

1.2.2 治疗组 在对照组基础上,按中医诊断辨证分型:术前:肝胆湿热型胁痛采用具有清热利湿作用的大柴胡加金铃子散,胆道阻滞型黄疸采用具有疏肝利胆作用的龙胆泻肝汤加五味子;术后:气血瘀滞型胁痛采用具有祛瘀通络作用的失笑散,脾虚湿滞型黄疸采用具有健脾养血、利湿退黄作用的黄芪建中汤。

1.3 诊断标准 显效:经治疗后肝功能基本恢复正常,目测黄疸消退,相关症状完全消失;有效:经治疗后肝功能大部分恢复正常,部分参数偏高,目测黄疸基本消退;无效:较治疗前症状无明显改善,甚至加重。总有效率=显效率+有效率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 治疗结果 治疗组总有效率为 94.7%,显著高于对照组的 80.7%,具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者围手术期临床疗效对比 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	57	38	16	3	94.7
对照组	57	22	24	11	80.7

2 讨论

肝内外胆管多发性结石主要通过手术进行治疗,常导致患者手术前后症状、病证产生较大差异。

相关研究结果表明:术前患者多以肝瘀胆阻实证为主,可在西医对症支持治疗的基础上加用大柴胡汤、龙胆泻肝汤进行治疗;而手术后,由于疾病加上手术本身的创伤,患者病理特征多以脾虚血亏、肝阴不足、虚证为主,可选用失笑散、黄芪建中汤进行治疗。另一方面,肝内外胆管多发性结石伴发多种严重并发症,其中以肝功能衰竭、黄疸最为严重,围手术期肝功能保护性治疗是预防肝衰的关键,目前临床上各类护肝西药,其机理、疗效均不确切。现代研究证实^[2-3]:失笑散、黄芪建中汤等中药从肝脾论治,能促进肝功能的恢复,疗效确切。本研究结果显示,治疗组患者中,显效 38 例、有效 16 例,其总有效率为 94.7%,显著高于对照组的 22 例、24 例及 80.7%,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。说明在西医对症支持治疗的基础上加用失笑散、黄芪建中汤等中药,应用于肝内外胆管多发性结石围手术期的治疗,效果显著,优于单纯西医疗法。综上所述,中西医结合应用于肝内外胆管多发性结石围手术期治疗,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]关力,高凯.通胆排石汤配合胆结石治疗仪治疗胆囊结石临床观察[J].辽宁中医杂志,2011,38(2):268-269
[2]李玲,刘文全.大柴胡汤合金汤加减治疗胆囊泥沙样结石 1 例[J].吉林中医药,2011,31(9):904-905
[3]韩丽霞,王晴,董秀敏.调中溶石汤治疗肝胆气郁型胆总管结石 76 例疗效观察[J].北京中医药,2012,31(1):60-61

(收稿日期:2014-09-14)

后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿

刘美芬

(江西省南昌市安义县人民医院 安义 331000)

摘要:目的:探讨应用后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿的手术方法、疗效和临床价值。方法:对 5 例乳糜尿患者行后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术,乳糜尿试验均为阳性,术前采用膀胱镜检查确定诊断。结果:5 例患者手术均成功,手术时间 60~130 min,平均手术时间(69.0± 11.9) min;术中出血量 60~200mL,平均术中出血(124.0± 55.9) mL;术中和术后均无明显并发症,术后平均住院时间(5.8± 1.3) d。5 例患者出院时尿液均清亮,尿乙酰试验全部阴性。随访 12~30 个月无复发。结论:后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术具有微创、出血少、恢复快、术后无复发等优点,临床效果良好,达到开放手术临床效果,值得推广。

