



• 临床研究 •

后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗肾结核的临床疗效分析

刘海深 (娄底市第三人民医院 湖南娄底 417600)

摘要:目的 分析研究肾结核通过后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗的方法以及治疗效果,为临床提供有力的依据。方法 选取我院在 2015 年 1 月到 2016 年 1 月所收治的肾结核患者资料 50 例开展回顾性分析,50 例患者全部接受后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗,采取电切镜针状电极在距离输尿管口大概 0.5cm 的位置作一环形切口,切透患者膀胱壁,将输尿管开口和膀胱壁内段进行分离,选取腰部三个穿刺套针入路,实施后腹腔镜下肾切除,保持输尿管尽量向下段游离,同时腹腔镜分离钳拉出下段输尿管,将套管切口进行扩大之后,取出肾输尿管全长,再次期间需要避免下腹部开放切口,总结 50 例患者的手术效果。结果 50 例患者全部顺利完成手术,患者手术时间平均为 93.5 ± 13.2 分钟,出血量平均为 47.4 ± 7.3 ml;患者中没有出现中转开放手术病例,手术之后将患者肾标本切开后显示干酪样坏死病灶和空洞形成,少数标本表现为钙化改变,通过病理检查所有患者全部符合肾结核诊断;50 例患者手术之后全部接受全程抗结核治疗,效果满意。结论 对于肾结核疾病采取后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗效果显著,治疗方法安全可靠,能够降低对患者产生的创伤,应该在临床中大力推广使用。

关键词: 肾结核 后腹腔镜下肾输尿管全长切除 经尿道膀胱袖状切除**中图分类号:** R699 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 14-162-02

泌尿系统结核一般继发在全身其他部位结核病灶之后,其中最常见的是肾结核,最近几年以来,发展中国家结核疾病的发生率不断升高,特别是不典型肾结核,为临床诊治带来难度。肾结核患者一般伴随肾门处广泛粘连、严重肾周炎,操作比较困难,存在结核散播风险,手术期间出血量比较多,并且改为开放性手术的几率高,曾经被认为属于腹腔镜手术的禁忌症。由于现在腹腔镜技术的不断进步,腹腔镜手术医生的临床经验不断累积,操作技能和熟练程度大幅度提升,现在对于肾结核疾病的治疗已经不再属于腹腔镜手术禁忌症^[1]。本文选取我院在过去一年之内所收治的肾结核患者资料 50 例开展回顾性分析,50 例患者全部接受后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗,现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院在 2015 年 1 月到 2016 年 1 月所收治的肾结核患者资料 50 例开展回顾性分析,50 例患者中男性 14 例,女性 36 例,患者的年龄区间在 40 岁到 77 岁之间,平均为 55.5 ± 7.2 岁;50 例患者的主要表现症状为尿路刺激、反复泌尿系统感染、镜下血尿以及腰痛等,50 例患者肾功能全部处于正常范围,通过尿常规检查显示存在白细胞,结合 B 超、抗酸杆菌、肾动态显像检查 50 例患者全部诊断为单侧肾结核;手术之前 50 例患者全部接受膀胱镜检查,查看是否存在膀胱病变以及尿液情况;50 例患者患肾不存在功能受损,伴随钙化,对侧肾功能全部正常。

1.2 方法

50 例患者全部接受全身麻醉,患者首先取截石位,进行常规消毒和铺巾之后,置入电切镜,对患者膀胱是否存在病变进行检查,和手术之前检查结果对比,无差异之后找出患侧输尿管开口,在患侧经尿道采取电切镜针状电极顺着输尿管四周距离输尿管口大概 0.5cm 位置作一环形切口,将膀胱壁切开,直到能够将输尿管末端完全游离为止,对于输尿管开口采取电凝止血,留置气囊导尿管^[2];此时患者改为健侧卧位,将其腰部垫高,在患者第 12 肋下缘腋后线处和骶棘肌外侧交界部位作一 2cm 切口,采取止血钳对于肌肉实施钝性分离,进入到腹膜后腔隙,置入气囊,将腹膜外腔隙扩张到 500ml 到 800ml,确保气囊 5 分钟之后排气,分别在腋中线肋骨上方、腋前线和肋弓下穿入套管,对于密闭切口进行缝合,防止漏气,为患者建立腹膜后操作通道,对于腔内给予观察,明确解剖学标志,使用分离钳以及超声刀将腹膜外脂肪进行剔除,直到见到肾周筋膜和其相连腹膜,对于输尿管进行水平游离,顺着腰大肌游离肾脏背侧,对于肾动静脉给予夹闭和切断,保留肾上腺,游离肾脏结束之后,顺着走行游离输尿管壁,将输尿管

