

变化。(4)实验室检查:外周血白细胞计数一般正常或稍增高或降低,而淋巴细胞比例增加。(5)超声检查示肠系膜淋巴结肿大,常为多发。

1.3 治疗方法 运用解毒散瘀汤加减,处方:蒲公英、紫花地丁各 15 g,赤芍、白芍、当归、陈皮各 9 g,鸡内金 10 g,三棱、半夏、甘草各 6 g。5 岁以内患儿 1 剂/2d,5 岁以上患儿 1 剂/d,水煎服。加减:发热、咽痛明显者加黄芩、马勃;腹痛频繁,大便黏滞不爽者加葛根、槟榔。10~14 d 为 1 个疗程,2 周后统计疗效。

1.4 疗效标准 痊愈:临床症状消失,超声复查无肿大淋巴结。有效:临床症状基本消失,超声复查肿大淋巴结较前缩小。无效:症状与超声复查改善不明显。

1.5 治疗结果 本组 110 例中,痊愈 92 例,有效 15 例,无效 3 例,总有效率 97.27%。

2 讨论

肠系膜淋巴结炎属于胃肠外科,本病的确切病因尚不清楚。常见于儿童或青少年,且多见于回盲部淋巴结。该处淋巴结很多,儿童尤为丰富。肠内容物在回肠远端停留时间较长,毒素及细菌产物易在该处吸收而引起淋巴结的急性炎症反应。镜下可见淋巴窦扩张,中性粒细胞由小血管进入淋巴窦内,吞噬细菌。有的白细胞可因此而发生变性、崩溃,形成细胞碎片或变性的物质。淋巴结内的血管也扩张充血,生发中心增生,窦细胞和免疫母细胞增生,也是

小儿急性腹痛的重要原因之一。但因其疼痛持续时间短、易反复的特点,笔者尝试摒弃常规的抗感染、解痉止痛等方法,通过辨证应用中医药,减少复发。

《妇幼集成·腹痛证治》说:“夫腹痛之证,因邪正交攻,与脏气相击而作也。有冷有热、有虫痛、有食积,辨证无讹,而施治必效。”《诸病源候论·小儿杂病诸候·腹痛候》:“小儿腹痛,多由冷热不调,冷热之气与脏腑相击,故痛也。”故小儿若感受外邪或内伤饮食,或跌扑损伤,均可使气机郁滞,血流不畅,经络不通,“不通则痛”,从而产生腹痛的症状。肠系膜淋巴结炎多易感、脾弱小儿,每由感受外邪、饮食不节而诱发,终结为瘀而形成。笔者采用自拟解毒散瘀汤以解毒散结、行气化瘀。方中重用蒲公英、紫花地丁解毒散结,共为君药;当归、三棱化瘀消癥,是为臣;佐以陈皮、鸡内金行气化滞;赤、白芍凉血消肿、止痛;取少量半夏辛开散结和胃;甘草调和诸药。现代药理研究,白芍的主要有效成分是芍药甙,有抗炎、镇痛等多种作用,特别是在增强机体的免疫功能方面,有着较好的效果。进一步的研究表明,白芍对肝巨噬细胞损伤有保护作用,可使腹腔巨噬细胞的吞噬作用增加 30%,所以能增强机体抵抗力。此外,合理的调护也是必须的:节饮食、预防外感、更好地增强体质。根据辨证酌情加减,经临床验证,运用解毒散瘀汤治疗肠系膜淋巴结炎疗效确切,随诊多无复发。

(收稿日期:2014-05-06)

缺血性脑血管病患者顺路肾动脉造影

沈鑫 李军荣[#] 李圣华

(南京医科大学附属江宁医院 江苏南京 211100)

摘要:目的:探讨缺血性脑血管病患者动脉粥样硬化性肾动脉狭窄(ARAS)的发生率及危险因素,以了解缺血性脑血管病患者行脑血管造影同时顺路行肾动脉造影的必要性、可行性。方法:总结分析 313 例因缺血性脑血管病而行全脑血管造影并同时顺路进行非选择肾动脉造影患者的临床资料,统计缺血性脑血管病患者 ARAS 的检出率,对 ARAS 的发生与危险因素及脑血管病的严重程度进行相关性分析。结果:313 例患者共发现 ARAS 患者 121 例(38.66%),高胆固醇血症、糖尿病、肾功能不全、脑动脉狭窄是 ARAS 的独立危险因素,且脑动脉狭窄患者中 ARAS 的检出率为 44.54%(102/229),显著高于非脑动脉狭窄患者 22.62%(19/84), $P<0.01$ 。脑血管病患者 ARAS 的发生及其严重程度与脑血管病变的严重程度呈正相关。结论:ARAS 的发生与缺血性脑血管病有一定相关性,对缺血性脑血管病患者行脑血管造影同时行肾动脉造影有助于提高肾动脉狭窄的临床检出率,也是是必要、可行且安全的。