关键词:乳糜尿;后腹腔镜术;肾蒂淋巴管结扎术

中图分类号:R699

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.034

乳糜尿临床表现为尿液外观上可呈白色,也称为“牛奶尿”(milky urine)。长期乳糜尿会引起体内脂肪和蛋白质的丢失,重症乳糜尿不仅导致营养不良、贫血、水肿,发展到休克阶段甚至危及患者生命。乳糜尿保守治疗不仅长期影响患者的饮食自由度,而且容易复发。临床上最有效的方法是肾蒂淋巴管结扎术,但传统手术方法对患者创伤较大。本院 2009 年 6 月~2011 年 8 月对 5 例乳糜尿患者采用后腹腔镜技术进行治疗,取得较好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者共 5 例,其中男 3 例,女 2 例;年龄 21~69 岁,平均(52.4± 17.6)岁;乳糜尿病史 1~20 年,平均(10.2± 7.5)年。患者均因尿液中反复有大量乳白色尿或加重伴血尿排出入院,所有患者均有米汤样尿、消瘦和不同程度贫血等临床表现。其中 1 例患者有明确的丝虫病感染确诊史。5 例患者(左侧 4 例、右侧 1 例)术前尿乳糜试验均为阳性,并予脂肪餐后膀胱镜检查确诊并选择术侧。

的淋巴管造影术仍然非常重要。其不但可动态清楚显示淋巴管形态变化和淋巴逆流影像,同时 LAG 结合 CT 扫描成像重建技术有助于乳糜漏诊断和精细解剖定位^[4]。典型淋巴造影结果:包括一侧或双侧腰干淋巴管增粗,迂曲扩张,结构紊乱,走向模糊;在盆腔髂窝水平及腹主动脉旁腰干水平可见左右两侧淋巴管相互交通呈蔓状改变等。随着输尿管软镜技术发展,已观察到乳糜尿患者的肾脏集合系统表层的变化,如集合系统黏膜呈现出一种糜烂、溃疡性改变,在肾盂和各个肾盏处有多个淋巴漏口。这改变了既往淋巴系统本身异常而导致乳糜尿的单一因素观念,推测至少还有某种因素破坏了肾盂黏膜和黏膜下淋巴管^[5],共同导致乳糜尿发生。

早期轻度乳糜尿的保守治疗重要的是饮食控制,但长期控制饮食会使患者丧失饮食自由度,从而影响患者的心理健康。同时自然康复的患者大约在 50%^[6]。重症乳糜尿临床可出现乳糜血尿,每天丢失大量的蛋白、脂肪和红细胞会造成一系列并发症如水肿、贫血、低蛋白血症、代谢紊乱、免疫功能低下等,甚至是肝硬化、休克。本组病例中有 1 例 21 岁的女性患者术前白蛋白较低,伴有双下肢和眼睑水肿,在术后恢复正常饮食后 1 周内完全消失。以前治疗乳糜尿多采用硝酸银灌注,但容易复发。有文献报道出现肾周出血^[7]和肾脏乳头坏死、致死性肝肾功能衰竭^[8],现在已经较少采用。聚维酮碘^[9]做为一种硬化剂,现在开始在临床上用于治疗乳糜尿,其疗效和安全性需要进一步评估。1952 年 KATAMINE 首次报告开放性肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿;1995 年 CHIU 等率先对 1 例伴有严重营养不良的乳糜尿患者行腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术,术后尿乳糜迅速转阴,随诊 2 年未复发;国内 2001 年张旭等开始采用后腹腔镜技术行肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿。后腹腔镜肾蒂淋巴断流术和开放手术相比具有微创、出血少、术后恢复快的特点^[10]。另外值得提出的是钹激光治疗乳糜尿为后腹腔镜手术患者术后复发的处理提供了一个新的治疗措施^[9]。本组患者均行后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术,肾动脉、静脉和输尿管均完全剥离足够长度,术后患者乳糜尿停止,无淋巴管漏等并发症发生。通过观察本组病例体会到:后腹腔镜气腹制备时,自腋后线肋缘下作一切口,钝性分开腰背筋膜,再用自制气囊扩张后腹腔,能更好地暴露肾脏,并具有操作简单、快速的特点。分离解剖肾周脂肪囊时采用超声刀,可减少渗血及淋巴液渗出;一旦血染术区,较难分清淋巴组织和结缔组织。分离肾门时从肾动脉背侧开始,然后为肾静脉前,最后分离肾

