

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.05.022

◇临床医学◇

输尿管开口电切术联合输尿管镜治疗输尿管结石 16 例

王正权,陶沙,黄小七,陈亮

作者单位:宣城市人民医院泌尿外科,安徽 宣城 242000

摘要:目的 探讨输尿管开口电切联合输尿管镜治疗输尿管结石的可行性及疗效。方法 选取2015年1月至2016年3月,宣城市人民医院收治16例输尿管结石行输尿管镜失败的病人,先行经尿道输尿管开口处电切,暴露结石或输尿管开口后行输尿管镜下取石或钬激光碎石术。结果 4例病人行电切后输尿管镜下取石,12例病人行输尿管镜下钬激光碎石。经过2~24月的观察,所有病人的肾积水改善,无输尿管开口狭窄或返流。结论 输尿管开口电切联合输尿管镜治疗输尿管结石是有效、可行的治疗方法,但需注意术中操作技巧。

关键词:输尿管结石; 输尿管镜检查; 激光,固体; 肾盂积水; 输尿管梗阻; 治疗结果

Transurethral resection of the ureter opening combined with ureteroscopy in the treatment of 16 cases ureteral calculi

WANG Zhengquan, TAO Sha, HUANG Xiaoqi, CHEN Liang

Author Affiliation: Department of Urology, The People's Hospital of Xuancheng City, Xuancheng, Anhui 242000, China

Abstract: Objective To evaluate the feasibility and effect of transurethral resection of the ureter opening combined with ureteroscopy with holmium laser lithotripsy in the treatment of ureteral calculi. **Methods** Sixteen patients who failed in the ureteroscopy treatment in the People's Hospital of Xuancheng City from January 2015 to March 2016 received transurethral resection of the ureter opening, and then completely removed the stone or combined with ureteroscopy with holmium laser lithotripsy. **Results** The stones in four cases could be completely removed by transurethral resection of the ureter opening. The other 12 cases have been cured by transurethral resection of the ureter opening combined with ureteroscopy with holmium laser lithotripsy. After 2~24 months observation, hydronephrosis in all patients have been dissipated, and there was no report of ureteral stenosis or regurgitation. **Conclusions** Transurethral resection of the ureter opening combined with ureteroscopy with holmium laser lithotripsy is feasible and effective in the treatment of ureteral calculi, but urological surgeons need to pay attention to intraoperative skills.

Key words: Ureteral calculi; Ureteroscopy; Lasers, solid-state; Hydronephrosis; Ureteral obstruction; Treatment outcome

输尿管硬镜下钬激光碎石术是治疗输尿管中下段结石的首选方法,但手术成功的关键是输尿管镜能否通过输尿管开口。导致输尿管镜通过输尿管开口失败的原因有:输尿管壁内段结石造成输尿管末段黏膜水肿;输尿管开口狭窄;开口和输尿管镜成直角;初学者置镜时造成输尿管开口损伤等。若无法顺利通过输尿管开口并置入导丝和输尿管镜,手术难以实施。笔者对16例病人采用输尿管开口电切联合输尿管镜的方法治疗输尿管结石,疗效满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2016年3月,宣城市人民医院泌尿外科收治16例病人,其中男7例,女9例;年龄范围为24~76岁,均为输尿管中下段结石,其中右侧4例,左侧12例,结石大小(0.6~1.2)

cm×(0.8~2.5) cm,术前检查病人尿常规,有感染者行中段尿培养+药敏试验。尿路平片+静脉尿路造影检查了解结石大小、形态及位置,有无发育畸形,结石下方输尿管有无扭曲,肾脏不显影者行肾脏CT、磁共振尿路水成像检查,本研究符合伦理学原则,病人均知情同意。

1.2 手术方法 所有病人均采用连续硬脊膜外阻滞麻醉,取膀胱截石位。采用Wolf 8.0/9.8 F输尿管硬镜、美国科医人钬激光碎石仪,用50 mL或100 mL注射器经连接管接输尿管镜侧孔注水。输尿管镜入膀胱后,出现以下情况:输尿管开口处膀胱黏膜高度水肿、或输尿管开口狭窄、或开口和输尿管镜成直角、或初学者置镜时造成开口损伤,经多次试插斑马导丝和输尿管导管仍失败,难以辨别输尿管开口及输尿管正常通道,下一步改行输尿管开口电

切术。采用德国WOLF电切镜(30° 25.5F),冲洗液用5%甘露醇电切液,电切功率120 W,电凝功率60 W。插入电切镜,先切除输尿管开口处表面的水肿黏膜,部分病人可见结石外露,直接用取石钳将结石取出,如结石较大,可用钬激光击碎石;如未见结石,用电切镜稍切开输尿管开口,切开输尿管开口均小于1 cm,暴露输尿管开口,置入斑马导丝,沿导丝置入输尿管镜并行钬激光碎石。去除结石后常规留置双J管作内支架,留置导尿管2~5 d,4~8周后膀胱镜下拔除双J管。

