维普资讯 http://www.cqvip.com

张作膀胱切开取石，同时作前列腺切除术。用 Hendrickson 碎石钳经尿道直视下将结石钳碎取出，然后行 TURP，可以避免开放手术，但是只适合于较小的膀胱结石[2]。有报道应用液电或机械碎石结合 TURP 或 TUVP 治疗 BPH 并膀胱结石具有手术时间长，膀胱易损伤等缺点[3-4]。经输尿管镜气压弹道碎石术是 90 年代发展起来的新型高效碎石技术。气压弹道碎石是利用压缩气体产生的能量驱动碎石机手柄内的子弹，使子弹高速运动撞击探针，从而击碎结石，具有不放电，不损伤器械，碎石成功率高等优点，是一种安全，高效、无热损伤的碎石方法[5]。与腔内机械碎石方法比较，气压弹道碎石不受结石大小限制，因此我们认为经尿道气压弹道碎石与 TURP 联合应用处理 BPH 并发膀胱结石的患者，不仅具有创伤小，恢复快和疗效确切的优点，而且还拓宽了 BPH 行 TURP 的手术指针。仅仅那些前列腺巨大不宜行 TURP 或巨大的膀胱结石以及憩室内结石不宜经尿道气压碎石的病人才真正需要开放手术治疗。TURP 是内镜治疗 BPH 的金标准手术[6]，对于高龄或并发心肺疾病者尤为适合。本文应用 TURP 结合气压弹道碎石治疗 BPH 并发膀胱结石 49 例，其中 18 例结石直径大于 2 cm，9 例为多发性结石，无 1 例行膀胱切开取石，结石清除彻底，不妨碍 TURP 的操作，无膀胱壁损伤或严重并发症，效果满意。总结 49 例经验，作者认为前列腺增生伴膀胱结石行腔内手术时，原则上应先治疗膀胱结石，随后再行电切，理由如下：①取出结石后，便于电切手术定位，使电切环移动不受结石干扰；②碎石时尿道粘膜完整，不易发生 TURP 整合征；③TURP 后出血，视野不清，影响碎石；④如先做 TURP 因故停止手术，术后膀胱结石易掉入前列腺窝致尿道梗阻。碎石时应注意以下几点：①由于肾镜的通道更大，操作视野更好，效率更高，所以我们用肾镜代替输尿管镜进行膀胱碎石，②进行 TURP 时必须将灌洗液改为 5% 葡萄糖或 4% ~ 5% 甘露醇液。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南：山东科学技术出版社，1993. 1260 - 1260.

[2] Hautmann S, Friedrich M G, Fernandez S, et al. Extracorporeal shockwave lithotripsy compared with ureteroscopy for the removal of small distal ureteral stones[J]. Urol Int, 2004,73(3): 238 - 243.

[3] 刘江山，高兴成. 前列腺增生并膀胱结石的腔内治疗[J]. 临床泌尿外科杂志，2001,16(12):519 - 520.

[4] Bedir S, Kilciler M, Cincik M, et al. Relationship between extracorporeal shock wave lithotripsy and semen parameters in patients with lower ureteral stones[J]. Fertil Steril, 2004, 82(6): 1687 - 1688.

[5] 桂泽红，张 策，王树声，等. 两种方法治疗前列腺增生症合并膀胱结石的比较[J]. 实用医学杂志，2005,21(4):389 - 390.

[6] 柳宏林，覃宝算，叶超平. TUVP 结合 ESWL 治疗前列腺增生并发膀胱结石 16 例[J]. 华中医学杂志，2005,29(2):119 - 123.

（编辑：郭光金）

·个案与短篇·

包虫病致胸椎占位致不全瘫 1 例

胡非克，任先军 （第三军医大学附属新桥医院骨科，重庆 400037）

[关键词] 包虫病；胸椎占位；瘫痪
[中图分类号] R532.32；R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672 - 5042(2006)01 - 0020 - 01

包虫病是一种常见的严重危害人体健康的人畜共患寄生虫病，骨包虫病较少见。由于发病率低，往往对其认识不足，又加之骨包虫病在影像学上和结核、肿瘤鉴别困难，极易误诊。现将我院收治 1 例包虫病致胸椎占位致不全瘫治疗体会报道如下。

