

参 考 文 献

[1] 黄小荣,陈敏芳,俞霞琴. 大肠息肉高频电摘除术并发症的防治策略[J]. 中华消化内镜杂志,2003,20(5):352.

[2] 李保良,何振华,梁 雪. 消化道息肉 172 例内镜诊治与病理结果分析[J]. 微创医学,2006,1(1):37-39.

[3] 朱志华,梁 波,杨泽云. 经内镜高频电凝切除治疗消化道息肉 53 例[J]. 广西医学,2002,24(8):1236-1237.

[4] Muller AD, Sonnemberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible

endoscope and polypectomy: a case control study of 32702 Veterans [J]. Am Intenmed, 1995, 123(12):904-910.

[5] Taupin D, Ooi K, Yenomans N, et al. Conserved expression of intestinal trefoil factor in the human colonic adenoma-carcinoma sequence [J]. Lad Invest, 1996, 75(1):25-32.

[6] 刘 俊,何怀纯,王崇文,等. 多原发大肠癌的内镜诊断及其与腺瘤的关系[J]. 中华消化内镜杂志,1999,16(3):144-145.

(收稿日期:2009-03-01 修回日期:2009-04-27)

前列腺电汽化术加钬激光碎石治疗良性前列腺增生并膀胱结石

党向阳 徐 伟

(广西玉林市第一人民医院泌尿外科,玉林市 537000)

【关键词】 前列腺增生症;膀胱结石;前列腺电汽化术;钬激光碎石

【中图分类号】 R 697.32;R 694.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)03-0286-02

2005 年 1 月至 2008 年 1 月我院采用前列腺电汽化术(TUVP)加经尿道膀胱结石钬激光碎石治疗良性前列腺增生症并膀胱结石 68 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 68 例,年龄 57~85 岁,平均 67.8 岁。经直肠指检、B 超及 X 线片明确诊断为膀胱结石,结石大小 0.6~5.0 cm×1.3~6.5 cm,X 线阳性结石 61 例,X 线阴性结石 7 例,多发结石 23 例。前列腺 I~III 度大小,残余尿 70~800 mL,最大尿流量(MFR)<10 ml/s。其中合并冠心病 9 例、急性尿潴留 10 例、尿路感染 12 例、高血压病 38 例、慢性支气管炎并肺气肿 15 例、糖尿病 12 例。

1.2 手术方法 术前所有患者的内科疾患控制稳定,急性尿潴留患者均先留置导尿。肝、肾功能、电解质恢复正常,应用抗生素控制感染。采用美国科医人钬激光(Ho:YAG 激光)碎石机及美国 Circon ACMI 前列腺电汽化切割镜治疗。患者取截石位,采用连硬或腰硬联合麻醉,将电汽化切割镜插入膀胱,电视监视下观察膀胱各壁、膀胱颈部、前列腺部尿道及精阜。窥清结石后经电汽化切割镜操作腔道插入 550 μm 激光传导光纤,直抵结石。设定钬激光功率 20~40 W(能量 1.0~2.0 kJ,频率 10~20 Hz),将结石击碎至最大直径<3 mm,多发性结石予以逐一粉碎。碎石成功后用 Ellik 冲洗器尽量吸净结石,再行 TUVP,最后用冲洗器将前列腺碎片冲出。切除前列腺组织送病理检查。术后留置三腔导尿管。

1.3 结果 本组 68 例均一次获得成功。手术时间 50~120 min,其中碎石时间 10~60 min,前列腺汽化电切时间一般在 60 min 以内。术中均未发生前列腺电切综合征(TURS)等手术并发症,术后留置三腔导尿管,持续膀胱冲洗 1~3 d,术后 1 周拔除导尿管。患者症状明显改善,复查 MFR 22~28 ml/s,IPSS 评分由术前(27.5±1.5)下降至术后(9.3±0.7)。病理

