DOI: 10.16016/j.1000-5404.1998.03.032

673例上尿路结石手术治疗的临床分析

李为兵* 张煦炜 金锡御 张兴洪 (第三军医大学附属西南医院泌尿外科) 重庆, 400038

提 要 目的: 提高上尿路结石的手术治愈率,减少手术并发症。方法: 分析总结我院自1975年~1995年期间手术治疗的673例上尿路结石的病例。结果: 226例多发性尿路结石病人中,术后32例有残余结石,发生率14.2%; 673例中55例发生并发症,发生率为8.1%。结论: 严格掌握手术适应症,加强抗感染,避免残余结石,是提高上尿路结石手术治愈率,减少手术并发症,及切肾率的重要措施。

关键词 尿结石/外科手术;尿结石/并发症
中图法分类号 R691.4

体外震波碎石及腔道泌尿外科技术的应用,使上尿路结石的治疗有了突破性的进展,但开放性手术治疗在上尿路结石的治疗中,仍占有极其重要的位置,甚至技术水平要求更高。为此,对我科1975年8月至1995年底期间手术治疗的673例上尿路结石进行总结分析,报告如下。

1 临床资料

1.1 结石与性别及年龄

本组男性486例,年龄3岁~75岁,女性187例,年龄范围为1岁~72岁。本组双侧结石者90例,男64例女26例。本组上尿路结石男女比例为2.59:1

1.2 结石分布与结石并发症

单侧结石共583例,其中多发性结石167例。其分布如附表

附表 583例单侧上尿路结石分布情况

Table Distribution of 583 cases of unilateral upper urinary stones

	Calyces	Pelris	Ureter	Multiple	Total
Left	10	35	132	64	251
Right	18	65	156	103	332
Total	28	100	288	167	583

从附表可见单侧上尿路结石右侧多于左侧,单纯输尿管结石约占半数。

双侧结石共90例。其中双侧单个结石31例,双侧多发性结石21例,一侧单个对侧多发者38例。结石位于双肾者30例,双输尿管者14例,肾及输尿管均有者46例。

术前已引起积水者477例(占70.8%),有急性及慢性尿路感染者172例(占25%)。单侧上尿路结石者,总肾功能均在正常范围内;双侧上尿路结石90例中,有19例血肌酐值超过120 μmol/L。

1.3 手术方式

本组手术的基本术式为切开取石术。根据结石部位分别行肾实质、肾盂、肾窦、输尿管切开取石。部分病例在常规切开取石术的基础上,针对局部病变尚施行了:肾脏部分切除术(13例);肾盂整形术(11例);输尿管膀胱吻合术(6例);Boaris手术(4例)。另有65例施行了肾切除术(含再次手术者14例)。

2 结果

2.1 残余结石及手术并发症

本组226例多发性尿路结石病人中手术发生残余结石者32例,发生率为14.2%。全组共有55例发生与手术有关的并发症,发生率为8.1%。计反复尿路感染22例,切口感染13例,术后大出血10例,气胸7例,切口窦道形成1例,肾性高血压1例,膀胱输尿管返流1例。

2.2 再次手术

55例手术并发症患者中,有31例在术后4 d至3月行再次手术,其中肾切除者达14例(45%)。再次手术的主要原因为:术后大出血10例;残余结石致急性梗阻感染7例,残余结石慢性梗阻感染6例,切口感染切开引流及窦道切除4例。解除慢性梗阻3例,肾探查1例。

2.3 近期死亡

5例于术后3个月内死亡,均为双侧上尿路结石严重肾功能不全者。

3 讨论

3.1 关于输尿管结石的手术指征

上尿路结石多数位于输尿管内,在药物治疗下有一定的自然排石率。但临床上因盲目药物排石造成肾功能严重受损者每每可见。本组输尿管结石患者绝大多数均经过药物治疗,有的长达数年毫无效果,来时已有明显积水;有的结石虽小(小于0.5 cm),但也导致

* 李为兵,男,35岁,主治医师,讲师,硕士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

严重梗阻。因此,不能仅依据结石大小决定手术与否。手术的主要依据是结石对上尿路造成的损害及是否为可移动性结石。我们认为,无论结石大小,有以下情况者,应考虑手术治疗:① 已造成明显积水者;② 积水虽轻,持续 3个月药物治疗结石未见移动且积水有加重倾向者;③ 造影证实结石与管壁有粘连嵌顿或其下方有狭窄者;④ 并发急性梗阻性尿路感染者。我们动物实验观察[1],急性上尿路梗阻肾盂内压达 3.92 kPa(40 cmH_2O)时,可见到各种反流现象,超过 3.92 kPa(40 cmH_2O)时,可引起肾盂周围尿外渗,其对肾功能的损害是显而易见的。据此,我们对盲目总攻排石持保留态度,总攻治疗必须在严密观察下进行并适可而止。