1 临床资料

患者女，22 岁，未婚，新疆呼图壁县人。患者肝肺包虫病术后 16 年，左腰背部疼痛伴双下肢麻木无力一个月。门诊以“胸椎占位伴不全瘫”收治入院。查体：左背部近脊柱区可触及约 8 cm × 2.5 cm 包块，质软，有波动，边界清，无明显压痛，与周围无粘连。步行入科，剪刀步态。颈神经牵拉试验阴性、双侧椎间孔积压试验阴性，椎间孔分离试验阴性。左侧剑突以下，右侧肋弓中部以下皮肤感觉明显减退双上肢各关键肌肌力 IV 级，右下肢各关键肌肌力 III ~ IV 级，肌张力稍高。双侧跟腱、膝腱反射活跃。双侧巴氏征阳性，双侧霍氏征阴性。双侧膑痉挛阳性，双侧踝痉挛阳性。辅助检查：MR T_7、T_8 椎体骨质破坏，椎管内可见囊肿压迫脊髓。CT 扫描 T_7、T_8 水平椎管内外囊性变及胸椎、肋骨改变。包虫酶标阳性。

2 治疗与结果

全麻下包虫囊肿切除、胸椎体重建内固定术。术中见 T_7 椎体左侧可见包囊 6 cm × 3 cm 大小，粗针头抽吸出混浊液体约 10 ml，抽吸干净后，20% 石炭酸烧灼囊壁，双氧水反复冲洗囊

（下转 22 页）

[收稿日期] 2005 - 11 - 23 [修回日期] 2005 - 12 - 20

维普资讯 http://www.cqvip.com

2 结果

两组间的年龄、体重、性别，无显著性差异（$P>0.05$），两组间48 h内静息镇痛评分Ⅱ组均小于Ⅰ组，但无显著性差异（$P>0.05$），其结果见表1。两组间的恶心呕吐发生率无显著性差异（$P>0.05$），治疗过程中均无幻觉、尿潴留、皮肤瘙痒发生，见表2。

表1 两组患者术后各时点VAS评分（h，$\bar{x}\pm s$）

组别	1	4	12	36	48
Ⅰ组	0.42±0.41	1.01±0.52	2.52±0.44	2.05±0.53	1.53±0.54
Ⅱ组	0.34±0.32	0.83±0.33	1.91±0.52	2.05±0.43	1.43±0.65

表2 两组患者不同症状发生率（%）

组别	恶心	呕吐	皮肤瘙痒	尿潴留	幻觉
Ⅰ组	15	5	0	0	0
Ⅱ组	13	5	0	0	0

3 讨论

术后病人镇痛可抑制机体应激反应，有利于病人呼吸循环稳定，减少术后并发症[5]。芬太尼是合成的阿片受体激动剂，主要作用于μ受体，其镇痛作用是吗啡的75～125倍。但芬太尼的半衰期为3.1～6.8 h，而其单次静注作用时间仅为0.5～1.0 h。一般药物以一恒定的速度持续静脉输注，一般要经过5个血浆半衰期血药浓度可达稳态。临床上为迅速达到理想浓度水平，可在输注开始给予一个较大的负荷剂量，使血药浓度瞬即达到预期水平[6]。故本研究中两组芬太尼输注均采用负荷量+持续输注法。Ⅱ组硬膜外腔注入新斯的明1 mg，东莨菪碱0.3 mg，布比卡因0.15 mg，可产生较长时间的术后镇痛作用，并无恶心，呕吐或尿潴留等不良反应[4]。还能克服芬太尼作用时间短而产生的镇痛不全，使患者平稳的度过芬太尼的5个血浆半衰期时间，达到了稳态血药浓度，提供充分的术后镇痛。

本研究中两组均采用小剂量氯胺酮联合芬太尼静脉术后镇痛。氯胺酮可作用于多种受体，包括胆碱能受体、阿片类受体、单胺能受体和NMDA受体，有较强的镇痛作用，持续输注少于2.5 $\mu g\cdot kg^{-1}\cdot min^{-1}$时不会产生感知障碍和幻觉发生[7]，且能增加芬太尼的镇痛作用，本研究中也无一例幻觉等发生和其一致。总之，小剂量氯胺酮与芬太尼静脉术后镇痛或联合新斯的明硬膜外术后镇痛，二组间均能提供满意的镇痛效果。

[参考文献]

[1] Bonnet E, Vesinet C. How can we improve the efficacy of morphine analgesia without increasing adverse effects? [J]. Can Anaesthiol,1994,42(2):191－194.

