

增生伴淋巴细胞浸润(图1⑥)。术后排尿症状均明显改善,IPSS评分6~7分,平均6.5分。QOL平均2分,尿流量检查 Q_{max} 为17.8 ml/s,平均尿流率为9.7 ml/s,极少量残余尿,排尿状态良好,性功能未受影响,术后均获随访,时间7个月~5年,均未见复发。

3 讨论

膀胱颈囊肿在临床上较为少见。发病原因尚不明确。因囊肿压迫尿道内口,患者可出现尿频、尿急、会阴部不适、排尿困难、尿不尽感等,类似前列腺肥大的症状,另外可出现体位性排尿困难,即于蹲位或用手推压会阴部时,排尿困难症状可减轻。本组患者因囊肿体积较小,故症状较轻微,若单纯经腹部扫查较难发现,腔内超声探查使之分辨率明显提高,有助于及早发现病变减轻患者痛苦^[1,2]。

膀胱颈囊肿的主诉:排尿困难,尿急、尿痛等排尿相关症状^[3],其他还有血尿等症状,诊断可以通过超声波、CT、CTU、IVP、MRI及膀胱镜等检查来明确,内容物的诊断主要依靠病理组织学诊断,良性膀胱颈囊肿的治疗主要是经尿道切除术,穿刺及药物固定术,经腹囊肿的切除等。

以往的研究报道膀胱颈部囊肿很少,但报道良性前列腺囊肿很多,很显然它们是两种疾病,但治疗方法略有雷同,经尿道电切术均为其首选^[4],本组患者均呈现排尿困难、尿频、尿急,其中一例出现血尿,要与尿路炎症及膀胱肿瘤相鉴别,单发的囊肿,组织学中未见恶性。本组患者经尿道切除术后,排尿症状明显改善,术后7个月复查未见复发。

综上所述,我们认为膀胱颈囊肿需要与引起排尿障碍的其他疾病鉴别,首选经尿道电切术,其创伤小,治疗效果佳,可以得到病理组织学确诊,并且没有复发病例。

[参考文献]

- 1 徐进. 超声诊断膀胱颈口囊肿1例[J]. 中国医学影像技术, 2002, 18(12): 1235-1235.
- 2 李莉, 颜云, 李文伦, 等. B超诊断膀胱颈口囊肿1例[J]. 中国超声医学杂志, 2000, 16(1): 11-11.
- 3 郭晓, 蒋叶, 肖玉坤, 等. 膀胱颈囊肿1例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2004, 19(6): 335-335.
- 4 Tambo M, Okegawa T, Nutahara K, et al. Prostatic cyst arising around the bladder neck-cause of bladder outlet obstruction; two case reports [J]. Hinyokika Kiyo, 2007, 53(6): 401-404.

(收稿日期:2012-12-28)

侧卧位 B 超引导下微创经皮肾镜治疗强直性 脊柱炎并肾结石疗效观察

罗金泰¹ 吴文起¹ 袁坚¹

[摘要] 目的:评价侧卧位 B 超引导下微创经皮肾镜取石术(mPCNL)治疗强直性脊柱炎合并肾结石的疗效及安全性。方法:强直性脊柱炎合并肾结石患者 23 例,男 18 例,女 5 例,平均年龄 45(31~72)岁。结石位于左肾 14 例,右肾 9 例。单发 5 例,多发 4 例,部分铸型结石 8 例,全铸型结石 6 例。肾结石平均直径 33(23~54) mm。均行侧卧位 B 超引导下 mPCNL 治疗。结果:23 例手术患者 B 超引导下均穿刺成功,行微通道气压弹道碎石术。I 期结石取净 19 例(83%),II 期取净 4 例(17%)。I 期 mPCNL 平均手术时间 72(45~136) min。术后血红蛋白下降量为 18.5(16.3~20.7) g/L,术后气胸 1 例,未发生结肠损伤、严重出血、尿外渗及肾周感染等并发症。平均住院时间 8(7~11) d。结论:侧卧位 B 超引导下 mPCNL 治疗强直性脊柱炎并发肾结石,患者能更好地耐受手术,同时便于麻醉管理,避免了 X 线照射,是一种值得推荐的安全、有效方法。

