在切除粗蒂大息肉样病变时，应用尼龙圈套结扎应注意圈套收紧适度，既要避免机械性割断息肉而引起大出血，又要防止术后圈套过早脱落。广基或平坦息肉样病变切除治疗前，粘膜下注射量充分，使病变与粘膜下层组织得到完全分离，充分隆起。对可能残留微小病变的创面及边缘用氩气灼烧处理。对早期恶性病变治疗后，短期内需行内镜随访。本组患者术后2个月左右行内镜复查。此时残基愈合良好，可清楚显示病变有无残留。对于粘膜下注射后抬举不充分，基底僵硬病变切不可强行切除，否则极易发生严重的出血、穿孔等并发症。

总结本组资料，本文认为绝大多数消化道巨大息肉样病变经内镜治疗是安全可行的。术前充分地讨论，术中根据病变特征联合多种内镜治疗技术，是可以完整地切除病变且减少并发症发生。

[参考文献]

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

[2] Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy: the National Polyp Study Workgroup[J]. N Engl J Med, 1993, 329(27): 1977－1981.

[3] Tung SY, Wu CS, Su MY. Magnifying colonoscopy in differentiating neoplastic from nonneoplastic colorectal lesions[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(9): 2628－2632.

[4] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海：上海医科大学出版社，1993.6.

[5] Su MY, Ho YP, Hsu CM, et al. How can colorectal neoplasms be treated during colonoscopy[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(18): 2806－2810.

[6] Sorbi D, Norton I, Conio M, et al. Postpolypectomy lower GI bleeding: descriptive analysis[J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(6): 690－696.

[7] Doniec JM, Lohnert MS, Schniewind B, et al. Endoscopic removal of large colorectal polyps: prevention of unnecessary surgery[J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46(3): 340－348.

[8] Singaram C, Torbey CF, Jacoby RF. Delayed postpolypectomy bleeding[J]. Am J Gastroenterol, 1995, 90(1): 146－147.

[9] Dobrowolski S, Dobosz M, Babicki A, et al. Blood supply of colorectal polyps correlates with risk ofbleeding after colonoscopic polypectomy[J]. Gastrointest Endosc, 2006, 63(7): 1004－1009.

（编辑：杨爱军）

·个案与短篇·

尿道气化电切术治疗老年前列腺增生80例的麻醉体会

韩宝义，朱世明，李秀玲 （鞍山市双山医院麻醉科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 气化电切术；前列腺增生；麻醉；老年患者；泌尿外科

[中图分类号] R614.2；R699 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0212-01

前列腺增生是老年男性的常见病、多发病，由于增大的前列腺压迫后尿道，病人常因排尿困难而痛苦。经尿道气化电切术治疗老年前列腺增生是当前最有效的治疗方法。我院自2003年2月至2008年2月采用腰麻-硬膜外联合麻醉下经尿道行前列腺气化电切术治疗老年人前列腺增生症80例，现结合病历分析将麻醉体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组80例，年龄61～78岁，经前列腺特异抗体及穿刺活检均排除前列腺癌，术前通过B超、直肠指检、静脉尿路造影诊断为前列腺增生症，对术前有高血压、糖尿病的患者进行内科治疗，使其血糖、血压接近正常范围。

1.2 手术方法

麻醉给药：术前30 min给予咪达唑仑2 mg，阿托品0.5 mg肌注，入手术室后迅速开放静脉，快速输入复方氯化钠溶液或血定安胶体溶液500 mL，充分扩充血容量，选L3～L4间隙穿刺，见脑脊液后，向蛛网膜下腔注入布比卡因5～10 mg，阻滞平面控制在T_{10}以下，术中可于硬膜外腔追加1.4%～2%利多卡因8～10 mL，同时给予5%葡萄糖500～1 000 mL静脉滴注。

2 结果

手术时间45～85 min，麻醉效果确切，患者无不适感觉。术中未使用其他辅助药，在无创血压、心电检测中对血压低于手术前基础值的20%患者可给予麻黄素10 mg升压，心率低于每分钟50次者，给予阿托品0.5 mg。本组80例无并发症发生，术后5～7 d出院。

3 讨论

前列腺增生症是老年男性的常见病，但老年患者大多合并有高血压、糖尿病、心肺功能欠佳、全身各脏器功能减退等，所

（下转第214页）

[收稿日期] 2010-01-29 [修回日期] 2010-02-15

(56.5%),两组间排石率差异有统计学意义($P<0.05$);总有效率实验组42例(91.3%),对照组32例(69.6%),两组比较有统计学意义($P<0.05$)。实验组平均排石时间7 d,对照组12 d,差异显著($P<0.05$)。实验组2例再发肾绞痛,予一般处理后缓解;对照组9例再发肾绞痛者,需强止痛药物如杜冷丁等方能缓解,两组比较,实验组发生肾绞痛次数及强止痛药物使用显著少于对照组($P<0.05$)。治疗期间,两组均未出现明显药物副作用。

