维普资讯 http://www.cqvip.com



中国局解手术学杂志 2000年第9卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2000, Vol.9, No.3

选择不同切口、下颌角部骨折行颌下切口；髁状突骨折视其位置取耳前或颌下进路；其余部位均借助原创口或经口内切口，行微型钢板坚固内固定；术后行上、下牙弓尖板结扎颌间固定，并维持2～3周，术后依常规用药和护理并摄X光片评价复位效果。

二、结果

本组32例其中30例伤口Ⅰ期愈合，2例伤口局部溃疡延期愈合。全部病例面部外形及咀嚼功能恢复良好，未发现咬合错位、骨折延期愈合和由于手术所致神经或牙齿损伤等并发症。术后行X光摄片显示，全部病例均达到了良好的复位。

三、讨论

自1967年Batterby提出用掌骨骨板治疗无牙下颌骨骨折以来，经不断改进，如今我们所采用的微型钢板不仅能够恢复骨折的连续性，而且能起到一定的支撑作用。传统的下颌骨骨折的治疗，多采用颌间结扎和钢丝内固定，虽然简便易行，但存在闭合时间长，影响进食，难以保持口腔卫生，言语不便，无法交流，影响颞颌关节功能以及钢丝结扎不稳固，不利于骨折愈合等弊端。而微型钢板内固定，由于钢板形状小，薄而窄，易塑形，临床应用方便，与骨面贴合好，与骨几乎不产生接触压力，故只需行单侧皮质骨固定，就能保持下颌功能运动一定的稳定性，使咬合关系恢复良好后，不致有明显的移位。我们把这种固定方法称之为单层骨皮质接骨法，当骨折固定后，可使下颌骨处于一半功能状态，获得与稳固固定相同的效果，并且有利于咬合关系的调整。我们的体会是：①对错位不明显的单处颌骨骨折，只需颌间固定，而对错位明显，咬合关系紊乱，多发粉碎性复杂骨折，则需采用内固定辅以颌间固定；②根据动静结合的观点，颌骨骨折内固定加颌间结扎固定，拆除牙弓夹板的时间可由4周提前到2～3周，缩短了颌间固定的时限；③对粉碎性骨折、髁状突骨折、与下颌骨多处骨折，错位明显，咬合关系紊乱者，均为内固定适应症；④对错位明显的多处骨折，为复位可靠，必须达到解剖和功能复位后方能进行内固定；⑤下颌骨多发性骨折时，要使各骨折段面复到准确正常位置，十分困难，骨折段间很小的移位都可能导致咬合系乱。采用微型钢板内固定，辅以短期颌间固定，弹性牵引，对恢复咬合关系，使之更接近于骨折前的咬合状态颇有必要。通过本组病例疗效表明，颌骨多发性骨折，采用微型钢板内固定，固拉力强，使用便利，可塑性好，缩短了颌间固定的时间，提前恢复咀嚼功能，避免了许多并发症的发生，具有推广应用的价值。

（收稿：2000-03-02）

274-275 肾结石 ESWL失败 手术治疗 52

# 肾结石ESWL失败后手术治疗的探讨

罗康战* 杨再隆 樊长川

R692.405

近几年国内外对泌尿系结石治疗进展迅速，对肾结石治疗手段也有了新变化，但其效果不一。我院收治42例肾结石是从其它医院采用了定位体外冲击波碎石机治疗未愈，要求开放手术治疗者，现报道如下。

一、临床资料

本组42例，女12例，男30例，年龄16～62岁，平均39岁。其中左肾结石12例，右肾结石22例，双肾结石8例，双肾单一结石3例，双肾多发性结石5例。结石直径1～2cm24例，2～3cm14例，3cm以上4例。结石呈多角型28例，鹿角形4例，其它不规则形10例。X线摄片不显影（阴性结石）2例（CT定位）。结石致重度肾盂积水11例，轻度肾盂积水18例。结石致急性梗阻肾功能衰竭8例。采用ESWL治疗一次22例，治疗两次14次，治疗三次以上6例。

二、本组方法

1.麻醉方法：选择硬膜外麻醉。取胸段9～10或胸10～11椎间隙穿刺，成功后向头位方向置入硬膜外导管2.5～3.5cm。注入0.3%丁卡因，使有效麻醉平面达到胸6－腰1，麻醉药用量根据手术时间长短而定，一般需要15～25ml。

2.手术方法：取患侧向上的侧卧位。常规消毒后取肋缘下斜切口。切开皮肤、皮下脂肪、腹外斜肌腱膜，直暴露肾周脂肪囊。探查结石所在部位，再切开肾盂或肾实质取石。术中发现肾脏与周围组织均有不同程度粘连，肾脏有不同程度损伤痕迹或瘀斑。其中4例肾实质发生萎缩，12例肾盂粘膜粘连不易分离，4例粘连后出现肾盂输尿管口狭窄，2例结石碎片嵌在肾盂，5例碎片与瘀血凝结，12例结石完整无变化。

3.治疗结果：术中36例取出结石及残留，解除梗阻，肾功能完全恢复。其中从肾盂取结石20例，肾实质取出结石16例。3例因肾脏明显萎缩多发性结石取出困难而作患肾摘除，3例手术中取结石损伤肾大血管，止血困难被迫作患肾摘除。

三、讨论

泌尿系结石的主要成分为草酸钙、草酸钙尿酸盐、草酸钙－磷酸钙和胱氨酸、磷酸镁铵等，其内部结构紧密质硬。有资料表明泌尿系结石用ESWL治疗可引起肾脏损伤。从我院收治病人术中发现结石情况表明：肾结石采用ESWL治疗失败原因分析可能是：①肾脏内结石直径＞1cm以上，肾实质包裹结石，结石质不易碎。有部分结石破碎后也不易排出，既使结石在肾盂可以排出也需较长时间，并需辅助其它治疗；②在边远少数民族地区，经济条件差，结石在肾脏停留时间长，一般在2