[关键词] 微创经皮肾镜取石术;强直性脊柱炎;肾结石

[中图分类号] R692.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2013)10-0783-03

侧卧位是微创经皮肾镜取石术(mPCNL)的常用体位。但强直性脊柱炎并发肾结石的患者由于其脊柱呈“竹节样”改变,造成常规麻醉有一定困难,也不便于术中管理患者气道,使手术存在一定风险。2008年8月~2012年10月,我们使用喉罩

麻醉,行侧卧位 B 超引导下 mPCNL 治疗强直性脊柱炎并发肾结石患者 23 例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 23 例,男 18 例,女 5 例,平均年龄 45(31~72)岁。经 IVU 或 CT 扫描明确诊断。结石位于左肾 14 例,右肾 9 例;单发 5 例,多发 4 例,部分

¹广州医学院第一附属医院微创外科中心泌尿外科,广东省泌尿外科重点实验室(广州,510230)
通信作者:罗金泰,E-mail:luojintai@yahoo.com.cn

铸型结石 8 例,全铸型结石 6 例。肾结石直径平均 33(23~54)mm。肾积水者 16 例,无积水者 7 例。既往有开放手术取石史者 5 例,曾行 ESWL 治疗者 6 例。7 例伴有胸、腰椎屈曲后凸畸形,驼背角平均 50(35~70)°。平均 BMI 为 21.35(18.95~23.75) kg/m²。

1.2 手术方法

所有患者均行喉罩麻醉。麻醉成功后,截石位,膀胱镜下患侧逆行输尿管插管。改健侧卧位,B 超引导下穿刺目标肾盏。穿刺区域位于第 11 肋间或 12 肋下腋后线和肩胛下线之间。穿刺成功后,引入斑马导丝,利用筋膜扩张器(F_{8~18})依次扩张至 F₁₈,留置 peel-away 工作鞘,建立经皮肾微通道。F_{8.0~9.8} 输尿管镜下气压弹道碎石,结石取净后,顺行放置输尿管双 J 内支架,留置 F₁₈ 肾造瘘管。如果结石单通道不能取净,则 I 期或 II 期行双通道取石。术后常规影像学复查,了解结石是否有残留及输尿管内支架位置。无需 II 期取石者,术后 6 天拔除肾造瘘管,残余结石较大者行 II 期取石治疗。术后 4 周拔除输尿管内支架。

2 结果

本组患者手术顺利,术中生命体征平稳。23 例中 I 期采用单通道气压弹道碎石术 18 例, I 期双通道 5 例; II 期再建通道 2 例。I 期结石取净 19 例(83%), II 期取净 4 例(17%)。I 期手术时间平均 72(45~136) min。无术中输血,术后血红蛋白下降量为 18.5(16.3~20.7) g/L;未出现因术后出血需行超选择性肾动脉栓塞术者。1 例术后出现气胸,为伴有胸、腰椎屈曲后凸畸形者,驼背角 60°,穿刺点位于十一肋间,经负压吸引后保守治疗成功。本组无发生结肠损伤、尿外渗及肾周感染等并发症者。平均住院时间 8(7~11) d。

3 讨论

强直性脊柱炎患者需手术治疗时,硬膜外麻醉多难以成功,气管全麻往往也容易出现气管插管困难。如采用喉罩麻醉后更换为俯卧位时,常常出现喉罩滑入气道等情况使气道管理困难。同时,患者取俯卧位时,血流动力学变化较大,体位的限制又给抢救造成困难。患者取仰卧位时,虽避免了俯卧位所带来的呼吸和循环系统的不利变化以及不利于麻醉监测的弊端,但术野暴露受限,可供肾穿刺选择的腰肋部区域狭小,肾穿刺困难;同时术中肾镜摆动的角度受到限制,不利于手术操作。对于要行经皮腔内手术的高危患者,取侧卧位时,可以把血流动力学和呼吸系统的风险降到最低^[1]。Lu 等^[2]认为,对严重强直性脊柱炎的患者实施喉罩麻醉,可以更好地进行气道管理。侧卧位与喉罩麻醉相结合,对强直性脊柱炎患者,既能有效地实施麻醉,也增加了手术的安全性。本组 23 例手术患者