输尿管结石手术切口入路依据结石部位而定。我们推崇对输尿管上段结石及肾外型肾盂内结石的取石术采用背部直切口,确实有入路层次简单、创伤小,恢复快等优点。

3.2　残余结石原因分析及预防探讨

完全取尽结石方称手术成功,这对多发性肾结石及某些质地松脆的结石取石手术并非易事。本组单侧性结石中多发性结石者 167例,双侧性结石中一侧或双侧均为多发性结石者 59例,此 226例患者手术后遗留残余结石者达 32例,发生率为 14.2%。这些残余结石均位于肾盏内,分析其发生原因有:① 术前照片不能准确确定结石的个数。② 手术发生意外或困难,如肾内出血,无法继续取石;③ 钳破质地松脆的结石,取出了大块,残留小块或残渣。残余结石对患者危害极大,不但是手术早期急性梗阻和感染的重要原因,也是日后结石复发和导致肾功能严重损害的重要因素,有的不得不再次手术取石甚至因此在远期不得不切除肾脏。本组 31例再次手术者中,因残余结石导致者多达 13例,占再次手术原因的 41.9%。

为取尽结石,我们曾作过许多努力,如术中照片或 B超[2]术中针刺触碰,凝块法取石(自家血或冷沉淀素)[3]、肾实质切开、取石钳逐个探查肾盏等,虽均可取得一些成效,但仍不尽如人意。新近我们采用长臂鼻腔窥视器扩开肾盂切口,插入纤维导光索照亮肾盂内直视下寻找并取出残石的方法,取得较好效果。此外,术者的耐心及取尽结石的决心也十分重要。尽管如此,我们还没能完全避免残余结石,其发生率仍高达 14.2%。为此,仍需继续努力探索更好的方法。

3.3　关于手术并发症的防治

在本组所发生的 55例与手术有关的各种并发症中,有的是可以避免的。如气胸均发生于早年手术病例,掌握了保护胸膜的要领之后,近年已不再发生。术后反复尿路感染是最常见的并发症,本组共 22例,术后引流不畅是其主要原因,而残余结石又是引流不畅的重要原因,加之术前已有尿路感染者,更易发生急性尿路感染。引流不畅的另一原因是该作造瘘引流的未作造瘘引流,致使术后局部水肿造成梗阻。此种梗阻性急性尿路感染一旦发生,应在有效抗感染药物应用下密切观察引流情况,症状不缓解者应果断地再次手术引流或取出梗阻的残石。

取石手术一般不作支架或造瘘引流。但若术前已有感染,手术又留有残石者,我们主张暂行造瘘;输尿管结石局部增生、肉芽水肿明显、管壁纤维化有狭窄者,暂作造瘘或支架也比较安全。造瘘管不但可引流尿液,还可滴注必要的药物(抗生素或溶石液)。一定时期后行尿动力学检查,肾盂内压不超过 1.96 kPa(20 cmH_2O)即可拔管。在本组 673例手术中,取石后行肾造瘘者 16例,肾盂造瘘者 52例,输尿管造瘘者 16例,共计 84例,仅占手术病例的 12.4%。

术后继发性大出血是一个极其严重的并发症,本组共 10例,发生率为 1.4%。发生于术后 4 d~ 15 d之间。因严重出血致术侧尿路被大量血块阻塞均再次手术。此 10例中,7例被迫行肾切除术,其中 3例系因多发性肾结石行肾部份切除术后肾脏感染出血,再次手术肾组织已很脆弱,无法再行缝补止血;2例系肾实质切开术后继发出血,另 2例系多发性肾结石行肾切开取石术后残余结石梗阻感染致大出血,再次手术也无法止血。另 3例术后大出血者均为双侧上尿路结石肾功能减退者,在施行切开取石术后分别于第 4天、第 5天及第 7天发生严重出血阻塞尿路,经再次手术取出血块并未见到活动性出血,经暂时造瘘引流后治愈。此 3例之出血估计与肾功能减退凝血机能障碍有关。我们认为,如果加强手术前后的抗感染措施,增进肾功能及抗出血治疗,避免残余结石,术后大出血并发症当可大大减少[4]。同时也是降低再次手术率及切肾率的极其重要的措施[5]。

参考文献

1 李为兵,宋波,金锡御.尿流量对输尿管活动的影响.中华泌尿外科杂志,1995;16:651

2 Berte M, Resnick M I. Introoperative imaging in renal calculies surgery. Urol Radiol, 1984;6:144

3 Kalash S S, Young J D Jr. Coagulum pyelolithothomy: impact on unrecognized stone. J Urol, 1985;134:1082

4 Klufio G O, Bentsi I K, Yeboah E D *et al*. Upper urinary tract stones in accra ghana. West Afr J Med, 1996;15(3):173

5 李为兵,张熙炜,吴雄飞.上尿路结石肾切除原因及降低切肾率的探讨.中华泌尿外科杂志,1997;18:475

(收稿:1997-11-26;修回:1998-04-28)

(编辑　汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

A clinical analysis of 673 patients undergoing operation for upper urinary tract stone

Li Weibin, Zhang Xuwei, Jin Xiyu, Zhang Xinhong (Department of Urology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038)

Abstract Objective: To promote the cure rate of operation and decrease the operative complications in patients with upper urinary tract stone. Methods: The data of 673 patients with upper urinary tract stone operatively treated in our department from 1975 to 1995 were reviewed and analyzed. Results: Fifty-five out of 673 patients had operative complications (8.1%). Of the 266 patients with multiple stones, 32 had residual stones (14.2%). Conclusion: Strict control of operative complications, use of sensitive antibiotics and avoidance of residual stones are of great importance for improving the operative complications and reducing the possibility of nephrectomy.