关键词:缺血性脑血管病;脑血管造影术;肾动脉造影术

中图分类号:R743

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.039

随着人口老龄化的进展,动脉粥样硬化性肾动脉狭窄(ARAS)已成为老年患者肾动脉狭窄 RAS 的首要病因。缺血性脑血管病患者尤其是合并有高血压、糖尿病时往往伴有动脉粥样硬化性肾动脉硬化和狭窄,目前对缺血性脑血管病患者的 ARAS 发生情况不详。本研究拟初步探讨缺血性脑血管病患者 ARAS 的发生率、危险因素及其临床意义,以了解缺

缺血性脑血管病患者行脑血管造影同时顺路行肾动脉造影的必要性、可行性。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2004 年 12 月~2011 年 10 月间因缺血性脑血管病收治我院的 313 例行全脑血管造影同时进行非选择肾动脉造影术的患者,其中男 239 例,女 74 例,年龄 46~88 岁,平均 66.12 岁,糖

[#] 通讯作者:李军荣, E-mail: SX20060419@163.com

• 58 •
尿病病史者 72 例。

1.2 全脑血管造影及肾动脉造影 局麻下,行股动脉穿刺,以 seldinger's 技术放置 5F 动脉鞘,常规行全脑血管造影。行脑血管造影同时顺路采用 Pigtail 导管行腹主动脉非选择造影,对肾动脉狭窄或非选择性造影显示不清者再行选择性肾动脉造影。脑血管狭窄及肾动脉狭窄评定标准为狭窄程度 $\geq 50\%$ 者为显著的脑血管或肾动脉狭窄, $<50\%$ 者为轻度脑血管或肾动脉狭窄。若没有肌纤维发育不良的类似串珠样特征性改变,则考虑狭窄为动脉粥样硬化所致。

1.3 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计分析软件进行数据处理。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 诊断结果 313 例缺血性脑血管病患者中肾动脉狭窄 121 例,其中显著的肾动脉狭窄 83 例,轻度肾动脉狭窄 38 例。229 例脑动脉狭窄患者中显著的肾动脉狭窄者 70 例,轻度肾动脉狭窄 32 例;84 例非脑动脉狭窄患者中显著的肾动脉狭窄 13 例,轻度肾动脉狭窄 6 例。

2.2 肾动脉狭窄的危险因素 肾动脉狭窄组与非肾动脉狭窄组关于性别、年龄、吸烟、高血压、高胆固醇血症、糖尿病、肾功能不全等因素比较。见表 1。

表 1 性别、年龄、高血压等因素与肾动脉狭窄的关系 例(%)		
项目	肾动脉狭窄组 (n=121)	非肾动脉狭窄组 (n=192)
男性	94 (77.68)	145 (75.52)
年龄(岁)	67.32	65.78
吸烟史	78 (64.46)	106 (55.21)
高血压	87 (71.90)	149 (77.60)
高胆固醇血症	46 (38.02)	21 (10.94)*
糖尿病	41 (33.88)	31 (20.19)*
肾功能不全	32 (26.45)	18 (9.38)*

注:与肾动脉狭窄组比较,* $P<0.05$,两组之间有明显统计学意义。

2.3 脑动脉狭窄与肾动脉狭窄关系 313 例缺血性脑血管病患者中,229 例脑动脉狭窄患者 102 例合并肾动脉狭窄;84 例非脑动脉狭窄患者 19 例合并肾动脉狭窄。脑动脉狭窄患者中双侧肾动脉狭窄、显著肾动脉狭窄及 ARAS 的总检出率均显著高于非脑动脉狭窄患者($P<0.01$)。可见缺血性脑血管病患者 ARAS 的发生及严重程度与其脑血管病变的严重程度呈正相关。见表 2。

表 2 脑动脉狭窄组及无脑动脉狭窄组 ARAS 发生情况比较 例(%)				
组别	肾动脉狭窄			总检出
	双侧	显著狭窄	轻度狭窄	
脑动脉狭窄组	44 (19.21)*	70 (30.57)*	32 (13.97)	102 (44.54)*
无脑动脉狭窄组	5 (5.95)	13 (15.48)	6 (7.14)	19 (22.62)

注:与非脑动脉狭窄者比较,* $P<0.01$ 。

2.4 肾动脉狭窄与肾功能不全 本组治疗中,肾动脉狭窄组血肌酐(156.2 ± 66.7) $\mu\text{mol/L}$,非肾动脉狭

实用中西医结合临床 2014 年 8 月第 14 卷第 8 期
窄组血肌酐(89.7 ± 28.3) $\mu\text{mol/L}$ 。

3 讨论

由于 ARAS 是全身动脉粥样硬化的一部分,导致 ARAS 的危险因素应等同于动脉硬化,但我们研究结果并非完全统一,关于性别、年龄、吸烟、高血压等因素,与非肾动脉狭窄组比较 P 值 >0.05 ,两组之间无明显统计学意义;关于高胆固醇血症、糖尿病、肾功能不全,与非肾动脉狭窄组比较, P 值 <0.01 ,两组之间有明显统计学意义。