检查 68 例均为良性前列腺增生。

2 讨论

前列腺增生症并膀胱结石发生率为 10% 以上^[1]。前列腺增生症并膀胱结石以往处理多采取耻骨上膀胱切开取石加前列腺切除术,但开放手术创伤大,恢复慢,对于老年患者禁忌多,风险大,多需输血,而目前保守治疗效果较差^[2]。腔内治疗创伤小、恢复快,很少输血,拓宽了手术的适应证,减少了并发症。腔内技术的日渐成熟,使之治疗前列腺增生症并膀胱结石成为可能。

Grasso^[3]认为钬激光能安全有效地粉碎所有泌尿系结石。其具有以下特点:①穿透深度浅,碎石过程无电流产生,释放热量极少,钬激光的组织穿透度<0.5 mm,确保在碎石过程中不发生空腔脏器穿孔^[4];②钬激光为高能脉冲式固体激光,脉冲持续时间为 0.25 ms,远远小于组织的热传导时间(1 ms),在如此短的瞬间激光的峰值功率高达 10 kW,足以粉碎各种成分的结石^[5];③软光纤传输,柔软的细光纤可通过前列腺电汽化切割镜操作腔道直抵结石,创伤轻,痛苦小,恢复快。碎石完成后用 Ellik 冲洗器吸净碎石,以便处理前列腺。

经尿道前列腺切除术(TUVP)是治疗 BPH 的金标准,其特点包括^[6]:①汽化和电切可同时进行;②汽化组织深部的组织凝固层可封闭血管,不仅减少出血,并且可限制灌注液的吸收,从而避免 TUR 综合征的发生;③由于对病人创伤小,手术时间可延长,基本可将前列腺增生组织完全去除,直至“外科包膜”。本组 68 例应用 TUVP 加钬激光碎石治疗良性前列腺增生并膀胱结石手术时间 50~120 min,均未输血,无并发症发生。

总结本组 68 例的治疗经验,我们认为:①手术过程应先粉碎并吸净结石,保持视野清晰,便于再处理前列腺时辨明输尿

管开口及膀胱三角区,同时可避免前列腺窝再损伤、减少冲洗液的重吸收及减少术后感染、TURS 发生的机会。②碎石宜从边缘开始,由浅入深,逐层粉碎结石,尽量使结石碎成粉末或者很小的碎块,能随水流冲至体外;应避免由中心开始碎石,以免碎石块被灌洗水流冲走,造成结石残留;如为多发性结石,应按自小到大顺序进行;最后用 Ellik 冲洗器冲洗膀胱,排尽结石。③行 TUVF 时应选用铲状电极,该电极能较快地汽化切割组织,止血效果显著。前列腺增生在Ⅲ度以上,且合并多发或较大膀胱结石者,更适用铲状电极。④对精阜周围腺体,尤其是增生腺体达精阜远端者,为避免尿道外括约肌的损伤,应换用电切环,并降低功率进行切除。

同期进行经尿道前列腺电气化术和经尿道膀胱结石钬激光碎石是治疗良性前列腺增生并膀胱结石的一种微创、高效、安全的手术方法,特别适合于高危高龄患者。上述各种技术的良好配合是手术成功的关键。

参 考 文 献

- [1] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004. 1144.
- [2] 王祥安, 苏玉花. 经尿道前列腺电切术治疗高危良性前列腺增生 58 例[J]. 微创医学, 2007, 2(1): 53-54.
- [3] Grasso M. Experience with the holmium laser as an endoscopic lithotrite[J]. Urology, 1996, 48(2): 199-206.
- [4] Yip KH, Lee F, Tam PC. Holmium laser lithotripsy for ureteral calculi: An outpatient procedure[J]. Endourol, 1998, 12(3): 241-246.
- [5] Wollin TA, Razvi HA, Denstedt JD. Identifying stone composition using infrared analysis of filtered urine after ureteroscopic lithotripsy[J]. Endourol, 1999, 13(7): 499-503.
- [6] 吴桂强, 刘成倍, 徐伟, 等. 经尿道电汽化术、开放性手术治疗良性前列腺增生的疗效评价[J]. 广西医学, 2003, 25(9): 1615-1617.

