维普资讯 http://www.cqvip.com

临床资料：例 1. 男，34 岁，患慢性扁桃体炎 10 余年检查，血压 15/10kpa，扁桃体Ⅱ°肿大，白细胞 7.6×10³/L 出血时间 1 分，凝血时间 2 分，血小板 12.3/mm³ 行双侧扁桃体切除术，术中出血约 3～5ml，压迫止血后回病房。术后 3 小时开始少量出血渐增多，检查左扁桃体窝有弥漫性渗血，双氧水，付肾素棉球压迫止血，咽前后柱缝合后仍出血，输血 1000ml，检查血小板 6 万/mm³，出血时间 6 分，凝血时间 8 分，行左侧颈外动脉结扎术，术后出血减少，数小时后又出血，量约 2000ml，在人工冬眠下行气管切开咽腔填塞，36 小时后取出宫纱，咽部无渗血，查血小板 11 万/mm³，凝血时间 5 分，二天后拔除气管套管，痊愈出院。

例 2. 男，36 岁，即往患慢性扁桃体炎，查：扁桃体Ⅱ°肿大，表面不平，腺窝有干酪样分泌物，白细胞 6.4×10³/L，出血 1 分，凝血 2 分，血小板 11.2 万/mm³，住院行扁桃体剥离术，术中扁桃体与周围粘连甚紧，剥离困难，剥离至下端时，圈套器坏损，用剪刀剪下扁桃体，当时出血约 1500ml，病人出现休克症状，立即付肾素棉球压迫止血无效，输血，气管切开，冬眠下咽腔填塞止血，3 日后大口吐血，量约 500ml，检查扁桃体左侧有弥漫渗血，立即行颈外动脉结扎，结扎后出血减少，5 天后病人右侧扁桃体窝又出血，又行右侧颈外动脉结扎，结扎后出血止。

例 3. 男，35 岁，诊为慢性扁桃体炎住院待手术，扁桃腺Ⅱ°肿大，白细胞 5.6×10³/L，血红蛋白 14 克，出凝血时间 2 分，住院后 3 天行扁桃体摘除术，术中右侧渗血，双氧水棉球压迫止血，出血停止。5 小时后大口吐血，检查扁桃体右侧有渗血，压迫止血，咽前后柱缝合后仍出血。血压下降，脉细，尿少，出汗，出现休克症状，立即右侧颈外动脉结扎，结扎后出血停止，抢救过程共输血 1000ml。

讨论：①3 例均为原发性出血。经双氧水，付肾素棉球压迫止血，咽前后柱缝合无效，动脉结扎后仍出血，在临床属罕见。动脉结扎后仍有个别出血可在人工冬眠下行咽腔填塞止血。②咽腔填塞时用人工冬眠对于失血性休克血容量不足病人易引起心率快，心肌劳损。但我们认为平时心肾功能良好不会有更大意外。③术后长时间出血及大量输血，可出现弥漫性渗血。出血时间越长，止血效果越差。另贮存血血小板减少，血浆凝血因子含量不足，毛细血管功能障碍（大量枸橼酸钠作用使血管张力减低，收缩不佳），血钙低。（过多枸橼酸钠与游离钙结合造成）。④颈外动脉结扎治疗出血是行之有效的措施，当结扎后仍自然有个别出血是因为又建立或原有侧枝循环。曾报告 1 例扁桃体出血，结扎颈外动脉后仍出血，经动脉造影证实颈外动脉结扎后舌动脉的侧枝循环使结扎点以上的颈外动脉重建侧枝循环，以后分别结扎各分枝才止血。

（收稿日期：1996－01－31）

18

R2-54

雷诺氏综合征的显微外科手术治疗

河北省人民医院神经外科 王培泽 杨 钧 李 铮 李云林

河北医大第五医院神经外科 郝栓发

（河北石家庄，邮政编码 050051）

雷诺氏综合征 显微外科手术 治疗

R684.3

我院自 1992 年 1 月至 1994 年 11 月收治 2 例雷诺氏综合征重症患者，经用显微外科手术治疗，取得了显著效果，现报告如下：

病例简介：例 1、男性，64 岁，农民，双手阵发性出现苍白、紫绀、发黑，然后发红变化 3 年，并肿胀、酸麻胀痛、麻木不觉，难以忍受，逐渐加重。左手先发病，且症状较重，经用中西医多方治疗无效，查见双手十指苍白、温度偏低、针刺痛觉减退，可见发紫、发白、发红之变化，冬天愈发加重，夏天亦然，稍遇冷水或凉天气即发作。不能参加生产劳动。经化验免疫功能正常。于臂丛麻醉下，先行左手五指指动脉交感神经末稍切除术。术毕即见左手指发红、温度提高而发暖，术后二周拆线，伤口一期愈合。术后左手遇冷不再复发，而右手未做手术亦见有好转，故未做右手手术，继续观察，术后一个月即见右手亦逐渐好转至痊愈。经随访 2 年，左右手无上述复发现象，仅仅冬季三九天时双手末节稍有发凉变化，夏天一切正常，可参加轻度生