2 结果

输尿管开口电切后,4例病人直接输尿管镜下取石钳取出结石,12例病人行输尿管镜下钬激光碎石,术后随访2~24个月,平均12个月。B超和IVU检查示肾积水好转或消失,患侧输尿管无扩张、返流或狭窄。

3 讨论

3.1 病人的选择 输尿管镜下钬激光碎石术是目前治疗泌尿系结石(尤其是输尿管中下段结石)较理想的一种治疗方法,具有创伤小、痛苦少、碎石成功率高、结石排净率高以及住院时间短等特点。然而,碎石的关键是找到输尿管开口,并能置入输尿管镜,再行取石或碎石,输尿管狭窄往往与输尿管结石伴发存在,输尿管狭窄可以引起结石嵌顿于输尿管腔内阻止结石排出,同时结石嵌顿又加重了输尿管壁水肿,是造成输尿管镜失败和输尿管损伤的重要原因^[1-2]。笔者将采用输尿管开口电切病人归纳为以下几类:①由于输尿管膀胱壁内段最为狭窄,上尿路结石在下降过程中容易嵌顿在此段,结石嵌顿后刺激输尿管及输尿管开口周围的膀胱黏膜,导致黏膜水肿^[3],此时很难置入导丝,部分病人用高压冲水,可见输尿管开口,但仍有部分病人高压冲水后,输尿管开口处黏膜下被水冲起,此时置入导丝极易置入黏膜下,上镜造成黏膜下假道,导致输尿管镜下碎石失败,本次研究中此类病人10例。②输尿管开口狭窄,这类病人大部分先置入导丝后通过镜端扩张、筋膜扩张器及球囊扩张器,大部分能成功置入^[4],但仍有少部分病人通过上述方法不能置入输尿管镜,本次研究中此类病人2例。③输尿管开口异常,输尿管开口和输尿管镜成直角,或输尿管开口于输尿管间嵴内侧,这时由于初学者经验不足,在不能确定输尿管开口及走形的情况下盲目置导丝或输尿管镜,造成输尿管开口损伤,无法进镜,此类病人4例,因此在看清楚通道的情况下置入导丝进镜是初学输尿管镜的关键。笔

者采用电切镜行输尿管开口电切有效解决了上述的问题。

3.2 电切的体会 电切技术最早用于前列腺增生和膀胱肿瘤等,在腺性膀胱炎的病人中使用也取得较好效果。笔者有多年的前列腺增生及膀胱肿瘤电切经验。根据输尿管开口周围的肿瘤电切后的随访结果,无明显术后输尿管开口狭窄和输尿管返流造成肾积水,单纯输尿管开口处电切通常不会造成输尿管的梗阻^[5],也可使用等离子棒状电极或钬激光沿输尿管走向切开输尿管壁间段,再行碎石^[6],但笔者前期使用钬激光行输尿管开口狭窄切开时发现:钬激光切开后,切缘不整齐,深浅不一,且需在输尿管内置入导丝确认后方可行钬激光切开,如无法找到输尿管开口将不能进行,然而输尿管开口电切可以避免上述情况发生,所以将输尿管开口电切术用于治疗上述病人是可行的,也取得较好的临床效果,避免了中转开放手术给病人带来的创伤。输尿管壁内段长约1.5~2.0 cm,并有waldeyer鞘和waldeyer间隙,对末端输尿管的尿液输送和抗返流起到重要作用^[7]。因此,此类手术应掌握好适应证,注意操作技巧,设置电切功率为120 W,电凝功率为60 W。在没有明显出血时尽量不用电凝,电凝易造成组织炭化,不易辨别组织层次,同时避免电凝造成输尿管开口疤痕狭窄。因水肿黏膜没有较大血管,先只切除输尿管开口区域水肿的黏膜,此时视野清晰,切除黏膜后部分壁段结石即可显现,可以直接取出。电切时需注意电切面的平整,勿深浅不一,也不能一次切至肌层。部分病人切除水肿黏膜后既看不见结石也不能明确辨别输尿管开口,此时需观察部分结石在壁段造成膀胱黏膜隆起,这时切开隆起的膀胱黏膜即可暴露结石。仍有少数病人通过上述方法仍然不能找到输尿管开口,此时沿着输尿管走形切开,即可找到输尿管黏膜。输尿管间嵴内为waldeyer鞘,其为肌层样组织,输尿管黏膜从肌层组织中突出,只要认真观察即可找到输尿管开口,此时应仔细观察,分次薄层电切,注意切开输尿管不超过1 cm,找到输尿管开口后置入导丝,沿导丝进镜行输尿管镜下碎石术,因钬激光能粉末化碎石,便于术后结石排出^[8-9],故术中均选择钬激光碎石,术后复查未见结石残留,此时上镜应注意观察电切后的输尿管开口,尤其上段输尿管结石,上镜过程中采用上镜和退镜相结合的方法,随时观察开口,注意输尿管镜远端逐增粗,避免套住输尿管黏膜造成输尿管从壁段撕脱。