1.2 手术方法 气管插管全麻,健侧卧位。于腋后线肋缘下、腋中线髂棘上 2 cm、腋前线肋缘下分别置入 10 mm、10 mm、5 mm 3 个套管,建立后腹腔。放入腹腔镜和操作器械,CO₂ 充气达 12~15 mmHg。手术步骤:纵行切开肾周筋膜,于肾脏外侧缘打开肾脂肪囊,显露肾脏背侧、前后侧、肾脏下极和肾蒂,保留肾内上侧,保留部分粘连,有助于防止肾下垂。分离输尿管上段及肾盂周围淋巴管,输尿管分离到肾蒂旁。打开并离断肾动脉鞘,剥离肾动脉,注意分离同时钛夹结扎肾动静脉间和肾动静脉肾盂间淋巴管。为限制剥离后的肾脏活动度可以用 2-0 可吸收线将肾脏背侧与腰大肌缝合数针,固定肾脏,腹膜后放置引流管。

1.3 统计学方法 采用 SPSS12.0 统计软件、应用描述性方法进行分析,计量资料用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组 5 例患者手术均成功,无 1 例中转开放手术,术中均无肾动静脉破裂。手术时间 60~130 min,平均(69.0±11.9) min;术中出血 60~200 mL,平均(124.0±55.9) mL。术后当日 1 例乳糜尿消失,其余 4 例 3 d 内消失;1 例患者术后出现下肢和眼睑水肿,系乳糜尿继发低蛋白血症引起,在补充白蛋白 3 d 后消失。术后 1~3 d,平均(2.2±0.8) d,拔除腹膜后引流管;平均术后住院日为(5.8±1.3) d,术后至出院期间均未出现并发症。5 例患者出院时尿液均清亮,尿乙醚试验全部阴性。随访 12~30 个月,未复发乳糜尿症状,营养状况明显改善。

3 讨论

乳糜尿主要是寄生虫包括丝虫、棘球绦虫、囊(尾幼)虫感染后常见的晚期并发症,部分继发于淋巴管畸形、外伤或外科手术(如肾脏部分切除术后)^[11-2]。尿乙醚实验是乳糜尿的定性检查,可区分出颜色相近的含乳糜微粒的乳糜尿和含大分子蛋白的肾相关性蛋白尿。本组 5 例尿乙醚实验检测均阳性,CT 和核磁共振检查作为非创伤性检查临床上无特异性,CT 和核磁共振图像检查可显示腹部、骨盆腹膜后多发的管网状交错结构^[3]。创伤性检查包括膀胱镜检查、淋巴管造影(lymphangiography, LAG)。膀胱镜检查只能择期定位明显喷白尿患侧,对于轻度白尿,会因为对侧白尿间断喷射干扰观察而影响判断。术前膀胱镜检查不仅有诊断性质,而且对手术部位选择非常关键。本组 5 例患者术前均行膀胱镜检查,起着确诊和决定术侧的作用。现在尽管 CT、核磁共振和核素扫描等替代检查快速发展,但传统

动静脉间,完全游离肾动静脉和输尿管上端。分离肾动脉时注意副肾动脉、异位肾动脉;分离肾静脉时注意辨认生殖静脉(精索内静脉或卵巢静脉)和肾上腺静脉;另外应注意肾动脉和静脉的畸形和分枝,防止误扎。分离肾上极内侧的部分脂肪囊时不完全分开,必要时可以将肾脏固定数针在腰大肌上,且术后嘱患者应绝对卧床 3~5 d,以防止术后肾下垂。肾动、静脉间的淋巴组织最易漏扎,应仔细检查处理;借助腹腔镜的放大作用,使肾蒂周围细小淋巴管清晰可见,有利于结扎彻底。对一些较明显的淋巴管和淋巴组织使用钛夹可以促进淋巴管的复通。本文资料进一步证实,后腹腔镜肾蒂淋巴管结扎术治疗乳糜尿近期疗效肯定,具有创伤小、术中出血少、淋巴管结扎彻底、并发症少、术后住院时间短以及恢复快等优点,是目前治疗乳糜尿较理想的手术方法,值得进一步推广。

