临床研究 文章编号:0253-3626(2009)12-1735-02

前列腺增生合并输尿管结石的同期腔镜治疗分析

王洛夫,葛成国,孙中义,李家宽,万江华,兰卫华,张 尧,靳风烁
(第三军医大学第三附属医院野战外科研究所泌尿外科 重庆 400042)

【摘 要】目的:探讨腔镜下同期处理前列腺增生和输尿管结石的可行性、疗效及并发症。方法:回顾性分析我院 2000 年 1 月至 2008 年 12 月收治的前列腺增生并发输尿管结石病例,对腔镜下同期处理前列腺增生和输尿管结石的病例进行疗效评价。结果:患者 58 例,平均年龄 62.3 岁。前列腺增生程度:Ⅰ度 12 例,Ⅱ度 35 例,Ⅲ度 11 例,其中输尿管下段结石 29 例,中段结石 10 例,上段结石 19 例。所有病例均同期行输尿管镜下输尿管结石双频激光(U100)碎石取石术和经尿道前列腺电切术,成功行碎石取石 48 例,有 3 例输尿管镜无法上行至上段改为单纯留置双 J 管,置镜失败 2 例,失败原因为输尿管口显示不清,3 例输尿管上段结石置镜过程中结石移位至肾盂,未能碎石。另有 2 例患者术后证实有结石残留。所有患者经尿道前列腺增生电切术均顺利,无严重并发症。术后 4~6 d 拔除尿管,无尿失禁及尿潴留,1 个月拔除双 J 管。结论:前列腺增生合并输尿管结石,可同期行输尿管镜下碎石和经尿道前列腺电切手术,治疗效果确切,无严重并发症。

【关键词】前列腺增生;输尿管结石;经尿道前列腺电切术;输尿管镜碎石术
【中国图书分类法分类号】R693+.4;R697+.32 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-06-21

Simultaneous endoscopic treatment of benign prostate hyperplasia and ureteral calculi

WANG Luo-fu, et al
(*Department of Urology, Daping Hospital, the Third Military Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the feasibility and curative effect of simultaneous endoscopic treatment of benign prostate hyperplasia and ureteral calculi. *Methods*: Patients who underwent simultaneous transurethral resection of the prostate and ureteroscopic lithotripsy for benign prostate hyperplasia and ureteral calculi from January 2000 to December 2008 in our hospital were analyzed retrospectively. *Results*: There were total 58 female patients who underwent TURP and URSL simultaneously. The degree of BPH was Ⅰ in 12 patients, Ⅱ in 35 patients and Ⅲ in 11 patients. The location of the calculi were in the distal ureter with 29 patients, medal ureter in 10 patients, and proximal ureter in 19 patients. All patients underwent simultaneous TURP and ureteroscopic lithotripsy with Frequency Doubled Double Pulse Nd:YAG Laser. The calculi were broken and removed successfully in 48 patients. Three patients only undrwent double J stents placement because the ureteroscope could not reach the proximal ureter where the calculi located. Retrograde stone displacement occurred in another 3 patients. The ureteroscope failed to be placed into the ureters of two patients because the ureterostomas could not be seeked. Another 2 patients were confirmed to be with calculous residual. TURP was performed successfully in all patients without serious complications. *Conclusion*: Patients with BPH and ureteral calculi can be treated with TURP and URSL simultaneously with good effect and little serious complications.

【Key words】Benign prostate hyperplasia; Ureteral calculus; Transurethral resection of the prostate; Ureteroscopic lithotripsy

前列腺增生和输尿管结石均是常见病、多发病,很多老年男性常常合并有前列腺增生症及输尿管结石因输尿管结石。由于治疗技术的进步,目前前列腺增生和输尿管结石的治疗均以腔镜治疗为首选,前列腺增生首选经尿道前列腺电切术,输尿管结石多选择输尿管镜下碎石取石术[1]。本文对我院收治的前列腺增生合并输尿管结石患者进行回顾性分析,探讨腔镜下同时处理前列腺增生和输尿管结石的可行性及疗效。

作者介绍:王洛夫(1970-),男,副教授,副主任医师,博士,研究方向:泌尿系肿瘤和结石的临床和基础研究。
通讯作者:靳风烁,男,教授,E-mail: jinfs5505@163.com。