Key words urinary calculi/surgery; uninary calculi/complication

嗜碱粒细胞白血病 1例

A report of 1 case of basophilic leukemia

王 劲* 张 钰 张书模 (第三军医大学附属大坪医院血液科) 重庆, 400042

嗜碱粒细胞白血病(Basophilic leukemia)是十分罕见的白血病亚型。于1950年由 Lazarus首先报道[1],我科收治 1例,报告如下。

患者男性, 55岁,因咳嗽咳痰 1月余,发热 4 d于 1997年 1月 5日入院,入院前多次查血象: WBC 16.5×10⁹/L~23.0×10⁹/L; Hb(78~80) g/L; Plt: 150×10⁹/L~290×10⁹/L;查体: T38.5℃, BP 21/11 kPa,急性病容,中度贫血貌,浅表淋巴结不大,左侧肩胛角下闻及中细湿罗音,肝肋下 3.5 cm, X线片示左下肺炎; B超示肝大, WBC 14.9×10⁹/L, Hb 63 g/L, Plt 204×10⁹/L, GS 11.08 mmol/L;骨髓穿刺示有核细胞增生活跃,粒系 65.5%,红系: 19.0%;原始粒细胞 27%;早幼粒细胞 6.5%,胞体大小不均,胞浆丰富,核规则,核仁明显,部分有空泡;嗜碱粒细胞占 24.5%,部分胞体不规则,浆内嗜碱性颗粒粗大,核规则,部分颗粒遮盖胞核, POX(+), PAS(+),全片未见巨核细胞;外周血原始粒细胞 8%;嗜酸粒细胞 35%,诊断"急性嗜碱粒细胞白血病"、"糖尿病"。

入院后即予先锋必抗感染及胰岛素降血糖治疗, 3 d后, T39℃~40℃,咳黄色粘痰,左肺呼吸音降低,右下肺闻及粗大湿罗音,改用泰鲍, 3 d后病情无缓解,双肺满布湿罗音, CT示右上肺叶,右下肺叶背段及后外基底膜,左下叶背段及后外基底段广泛浸润,右中叶部分浸润,主肺动脉窗层有淋巴结影,约 1.3 cm×0.9 cm,痰培养示草绿色链球菌++,聚团肠杆菌++,无霉菌生长, PPD(-),痰中查抗酸杆菌(-);改用复达欣及氟康唑治疗 1周仍无效,新复欢抗感染治疗 3 d亦无好转,复查骨髓:增生活跃,原始粒细胞 17%,早幼粒细胞 7.0%,嗜酸粒细胞 22.5%,全片示未见巨核细胞;鉴于抗感染效差,怀疑结核菌感染,改予异烟肼、利福平、乙胺丁醇、链霉素抗痨治疗, 1周后无改善,病情加重,呼吸达(45~50)次/min, X线片示右上肺大片致密阴影,左上肺小斑片模糊致密影, WBC 42.2×10⁹/L, Hb 76 g/L, Plt 16×10⁹/L,合并"ARDS"抢救无效,于 1月 31日死亡。

嗜酸粒细胞白血病国内目前仅有 4例报道,诊断标准为外周血中不成熟嗜碱粒细胞超过白细胞数的 1/3并持续存在于疾病全过程;骨髓中除原始粒细胞增多外,可见大量嗜碱粒细胞以发热、脾大及出血为典型表现[2]。符合"嗜碱粒细胞白血病(急性型)"的诊断,但临床以贫血及肺部感染、发热为主;入院后多种抗生素正规、足疗程积极治疗,最后配合抗痨,病情无改善,发生"ARDS",死亡时白细胞高达 42.2×10⁹/L, Plt则仅 16×10⁹/L,无明显出血;但肺部感染进行加重, CT提示肺部浸润及肿大淋巴结,故最后考虑肺部白血病浸润基础上合并感染,由于一般情况差,治疗初期未考虑化疗,仅单纯抗感染,因此疗效欠佳。死亡后拟行肺组织活检,因家属原因未能执行。结合该例患者诊治过程,认为嗜碱粒细胞白血病可能存在易组织浸润的特点,因此,及时化疗是必要的。

关键词 白血病,嗜碱细胞性
中图法分类号 R733.71

参考文献

1 邓家栋 主编.临床血液学.上海: 上海科学技术出版社, 1985 709
2 丁训杰 主编.实用血液病学.上海: 上海医科大学出版社, 1992 296

(收稿: 1997-10-11;修回: 1998-01-05)
(编辑 刘 鹏)

* 王 劲 男, 30岁,主治医师,讲师,硕士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net