均耐受良好,无麻醉意外发生。

Karami 等^[3]对 150 例行 PCNL 的患者做了一项随机对照试验,分别采取了俯卧、仰卧和侧卧位,平均手术时间分别为(68.7±37.4)min、(54.2±25.1)min 和(74.4±26.9)min (P=0.04),手术成功率分别为 92%、86%和 88%(P=0.7)。其认为这三种体位对熟练的手术医生来说都是安全、有效的,并不引起并发症的明显增多。侧卧位时,手术医生对肾脏及其周围组织的解剖也比较熟悉。穿刺位置一般选择在第 11 肋间或 12 肋下腋后线和肩胛下线之间的区域,直接穿刺后组肾盏时,穿刺针与水平面的角度由俯卧位时的 45~60°转换为侧卧位时的 30~45°,对手术操作影响不大。此时,肾盂处于最低位,碎石过程中,碎石及肾盏结石由于重力作用容易聚集在肾盂,有利于结石取净。强直性脊柱炎患者,由于生理畸形,肠管、胸膜等组织的位置会发生变化,在 X 线定位下容易损伤,B 超定位可以观察到相应的组织结构,从而减少临近脏器的损伤。侧卧位时,肠管向健侧下垂,远离患肾区域,从后背侧穿刺时不容易损伤肠管,加上有 B 超引导,安全性高。本组 23 例患者均未发生肠管损伤。侧卧位时,肋弓与髂嵴间距相对较宽,肋上穿刺点可移至肋下穿刺,这样可以减少胸膜及肋间血管的损伤机会,增加手术安全性。对于脊柱后凸畸形患者,Gofrit 等^[4]建议取侧卧位行 PCNL,其认为此体位不易出现心、肺并发症,使患者能更好地耐受手术。强直性脊柱炎伴有胸、腰椎屈曲后凸畸形患者的胸膜位置相对较低,上腹部脏器也相应向下移位。故穿刺时位置不宜偏高,取十二肋下穿刺会比较安全,这时穿刺针也比较容易进入中组肾盏。本组 7 例伴有胸、腰椎屈曲后凸畸形的患者,术后 1 例出现气胸,即为十一肋间穿刺造成。建立通道时,注意扩张的角度应与穿刺的角度一致,宁浅勿深,避免穿透肾脏,损伤下移的邻近器官。B 超操作熟练者,建议在超声检测下进行扩张。需要多通道取石时,可以同期或分期建立微通道。

综上所述,我们认为对于强直性脊柱炎并发肾结石的患者行侧卧位 B 超引导下 mPCNL 治疗,有建立经皮肾通道安全快捷,对患者呼吸及循环系统干扰少、便于麻醉管理、结石取净率高、出血等并发症少且避免了 X 线照射等优点^[5],值得临床推广。

[参考文献]

- 1 EI-Husseing T, Moraitis K, Maan Z, et al. Percutaneous endourologic procedures in high-risk patients in the lateral decubitus position under regional anesthesia[J]. J Endourol, 2009, 23(10): 1603-1606.
- 2 Lu P P, Brimacombe J, Ho A C, et al. The intubating laryngeal mask airway in severe ankylosing spondylitis [J]. Can J Anaesth, 2001, 48(10): 1015-1019.

- 3 Karami H, Mohammadi R, Lotfi B. A study on comparative outcomes of percutaneous nephrolithotomy in prone, supine, and flank positions[J]. World J Urol, 2012, Jun 13.
- 4 Gofrit O N, Shapiro A, Donchin Y, et al. Lateral decubitus position for percutaneous nephrolithotripsy in the morbidly obese or kyphotic patient[J]. J Endourol, 2002, 16(6): 383-386.
- 5 Karami H, Arbab A H, Rezaei A, et al. Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonography-guided renal access in the lateral decubitus flank position[J]. J Endourol, 2009, 23(1): 33-35.