1 资料和方法

回顾我院 2000 年 1 月至 2008 年 12 月收治的前列腺增生并发输尿管结石病例,对同时行输尿管镜下碎石和经尿道前列腺电切的病例进行统计分析。共有 58 例患者同时行输尿管镜下输尿管结石碎石取石术和经尿道前列腺电切术,年

龄 52~78 岁,平均 62.3 岁。以输尿管结石入院 48 例,以前列腺增生入院 10 例,前列腺增生Ⅰ度 12 例,Ⅱ度 35 例,Ⅲ度 11 例。国际前列腺症状评分(IPSS)为 22 ± 5.3 分,生活质量评分(QOL)为 4.4 ± 1.2 分,最大尿流率(Qmax)为 8.2 ± 5.6 ml/s ,残余尿量(76 ± 85) ml。所有患者均具备前列腺手术指征[2]。输尿管下段结石 29 例,中段结石 10 例,上段结石 19 例,结石长径 0.5~1.7 cm,平均 0.94 cm。合并肾功能损害 5 例,合并糖尿病 8 例、高血压 13 例,冠心病 11 例,慢支 19 例,脑梗塞 2 例。

所有患者术前均进行了手术耐受性评估,治疗其他合并症至能够耐受手术,手术均按先行输尿管镜碎石后行前列腺电切的顺序进行。输尿管镜均采用德国 Wolf F8/9.8 硬镜,碎石设备为双频双脉冲激光(U100)(德国 WOM 公司,Frequency Doubled Double Pulse Nd:YAG Laser, FREEDY),电切镜为美国 ACMI 顺康牌 F25.6 膀胱持续冲洗汽化电切镜。麻醉均采用腰麻加持续硬脊膜外麻醉。麻醉成功后,输尿管镜直视下进镜,找到输尿管口,向输尿管内置入斑马导丝,采用旋转侧入法或反挑法置镜,成功后在斑马导丝引导下输尿管镜上行至结石部位,以双频激光将结石击碎,取出稍大结石碎片用于结石成分分析,留置 F5 双 J 管。然后行经尿道前列腺电切,深面达前列腺外科包膜,远端不超过精阜。留置三腔气囊尿管,适度牵拉并持续冲洗膀胱。4~6 d 行腹部平片了解输尿管结石碎石效果。判断结石残留的标准为结石长径大于 0.4 cm[3]。

2 结 果

58 例患者中,输尿管镜一次成功碎石取石者 48 例,占 82.8%,其中上段结石 11 例(11/19),中段结石 10 例(10/10),下段结石 27 例(27/29);有 2 例输尿管下段结石因前列腺增生,输尿管间嵴肥厚隆起,致输尿管开口向后内,无法放置导丝,从而导致置镜失败而未处理结石;3 例因前列腺增生,膀胱颈部阻挡输尿管镜摆动,输尿管镜无法到达上段结石所在部位而只能留置双 J 管;3 例输尿管上段结石置镜过程中结石移位至肾盂,未能碎石;另有 2 例术后证实有结石残留,原因是结石位于上段输尿管,碎石过程中结石部分移位至肾盂(表 1)。除 2 例未能置镜者,其余患者均留置双 J 管。无输尿管穿孔、输尿管撕脱等严重并发症发生。

表 1 输尿管镜下各分段结石碎石取石效果

碎石效果	输尿管上段结石(例)	输尿管中段结石(例)	输尿管下段结石(例)	合计(例)
成功碎石取石	11	10	27	48
置镜困难或失败	3	0	2	5
结石上移或残留	5	0	0	5
合计	19	10	29	58

所有患者均顺利行前列腺汽化电切术。术后 4~6 d 拔除尿管,有 10 例表现为尿急,1 例急迫性尿失禁,拔除双 J 管后上述症状均消失;有 14 例出现血尿,经抗感染及止血治疗,8 例血尿停止,另 6 例拔除双 J 管后血尿停止。