[2] 计根林，张 进，郑恒兴，等. 纳络酮对硬膜外泵注芬太尼所致阿片类副反应的影响[J]. 第四军医大学学报,2000,21(4):485－488.

[3] 郑继旺，刘志民. 氯胺酮的一般药理毒理作用与滥用问题[J]. 中国药物依赖性杂志,2001,10(1)10:64－66.

[4] 李 清，隋 波，李训美，等。新斯的明硬膜外镇痛[J]. 临床麻醉学杂志,2002,18(4):191－192.

[5] 欧 珊，叶占勇，胡 玲，等. 异丙酚复合芬太尼或氯胺酮在无痛肠镜中的对比观察[J]. 局解手术学杂志,2003,12(4):273－274.

[6] 张雪松，陶春红，唐华羽. 丙泊酚加芬太尼用于宫腔镜手术的麻醉[J]. 局解手术学杂志,2003,12(1):42－43.

[7] Schmid RL, Sandler AN, Katz J. Use and efficacy of low-dose ketamine in the management of acute postoperative pain: a review of current techniques and outcomes[J]. Pain,1999,82(2):111－125.

（编辑：左艳芳）

（上接20页）

腔，沿囊壁外层锐性分离，彻底切除囊壁。纵隔内可见多房性囊肿6 cm×4 cm大小，并与囊肿及T_7、T_8椎体相通，切除清理同上。T_7、T_8椎体大部分破坏，破坏骨呈干燥碎渣样，取出坏死骨，大部切除T_7、T_8椎体直达椎体后缘，暴露脊髓前方，见囊肿与椎管内粘连，清理刮除椎管腔内坏死组织。更换所有手术器械后，在T_7、T_8椎体处进行自身髂骨植骨术，胸椎前固定系统固定。术后给予抗炎支持对症治疗，切口愈合Ⅰ/甲，痊愈出院。

3 讨论

包虫病是人类感染棘球绦虫的幼虫所致的疾病。新疆包虫病感染率居全国之首。棘球蚴对人体的危害以机械性损害为主，取决于棘球蚴的体积、数量、时间和部位。脊柱骨包虫病与其他椎体占位性病变临床表现难以区别，早期诊断困难。骨包虫病的临床表现视寄生部位、囊肿大小以及有无并发症而异。寄生于骨内的包虫囊对人体骨骼具有很大破坏作用。由于潜伏期长，早期可毫无自觉症状，而出现症状后，一般骨骼已受到很大破坏。多数患者在发生病理性骨折或脊髓压迫症之后才就诊。特点均为椎体首先受累，然后累及附件进而压迫脊髓或神经根引起渐进性症状和体征，如肢体运动受限、肌肉萎缩、神经分布区感觉过敏、疼痛或感觉丧失、束带感、腱反射亢进、病理征阳性、二便失禁甚至截瘫。诊断方面应注意患者是否来自疫区及有无与犬羊接触史。血清的免疫学诊断为重要的诊断方法，同时参考X线、B超、CT同位素扫描的结果即可确诊。

目前骨包虫病以手术切除为主。因其容易复发，手术时最好采用整段切除，但为避免肢体骨缺损，仍以病灶清除植骨融合术为主。手术前后使用阿苯达唑杀死头节，预防复发。术中在清除包虫囊时一定要保护好周围组织，再清除包虫囊壁及子囊，用石碳酸处理残腔。本例患者来自疫区，且有囊虫病史，辅助检查支持诊断。但是，由于其病变部位涉及到纵隔和椎管内，多发性的囊肿给手术操作带来了很大难度，术前充分准备是手术成功的关键。手术采取了目前广泛应用的内囊摘除术和新的残腔处理办法，完整的切除了囊壁，而又防止了囊液外溢，在术后应给予抗感染，丙硫咪唑继续杀虫治疗。

（编辑：左艳芳）