维普资讯 http://www.cqvip.com

产劳动。

例 2. 女性，36 岁，农民。双手指呈陈发性发白、黄，再发紫、红变化，并伴麻胀痛 1 年，双足趾呈上述症状 2 个月，冬天愈发加重。一年四季如此，经用多方医疗无效，并逐渐加重，难以忍受，不能劳动，经化验免疫功能正常。查双手足指(趾)末节呈苍白状，触诊皮温明显发凉，指甲微循环欠佳，呈白色。先于臂丛麻醉下行左手指交感神经末稍切除术，术毕即见末节发红，转暖，第二天不再怕冷。术后二周拆线，此时右手症状同前，不见好转。第二次行右手手术，2 周拆线后双手症状消失，亦见双足症状有好转倾向，胀痛减轻，但经过雪地寒冷试验，症状仍复以前。遂决定第三次行双足趾手术。术毕即见十趾色转红润并发暖。术后双足不再怕冷，经冷冻试验无复发，经随访一年以上无复发，已可参加生产劳动。

讨论：雷诺氏综合征又称肢端动脉痉挛综合征，继发性肢端动脉痉挛现象，继发性雷诺氏现象。首先由 Hutchison 氏及 Lewie 氏提出。系指一组由多种病因所致的伴有肢端血管痉挛性皮肤颜色变化、感觉麻、疼痛与灼热的综合征。本征根据病史，典型的临床表现及体征是极易诊断的。本病起初为单侧性，有一个或少数手指或足趾受累，以后累及两手足，呈对称性，寒冷及情绪激动易诱发。典型的皮肤色泽变化：苍白→紫绀→发红并伴有钝麻，剧痛等，有发作间歇期，受累指趾稍呈肿胀，冷凉并伴有营养障碍，严重者可出现血管闭塞、溃疡、坏疽而出现疼痛剧烈。本文 2 例诊断明确，症状典型，均经多方治疗不效，而且继续向严重发展，实属顽难重症。该征之显著有效的显微外科手术治疗，为本病治疗开创了新的领域。

本征为多种原因造成肢端动脉痉挛而致病，而肢端小动脉是由单一的交感神经纤维支配的，肢端小动脉痉挛或强烈收缩是由于交感神经功能紊乱所造成，故切除动脉外周之交感神经末稍，最终而有效地阻断其神经支配，从而解除肢端动脉痉挛呈扩张状态，使处于缺血状态之诸指(趾)，能恢复正常血运。此为该征之病理机制，亦为该征显微外科手术治疗提供了理论根据。此理论，经我们 2 例及 Flatt 氏，孙建民等数例临床成功的手术实践结果得到了验证。

关于手术方法之探讨：麻醉选择臂丛(手)或硬膜外(足)。上止血带。手术切口选用指(趾)第一指(趾)节段前内、外侧角处纵行切口。足趾间，手指 4 指间蹼处可将相临之两切口相连合二为一。切开皮肤、皮下组织，在显微镜下仔细寻找指(趾)固有动脉，用橡皮片游离挑出，切断动脉外周之交感神经纤维末稍及指固有神经之纤维分布，剥掉动脉外周之结缔组织。然后点上甲兰染色剂，最终将染为兰色之动脉的外膜剥脱 1～2cm。用生理盐水冲洗伤口，缝合皮肤。

手术注意事项：①寻找指动脉为关键的第一步，拇指(趾)之动脉位置变异较大，寻找较困难，需要镜下耐心操作。②剥脱外膜需小心谨慎，先用显微镊将染成兰色之少许外膜提起，用锐刀切断，再向上下如脱衣样剥脱，再用锐刀片剥除。③切口尽量勿超过第一指节之远近两关节面，注意保护关节面。④术中如遇指背 A 之交通支，应予以保护，亦可加用神经纤维末稍切除术。⑤术毕包扎应暴露末节，易于随时观察疗效。手指呈半握拳功能位。⑥术后宜早期做手指伸屈活动，以避免关节僵直。

每指两旁各具 1 根固有指动脉和指背动脉，因固有动脉支配整个末节和一、二节腹侧之血供，而指背动脉较细小，仅支配 1、2 节指背之血供。我们 2 例均主要表现为末节之血供的缺血性变化，故手术之目标放在固有指动脉上，均仅做了固有指动脉的交感神经末稍切除术，而取得了预期的效果。

对于我们例 1，仅做了左手手术，经随访 2 年，为什么右手症状亦有好转至痊愈？因为本病之病因为交感神经之功能紊乱，左手为首先发病之手，而且为症候较重之手，右手之症候是由于左手之症候的交感神经功能紊乱扩散而造成。左手先治好了，即交感神经功能紊乱之最初根源已除掉，犹如釜底抽薪之故，所以右手症候于左手术后 1 个月逐渐好转至痊愈。这一事实促使我们设想，对于雷诺氏综合征涉及双手双足者，首先手术应考虑原发病手及症候最重之手，待第一次术后观察另手 1～3 个月，如症候改善至痊愈者，则可免除二次手术，减少手术痛苦。如症候无改善者，再做手术不误。但对于每一例要做具体分析，不一定都符合以上情况，我们例 2 即如此，在第 1、2 次手术每次之后都曾观察 2 至 3 周，做过手术者即有效，不做手术者即无效。在此一个患者身上做完十指加十趾手术者，效果明显，这在前人资料中尚未遇