术后随访 3 个月,成功碎石取石的 48 例肾积水消失或缓解。2 例置镜失败的输尿管下段结石术后给予坦索罗辛(哈乐)胶囊(0.4 mg,1 次/日)及排石中成药和对症处理,结石分别于术后 13 d 和 20 d 排出。置镜困难和结石上移或残留的 8 例患者术后 14 d 开始行体外冲击波碎石,5 例成功碎石并排出体外,3 例位于下盏,结石未排出。IPSS 评分为 5.1 ± 6.2 分,QOL 为 1.3 ± 1.8 分,Qmax 为(22.3 ± 8.8) ml/s,残余尿量(24 ± 38) ml,此 4 项指标与术前值行 t 检验,P 值均小于 0.01,表明术后前列腺增生症状显著缓解。

3 讨 论

前列腺增生引起膀胱出口梗阻,可并发膀胱结石,二者可同期行腔镜下治疗,疗效确切[4]。而前列腺增生患者合并输尿管结石,二者可否同期行腔镜下治疗,却有不同意见。有人认为,前列腺增生是输尿管镜手术的相对禁忌症[5,6],因为增生的前列腺腺体使膀胱颈抬高,输尿管镜的进镜方向较正常状态发生改变,手术难度增加,输尿管镜上行困难,不易到达输尿管上段且易发生输尿管穿孔等并发症,若增生的腺体严重凸向膀胱,则可使输尿管口位置和开口方向发生改变,造成寻找输尿管口困难或引导导丝不能置入输尿管内。但随着前列腺电切和输尿管镜操作技能的提高以及器械更新换代,同期行腔镜下前列腺增生和输尿管结石已成为可能。本组 58 例患者中,在成功行 TURP 同时,有 48 例成功碎石取石。无 1 例严重并发症。我们认为同期腔镜下治疗前列腺增生症及输尿管结石是可行的,有以下优点:①一次手术处理两种疾病,避免了经历两次手术的痛苦;②避免因手术耐受性问题失去一次手术机会:若分期手术,患者一次手术可能因手术耐受性差而不能行另一种手术;③避免两次麻醉风险:老年男性往往有心、脑、肺部多种慢性疾病,麻醉风险高,同期腔镜手术可减少两次麻醉带来的风险;④节省费用:患者在术前检查、麻醉费用、术后止血药、抗生素、床位费、护理费等方面可节省一次住院费用。

但同期行腔镜下前列腺电切和输尿管镜手术需充分认识前列腺增生给输尿管镜手术带来的困难。本组病例中,有 2 例因前列腺增生,输尿管开口向后内,无法放置导丝,从而导致置镜失败而未处理结石;3 例因前列腺增生,输尿管镜无法到达上段结石所在部位而只能留置双 J 管。因此我们认为,为提高疗效,减少手术并发症,同期行腔镜下前列腺增生和输尿管结石治疗需综合考虑以下因素:①患者手术耐受性:前列腺增生患者多为高龄患者,往往合并有高血压、冠心病、脑血管病、糖尿病等疾病,单行前列腺电切或输尿管镜手术已有较大风险,若同时行 2 种手术,则风险加大,若出现手术并发症,则更可能引起一系列反应,所以一定要进行严格的麻醉及手术耐受性评估和围手术期管理[7];②操作者的技术熟练程度:要求操作者必需熟练掌握前列腺电切镜和输尿管镜的操作且有丰富的应对可能出现的并发症的经验,否则不具备同期手术的条件;③前列腺增生程度:前列腺增生越严重,则对输尿管镜操作影响越大,且使手术时间延长,需要考虑手术时间与患者耐受性的关系;④输尿管结石的大小、部位:输尿管中下段结石往往相对较易行输尿管镜下碎石取石,上段结石则由于增生的前列腺的影响,有时不能上行至上段。综合考虑患者的体质、手术耐受性及手术难度后,再决定是否同期行这两种腔镜手术。

总之,同期行经尿道前列腺电切和输尿管下碎石,其疗效确切,并无因同期行两种手术而发生严重并发症,但术前应综

临床研究 文章编号:0253-3626(2009)12-1737-03

浆细胞性乳腺炎的钼靶摄影诊断

欧阳羽[1],朱明霞[1],李 琳[2],唐红梅[1]

(1.重庆医科大学附属第一医院放射科,重庆 400016;2.重庆市南川区人民医院放射科,重庆 408400)

