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)

维普资讯 http://www.cqvip.com

近来有人报道，用肾离体工作台手术(Bench Surgery)治疗复杂的或孤肾结石，此法操作过分复杂，手术创伤大，一般鹿角形结石不用此法。



图 1. 巨大鹿角形肾结石



图 2. 巨大鹿角形肾结石

参 考 文 献

1. Gil Vernet, *Extended Pyelithotomy*. Urology 1963; 20:225.
2. 马永清，等. 肾窦内肾盂切开取石术，中华外科杂志 1964;12:1137.
3. 田武汉，等. 复杂性肾结石取石手术方式的选择，临床泌尿外科杂志. 1989;4(2):78.
4. 白喜文，等. 肾下极肾盂盏切开取石术处理复杂性肾结石初步报告，中华泌尿外科杂志 1988;9(5):270.
5. 方玉华，等. 复杂性肾结石的 ESWL 治疗，中华泌尿外科杂志 1991;12(6):439.
6. 黄春人，等. ESWL 治疗泌尿系结石，临床泌尿外科杂志 1991;6:122.

(收稿日期：1995－09－21)

55－56 张私 颈椎前路手术配合体会 R681.53

浙江省上虞市人民医院手术室 张玉英
(浙江上虞，邮政编码 312300)

颈椎间盘突出症，颈椎节段损伤不稳定，局限性椎管狭窄，局限性后纵韧带骨化压迫来自于前方者选择颈椎前路手术可直接切除致压物。又可行椎体间植骨融合稳定颈椎。我院自 92 年以来先后对颈椎病，颈椎损伤不稳定施行颈椎前路手术共达 11 例。现将手术配合谈几点体会。

临床资料：本组 11 例，男性 10 例，女性 1 例，年龄 35～55 岁，脊髓型颈椎病 10 例，陈旧性颈椎脊髓损伤一例，病变部位 C_2～C_8 8 例，C_5～C_7 3 例。术后除一例陈旧性颈椎脊髓损伤外未恢复，其余 10 例术后明显好转，10 例患者最早出现颈 P 酸痛不适，当出现四肢神经症状后就诊。大部分病例表现为四肢麻木，持物无力，胸腹部紧缩感，步态不稳，双脚部似踏在棉絮上。其中 2 例，术前生活不能自理，不能自行起床，据 10 例患者统计，6 例呈典型颈髓手表现即：霍夫曼氏征阳性，手平放 2—4 指不能向中指并拢，术后 24 小时随访霍夫曼氏征消失，术后 3～6 个月随访，上肢麻木基本消失，四肢肌力恢复，少数病例略感下肢麻木。

手术经过：①体征：患者取仰卧位，两肩胛间垫软枕，使颈椎稍向后伸，颈部也要垫一细砂袋以减轻椎体环锯时的震动，避免脊髓不必要的损害。②麻醉选择：颈丛麻醉。③物品准备：常规环锯一套为 7 件，C 臂机、20 号穿刺针，咬骨剪，甲状腺