* 作者单位：557400 贵州省从江县民族医院

维普资讯 http://www.cqvip.com



年以上，有的十年余。结石呈多角形，有的肾脏有明显积液、积脓、肿大，部分已有肾功能损害、粘连、萎缩，甚至出现肾衰；③短期连续高能冲击常使局部水肿加重，甚至发生血肿，致使结石包裹更紧。有的第一次冲击结石破碎后不能及时排出，再次冲击时破碎结石损伤肾实质。所以由于各种原因致使 ESWL 治疗失败。我们术中发现作 ESWL 治疗后，有的病例原结石毫无变化，肾脏内有机化后的血块阻於肾盂口，甚至有积血块机化、感染、大量脓液潴积，从而加重了肾功能损害。因此，在经济落后的少数民族泌尿系结石多发地区。肾结石行开放性手术还是首先考虑的治疗方法。从我院每年收治肾结石约百余例实行开放性手术治疗统计表明，患者就医诊断肾结石后即行开放性手术治疗，比去外地区行 ESWL 治疗的比例要高出几十倍，而且治疗效果满意。

（收稿：2000-04-10）

# 导尿管致尿道狭窄的预防和处理

原志平* 张建英*

临床导尿是基本操作技术，其并发症易被忽视。笔者自1987年3月～1999年3月共收接治因导尿管使用不当所致尿道狭窄12例，占同期尿道狭窄患者的21.4%[12/56]，现报道如下，并对其发生原因及处理方法简要予以讨论。

一、资料与方法

1.临床资料

本组12例，均为男性患者，年龄12～42岁不等，其中因身体其它部位手术后置管8例，因重型脑外伤昏迷留置导尿4例，平均置管时间14.3天。患者在导尿期间有尿道烧灼感，尿道刺痛，尿道外口分泌物，甚至浓性分泌物，培养有细菌生长（多为G+球菌生长），伴有下腹坠胀。拔除尿管后有9例立即发生尿线弯细，排尿费力，1例两月后出现排尿困难，2例半年后出现排尿困难。所有患者均无经尿道手术及侵袭性操作史。诊断依靠尿道造影和/或尿道镜检证实。其中膜部尿道狭窄4例，球部尿道狭窄5例，球部及膜部两处尿道狭窄3例，尿道外口狭窄3例，狭窄段长0.5～3cm不等。

2.治疗方法

本组单纯经尿道扩张器治疗5例，3例行尿道外口切开，3例行尿道狭窄段切开，1例狭窄段切除尿道吻合，术后均行间段尿道扩张，持续1～1.5年。

二、结果

所有病例随访1～9年不等，8例治愈，3例排尿困难症状明显好转，1例手术后效果不好，排尿困难症状略减轻，2年后失访。

三、讨论

1.病因分析

尿道狭窄是泌尿外科常见病，而因留置导尿管不当并伴有其他部位疾病而被医护人员忽视，致使患者遭受不应有的痛苦，甚至伴其终身。而其中大多数都是医护人员在临床工作中失误所致。本组资料显示尿道狭窄多发生于球部、膜部、尿道外口。分析其发生原因：①因男性尿道解剖结构，存在弯曲及狭窄，在留置尿管时容易在上述部位受阻，操作粗暴，反复推拉、挤压，在相应受力部位，尿道粘膜受损、缺血，造成狭窄。②导尿管化学成分刺激（实验证实尿管毒性从大到小依次为橡胶管、乳胶管、硅胶管）。③尿管留置过久，尿道外口污染，以及未能密闭引流致使尿道逆行感染，炎症反应继发狭窄。④许多患者原发病较重，如休克、昏迷，长期卧床，机体抵抗力低下，或由全身感染（如败血症）致尿道应激反应（缺血、组织细胞代谢障碍），加之导尿管长期留置刺激，而致狭窄，本组有两例即属次类。⑤尿道感染后未能及时处理，致使炎症纵深侵润达粘膜下层，甚者在炎症急性期进行尿道置管，加重炎症反应，导致尿道瘢痕形成。

2.预防和处理方法

针对上述病因，①应重视导尿的正规操作，要熟悉尿道解剖，选择粗细合适的尿管，最好用硅胶管，充分润滑，插管动作要轻柔，顺应尿道弯曲，避免尿道损伤。②严格密闭引流，定期清洁尿道口，避免尿道逆行感染，及时解除引流，减少置管时间。尤其对重型颅脑损伤，昏迷时间较长者，可进行“安全套”固定收集尿液，不宜长期置管。③本组患者均有严重尿道炎性反应及脓性分泌物，应针对尿道感染选用敏感抗生素，对留置尿管3天以上者应定期冲洗导尿管及膀胱。④对需长期置管或插管困难者，为避免尿道损伤，可经耻骨上穿刺置管引流。我们体会穿刺置管操作简单、安全、监测尿量方便，可直接做膀胱尿液成份检验及准确的细菌培养（无尿道杂菌污染），能及时观察排尿功能的恢复。对穿刺部位定期清洁消毒，妥善固定，其效果明显优于尿置管。随着穿刺器械的不断改进，操作技术的熟练掌握，我们建议扩大穿刺置管导尿的适应症，使之成为一种常规的微创操作，必将显著降低留置尿管所致的尿道炎症和尿道狭窄。

（收稿：2000-04-06）

* 作者单位：043300 山西省河津山西铝厂医院外科