

减少创伤。对位于腹膜返折处以下者采用 Hartmann 手术比创伤、耗时长 的 Milles 术更为优越^[2]。然而,根治性切除并非绝对禁忌证。术式选择应采用个体化方案,对一般情况好、无严重并存病、估计可以耐受手术者,仍可实行根治性手术,但一般不主张附加手术;有肝转移者因预后很差,只要条件允许的可联合肝切除,不能切除的肝转移灶可局部注射无水酒精,化疗泵肝动脉栓塞化疗^[3]。

化疗可降低复发率,延长生存期。尽管高龄病人骨髓造血功能比青年人差,但不是化疗的禁忌证。如果高龄肠癌病人一般情况好,并存病少、轻,只要定期监测血常规,一般能顺利化疗。本组有 7 例术中应用化疗,术后 4 例应用 1~6 个周期辅助化疗,未出现骨髓功能明显抑制现象。目前公认的意见是:以 5-氟尿嘧啶为主的全身辅助化疗对 Dukes C 期病人的作用是肯定的,而 Dukes B 期病人术后辅助化疗的价值仍有争论,过去一直认为化疗对大肠癌效果很差,随着新一代抗肿瘤药物的出现,大肠化疗疗效有了明显提高^[4]。

从以上看,高龄大肠癌患者病程较长,并存病较多,有不

同程度的营养不良,术后并发症较难处理,这些特点要求在诊断和治疗中,应仔细了解病史,认真体检,做些必要的辅助检查。术前改善患者心肺肾等重要器官功能,改善营养状况。手术遵循创伤少、时间短的原则,应用吻合器、腹腔镜等。术后严密监视并注意生命体征的变化,及时对症处理。本组经验认为高龄大肠癌病人积极行手术治疗是可行的,能提高生存期,改善生活。

参 考 文 献

- [1] 何建苗,蒲永东,曹志宇,等.老年结肠癌 186 例的外科治疗[J].中华胃肠外科杂志,2003,6(5):310.
- [2] Shoji BT, Becker JM. Colorectal disease in the elderly patient[J]. Surg Clin North Am,1994,74(2):294-299.
- [3] 邵永孚.大肠癌肝转移的外科治疗与预防[J].中国实用外科杂志,1999,19(10):584.
- [4] 张天泽,徐光炜.肿瘤学[M].第 2 版.天津:天津科学技术出版社,2003:1 708.

(收稿日期:2007-08-20 修回日期:2007-09-17)

输尿管镜联合钬激光治疗 263 例肾绞痛的体会

沈明顺 吴剑平 刘 军 苏江浩

(南京医科大学附属南京第一医院泌尿外科,南京市 210006)

【关键词】 肾绞痛;输尿管镜;钬激光

【中图分类号】 R 692.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2007)12-1948-02

2000 年 12 月至 2006 年 12 月,我科应用输尿管镜联合钬激光技术治疗肾绞痛 263 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 263 例肾绞痛患者中,男 195 例,女 68 例。年龄 20~61 岁,平均 37.2 岁。术前急诊行血常规、肾功能、KUB、B 超检查,发现输尿管阳性结石 201 例,输尿管阴性结石 39 例,输尿管肿瘤 23 例。其中双侧输尿管结石 32 例,肾结石经 ESWL 后形成石街 17 例。结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织包裹 48 例。结石大小 0.2 cm × 0.6 cm ~ 1.3 cm × 1.8 cm,肾绞痛发作超过 3 次 31 例,伴肾积水 194 例。

1.2 手术方法 全组病例均选择脊髓麻醉,截石位手术。应用 F10 Wolf 硬性输尿管镜(URS)直视下经尿道插入膀胱,向患侧输尿管插入血管造影导丝作为引导,用手控间断水压扩张法冲开膀胱壁段,沿导丝将 F10 Wolf 硬性输尿管镜推进输尿管腔。较小结石直接用异物钳夹取;较大结石用 Versa Pulse Select 钬激光机,光导纤维自操作腔插至结石处,能量为 0.5~0.8 J/5 Hz,将结石粉碎至 0.2 cm 以下。结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织,将钬激光能量调高为 1.0~1.5 J/10 Hz,光导纤维烧灼肉芽组织至管腔通畅。输尿管肿瘤用活钳钳取活检,同时将钬激光能量调高为 1.5~1.8 J/ Hz,烧灼肿瘤组织。

