管镜碎石术,根据有无放置双 J 管分成两组,比较发现未放置双 J 管的患者出现不适并发症的概率明显小于对照组,同时由于二次拔管带来的不便,增加患者治疗费用,双 J 管的移位以及漏拔的风险亦存在。多数医院无论结石大小及位置,均常规留置双 J 管。根据我院的病例分组比较以及回顾性分析,我们认为,对于单纯的输尿管下段结石,如术中无明显穿孔,结石粉碎确切,其术后发生并发症可能性极小,留置双 J 管可能引起膀胱刺激、排尿困难、血尿和腰痛等症状,且置入双 J 管使输尿管开口的抗反流机制消失,增加了上尿路逆行感染的机率。所以,对于确切的输尿管下段结石经激光治疗后,如无明确的穿孔等严重损伤,无需常规留置双 J 管。

### 参考文献

[1]Damiano R,Oliva A,Esposito C,et al.Early and late complications of double pigtail ureteral stent[J].Urol Int,2002,69(2):136-140  
 [2]王涛,刘继红,陈俊,等.双 J 管在直肠膀胱-乙状结肠腹壁造口术中的应用[J].临床泌尿外科杂志,2006,21(4):252-253  
 [3]吴登龙,金三宝,陈曾德,等.双 J 管置管异位 5 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2000,8(21):512  
 [4]Hollenback BK,Schuster TG,Faerber GJ, et al.Routine placement of ureteral stents is unnecessary after ureteroscopy for urinary calculi [J].Urology,2001,57:639-643

(收稿日期:2008-09-16)

侧 159 例,双侧 3 例。

1.2 方法 应用德国 Wolf F8 /9.8 硬性输尿管镜(Ureterscopy,URS)、科依人牌钬激光碎石机。采用硬膜外阻滞麻醉或全麻,截石位,在注水情况下,用“上挑法”或“直入法”将 URS 插入输尿管至清晰暴露结石。钬激光功率设置为 0.5~1.5J /8~12Hz,光纤直径 365 $\mu$ m 及 550 $\mu$ m。裸光纤激光点对准结石,自结石边缘开始碎石。

1.3 碎石后留置双 J 管情况 2005 年 5 月~2007 年 3 月 204 例患者,按照常规统一留置双 J 管,型号为 4~8 号,置管时间 10~30 d。2007 年 3 月~2008 年 6 月,共 111 例患者,则仅在手术失败改开放手术和术中发现有输尿管损伤的患者中放置双 J 管引流。

## 2 结果

2.1 输尿管镜下碎石的结果 2 例因膀胱壁段输尿管狭窄未能扩张开置镜失败,改行开放手术取石。其余 313 例全部成功实行激光碎石,术中 7 例发生输尿管穿孔,留置双 J 管 2 周后均愈合,术后 3 例病人随访无肾积水,其余失访。

2.2 术后常规留置双 J 管的结果 2005 年 5 月~2007 年 3 月的 204 例患者,术后留置双 J 管,常规留置 10~14d,绝大部分病人均出现双 J 管反应,其中 4 例因双 J 管脱出导致严重的膀胱刺激征,急诊拔除后缓解;2 例输尿管导管拔管时发现回缩至输尿管开口内,换用输尿管镜重新置入后得以拔除,均无输尿管痉挛绞痛和发热出现。

2.3 术后未留置双 J 管的结果 2007 年 3 月~2008 年 6 月,术后未放置双 J 管的 111 例患者中,3 例出现输尿管痉挛绞痛,B 超检查发现均有同侧轻、中度肾积水。给予解痉、止痛等对症处理,其中 2 例 3d 内症状均全部消失。1 例 3d 后症状缓解不明显,同侧腰腹痛加重,持续发热,遂全麻下再次行输尿管镜探查,发现了术中未发现的输尿管穿孔,置