

治疗,左侧肢体肌力恢复至IV+级,生活基本能够自理。2周前家人发现患者情绪低落,懒言,不愿活动,食欲减退,入睡困难。服用“帕罗西汀,1片,中午1次”,症状无改善,现症见:情绪激动,不愿与人交谈,经常独处,目光呆滞,时有无明显原因哭泣,自诉不能自我控制,右半身不遂,舌暗、苔腻,脉涩滑,辨证为痰阻血瘀,给予血府逐瘀汤加减治疗4周,症状消失,睡眠质量改善,情绪恢复正常,能够与家人、病友及医护人员正常交流,有笑容,不再哭泣,食欲如常,进食及洗漱等日常生活主动自理,未见有不良反应。

参考文献:

- [1]郭克锋,杨文清.脑卒中后抑郁障碍[J].中国临床康复,2003,7(5):718-720
[2]李飞,王存选,华浩明,等.方剂学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1281

- [3]谢远明.中药方剂近代研究及临床应用[M].西安:陕西科学技术出版社,1989:269
[4]马月香,方鸿,窦迎春.血府逐瘀汤对大鼠脑缺血模型的影响[J].山东中医药大学学报,2001,25(4):305
[5]张继志.血府逐瘀汤加减治疗精神分裂症血瘀证的临床研究[J].中西医结合杂志,1993,13(7):397
[6]郭建新,于俊丽,孔德荣.血府逐瘀汤加减治疗焦虑证40例[J].河南中医,1997,17(6):354

作者简介:

马达(1975-),男,山东金乡人,主治医师,主要从事中风后遗症的康复与治疗工作。

编辑:王艳娟 编号:EA-12073051(修回:2012-11-13)

侧卧位微创经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石的临床应用

Clinical application in treating urinary tract stones by the lateral position of MPCNL

黄春华

(江西省安福县人民医院,江西 安福,343200)

中图分类号:R364.2⁺5 文献标识码:A 文章编号:1674-7860(2012)21-0067-02 证型:DBG

【摘要】目的:探讨侧卧位施行经皮肾镜碎石术(MPCNL)治疗上尿路结石方法、疗效、优势及应用前景。方法:回顾分析我院近2年来采用侧卧位经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石12例临床资料。结果:本组病人均在B超引导下健侧卧位一期穿刺碎石取石,平均手术时间90min(50~180min),平均住院9d(6~15d),结石一次取净率91.2%,无大出血和其他严重并发症发生。结论:侧卧位施行MPCNL手术患者易耐受,手术更安全,术中碎石易排出。效果良好,值得临床推广使用。

【关键词】上尿路结石;经皮肾镜;碎石术;侧卧位

【Abstract】Objective: To investigate the treating urinary tract stones methods, efficacy, advantages and application prospects by the lateral position of MPCNL. Methods: A retrospective analysis of our hospital for nearly 2 years, 12 cases of clinical data of the lateral position of MPCNL on treating upper urinary tract stones. Results: The group of patients in the B-guided contralateral decubitus the a puncture taken out stone, the average operation time was 90 min (50 to 180 min), the average length of stay 9 days (6 to 15 days), stones one time to take the net rate was 91.2%, no bleeding and other serious complications. Conclusion: The lateral position MPCNL surgery, patients tend to tolerate surgery safer surgery gravel easy discharge. The result is good, is worthy of clinical application.

【Keywords】Upper urinary tract stones; Percutaneous nephrolithotomy; Lithotripsy; Lateral position

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.21.034

微创经皮肾镜碎石取石术已成为现代治疗肾及输尿管上段结石的主要手术方法,传统手术体位多采用俯卧位,由于体位的影响,患者比较辛苦,且给麻醉观察也带来不便,存在体位不适、呼吸困难(尤其是肥胖、年老体弱者)及结石不易冲出等缺点。我们在近年熟练掌握俯卧位手术技巧的基础上,于2010年12月~2012年7月采用侧卧位微创经皮肾镜碎石术治疗上尿路结石患者12例,取得了很好的疗效。现将本组临床治疗报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