动脉狭窄的常见病因在老年病人以动脉粥样硬化为主。本组缺血性脑血管病患者中肾动脉狭窄的发生率很高,达 38.66%;且脑动脉狭窄患者中肾动脉狭窄的发生率为 44.54%显著高于非脑动脉狭窄患者 22.62%, $P<0.01$ 。我们的研究结果发现,脑血管病患者 ARAS 的发生及其严重程度与脑血管病变的严重程度呈正相关。肾动脉有 $\geq 50\%$ 狭窄的患者与其他患者相比,4 年随访存活率分别为 65%与 86%^[1],且在老年人群中慢性肾衰竭有较大比例由粥样硬化性肾动脉狭窄所致^[2],病因为肾动脉狭窄的终末期肾病患者生存期仅为 25 个月^[3],有学者建议在肾动脉狭窄 $\geq 50\%$ 时应选择介入治疗,且介入治疗具有并发症少、创伤小的优点,可作为治疗肾动脉狭窄的首选^[4]。PTRAS 能够有效改善老年人肾动脉粥样硬化性高血压并长期保持稳定^[5]。积极的肾动脉血管重建术对改善此类患者的长期预后具有重要意义。根据美国成人肾动脉狭窄诊断和治疗指南,肾动脉支架植入术是治疗肾动脉开口处狭窄的标准治疗^[6],成功的肾动脉支架植入术有助于很好地控制肾血管性高血压和逆转受损的肾功能,并能减少降压药物的种类和剂量^[7-9]。

ARAS 是进展性、可逆性疾病,与患者肾功能损害密切相关。虽然目前缺血性肾病的病理生理过程并不完全清晰,但长期的缺血、缺氧可导致最终肾功能的损害。早期发现,可积极改善预后。由于老年患者发病率高,对于具有动脉粥样硬化危险因素的患者,在脑血管造影同时顺路行肾动脉造影安全、可行。本研究显示高胆固醇血症、糖尿病、肾功能不全、脑动脉狭窄患者是 ARAS 的独立危险因素。因此,对于缺血性脑血管病的患者在行全脑血管造影同时进行肾动脉造影有助于提高肾动脉狭窄的临床检出率,及时发现合并存在的问题,并予以积极适当的处理,对相关患者的预后有着重要的意义,而且是必要、也是可行且安全的。

参考文献

[1]罗建方,黄文晖.肾动脉狭窄的治疗现状[J].心血管病学进展,2007,28(1):10-12

[2]裴文燕,杨春华.粥样硬化性肾动脉狭窄与慢性肾衰竭的关系[J].临床内科杂志,2005,22(8):531-532
[3]邹英华.重新认识肾动脉狭窄的发生与发展,规范肾动脉狭窄的介入治疗[J].介入放射学杂志,2007,16(7):433-435
[4]刘志伟.老年高血压肾动脉狭窄病人介入治疗的长期疗效[J].中国老年学杂志,2012,32(18):3 898-3 899
[5]李美花,范利.肾动脉支架置入术对老年肾动脉粥样硬化性高血压的长期影响[J].中国老年学杂志,2005,25(4):370-372
[6]Rundback JH,Sacks D,Kent KC,et al.Guidelines for the reporting of

renal artery revascularization in clinical trials. American Heart Association[J].Circulation,2002,106(12):1 572-1 585
[7]刘松,黄玉晓,蔡尚郎,等.肾动脉介入治疗对冠心病高血压患者心脏事件的影响[J].山东医药,2003,43(4):7-8
[8]马先林,金华,王龙.肾血管性高血压的介入治疗[J].军医进修学院学报,2008,29(1):33-34
[9]何艳,高伟,洪涛,等.粥样硬化性肾动脉狭窄 42 例临床分析[J].贵阳医学院学报,2008,33(1):73-75

(收稿日期: 2014-04-25)

不同手术路径治疗鼻腔-上颌窦内翻性乳头状瘤疗效分析

王志宏 姜薇 王海林 郁虎山 吴亮 张艳霞 王炳慧

(甘肃省兰州市第一人民医院耳鼻咽喉 - 头颈外科 兰州 730050)

