

钬激光内切开术治疗输尿管狭窄的临床研究

袁巍¹ 陈洪波¹ 兰勇¹ 廖兆林¹ 陈苏¹

[摘要] 目的:探讨输尿管镜下钬激光内切开术治疗输尿管狭窄的方法及疗效。方法:我院 2008 年 5 月~2012 年 1 月采用经输尿管镜钬激光内切开治疗 38 例输尿管狭窄,术中留置双 J 管,术后 3~5 个月拔除双 J 管,拔管后 3 个月进行超声、排泄性尿路造影检查。结果:术后 38 例随访 3~12 个月;32 例治愈(治愈率 84.2%),4 例治疗好转,2 例无效。结论:输尿管镜下钬激光内切开加留置双 J 管治疗输尿管狭窄,是一种疗效确切、安全、微创的手术方法。

[关键词] 输尿管狭窄;钬激光;内切开术;研究

[中图分类号] R693 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2012)10-0788-02

我院 2008 年 5 月~2012 年 1 月对输尿管狭窄采用钬激光经输尿管镜技术治疗 38 例,手术效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 38 例,男 23 例,女 15 例;年龄 27~61 岁,平均 42.4 岁。狭窄部位位于左侧输尿管 20 例,右侧 18 例,双侧 2 例;在输尿管上段 12 例,中段 5 例,下段 11 例(其中 2 例患者双侧有狭窄)。输尿管狭窄段长度为 0.5~1.5 cm,其中狭窄段 1.0 cm 以内者 22 例,1.0~1.5 cm 者 16 例。9 例为输尿管切开取石术后,8 例为输尿管镜钬激光碎石术后,15 例先天性狭窄,3 例合并输尿管息肉,2 例为肾盂输尿管连接部狭窄术后,1 例为输尿管结核狭窄。

38 例经彩超、CTU、IVU 或逆行肾盂造影检查明确诊断,4 例行输尿管镜钬激光碎石术时发现。所有患者狭窄侧肾脏内有不同程度的积水,其中 11 例为重度积水,16 例患者有不同程度的患侧腰部胀痛等症状。

1.2 治疗方法

根据患者输尿管狭窄长度及程度,分别采取输尿管镜硬性扩张及输尿管镜下钬激光狭窄切开等方法进行治疗。其中,有 3 例进行了 2 次手术。对伴有结石者,可直接用钬激光碎石。应用德国 Wolf F10.5 双通道输尿管硬镜,在导丝引导下插入患侧输尿管,至输尿管狭窄部位时可见输尿管管腔缩窄和缺乏弹性,进镜明显受阻。此时,首先将导丝通过狭窄部位,再引导输尿管镜缓缓地硬性通过狭窄部位,在内镜的工作腔道中置入钬激光光纤,调整激光能量为 0.6~0.8 J,频率为 10~15 Hz,功率为 6~12 W。应用钬激光切开狭窄处,尽量切开狭窄壁全层。切开狭窄后再将输尿管镜通过狭窄处并停留 5 min,然后拔出,留置双 J 管 4~12 周。

当输尿管镜不能通过狭窄处时,先将导丝通过狭窄部位,再引导输尿管镜的狭窄远端,再在另一工作腔道中置入钬激光光纤,在导丝的引导下切开狭窄处。

2 结果

2.1 疗效标准

有效:复查 IVU 及 B 超示患者肾脏积水、输尿管扩张消失或较前改善,患者症状消失。好转:复查 IVU 及 B 超示肾积水、输尿管扩张未加重,患者症状缓解。无效:复查 IVU 及 B 超示肾积水、输尿管扩张加重,患者症状无改善。

2.2 治疗结果

本组 38 例手术均获成功。经过 3~12 个月随访,32 例治愈(治愈率 84.2%),4 例治疗好转,2 例无效。效果满意。所有患者术后均有不同程度的血尿,自行消失;11 例术后有低热,予以抗感染治疗后好转;无输尿管穿孔、撕脱等情况。

3 讨论

输尿管狭窄的原因较多,以瘢痕性输尿管狭窄多见^[1]。以往多采用开放性手术治疗,但因创伤大,术后仍有可能再次狭窄而渐放弃。后国内陆续有利用冷刀切开、球囊扩张的报道,也出现用钬激光治疗的报道^[2]。

钬激光(HO:YAG)有良好的组织凝固、汽化、切割及止血作用,使手术在损伤小、无出血的情况下进行。国内外均有用钬激光内切开治疗输尿管狭窄的报道^[3,4]。钬激光内切具有以下优点:激光能量在组织穿透深度限制在 0.5 mm 左右,形成的瘢痕少,术后不易复发;钬激光具有良好的止血效果,可保持术野清晰,操作准确;钬激光光纤纤细,适于在输尿管镜下操作;钬激光在治疗狭窄的同时,可同时处理并发的结石。

