

# 后腹腔镜下输尿管切开取石术30例报告

谢广静<sup>1</sup> 陈光<sup>1</sup> 朱光炜<sup>1</sup> 王刚<sup>1</sup> 罗建仕<sup>1</sup> 高新<sup>2</sup>

(1 广西柳州市工人医院泌尿外科,柳州市 545005, 2 中山大学第三附属医院泌尿外科,广州市 510630)

【关键词】 输尿管结石;腹腔镜术;输尿管切开取石术

【中图分类号】 R 693.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)10-1611-02

20世纪90年代以来,经腹膜后径路使腹腔镜手术在泌尿外科领域得到了更广泛推广应用,从而腹腔镜下输尿管切开取石术成为一种新的处理输尿管结石的微创治疗方法。2000年6月至2007年2月,我院采用后腹腔镜下输尿管切开取石术治疗输尿管上段结石患者30例,取得良好疗效,现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组30例,男18例,女12例。年龄22~58岁,平均43.6岁。均为单侧输尿管上段结石,其中左侧16例,右侧14例。病程0.5~10年,平均1.8年。结石最小1.0 cm×1.8 cm,最大1.2 cm×3.0 cm。所有病例术前均经B超、尿路平片、静脉肾盂造影或逆行肾盂造影或磁共振尿路水成像证实诊断,合并同侧肾脏中重度积水。

1.2 方法 术日清晨复查尿路平片确定结石位置有无变化。采取气管内插管全麻,健侧卧位。采用三点置套管针法。首先于腋中线髂嵴上2 cm处做2.0 cm横切口。血管钳交叉钝性分离各肌层至腰背筋膜,在后腹腔推开一定空间,置入一自制带导管水囊,注入生理盐水300~500 ml,维持3~5 min,以压迫止血。放出注水后拔除水囊,将10 mm Trocar插入腹膜后间隙,缝合紧缩切口,注入CO<sub>2</sub>,压力13~15 mmHg,置入30°腹腔镜。在电视监视下分别于腋前线平髂嵴2 cm处和腋后线肋缘下分别置入5 mm、10 mm Trocar。根据术前X线片所示结石位置,在腰大肌内侧肾下极的下方找到扩张的输尿管上段,进而找到结石段输尿管。在结石上方用电勾纵向切开输尿管壁,沿输尿管壁剥离结石取出。将6F双J管经输尿管切口向远端插入膀胱内及向近端置入肾盂。用5-0可吸收线全层缝合输尿管壁。后腹腔置放引流管,缝合戳口。

## 2 结果

本组除1例肾周广泛粘连及1例结石返回肾内而改行开放手术外,其余28例手术取石成功。手术时间(90±20) min,术中出血量(30±5) ml,术后住院(5±0.5) d。术后无须使用止痛剂,术后1 d可下床活动,术后2~4 d拔出后腹腔引流管,术后1个月拔除双J管。

取石成功者28例随访3个月至3年,均无伤口感染、输尿管切口尿漏及出血。经复查B超或静脉肾盂造影显示均无输尿管狭窄、结石复发,而原患侧肾积水明显减轻。

## 3 讨论

复杂性输尿管结石因病程长致局部输尿管壁炎性息肉形成、肉芽包裹及输尿管腔炎性狭窄,使体外冲击波碎石和输尿管镜碎石困难或失败。目前,经皮肾碎石术及腹腔镜下输尿管切开取石术是治疗这类结石的微创方法,但选用哪种方法仍存在争议。李逊等<sup>[1]</sup>认为采用经皮肾微造瘘碎石术处理输尿管上段结石较腹腔镜手术更容易。张旭等<sup>[2]</sup>认为后腹腔镜输尿管切开取石术对于较大的输尿管上段结石可作为首选的治疗方法。腹腔镜输尿管切开取石手术目前虽有待积累经验,但随着技术的熟练则可能会逐渐替代开放手术<sup>[3]</sup>。

