维普资讯 http://www.cqvip.com

2.吴秀英, 等. 中华儿科杂志 1993; 31(5):292
3.李英娥, 等. 实用儿科杂志 1991; 6(3):143
4.吴秀英, 等. 中华儿科杂志 1996; 34(5)301
5.沈兰兰, 等. 中华内科杂志 1998; 37(9):633

(收稿日期 1998－12－02)

Analysis of 102 children tested by Gastrointestinal Fiberscope

Yang Yong, et al
Department of infectious disease,college of pediatrics

One hundred and two children with repeatedly abdominal pain,vomitting or upper digestive tract bleeding were examined by gastrointestinal fiberscope and the positive rate was 93.1%. The order of diseases from high to low was superfacial gastritis,duodenitis,peptic ulcer,etc.Fifty－eight children among them were detected by Helicobacter Pylori (HP) rapid urease test and the positive rate was 62.0%. The positive rate of the nodularity ofthe antral mucosa was 91.7%and correlated with family history.The older the children,the higher the positive rate.

KEY WORDS Children; Gastrointestinal Fiberscope; Helicobacter Pylori

B超引导下经皮穿刺注射无水酒精治疗肾囊肿90例

临床学院B超室 付 荣* 李 玲 陈受田
泌尿外科 苟 欣

中图分类号 R445.1

肾囊肿是泌尿系统常见病,50岁以上者发病率为50%。过去对有症状的肾囊肿除手术治疗外缺乏更简便、有效的治疗方法。近10年来,施行B超引导下硬化剂注射治疗肾囊肿,获得满意疗效。

我院从1993年起至今采用B超引导下硬化剂注射治疗肾囊肿百余例,取得了良好的效果。现将资料完整的90例报道如下:

1 病例与方法

1.1 临床资料 本资料共90例,其中门诊病例78例,住院病例12例。男83例、女7例。平均年龄53岁。单纯性囊肿72例,多发性囊肿13例,多囊肾5例。囊肿最小为3.0cm×3.4cm,最大为7.7cm×9.2cm。5例囊肿位于肝肾交界面,3例位于腹侧上份,4例位于肾上极。无一例囊肿位于肾窦区附近。每例患者均由B超,CT或MRI确诊,排泄性尿路造影,除外尿路梗阻性疾病。

1.2 方法与步骤 使用ALOKA630型、620型超声显像仪,探头频率3.5MHz。穿刺针选用9号腰穿针。病人取俯卧位,中腹部垫入薄枕。B超扫查根据囊肿部位、大小,确定穿刺进针的深度和角度。常规消毒铺巾,普鲁卡因局麻。穿刺针刺入选定的囊肿中心,然后抽液。抽尽囊液后,注入无水乙醇,注入量为抽液量的1/2～1/3,保留5～10min后抽尽。B超扫查囊肿在声像图上消失。

术后病人静卧2～5min,确认无不良反应,即可行走。

为避免刺伤肝、脾、肺等脏器,应注意进针点选择。一般宜在十二肋下缘进针,对位于肾上极的较小囊肿,为保证操作安全,我们选定两个点:

①在10～11肋间囊肿中心的体表投影处定垂直点,作为引导穿刺的方向。

②在12肋下缘定进针点,B超测定进针深度后对准垂直点方向,斜行进针,刺入囊肿中心,效果良好。

* 女,1953－08出生,主治医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.3 并发症 本组病例均一次性穿刺成功。除48例在穿刺中出现一过性腰部胀痛,13例有一过性面色潮红、醉酒感,7例穿刺后出现短暂镜下血尿,于2～5天内消失。其余患者无其他不良反应和并发症。

2 结果

83例经6月～1年随访,随访率92%。68例未发现囊肿复发。治愈率82%。5例多发性,2例多囊肾因囊肿数目多,且邻近,无法判断是未经治疗的小囊肿逐渐长大,还是已治疗的囊肿复发或治疗后的残存的囊腔?给我们随访中判断疗效造成了一定的困难。5例复发,复发率6%。3例多囊肾因肾功能衰竭,在一年内先后死亡。

3 讨论

近年来,随着B超,CT和MRI的广泛用于临床诊断,一些无症状的肾脏占位性病变的发现率相应明显升高,其中包括偶发性肾癌、肾腺瘤,而最为多见的则是肾囊肿,以往对肾囊肿的处理多采用分期随访,仅对直径>5.0cm,腰痛明显或引起上尿路梗阻者的肾囊肿进行开放性手术治疗,虽可以在直视下切除囊肿,但存在切口大,损伤重,且不能避免术侧肾脏再患囊肿等缺点。1977年Stanisic等报道:开放性手术治疗单纯性囊肿的并发症发生率高达8～28%。为此,临床曾一度行单纯性囊肿穿刺抽液治疗肾囊肿。但术后复发率高达90%。以后又采用囊肿内注射硬化剂,如无水乙醇,四环素,铋制剂等,使复发率明显下降。一组统计资料表明,以CT或MRI作随访手段,注射硬化剂治疗肾囊肿的成功率为70%,其中无水乙醇效果最好,达85%。

本组90例患者中,随访6～12月,68例囊肿治愈无复发。取得了良好的效果。我们体会:

1.病例的选择:术前应常规作B超,CT或MRI及排泄性尿路造影检查,以了解囊肿大小,位置,囊壁是否光滑,以排除囊性癌,为避免硬化剂进入集合系统,造成尿路损伤,对位于肾盂附近的囊肿应避免作囊肿穿刺以免误将硬化剂进入集合系统。对囊肿大小的限制,可适当较开放性手术宽松。我们一般对直径<4cm的不作处理,后期随访观察。如囊肿<4cm,但位于肾实质中心部,由于此类囊肿压迫肾实质,肾功能损伤程度较向肾外生长的囊肿严重,故对此类囊肿的处理,应积极进行穿刺治疗。

2.抽出的穿刺液如有出血或浑浊,应警惕合并恶性肿瘤的可能,除了将囊液作生化检查和找癌细胞以外,还要定期随访。

我们认为在选择好病例的前提下,囊肿穿刺抽液注射硬化剂作为单纯性肾囊肿的第一治疗方法,具有简单易行,痛苦小,花费少等优点,可以广泛采用。

对多囊肾患者,一般不宜作穿刺硬化剂治疗。但在肾功能正常的前提下,对个别或少数几个压迫周围肾组织严重的大囊肿,谨慎地进行硬化治疗,对减轻患者的临床症状,减缓和防止由于多囊肾所致的肾功能衰竭的发生,最大限度地保护肾功能有益。

参考文献

1.Ackermam LV,et al,Surgical Pathology,5 th ed,stLouis Mosby,1974; 639
2.董宝玮、临床介入性超声学 第一版 中国科学技术出版社 1990; 231

(收稿日期 1998－12－20)