参考文献

[1]Poitou C,Kheder-Elfekih R,Djebbar M,et al.Chyluria presenting as milky urine and nephrotic-range proteinuria and milky urine:chyluria

or glomerulopathy?Case report and literature review [J].Nephrol Ther,2009,5(7):642-647
[2]Kim RJ,Joudi FN.Chyluria after partial nephrectomy:case report and review of the literature[J].Scientific World Journal,2009,18(9):1-4
[3]Govil S,Justus A,Lakshminarayanan R,et al.Retroperitoneal lymphatics on CT and MR[J].Abdom Imaging,2007,32(1):53-55
[4]Deso S,Ludwig B,Kabutey NK,et al.Lymphangiography in the diagnosis and localization of various chyle leaks [J].Cardiovasc Intervent Radiol,2012,35(1):117-126
[5]杨聪娟,金讯波.乳糜尿患者的肾脏集合系统表层形态学改变及其意义[J].泌尿外科杂(电子版),2009,1(1):5
[6]Lenggenhager C,Warzinek T,Wü thrich RP,et al.Nonparasitic chyluria treated by laser[J].Urologe A,2007,46(12):1 715-1 717
[7]Dhabalia JV,Nelivigi GG,Suryavanshi M,et al.An unusual complication of silver nitrate therapy for chyluria [J].Indian J Urol,2007,23(2):203-204
[8]Kulkarni AA,Pathak MS,Sirsat RA.Fatal renal and hepatic failure following silver nitrate instillation for treatment of chyluria [J].Nephrol Dial Transplant,2005,20(6):1 276-1 277
[9]Ramana MK,Jayaram RS,Prasad DV,et al.Povidone iodine instillation into the renal pelvis in the management of chyluria:our experience[J].Urol Int,2010,84(3):305-338
[10]Zhang X,Zhu QG,Ma X,et al.Renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria via retroperitoneoscopy and open surgery: report of 53 cases with followup[J].J Urol,2005,174(5):1 828-1 831

(收稿日期:2014-07-28)

妊娠期糖尿病孕前体质质量指数与分娩方式和新生儿体质质量的关系分析

李婷

(湖南省安化县人民医院妇产科 安化 413500)

摘要:目的:探讨妊娠期糖尿病孕前体质质量指数与分娩方式和新生儿体质质量的相关性。方法:选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月期间在我院产科分娩的 200 例妊娠期糖尿病患者为研究对象,按照体质质量的不同分为体质质量过低组、正常组、超重组和肥胖组共四组,分析四组产妇的分娩方式以及娩出新生儿的体质质量情况。结果:随着产妇体质质量的增加,剖宫产率有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的剖宫产率显著高于其他三组, $P<0.05$;其他三组之间的剖宫产率无统计学意义, $P>0.05$ 。随着体质质量的增加,新生儿出生体质质量也有逐渐增加的趋势,其中肥胖组的新生儿体质质量显著高于其他三组, $P<0.05$;其他三组之间无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:妊娠期糖尿病患者体质质量过大会增加患者的剖宫产率,要重视孕前检查,控制好体质质量,以改善分娩结局。

关键词:妊娠期糖尿病;体质质量指数;分娩方式;新生儿体质质量

中图分类号:R714.256

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.035

近年来,随着人们物质生活水平的提高,妊娠期糖尿病的发病率有逐渐增加的趋势。研究显示,肥胖是妊娠期糖尿病的高危因素之一^[1],体质质量增加过多不仅会增加巨大儿的发生危险,而且也会增加患者其他并发症的发生率,对患者的危害更加严重。因此,妊娠期糖尿病患者的围产期体质质量对妊娠结局的影响正越来越受到临床上的重视。现回顾性分析 2012 年 1 月~2013 年 12 月我院产科分娩的 200 例妊娠期糖尿病产妇的临床资料。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 200 例妊娠期糖尿病患者,纳入标准:经产前门诊常规检查及在孕 24~38 周经葡萄糖耐量试验(OGTT)确诊;均符合妊娠期糖尿

病的诊断标准;均为单胎妊娠,孕前无糖尿病病史、无代谢性疾病、无肝肾功能异常。排除高血压、糖尿病等慢性疾病病史及家族史,排除明显头盆不称、瘢痕子宫、胎位异常、胎儿胎盘功能严重低下以及有严重的宫内感染者。所有妊娠期糖尿病患者一旦确诊即开始采用药物控制血糖、控制饮食、适量增加运动并定期监测血糖情况。年龄 25~35 岁,平均(28.8±3.2)岁;孕周 27~38 周,平均孕周(34.4±2.3)周;初产妇 178 例,经产妇 22 例。

1.2 方法

1.2.1 妊娠期糖尿病的诊断方法 孕妇妊娠 24~28 周时进行糖筛查试验,做 75 g 口服葡萄糖耐量试验,诊断标准:空腹及餐后 1 h、2 h 的血糖值分