后腹腔镜输尿管切开取石术虽然经腹膜后途径完成而暴露简便、并发症少<sup>[4,5]</sup>,但其由于要通过水囊制造后腹腔间隙,扩张撕裂腹膜后结构表面粗糙,同时操作空间小、视距过近,解剖关系不易识别。术中分离寻找结石部位输尿管及置放双J管是两大重要的操作步骤。

寻找输尿管及结石是后腹腔镜输尿管切开取石术的关键。术中先确认腰大肌,在肾下极区域打开Gerota筋膜,由腰大肌外缘向内分离,必要时顶起肾下极,即可发现扩张的输尿管上段,结合尿路平片向下游离出结石段输尿管。注意不要直接分离结石部位,更不要首先分离结石梗阻以下输尿管,分离过程中动作应轻柔,也可以用Babeock钳固定结石部位上方输尿管,以免结石上移返回肾内。本组有1例患者即是分离时过分用力牵拉,而结石上方输尿管未固定,使结石上移返回肾内被迫中转开放手术。但如果结石移位至肾盂,尚能够触及,可同样切开肾盂取石。另外,肾周组织粘连也是影响分离寻找结石部位输尿管的因素。有些病例因长期反复感染、曾行ESWL治疗会使结石周围组织粘连,增加手术难度。遇此情况需用锐性分离,但可能会致出血而更难找到结石段输尿管。本组即有1例患者术前有反复感染史,术中发现肾周组织广泛粘连无法辨别分离找到结石段输尿管而中转开放手术。

取石后留置双J管对保证输尿管引流通畅防止漏尿及输尿管狭窄十分重要。但腹腔镜下放置双J管有一定技术难度。谢艳会等<sup>[6]</sup>报告术前先经膀胱镜在输尿管内预置单J或双J内支架管至结石远端,在取出结石后再将预置的内支架管推进肾盂。方友强等<sup>[7]</sup>报告在管腔内预先放入塑料胶丝(小儿导尿管芯)方法放置双J管,一般只需3~5 min。我们参考后者的方法,术中在双J管管腔内预先置入两条小儿导尿管芯,

以增加双J管硬度、方便插管,插入的胶丝一端经双J管侧孔暴露在外,先向远端插入膀胱,再向近端置入肾盂,双J管置入完毕后拔除胶丝。在较熟练后一般放置双J管费时约10 min。

本组资料表明,后腹腔镜下输尿管切开取石术具有微创、安全、简便、术后恢复快等优点,是输尿管上段结石微创治疗的一个可选择的方法,尤其适宜中上段较大较硬或嵌顿时间长而无法行ESWL及输尿管镜取石或考虑可能会治疗失败者,但需根据患者具体病情、术者的操作技术熟练程度等合理选择。

### 参 考 文 献

[1] 李 逊,何朝辉,曾国华,等.上尿路结石的现代治疗方法的探讨(附5 178例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2004,19(6):325-327.

- [2] 张 旭,朱庆国,马 鑫,等.后腹腔镜输尿管切开取石术26例[J].临床泌尿外科杂志,2003,18(6):327-328.
- [3] 吴阶平.吴阶平泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2004:2 131.
- [4] 王兰芬,付杰新.后腹腔镜输尿管切开取石术康复期的健康教育[J].微创医学,2006,1(4):337-339.
- [5] 王祥林,刘成倍,徐 伟,等.后腹腔镜下输尿管中上段切开取石术78例[J].广西医学,2007,29(8):1 203-1 204.
- [6] 谢艳会,张秩序,陈 湘,等.后腹腔镜输尿管切开取石术15例报告[J].中国内镜杂志,2002,8(2):68-69.
- [7] 方友强,高 新,周祥福,等.后腹腔镜与经腰部途径治疗输尿管上段结石的疗效比较[J].中国内镜杂志,2007,13(3):268-269.