(收稿日期:2012-12-04)

仰卧位经臀部体外冲击波碎石治疗输尿管下段结石的体会

俞丽婷¹ 徐庆康¹ 于永涛¹

【摘要】 目的:探讨仰卧位经臀部体外冲击波碎石治疗输尿管下段结石的效果。方法:2010年10月~2012年9月收治636例输尿管下段结石患者,接受仰卧位经臀部体外冲击波碎石治疗。结果:输尿管下段结石碎石率达100%;一次ESWL结石排尽率593例(93.2%);二次ESWL结石排尽率40例(6.3%),总排石率99.5%;二次ESWL后有结石残留3例(0.5%),进一步检查明确诊断并改其他手术治疗。无一例发生神经损伤。结论:仰卧位经臀部体外冲击波碎石治疗输尿管下段结石安全、有效,可避免肠道损伤,应是输尿管下段结石的首选体位。

【关键词】 输尿管下段结石;仰卧位;体外冲击波碎石

【中图分类号】 R693 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2013)10-0785-02

体外冲击波碎石术(ESWL)是治疗尿石症的重要手段。2010年10月~2012年9月,我院收治636例输尿管下段结石患者,接受仰卧位经臀部ESWL治疗,取得了显著疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组636例,男462例,女174例;年龄19~68岁,平均37.8岁。左侧输尿管下段结石510例,右侧126例;结石直径:0.6~1.8 cm;病程最短3 h,最长13个月,平均3个月。其中急诊肾绞痛的输尿管下段结石498例;肾脏及输尿管不同程度积液的617例。临床表现为患侧腰部及小腹部呈持续性或间歇性绞痛,疼痛向会阴部放射,伴有恶心、呕吐、腹胀、尿频、肉眼血尿等。肾绞痛剧烈伴精神紧张的患者予以镇静、解痉止痛处理。治疗患者符合下列标准:①均为阳性结石。②治疗前检查肾功能良好,无凝血功能异常,无解剖畸形。③无尿路感染。④无ESWL其他禁忌症。

1.2 治疗方法

采用慧康MZ ESWL-V碎石机。患者仰卧于治疗床上,患侧臀部置于水囊上,垫高患者健侧身体,向患侧倾斜约15°左右,根据大C臂正位、斜位定位,冲击波聚集于输尿管下段结石;电压9~14 KV,频率60次/min,平均2 000次,治疗20~30 min。术中如患者出现下肢放射痛,可适当改变体

位并调整冲击波射入方向,疼痛即可消失。治疗2周后复查KBU或B超,结石影消失、无肾积水可能结石排尽,定期复查3个月;若有结石碎粒,肾积水好转,指导患者体位排石,必要时再次碎石。

2 结果

本组患者碎石率达100%。第一次排尿有结石碎屑的578例,占90.9%。一次ESWL排石率593例,占93.2%;二次ESWL排石率40例,占6.3%,总排石率99.4%。二次ESWL后残留碎石3例,占0.5%,进一步检查确定诊断并改用其他手术方式治疗,其中输尿管狭窄伴息肉1例、腹膜后纤维化1例,输尿管末端囊肿1例。

3 讨论

当前国内外文献对输尿管下段结石治疗的方法及疗效报道不一,有的主张采用输尿管镜治疗,其成功率>90%,而用ESWL治疗成功率则较低。有人认为ESWL治疗输尿管下段结石成功率尚可,接近90%。本组患者则可达99.5%,这与ESWL治疗体位有关。

我们知道自1997年郭应禄提出采用患侧俯卧位ESWL治疗输尿管中段、下段结石获得成功,至今大多医生仍沿用。俯卧位治疗,冲击波必通过腹部肠道达到结石,难以避免肠内气体、肠内容物的干扰,衰减了冲击波的能量和强度。尤其肾绞痛时肠胀气更明显,ESWL能量增大可能造成肠道的损伤。曾见报道ESWL术后肠梗阻^[1]、肠道出血^[2]。俯卧位时胸腹部受压,心肺功能受影响;手臂过仰

¹武警浙江省总队医院泌尿外科(浙江嘉兴,314000)
通信作者:俞丽婷, E-mail: gyulting@163.com