【摘 要】目的:分析浆细胞性乳腺炎的钼靶摄影表现,以进一步认识该病并提高对该病的诊断准确率。方法:对 47 例经手术或病理证实的浆细胞性乳腺炎的钼靶摄影表现进行回顾性分析。结果:47 例浆细胞性乳腺炎的钼靶摄影表现分别为:肿块影 20 例,团片影 20 例,结节影 3 例,乳晕下导管扩张 2 例,阴性表现 2 例。结论:浆细胞性乳腺炎的钼靶摄影表现无明显的特异性,但有一定的常见表现。仔细分析其钼靶摄影表现,并紧密结合临床病史及查体,可提高诊断的准确率。

【关键词】乳腺炎;浆细胞;乳房 X 线摄影术

【中国图书分类法分类号】R814.4 【文献标识码】A 【收稿日期】2008-06-05

Study on mammographic diagnosis of plasma cell mastitis

OU Yang-yu, et al

(*Department of Radiology, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To analyze the mammographic findings in plasma cell mastitis(PCM) and improve the diagnosis accuracy. *Methods*: Forty-seven cases of plasma cell mastitis having molybdenum mammography and confirmed by surgical pathology were observed and analyzed. *Results*: The mammographic findings included: mass(n=20), piece-like and agglomerate-like image(n=20), nodule(n=3), subareolar ductal ectasia (n=2), negative (n=2). *Conclusion*: Although no specific radiologic signs were found in PCM, the diagnosis accuracy of PCM can be improved by analysis of the common mammographic findings of PCM in combination with clinical features.

【Key words】Mastitis; Plasma cell; Mammography

浆细胞性乳腺炎(Plasma cell mastitis,PCM)是一种非感染性的乳腺炎症,是乳腺导管扩张症的一个晚期表现[1]。主要发生在非妊娠期、非哺乳期的中青年女性。临床及钼靶摄影表现均无明显的特异性。本文通过收集我院 2003 年 1 月~2008 年 3 月经手术或病理证实的浆细胞性乳腺炎 47 例,分析和总结该病常见的钼靶摄影表现,以进一步提高诊断准确率,为临床治疗提供更可靠的参考价值。

作者介绍:欧阳羽(1957-),男,副主任医师,
研究方向:乳腺疾病的影像诊断。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组患者 47 例,均为女性,年龄为 20~72 岁,中位年龄 37 岁,其中 50 岁以下 36 例(占 77%),40 岁以下 32 例(占 68%),以中青年为主。临床表现:发现肿块或团块 29 例(伴疼痛 15 例,伴乳头凹陷及乳晕、皮肤增厚 10 例),发现乳腺增大、红肿、疼痛 10 例,乳头溢液 8 例。病程 2 d~1 年不等。

1.2 钼靶摄影

本组患者术前均进行钼靶摄影,设备为美国 GE 公司生产的 SenographeDMR 钼铑双靶专用乳腺机。摄影体位为立位,投照位置为正位(亦称头尾位,CC 位)和内外斜位(MLO 位),必要时加照点压。

合考虑各种影响因素,以确保疗效,将手术风险减小到最低。

参 考 文 献

[1] 邓远忠,唐 伟,苟 欣,等.输尿管镜下气压弹道碎石术(附 297 例报告)[J].重庆医科大学学报,2005,30(1):141-142.

[2] 吴阶平.吴阶平泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2004.1199-1235.

[3] Zanetti G, Seveso M, Montanari E, et al. Renal stone fragments following shockwave lithotripsy[J]. J Urol, 1997, 158: 352-355.

[4] 张卫国,金伟红.前列腺增生并发膀胱结石的腔内治疗[J].中国内镜杂志,2008,14(3):271.

[5] 吴在德 吴肇汉.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2005.701-708.

[6] 刘士贵,杨为民,吴裕忠,等.经尿道输尿管硬镜气压弹道碎石术的并发症(附 436 例报告)[J].临床泌尿外科杂志,2004,19(8):507-508.

[7] 古 博,闵 苏.高龄病人行经尿道前列腺电切术(TURP)的麻醉探讨[J].重庆医科大学学报,2002,27(3):310-311.

(责任编辑:关蕴良)