3 讨论

输尿管下段结石治疗方法目前主要有药物排石、体外震波碎石、腔内取石和碎石、手术等。对于直径较小结石(小于1.0 cm),许多人主张可首选药物排石。有报道直径0.4~1.0 cm输尿管下段结石自然排出率为35%~57%,临床常可观察到细小结石随尿自行排出的情况[1]。但在排石过程中,由于结石的刺激可引起输尿管平滑肌的痉挛,粘膜下水肿,诱发肾绞痛、感染等,从而造成结石排出受阻、滞留,加重肾积水,影响肾功能。因而,药物排石的目的即为解除或减轻输尿管平滑肌的痉挛,减轻疼痛,增加结石的排出率,缩短排出时间,保护肾功能,并且药物的副作用无或轻微。

输尿管平滑肌肾上腺素能α受体分为A、B、D三种,而输尿管远端又以α1D和α1A为主。输尿管结石通过刺激使肾上腺素能受体兴奋,导致输尿管平滑肌痉挛,使结石排出困难,还可诱发肾绞痛。而坦索罗辛为高选择性α受体阻滞剂,通过特异性抑制α1D和α1A受体的兴奋,从而抑制平滑肌痉挛,但不减弱输尿管的自然蠕动,可有效促进远端结石的排出,减少肾绞痛发作的次数和程度。同时坦索罗辛还可作用于膀胱颈、膀胱三角区、前列腺尿道部的α受体,松弛三角区和尿道平滑肌,抑制平滑肌痉挛,有利于结石排出并减轻疼痛[2]。Sayed等[3]对90名下尿路结石患者进行了随机分组研究,口服坦索罗辛组结石排除率、排出时间、绞痛发作、止痛药物使用及需要输尿管镜或震波碎石干预等指标明显优于对照组[3]。有学者认为由于坦索罗辛对α受体亚型α1A和α1D有高选择性,患者可更好地耐受,用于远端输尿管结石,可增加结石排除率达50%,同时可减轻肾绞痛的严重程度[4-6]。本组临床观察结果与文献报道一致。

由于坦索罗辛具有高选择性,从而避免和减少了既往使用的输尿管扩张药物如钙离子拮抗剂、胆碱能受体拮抗剂、非选择性α受体阻滞剂等所带来的心血管、胃肠道等的副作用,用药安全性高。因此,坦索罗辛用于治疗输尿管下段结石,能提高结石排出率,缩短结石排出时间,减轻患者痛苦,且安全易于耐受,可作为输尿管下段结石药物排石治疗的首选药物。

[参考文献]

[1] Morse RM, Resnick MI. Ureteral calculi: natural history and treatment in an era of advanced technology[J]. J Urol, 1991, 145(2): 263-265.

[2] Dellabella M, Milanese G, Muzzonigro G. Efficacy of tamsulosin in the medical management of juxtavesical ureteral stones[J]. J Urol, 2003, 170(6 Pt 1): 2202-2205.

[3] Sayed MA, bolyosr A, Abdalla MA, et al. Efficacy of tamsulosin in medical expulsive therapy for distal ureteral calculi[J]. Scand J Urol Nephrol, 2008, 42(1): 59-62.

[4] Welk BK, Teichman JM. Pharmacological management of renal colic in the older patient[J]. Drugs Aging, 2007, 24(11): 891-900.

[5] 邱晓东. 坦索罗辛在输尿管结石治疗中的临床应用研究[J]. 中国实用医药, 2009, 4(20): 56-57.

[6] 马 彬, 张 涛. 坦索罗辛治疗输尿管下段结石的100例临床观察[J]. 中国现代应用药学杂志, 2009, 26(13): 1193-1195.

(编辑:余汇洋)

(上接第212页)

以术前应做好充分的准备,尽量将患者的各项指标调至正常范围或接近正常,术中必备好各种抢救药物,以预防和减少术中及术后并发症的发生。由于手术要求用灌洗液充满膀胱,使视野清晰,常用的灌洗液为5%葡萄糖或3%~5%的甘露醇,但手术创伤可使前列腺静脉窦处于开放状态,使大量灌洗液进入血液循环,发生水中毒,导致循环负荷过重,形成稀释性低钠血症,又称为"电切综合症"。早期症状表现为头痛、头晕、意识障碍,严重者可导致脑水肿和低氧血症,表现为昏睡、昏迷、血压升高等。一旦出现上述症状,应立即停止手术,限制输液量,给予利尿剂;出现肺水肿者,行气管插管控制呼吸,减少术后出血等并发症。

采用腰-硬膜外联合阻滞,可使麻醉用药量少,起效快,对呼吸循环影响小,效果确切,肌松充分,手术时间不受限。该方法还能减少腰麻后头痛的发生率,降低椎管内麻醉失败率,并使术中尿道和膀胱松弛,这样对机体损害较小,而且因为患者处于清醒状态,还能及时发现术中可能发生的并发症。所以,对于老年患者前列腺增生气化电切手术,腰-硬膜外联合阻滞麻醉方法较为理想。

[参考文献]

[1] 张培红, 田斌斌. 经尿道前列腺电切术的麻醉处理[J]. 临床麻醉学杂志, 2003, 19(12): 754.

[2] 陈 勇. 经尿道前列腺气化电切术治疗前列腺增生症120例[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(4): 214-216.

[3] 李小娟. 100例高龄经尿道前列腺汽化电切术患者的术后护理体会[J]. 局解手术学杂志, 2007, 16(2): 108.

(编辑:侯晓宇)