上段提起,慢慢游离到中下段,对于输尿管采取分离钳夹住,采取同样方式将下段输尿管拉出,游离之后提出输尿管能够见到电灼发黑标志,将其装入异物袋,对于腹腔镜套管切口进行扩大之后将完整肾脏和输尿管全长取出,常规留置引流管,将切口关闭,手术完成^[3]。

2 结果

50 例患者全部顺利完成手术,患者手术时间、出血量见表 1;患者中没有出现中转开放手术病例,手术之后将患者肾标本切开后显示干酪样坏死病灶和空洞形成,少数标本表现为钙化改变,通过病理检查所有患者全部符合肾结核诊断;手术之后患者住院时间见表 2;50 例患者手术之后全部接受全程抗结核治疗,效果满意。

表 1: 50 例患者手术时间以及出血量情况

例数	手术时间 (分)	出血量 (ml)
50	93.5 ± 13.2	47.4 ± 7.3

表 2: 50 例患者住院时间情况

例数	住院时间 (天)	平均住院时间 (天)
50	7-11	8.5 ± 1.6

3 讨论

泌尿生殖系统结核属于临床中常见的肺外结核,泌尿系统结核患者大部分病灶继发于全身其它部位,其中肾结核属于最常见的继发部位,因为患者肾脏长时间特异性感染,导致肾组织受到严重破坏,结核病灶累及到肾脏周围脂肪以及肾周筋膜,产生粘连,导致正常解剖结构紊乱,因此在此时开展肾切除手术风险非常高^[4]。腹腔镜下肾结核手术属于临床腹腔镜技术的重点和难点,由于目前腹腔镜技术的不断发展,各项新器械的不断出现,腹腔镜手术医生临床经验的累积以及操作技术的提升,肾结核切除手术已经不再属于腹腔镜手术禁忌症,由于腹腔镜手术具有出血量少,对患者产生的创伤小,患者恢复速度快等优势,现在已经成为治疗肾结核的主要方式之一^[5]。通过对本文 50 例患者的研究显示,患者全部接受后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗,结果表明,50 例患者全部顺利完成手术,患者中没有出现中转开放手术病例,50 例患者手术之后全部接受全程抗结核治疗,效果满意。综上所述,对于肾结核疾病采取后腹腔镜下肾输尿管全长切除加经尿道膀胱袖状切除治疗,能够有效减少对患者的创伤,治疗效果理想,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] Brian R. Lane, Amr F. Fergany, Christopher J. Weight, Steven C. Campbell. Renal Functional Outcomes After Partial Nephrectomy With Extended Ischemic Intervals are Better Than After Radical (下转第 163 页)



老年性髌部骨折的临床观察

于军涛 孙美秘 (威海市经区医院骨科 264200)

摘要: **目的** 观察老年性髌部骨折的临床治疗效果。**方法** 选取我院收治的84例老年性髌部骨折患者,按照不同治疗方法将其分成对照组与观察组各42例,对照组采用内固定术治疗,观察组采用微创固定术治疗,对比两组患者治疗后的临床疗效。**结果** 观察组患者的骨折愈合时间与住院时间均明显短于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者髌关节功能恢复的优良率为90.5%,对照组患者为78.6%,观察组明显高于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 微创固定术治疗老年性髌部骨折的临床疗效满意,具有恢复时间短、安全可行等优势,值得临床推广。

关键词: 老年性 髌部骨折 内固定术 微创固定术

中图分类号: R687.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)14-163-01

本研究为了进一步观察老年性髌部骨折的临床治疗效果,选取了我院2015年10月到2016年10月期间收治的84例患者的临床资料进行回顾性分析,报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料:选取我院收治的84例老年性髌部骨折患者,按照不同治疗方法将其分成对照组与观察组各42例。对照组:男19例,女23例;年龄60-89岁,平均(73.2±4.1)岁;股骨颈骨折22例,股骨粗隆部骨折20例;受伤因素中,行走摔伤27例,交通事故伤11例,其他4例;Evans分型中,I型19例,II型15例,III型8例。观察组:男18例,女24例;年龄60-88岁,平均(73.0±4.1)岁;股骨颈骨折23例,股骨粗隆部骨折19例;受伤因素中,行走摔伤26例,交通事故伤12例,其他4例;Evans分型中,I型20例,II型15例,III型7例。对比两组患者的基本资料,差异无统计学意义($p>0.05$),具有可比性。