(收稿日期:2008-07-19 修回日期:2008-08-16)

## 带状疱疹162例临床分析

樊仲强

(广西宜州市妇幼保健院皮肤科,宜州市 546300)

【关键词】 带状疱疹;神经痛;诊断;治疗

【中图分类号】 R 752.12 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)10-1612-02

2002年5月至2007年12月我院共收治带状疱疹患者162例,现对其临床资料进行回顾性分析,以探讨带状疱疹的发病特点、治疗与预后的相关性。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 162例患者中男98例,女64例,年龄10~82岁;其中<19岁4例(2.4%),20~39岁23例(14.2%),40~59岁71例(43.8%),60~79岁62例(38.2%),>80岁2例(1.2%)。首次发病者127例,2次发病18例(其中在原发部位发生者3例),3次发病者2例(均发生在同一部位)。

1.2 发病季节 162例患者中,春季(3~5月)发病108例,夏季(6~8月)25例,秋季(9~11月)14例,冬季(12~2月)15例。

1.3 发病诱因 98例主诉发病前有过劳、精神紧张或精神创伤,12例在肿瘤或血液病放、化疗期间,5例患者发病前用过免疫抑制剂或接受过肾透析及手术等,42例无明确诱因。中老年带状疱疹患者常并发1种或数种系统性疾病,常见的有糖尿病、肿瘤、肝肾疾病、慢性支气管炎、心血管等疾病等。对64例60岁以上带状疱疹患者的临床资料分析后发现,其中伴有1种以上系统性疾病的有46例,占73%。

1.4 皮损分布 躯干部58例,三叉神经部位32例(其中眼支18例),上肢34例,下肢31例,骶尾部5例,皮损泛发2例。

1.5 首发症状 疼痛先于皮损出现78例,疼痛与皮损同时发生47例,皮损先于疼痛出现37例,发疹全过程中不痛或仅有瘙痒者5例,其中2例在60岁以上,无任何自觉症状。这2例患者中,1例皮损发生在脑血管病后偏瘫侧,另1例无明显并发症。

1.6 实验室检查 80例发病早期患者行血常规检查,其中62例伴有不同程度的白细胞降低和(或)淋巴细胞比例升高。28例早期患者行外周血T淋巴细胞亚群检测,其中21例CD4下降,CD4/CD8值下降。

1.7 系统症状及并发症 67例患者有不同程度的发热,体温37.3~39℃。三叉神经受累者并发症较多,1例眼支发病者出现角膜溃疡致患侧失明,1例皮损侧继发青光眼。3例为Ramsay-Hunt综合征,治疗1个月后面瘫未完全恢复。1例在右胸部原疱疹愈合部位出现来源于肺部的皮肤转移癌。

1.8 首诊科室 38例患者在皮肤科就诊前分别就诊于神经科、内科、外科、眼科等科室。在皮肤科就诊前做过的相关检查有心电图、脑电图、X线片、B超、CT等。

1.9 治疗 治疗分别采用以下6种方法:(1)阿昔洛韦0.2g,5次/d口服。(2)泛昔洛韦0.25g,3次/d口服。(3)万乃洛韦0.3g,3次/d口服。(4)阿昔洛韦静脉滴注50mg,2次/d,3~5d后改服阿昔洛韦。(5)阿昔洛韦静脉滴注250mg,2次/d,3~5d后改服泛昔洛韦。(6)其他:应用利巴韦林(病毒唑)、吗啉双胍(病毒灵)、干扰素、中草药等。带状疱疹后遗神经痛诊断标准:带状疱疹皮损消退后,其受累皮肤出现疼痛或持续疼痛达3个月以上<sup>[1]</sup>。发生带状疱疹后遗神经痛共12例,约7.4%,年龄52~80岁。

### 2 讨 论

带状疱疹是皮肤科的常见病,其发病率近年有上升趋势,给人们的工作和生活带来一定影响。本组资料显示男性发病略多于女性,且中青年患者比例有所增加,可能与精神压力增加有关。发病年龄越小,病情越轻,病程越短。本组资料还显