摘要:目的:比较鼻内镜下两种不同手术入路治疗鼻腔 - 上颌窦内翻性乳头状瘤的疗效。方法:依据手术入路不同分为两组: A 组 20 例采用鼻内镜联合泪前隐窝入路, B 组 25 例采用鼻内镜联合柯陆手术入路, 术后比较两组疗效。结果:对患者行 1~5 年随访, A 组治愈 19 例, 感染 1 例; 复发 1 例, 二次手术治愈。 B 组治愈 23 例, 感染 2 例; 复发 2 例, 二次手术治愈, 其中 1 例恶变, 行上颌骨部分切除, 1 例二次手术霉菌感染, 鼻内镜下清理病灶, 抗霉菌治疗治愈。两组结果无统计学意义 ($P>0.05$)。结论:两种手术路径术后疗效无明显差异, 区别在于柯陆手术入路(尖牙窝入路)需在口内做切口, 凿开尖牙窝骨壁方可进入上颌窦腔内, 而下鼻道泪前隐窝入路手术野在同一部位进行, 此位置骨壁较薄更易于开窗, 手术路径短, 内镜下操作上颌窦底壁暴露清楚, 病灶清除彻底。

关键词:内翻性乳头状瘤;鼻内镜;手术疗法

中图分类号:R739.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.040

鼻腔 - 鼻窦内翻性乳头状瘤 (sinonasal inverted papilloma, SIP) 是一种来源于鼻腔或鼻窦 Schneiderian 膜的良性肿瘤,也是鼻腔、鼻窦常见的良性肿瘤之一,发病率占鼻腔 - 鼻窦疾病的 28%^[1],其恶变率也较高 (5%~21%),恶变程度在良性肿瘤占据首位,易复发 (5%~47%),在鼻腔、鼻窦疾病的复发率仅次于鼻息肉,而肿瘤的复发最重要的因素是手术中肿瘤切除的彻底性^[2]。现将我科采用鼻内镜联合柯陆手术或泪前隐窝入路两种手术术式治疗鼻腔 - 鼻窦内翻性乳头状瘤进行疗效比较。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2003 年 5 月~2009 年 1 月间鼻腔 - 鼻窦内翻性乳头状瘤 45 例,随访 1 年以上均有完整的资料。其中男 30 例,女 15 例,年龄 18~60 岁,平均年龄 38 岁,单侧发病 44 例,左侧 20 例,右侧 24 例,另 1 例因右侧瘤体破坏鼻中隔软骨而突入左侧鼻腔。根据临床表现符合 Krouse^[3]分期中的 3 期。所有病例术前均行鼻窦 CT 或核磁检查,行肿瘤组织病理检查确诊,明确诊断再制定手术方案。依据手术入路不同分为 A 组 (20 例) 与 B 组 (25 例)。

1.2 手术方法 除 10 例因手术范围较大,考虑病人无法耐受局麻手术而采用全麻外,其余患者均在局麻 + 强化麻醉下完成手术。A 组 (20 例) 采用鼻内镜联合泪前隐窝入路, B 组 (25 例) 采用鼻内镜联合柯陆手术入路。所有病例均在术前鼻内镜下息肉钳

钳取肿瘤组织送病检,切取的肿瘤组织尽可能为肿瘤中心组织,所取组织尽量大、多,尤其疑为 SIP 恶变者更应如此。对于肿瘤较大,破坏范围广,涉及到鼻腔外侧壁,甚至鼻中隔软骨,先用电动切割刀切取鼻腔及上颌窦窦口部分的肿瘤组织,创造内镜大的手术视野。A 组,鼻内镜下彻底开放上颌窦窦口部分,有助于窦腔内肿瘤完整取出,自下鼻道泪前隐窝开窗,在内镜直视下弯头吸引器游离松解肿瘤组织根部,助手钳夹窦口肿瘤头部,吸引器向上推送瘤体,肿瘤完整取出,窦腔内充分止血,30 度鼻内镜经泪前隐窝开窗进入可清楚显示颧隐窝、齿槽隐窝和上颌窦前内下壁,息肉钳和刮匙彻底清除残留肿瘤组织,必要时刮除可疑黏膜组织,并用 4% 碘酒棉球涂擦窦腔内壁,可更好地防止肿瘤复发。术毕,碘仿纱条及膨胀海绵填塞窦腔。B 组,第二开窗自尖牙窝入路,麻醉及手术方式同 A 组。

1.3 结果 A 组 20 例,根据术后症状改善情况,鼻内镜及 CT 复查,对症状好转者 3、6、12、36 个月及 5 年各随访一次,结果治愈 19 例,感染 1 例;复发 1 例,二次手术治愈。B 组 25 例,根据术后症状改善情况,鼻内镜及 CT 复查,对症状好转者 3、6、12、36 个月及 5 年各随访一次,结果治愈 23 例,感染 2 例;复发 2 例,二次手术治愈,其中 1 例恶变,行上颌骨部分切除,1 例二次手术霉菌感染,鼻内镜下清理病灶,抗霉菌治疗治愈。两组结果经统计学 χ^2 检验, $P>0.05$,无统计学意义。(下转第 68 页)