在输尿管镜下使用钬激光治疗输尿管狭窄时,首先将斑马导丝通过狭窄部位,然后沿导丝内切开狭窄段,在切开后留置双 J 管。治疗中体会:狭窄部切开时要沿斑马导丝纵行切开,以免假道形成,

¹湖北省恩施州中心医院泌尿外科(湖北恩施,445000)
通信作者:陈洪波,Email:chb0103@163.com

并避免输尿管内留存更多的瘢痕;狭窄长度不宜超过 2.0 cm,切开程度以能通过输尿管镜为标准,达到镜体扩张输尿管的目地;留置双 J 管的目的是保持切开部输尿管的连续性,有利于黏膜的修复,起到支撑、引流作用,预防再狭窄;双 J 管留置时间及粗细的选择可根据具体情况而定,太细难以形成足够的管腔支撑,太粗可压迫输尿管管壁导致缺血甚至坏死;操作时,保持视野清晰,动作应轻柔;期间需用抗生素抗感染治疗,以防感染导致狭窄。

总之,输尿管镜下钬激光内切开术治疗输尿管狭窄,创伤小、恢复快,并能同时处理输尿管结石或息肉,可作为输尿管狭窄的首选方法,值得推广。

参考文献

- [1] 杨江根,肖克辉,兰文刚,等. 输尿管镜手术治疗输尿管狭窄疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志,2000,12: 543-544.
- [2] 孙颖浩,文毅,王林辉,等. 钬激光内切开术治疗输尿管肾盂连接部狭窄的疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志,2003,4:219-221.
- [3] IYANICS, CORNFORD P A, POWELL C S, et al. Retrograde double-ureteropyelotomy with the holmium: YAG Laser. LuitiaI experience[J]. Eur Uro, 1997, 32:471-473.
- [4] 刘松梅,程险峰,卢德祥,等. 钬激光内切开术治疗输尿管狭窄的临床研究[J]. 黑龙江医学,2006,7:494-495.

(收稿日期:2012-05-23)

琥珀酸索利那新片改善经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的疗效观察

王涛¹ 潘铁军¹ 沈国球¹ 徐耀鹏¹

【摘要】 目的:探讨琥珀酸索利那新片改善经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的疗效。方法:80 例前列腺电切术后患者随机分为两组,治疗组($n=40$)术后给予琥珀酸索利那新片 5 mg,每天 1 次,口服 4 天;对照组($n=40$)不给予干预性治疗。所有患者被记录膀胱痉挛次数、持续时间、痉挛性疼痛的程度及不良反应。结果:治疗组患者出现膀胱痉挛(4.1 ± 1.1)次,持续时间(7.3 ± 1.9)min,疼痛视觉模拟评分为(3.4 ± 1.4)分,对照组分别为(6.8 ± 2.3)次、(10.2 ± 3.3)min 及(5.3 ± 2.4)分。治疗组相对于对照组膀胱痉挛症状有明显改善($P < 0.01$)。治疗组未发现明显不良反应。结论:琥珀酸索利那新片对于防治前列腺电切术后膀胱痉挛安全有效。

【关键词】 良性前列腺增生;经尿道前列腺电切术;琥珀酸索利那新片;膀胱痉挛

【中图分类号】 R697 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2012)10-0789-02

良性前列腺增生症是老年男性的常见病,经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP)是最常用的手术方式,但术后膀胱痉挛较为常见,发作时膀胱逼尿肌无抑制性收缩,疼痛剧烈,间隙性尿意,加重了患者的痛苦。2011 年 1~11 月,我院用琥珀酸索利那新片治疗 TURP 术后膀胱痉挛 40 例,疗效满意,本文通过前瞻性对比研究琥珀酸索利那新片改善经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的症状。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集行经尿道前列腺电切术(TURP)80 例,随机分为琥珀酸索利那新治疗组(组 1)以及对照组(组 2),每组 40 例,两组组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$,表 1)。

1.2 治疗方法

治疗组($n=40$)给予琥珀酸索利那新片 5 mg,每天 1 次;对照组($n=40$)未给予干预性治疗。所有患者 TURP 术中行膀胱穿刺造瘘,术后均常规留置 F₂₀ 双腔水囊导尿管,等渗冲洗液持续冲洗至引流液转清,术后 4~6 天拔除导尿管。观察两组患者术后 4 天出现膀胱痉挛所致的疼痛次数、持续时间以及膀胱痉挛性疼痛的程度。疼痛的程度用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)表示。

1.3 统计学处理

本组结果数据用均数±标准差表示。

表 1 两组患者一般情况

组别	n	年龄/岁	IPSS	QOLS	Q _{max} / ml·s ⁻¹	前列腺 重量/g
治疗组	40	68.2± 4.5	23.9± 3.5	4.9± 1.0	6.8± 2.3	60.8± 14.5
对照组	40	67.6± 4.3	24.3± 3.9	5.0± 0.9	6.1± 2.0	60.6± 13.4

¹ 广州军区武汉总医院泌尿外科(武汉,430060)
通信作者:潘铁军,Email:mnwkptj@yahoo.com.cn