以上操作结束后均常规放置带尾丝双 J 管引流,时间 3~30 d,保留导尿,3 d 左右拔除。

1.3 结果 本组特定肾绞痛的病人除 7 例因患侧输尿管开口过份狭窄,F10 Wolf 硬性输尿管镜无法进入输尿管腔内,放弃手术外,余均肾绞痛消失,无输尿管穿孔发生。

2 讨 论

2.1 麻醉方法的选择 常用麻醉方法包括连续硬脊膜外麻醉、腰麻。

2.2 进镜方法 常规的方法是用输尿管导管引导插入输尿管腔后,借助液压灌注泵灌注法扩开输尿管壁段后进镜,其缺点是常因压力过大,将结石冲入肾盂。输尿管导管过硬,引起输尿管穿孔。我们采用血管造影导丝作为引导管,用手控间断水压扩张法冲开膀胱壁段,避免输尿管穿孔和结石上移^[1]。

2.3 结石的处理 对较小结石(小于 0.3 cm),直接用异物钳夹取;较大结石应用 Versa Pulse Select 钬激光机,光导纤维自操作腔插至结石处,能量为 0.5~0.8 J/5 Hz,将结石粉碎至 0.2 cm 以下^[2]。碎石过程中发现结石移动度过大,应及时将光纤超过结石,后退至结石上端抵住结石碎石。

2.4 其它输尿管疾病的处理 对结石部位输尿管黏膜炎性肉芽组织,将钬激光能量调高为 1.0~1.5 J/10 Hz,光导纤维

烧灼肉芽组织至管腔通畅。发现输尿管肿瘤,用活栓钳钳取活检,同时将钬激光能量调高为 1.5 ~ 1.8 J/Hz,烧灼肿瘤组织^[3]。

2.5 双J管的应用 本组病例手术成功结束时均放置双J管作内支架引流,双J管尾部留有高强度丝线并引出尿道外口,术后 3 ~ 30 d 复查 KUB 或 B 超结果正常,牵拉丝线拔除双J管。

2.6 钬激光与 ESWL、气压弹道碎石比较 ESWL 局限性较大,仅对输尿管结石有治疗作用,且有时只能对输尿管阳性结石定位。结石并发息肉或有输尿管狭窄,碎石难以排出,排石时间较长,几乎都伴有肾绞痛^[4]。气压弹道碎石术对输尿管结石的处理与钬激光碎石相近,但对其它输尿管疾病引起的肾绞痛则无法处理^[5]。

钬激光是以脉冲方式发射,组织穿透深度不足 0.4 cm,发射时间极短(0.2 ms),可以粉碎各种成分和密度的结石,不会对输尿管黏膜造成严重损伤^[2]。钬激光碎石后,结石小于 0.2 cm,排石时间短,同时调节钬激光的能量,可以汽化或切割息肉、疤痕组织,以及新生物活检后烧灼止血。

综上所述,输尿管镜联合钬激光治疗肾绞痛的病人的优点在于病人不需特别和费时的检查,即可在短时间内彻底缓解因各种输尿管疾病导致的肾绞痛,又能较完善地解决输尿管本身病变,值得在有条件的单位推广。

参 考 文 献

- [1] 袁润强,魏佳莉,李志坚,等. 钬激光、ESWL、气压弹道碎石术治疗输尿管结石的疗效比较[J]. 临床泌尿外科杂志,2001,16(11):456-457.
- [2] Demetrius B, Michael E. Use of Holmium laser in the upper urinary tract[J]. Tech Urol, 1995,1(1):25-30.
- [3] 李新德,许力为,丁国庆,等. 腔内钬激光碎石术治疗输尿管结石影响因素研究[J]. 中华泌尿外科杂志,2005,26(1):24-26.
- [4] 李新得,陈岳兵,许力为,等. 影响体外冲击波碎石术疗效的因素分析[J]. 中华泌尿外科杂志,2005,26(5):321-323.
- [5] 李文平,郭跃先,王伟,等. 气压弹道碎石术治疗输尿管结石[J]. 中华泌尿外科杂志,2005,26(7):449-450.