(收稿日期: 2009-03-02 修回日期: 2009-04-21)

内镜下高频电凝治疗胃肠息肉 169 例临床分析

凌霄 邓碧珠

(广西桂林市中医医院, 桂林市 541002)

【关键词】 胃肠息肉; 高频电凝; 内镜

【中图分类号】 R 573; R 574 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)03-0287-02

胃息肉和肠息肉是消化系癌前病变, 内镜下高频电凝(电切)摘除病灶具有疗效好、创伤性小、创面易愈合等优点, 对防止消化系恶性病变有非常重要的意义。现将近年我科应用该技术治疗胃肠息肉的结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察对象为 2005 年 1 月至 2008 年 10 月在我院门诊及住院的患者, 总共 169 例, 其中男 97 例, 女 72 例, 年龄最大 81 岁, 最小 18 岁; 息肉最多 25 个, 最少 1 个, 肠息肉 107 例, 胃息肉 62 例; 息肉直径最大 2.5 cm × 1.5 cm, 最小 0.5 cm × 0.5 cm。

1.2 器材选择 日本奥林巴斯光学工业株式会社产 Olympus GIF-140 电子胃镜、CF-140I 电子肠镜及 Olympus CLV-U40 高频电凝/电切治疗仪及息肉圈套器、高频电凝探头、电极板。

1.3 治疗方法 术前准备与胃、肠镜检查相同; 检查凝血功能; 有高血压者待血压稳定 3 d 后方可实施治疗; 术前 1 个月内未服抗凝药物如阿司匹林等。手术时患者左侧卧位, 先用生理盐水涂抹于患者肢体皮肤上, 然后将电极板捆上。检查高频电凝(电切)治疗仪的灵敏度, 并将息肉圈套器连接到治疗仪上, 治疗仪输出电波调至最佳位置(常用 25~35 V)。用胃(肠)镜插于胃(肠)腔, 寻找息肉病变处。找到息肉后, 将息肉圈套器从镜身侧管插入, 然后将圈套器打开并套住息肉基底部(广基息肉先注射 1~2 mL 生理盐水使基底部隆起)或蒂

部, 稍提起, 先凝后切将息肉摘除。息肉摘除后镜下观察 5 min 左右, 看是否有出血, 少许出血可镜下注射冰生理盐水加去甲肾上腺素或凝血酶; 出血较多者可插入高频电凝探头电凝止血或镜下钛夹钳住止血。如为长粗蒂息肉, 可先行钛夹钳住蒂部再电切电凝摘出, 以防大出血。无出血即可将内镜取出, 术后即予腹透, 观察有否穿孔, 并禁食 6 个 h, 予输液补充水、电解质, 必要时可给予止血、抗炎治疗, 临床观察 3~4 d, 无出血、腹痛、穿孔等并发症即可正常工作。

2 结果

169 例患者经内窥镜下行高频电凝(电切)治疗后, 1 例多发性息肉患者(从升结肠至横结肠共 5 颗大小约 1.0 cm × 1.0 cm 广基息肉)行第三颗息肉切除时出现腹部剧痛, 立即拔管, 腹透示肠穿孔, 经修补后 1 周痊愈出院。1 例术后第 2 天出现新鲜血便, 经查该患者有高血压病史, 术前血压正常, 术后血压升至 180/200/90~100 mmHg, 经静滴止血芳酸、止血敏及降压等治疗, 未奏效, 于术后第 3 天再次插镜观察, 见原病灶处黏膜有少许鲜血渗出, 即用高频探头电凝止血治疗, 取出电凝头后再用凝血酶镜下注射止血, 观察 5 min 无继续出血, 将镜身取出。禁食 1 d, 继续用止血、降压、抗炎治疗观察 3 d, 无继续出血则出院。余 167 例患者无穿孔、出血等并发症, 均于术后 3~4 d 出院。