本组12例,男8例,女4例,年龄18~68岁,平均42岁,术前常规作B超、CT和静脉肾盂造影,检查确诊左肾结石4例,右肾结石3例,单侧输尿管上段结石5例。轻度肾积水2例,中度肾积水8例,重度肾积水2例。输尿管结石均为单发,肾结石均为多发,结石最大约35mm,其中6例肥胖患者体重超过80kg。

1.2 手术方法

双管硬腰联合麻醉后,截石位患侧输尿管逆行插入 F6 输尿管导管固定留置尿管备用,患者健侧卧位,腰部以腰桥顶起,取第 12 肋下或第 11 肋间与腋后线交界区为穿刺点,在 B 超引导下用 18G 穿刺针对准结石或积水肾盂肾盏穿刺,此时如无明显肾积水,则经已插好的 F6 输尿管导管注入生理盐水扩张肾盂,当穿刺针芯拔出后有明显尿液流出时,可以确认穿刺针已进入肾集合系统,置入斑马导丝,退出穿刺针鞘,沿导丝以筋膜扩张器由 F8 起扩张至 F18,置入 F18Peel-away 鞘,沿鞘置入 F8/9•8 输尿管硬镜观察,看清结石后使用气压弹道碎石或钬激光碎石。6 例肾鹿角形结石同时一期建立两个通道碎石。清除结石后向输尿管内置入导丝,沿导丝置入 F6 双 J 管。再将各通道内可见结石击碎并冲出或取出,留置 F16 肾造瘘管。术后 3~5d 复查 KUB,如结石基本取净,术后 7d 可以拔除肾造瘘管。如需二期手术取石,间隔 7d 后可以施行,直至所有通道范围内结石取净,若有大于 5mm 的残留结石碎块,术后可配合 ESWL 治疗,术后 4~6 周拔除双 J 管。

2 结果

本组 12 例。平均手术时间(包括穿刺、扩张、置鞘)90(50~180)min,住院天数 9(6~15)d。7 例单发肾结石手术中,1 例因术中发现肾积脓,留置造瘘管后改二期手术。2 例肾鹿角形结石采用双通道取石。输尿管结石行一期单通道取石。出院后 6 个月随访,行 IVU 检查 10 例,肾盂显影良好 8 例。

3 讨论

微创经皮肾镜碎石术是目前治疗上尿路结石(第 4 腰椎以上)的有效手段,常用的手术体位是俯卧位,而侧卧位和仰卧位较少用,仅偶尔用于特别肥胖、虚弱或有脊柱后凸的患者。早期由于要使用 C 臂 X 线机进行结石的穿刺定位,采用俯卧位时比较方便。目前多用 B 超进行穿刺定位,因此可以不强制采用俯卧位。而且采用俯卧位手术时有几个缺点:体位比较难摆,如不采用全麻则呼吸较难监测。在基层医院不容易推广,患者面部特别是眼球较易受压。而且俯卧位腰部垫高 15° 体位。该体位患者较难受,一般较难长时间忍受。由于重力压迫胸腹部影响呼吸,当患者有呼吸困难时较难气管插管。如采用全麻,增加了肺部并发症出现可能。由于长时间俯卧位,心肺易受压,特别是合并心肺疾病者不能长时间耐受手术。我们采取健侧卧位进行手术可以有效避免这些缺点,患者对此体位依从性高,一般都可以耐受,特别对肾鹿角形结石患者及合并心肺疾病患者、尤其是肥胖者也能相对较长时间耐受手术,提高一期于术结石清除率。这种体位头低脚低,腰部以腰桥顶起,借助腰桥的张力,可以使髂嵴与肋下间隙拉开,肾脏的解剖位置相对下移,肾脏与皮肤的距离更短,同时使腰部皮肤绷紧,腰部术野更宽,更有利于穿刺点的选择,提高穿刺成功率。可以有效地避免或减少胸腹膜损伤。手术时肾盂位于最低位,击碎结石及肾盏结石,由于重力作用,加上碎石时的振动和水流的冲击的作用,肾盏内的小结石比较容易掉入肾盂,使得本来比较难取的肾盏内结石变得更容易。侧卧位穿刺点可以更靠后,通道与水平角度更小,结石碎片更易冲出。侧卧位时尿管