3.3 术后处理及随访 上述输尿管电切和输尿管

镜下碎石取石后,全部留置双J管。复杂输尿管结石术后适当延长双J管的留置时间有益于预防损伤输尿管狭窄的发生,但置管时间过长,可出现相关并发症,也起不到预防输尿管狭窄的发生^[10]。根据术中情况决定双J管留置的时间,只行黏膜切开的病人留置双J管1个月;行输尿管开口电切超过0.5 cm,或有电凝止血的病人留置双J管2个月。术后对所有病人进行门诊随访,主要通过泌尿系B超检查,部分原积水较重的病人行泌尿系B超和静脉尿路造影检查,比较肾脏积水改变情况。本次研究的所有病人肾积水均消失或较术前好转,患侧输尿管无扩张、返流,无肾功能损害加重。因此输尿管输尿管开口电切联合输尿管镜治疗输尿管结石是有效、可行的治疗方法,值得临床推广,但须严格把握适应证,注意术中操作技巧的学习和经验的积累,以减少并发症。

参考文献

[1] 王晖,陆鸿海,张炳辉,等.输尿管结石合并狭窄的治疗策略

[J].同济大学学报(医学版),2016,37(1):93-96.

- [2] 秦允清,曹用立,张有印,等.输尿管结石行输尿管镜下气压弹道碎石术失败原因分析[J].江西医药,2015,50(7):668-670.
- [3] 黄喜健,吴定涛,闭克明,等.输尿管下段结石并狭窄的微创治疗[J].微创医学,2013,8(3):372-374.
- [4] 陈奎,刘仁滨,黄海波,等.硬性输尿管镜内镜困难的探讨[J].广州医学院学报,2011,39(4):55-56,71.
- [5] 丁俊峰,王冰捷.经尿道电切治疗输尿管口附近表浅膀胱肿瘤[J].中国现代药物应用,2010,4(7):109-110.
- [6] 刘定益,俞家顺,王健,等.输尿管镜钬激光治疗输尿管结石1015例疗效分析[J].中国微创外科杂志,2015,15(8):695-698.
- [7] 楼水鑫,丁青,任黎刚,等.输尿管镜联合电切镜治疗输尿管末端结石疗效分析[J].浙江医学,2011,33(6):833-835.
- [8] 全墨泽,刘见辉,陶汉寿,等.经输尿管镜钬激光碎石术与气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床疗效比较[J].安徽医药,2014,18(5):887-889.
- [9] 江顺,金能成,郭志文,等.后腹腔镜与输尿管镜治疗输尿管上段结石的效果比较[J].安徽医药,2014,18(6):1101-1103.
- [10] 李武学,赵兴华,许长宝,等.输尿管镜治疗复杂性输尿管结石留置双J管时间的临床观察[J].实用医学杂志,2017,33(2):256-258.

(收稿日期:2017-06-14,修回日期:2019-01-18)

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.05.023

◇临床医学◇

类风湿关节炎出院病人门诊非药物干预效果评价

褚强强,夏光云,董文红,杨军丽,张晓猛

作者单位:合肥市第一人民医院全科医学科,安徽 合肥 230061

摘要:目的 评价类风湿关节炎(RA)出院病人门诊非药物干预效果,为临床综合治疗RA提供依据。方法 筛选出RA出院病人42例,通过随机编码表法分为干预组和对照组。对干预组实施1年的健康教育、心理疏导、关节功能锻炼指导、药物督导治疗等门诊干预措施,对照组仅在就诊时给予口头宣教,嘱定期随访,不做其他特殊干预。通过比较两组病人晨僵、握力、关节压痛数、关节肿胀数等临床症状改善情况以及红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)等血清学检测指标变化,对干预结果进行评价。**结果** 经过1年的干预治疗后,干预组病人平均定期随访率达91.27%,明显高于对照组的74.60%($P < 0.05$);干预组晨僵时间(0.88 ± 1.00) h,低于对照组的(1.38 ± 1.52) h,但差异无统计学意义($P > 0.05$);干预组握力(67.52 ± 17.64) mmHg,明显高于对照组(50.33 ± 17.72) mmHg($P < 0.05$);干预组关节压痛数(8.67 ± 6.37)个;明显低于对照组(15.24 ± 7.71)个($P < 0.05$);干预组关节肿胀数(4.95 ± 6.18)个,明显低于对照组(11.24 ± 7.68)个($P < 0.05$);干预组干预后平均ESR、CRP分别为(21.33 ± 7.28) mm/h、(13.55 ± 6.12) mg/L,均明显低于对照组的(29.57 ± 10.87) mm/h、(22.48 ± 12.13) mg/L($P < 0.05$)。**结论** 对出院病人实施1年的门诊非药物干预后,有效提高了病人对RA的知晓率,提高RA的控制率,明显改善病人生活质量。

关键词:关节炎,类风湿; 出院后医疗; 家庭医疗保健服务,基于医院的; 健康教育; 运动疗法

Evaluation on effect of outpatient non-drug intervention in patients discharged with rheumatoid arthritis

CHU Qiangqiang, XIA Guangyun, DONG Wenhong, YANG Junli, ZHANG Xiaomeng

Author Affiliation: Department of General Practice, The First People's Hospital of Hefei, Hefei, Anhui 230061, China