维普资讯 http://www.cqvip.com

54-55

局解手术学杂志 1996 年第 5 卷第 3 期总第 19 期

经肾窦肾盂切开取石术治疗巨大鹿角形肾结石 2 例

石家庄市第一医院泌尿外科 庞书舰 王树森 李忠 袁申如

(河北石家庄,邮政编码 050011)

R692.4

〔提要〕本文报告两例巨大鹿角形肾结石经肾窦肾盂切开取石术顺利取出结石,结合临床,复习肾窦的解剖,并与当前肾结石其它治疗方法比较,指出该术式仍不失为肾结石外科的基本术式。

〔关键词〕肾窦,肾盂,肾结石。

解剖基础:肾盂、肾盏与肾实质的连接部不在肾门,而在肾乳头的周围,即肾小盏的穹窿部。肾盂外膜在此处延伸至肾实质表面,肾盂和肾实质间有一层脂肪组织相隔,为肾窦脂肪垫。脂肪组织与肾实质紧密相连,血管即于此处分支而进入肾实质。脂肪与肾盂之间存在着一层结缔组织,为肾盂外膜。肾盂外膜的血液供应来自肾盂肌层,与肾窦脂肪内的血管并无联系。因此在施行手术时,可于肾盂外膜下剥离肾窦内的肾盂,并不引起出血。当肾盂由于感染与周围组织有广泛粘连时,肾盂外膜虽与肾窦脂肪粘连,但外膜下层仍甚易剥离。

手术方法:沿上段输尿管向肾门仔细分离脂肪组织,暴露肾盂背后侧,切开肾盂外膜,于其下找到与肾盂的分离平面。用剥离子或长弯血管钳向两侧及深处轻轻作钝性分离,肾门较宽时,可用手指钝性分离达肾窦深部及肾小盏的穹窿部,分离范围要够大。然后据结石的大小、形状、位置,选择适当的肾盂切口,切开肾盂,轻巧地取出结石。

临床资料:1994 年收治 2 例巨大鹿角形肾结石,见摄片 1、2。均男性,分别为 19 岁和 45 岁,K.U.B.、I.V.P 及 X-CT 均显示左肾巨大密度增高影并肾盂肾盏积水征,肾图示梗阻曲线。采用本法均顺利取出结石直径 8×6×4.5cm,重 150g 和 5×4×3.5cm,重 60g,术后观察 1 年无复发。

讨论:随着体外冲击波碎石和腔道泌尿外科的逐渐普及,许多肾结石已不采用开放性手术,但对复杂性肾结石目前仍有不少选用手术治疗,而复杂性肾结石手术方式的选择正确与否,对顺利取石、缩短手术时间、减少或避免手术并发症及预后,都有十分重要的关系。

1963 年 Gil Vernet[1] 首先提出了"扩大的肾窦内肾盂切开取石术(Extended Pyelithotomy)。1964 年马永清[2]详细地描述了肾窦的胚胎发生、解剖以及肾窦内肾盂切开取石术,亦即扩大的肾窦内肾盂切开取石术,把肾结石外科提高到一个新的水平,此术式现已成为肾结石外科的基本术式。

本法可明显提高肾巨大鹿角形结石或多发性结石的取石成功率,手术方法易行,能较好的保留肾功能,熟练应用可使复杂肾结石手术简单化,以替代一些较复杂的术式。

不仅克服了低温下阻断肾循环肾切开取石术的繁琐操作及因局部低温与肾缺血引起的肾功损害,而且手术方法简单,出血少,结石容易取净,便于临床推广采用。

若遇肾盂狭小或肾内型肾盂而结石巨大,可在此术式基础上采用肾盂+肾门后唇实质切开[3]和肾下极肾盂肾盏切开取石[4]。

ESWL 是当前治疗复杂性肾结石比较理想的方法,但可引起血尿、肾绞痛、胃肠道反应、发烧、石街形成等并发症,而且石街形成可造成肾功能损害[5]。而且单用 ESWL 治疗,治愈率低,并发症多,且费用也较高,黄奋人等[6]认为 ESWL 和经皮肾镜相结合是治疗鹿角形结石的最佳方法,但经皮肾镜对技术要求高,且属侵入性,操作不当会出现气胸、腹膜炎、大出血等并发症,国内目前尚难普及。

到过。

参 考 文 献

1. 王培泽.神经疾病综合征,第 1 版,石家庄河北科技出版社 1989:121~122.

2. 孙建民,等.交感神经末稍切除术治疗雷诺氏综合征,中华骨科杂志 1986,3:519.

(收稿日期:1996-01-11)