(收稿日期:2007-08-25 修回日期:2007-09-10)

小儿急性肠套叠44例临床分析

胡桂江

(广西北流市人民医院外一科,北流市 537400)

【关键词】 肠套叠;空气灌肠;手术治疗;小儿

【中图分类号】 R 659.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2007)12-1940-02

急性肠套叠是小儿科常见疾病之一,以阵发性腹痛、呕吐、便血和腹部肿块为主要临床表现,好发于 2 岁以下,尤其是 4 ~ 10 个月的婴幼儿。我院 1998 年 1 月至 2007 年 3 月收治小儿急性肠套叠 44 例,经灌肠复位及手术治疗取得较好效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 44 例男 33 例,女 11 例,年龄 3 ~ 6 个月 8 例(18.2%), ~ 1 岁 15 例(34.1%), ~ 2 岁 12 例(27.3%), 2 ~ 6 岁 9 例(20.5%)。病程最短 4 h,最长 72 h。主要临床表现为阵发性哭闹、呕吐、果酱样血便及腹部可触及包块。起病时有饮食改变、腹泻、上呼吸道感染者 8 例(18.2%)。首诊肛门指检 44 例,其中指套有染血 27 例(61.4%)。

1.2 诊断及分型 44 例均做腹部 B 超检查,41 例发现同心圆、假肾征等肠套叠征象,检出率为 93.2%,3 例未检出者经行空气灌肠证实。44 例术前均诊断为肠套叠。套叠类型为:回-盲结肠型 29 例,回-结肠型 13 例,回-回型 2 例。

1.3 治疗及结果 本组 44 例中 26 例采用空气灌肠复位,压力 90 ~ 100 mmHg,结果整复成功 17 例(65.4%),9 例整复未成功者改行手术复位;18 例因一般性情况较差,病程长,经低压空气灌肠证实诊断行手术治疗。44 例均复位成功,无并发症。

2 讨论

肠套叠是肠管某部分连同相应的系膜套入邻近肠腔内所形成的一种特殊类型的肠梗阻。肠套叠发生后,其所附系膜随之拖入套叠鞘内,钳闭于套入部肠壁间的系膜血管受牵拉而发生动、静脉血运障碍^[1]。其病因至今尚未明确,可能与饮食性质和规律的改变、肠道炎性改变、寄生虫及其毒素的刺激、神经肌肉不协调性疾病、腺病、感染、胃泌素分泌异常引起肠蠕动紊乱有关^[2]。此外,还有一些患有肠憩室等疾病,由此引起该段肠管的套叠^[3]。小儿肠套叠分为原发性和继发性,原发性肠套叠以 2 岁以内婴幼儿发病率最高,本组 2 岁以内患儿 35 例(79.5%),与文献报告基本相同^[4,5]。此外,本组病例起病时有饮食改变,腹泻及上呼吸道感染者 8 例(18.2%),提示这些因素及伴发病的存在可能发生肠套叠的诱因。李学龙等^[6]认为肠套叠早期为单纯性肠梗阻,晚期血管受压,肠管供应障碍,导致肠壁淤血、水肿、坏死形成狭窄性梗阻,严重者导致死亡,故需及早诊断及治疗。

临床上有阵发性腹痛、血便及腹部包块同时存在即可确诊肠套叠^[7],但三者同时具备者较少。我们体会,对有阵发性规律性哭闹、呕吐、血便、腹部包块 4 项症状之 2 项者,应怀疑肠套叠可能。对仅表现为精神不振、阵发性面色苍白、拒食者,询问病史中有饮食制度改变如添加辅食者应高度怀疑肠套叠的可能,应认真检查患儿腹部情况,发作期间检查腹部,