管镜活动的范围和角度较大,且不易受体位的限制,因此取石、碎石更方便。如遇手术中大出血等需要紧急进行开放手术处理时,不需要再变换体位,为手术抢救赢得了时间。呼吸比较容易观察可以不需要全麻,在基层医院较容易开展和推广,且费用也更经济。采用 B 超定位,具有无射线损伤、准确及碎石后检查残留结石等优点。

我们的体会是穿刺部位根据 CT、IVP 片及 B 超确定,一般选腋后线第 12 肋下或第 11 肋间,一般穿刺肾中盏,以输尿管镜能上下摆动到达各个肾盏为原则,根据需要再穿刺第 2、3 条通道。按照李逊等^[1]介绍的经验,采用腋后线第 11 肋间穿刺后中组肾盏,可以扩大取石时的手术视野,最大可能地达到肾脏各盏,提高结石清除率。穿刺时拔除针芯时一定要使尿液流出才穿刺到位,不到位不要盲目扩张。穿刺到位导丝植入有阻力,可能是结石充满肾内且没积水,这时不能用暴力以免损伤肾,可先逐步扩张,待植入输尿管镜确定后再扩张至结石部位,可将结石击碎部分有一定空间后再将导丝植入。扩张时一定要注意扩张深度,可参考 B 超导航距离,宁浅勿深原则,浅了可以再深入,深了很容易损伤肾,而且容易出血。扩张时要注意一定要把斑马导丝固定好,如果导丝脱出,可用输尿管镜顺势料鞘进入观察,如可确定在肾内,再植入导丝。否则,必须重新穿刺。扩张时我们一般扩张到 F18,如为输尿管上段结石,可把塑料鞘直接植入上段结石部位,这样可避免结石冲回肾内,结石要尽量击碎,然后增加水压,将结石冲出,尽量避免取石,这样可节省手术时间。但要注意控制术中压力 $\geq 30\text{mmHg}$ 的总时间 $\leq 10\text{min}$,以获得平稳的临床恢复,减少术后并发症^[2]。当然,较大结石仍需取出。术中如果出血可将肾造瘘管通过穿刺鞘植入出血部位,然后夹闭一段时间以压迫止血,如仍出血则终止手术改二期手术,如术后仍出血可行介入栓塞止血。本组患者由于 B 超定位准确未出现因出血而终止手术者。对感染性结石术前术后要常规应用抗生素,必要时可使用激素。临床有施行 MPCNL 穿刺误伤结肠导致结肠内瘘或外瘘等严重并发症的报道,可能也与体位的选择有关。俯卧位时,由于躯体后背的重力关系,除了使胸部受压之外,还会使腰部腹部出现解剖结构扭曲,导致肾脏相对位置向前移位,而结肠相对位置向后移位,增加结肠被误伤的机会。而采用侧卧位患者的解剖结构不会扭曲,不会导致结肠损伤,本组患者未见结肠损伤。我们经过一段时间的摸索和实践研究,总结出侧卧位进行微创经皮肾镜手术有如下优点:体位容易摆放,患者面部和胸腹部没有受压的风险,患者对这种体位依从性也比较高。手术更安全,术中碎石易排出,效果良好,泌尿外科医生最熟悉的手术体位,是一个非常好的施行微创经皮肾镜手术的体位,特别适用于使用 B 超定位穿刺的微创经皮肾镜手术,值得临床广泛推广和使用。

参考文献:

- [1]李逊.微创经皮肾穿刺取石术(MPCNL)[J].中国现代手术学杂志,2003,7:338-344
- [2]史红雷,郭宏,李笑弓,等.肾结石患者行 MPCNL 中肾盂内压的测定及其临床意义[J].江苏医药,2007,33(6):612-613

编辑:闫丽娜 编号:EC-120830232(修回:2012-11-09)