1.2 方法:对照组采用内固定术治疗:拍摄髌部关节正侧位片,行连续外膜麻醉,作转子外侧中纵行切口,行手术切开复位动力加压螺钉内固定、股骨近端髓内钉内固定、股骨近端解剖钢板内固定、Gamma钉内固定、斯氏针固定治疗。观察组采用微创固定术治疗:行连续硬膜麻醉,患者取俯卧位,行闭合复位固定,用X线观察复位效果,复位满意后用克氏针在髌关节患部皮肤处作切口,钝性游离骨膜,旋入螺丝钉;粗隆部骨折患者经股骨粗隆部位旋入尾端带有弯折钢丝的斯氏针,固定于支架上,纱布包裹针孔;术后应用抗生素治疗,留置引流管,2d后撤掉引流管^[2]。

1.3 观察指标:对比两组患者的骨折愈合时间与住院时间;应用Harris髌关节功能评分标准评估两组患者术后髌关节功能的恢复情况,满分100分,①优:90分以上,无痛感,行走正常,生活可自理;②良:80-89分,偶有痛感,依靠手杖行走,生活基本可自理;③中:70-79分,中度疼痛,行走需搀扶或外物支撑,生活不能自理;④差:70分以下,重度疼痛,无法下床,生活不能自理^[3]。

1.4 统计学方法:采用SPSS19.0统计软件进行数据统计,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比采用t检验,计数资料以n、%表示,组间对比采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 骨折愈合时间与住院时间对比:观察组患者的骨折愈合时间与住院时间均明显短于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1: 两组患者的骨折愈合时间与住院时间对比($\bar{d}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	骨折愈合时间	住院时间
观察组	42	65.4±6.7	16.1±3.5
对照组	42	117.9±8.6	28.7±4.4
P值		<0.05	<0.05

2.2 髌关节功能恢复情况对比:观察组患者髌关节功能恢复的优良率为90.5%,对照组患者为78.6%,观察组明显高于对照组,对比差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2: 两组患者的髌关节功能恢复情况对比[n(%)]

组别	例数	优	良	可	差	优良率
观察组	42	21	17	4	0	38(90.5)
对照组	42	14	19	7	2	33(78.6)
P值						<0.05

3 讨论

髌部骨折是一种严重的老年性骨折,骨折后患者的残疾率与死亡率均较高,给其家庭与社会均带来较大的经济负担^[4]。因此,探讨有效的治疗方法非常重要。内固定术在老年性髌部骨折的治疗中具有一定的疗效,但该术式的住院时间与恢复时间均较长。微创固定术全程在X线透视下进行,可直接观察患者术中髌部的病理变化,手术切口约3cm,对机体的损伤较小,患者术中、术后出血量较少,可明显减轻术后疼痛,提升患者术后行走与生活自理的能力^[5]。本研究结果显示,观察组患者的骨折愈合时间与住院时间均明显短于对照组,且术后髌关节功能恢复的优良率明显高于对照组,由此可知,观察组的治疗效果优于对照组,即微创固定术在老年性髌部骨折治疗中的应用效果优于内固定术。综上所述,微创固定术治疗老年性髌部骨折的临床疗效满意,具有恢复时间短、安全可行等优势,值得临床推广。

参考文献

- [1] 王为民.老年性髌部骨折36例治疗效果观察[J].临床合理用药杂志,2015(8):127-127.
- [2] 谢林林,赵玉粒,伍光辉.伍光辉运用蛭龙活血通瘀胶囊治疗老年髌部骨折等临床观察[J].现代养生,2015(14):69-70.
- [3] 陈星.老年性髌部骨折患者72例临床治疗效果观察[J].中国伤残医学,2014(7):46-47.
- [4] 陈思宏.36例老年性髌部骨折治疗分析[J].当代医学,2013(3):34-35.
- [5] 蓝海.高龄老人髌部骨折治疗的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2013(17):145-146.

(上接第162页)

Nephrectomy[J]. The Journal of Urology . 2010, 8 (04): 1286-1290.

[2] 王强,蔡明,石炳毅,李州利,钱叶勇,柏宏伟,李响,张旭.158例后腹腔镜下结直肠切除术临床分析[J].解放军医学院学报.2015, 24(08): 817-818.

[3] 艾克拜尔·吾夏尔,迪力夏提·吾麦尔,马力克·伊斯哈科夫,汪清.腹腔镜后腹腔镜结直肠无功能肾切除术与开放手术的比较[J].腹

腔镜外科杂志.2010, 16(06): 32-35.

[4] 徐丹枫,崔心刚,郑军华,任吉忠,姚亚成,高轶,阴雷,闵志廉.后腹腔镜加下腹部斜行小切口行肾盂癌根治术(附12例报告)[J].第二军医大学学报.2015, 5(08): 1063-1064.

[5] 张旭,马鑫,王少刚,郑涛,朱庆国,陈忠,郭小林,叶章群.后腹腔镜包膜下肾切除术治疗严重感染粘连性无功能肾(附12例报告)[J].中华泌尿外科杂志.2014, 7(05): 916-917.