

应用两者。完全缓解后目前有 24 例定期接受治疗和随访,而且一直处于缓解状态,另 25 例失访。

3 讨论

APL 是一种特殊类型的急性非淋巴细胞白血病,以 15、17 号染色体易位为细胞遗传学特征,也是急性白血病中发病十分凶险的一种类型。该型除贫血、发热等急性白血病的一般临床表现外,出血症状十分常见,发生率可高达 72%~94%^[3],明显高于其他类型,而且出血往往是 DIC 的表现。传统的化疗可加重 DIC,同时加上白细胞的减少,常常合并严重感染,导致 APL 的早期死亡率非常高。

APL 出血的主要死亡原因是 DIC,故对 DIC 的防治是减少患者早期死亡的关键。(1) 去除病因:一般应用 ATRA 或砷剂。ATRA 是一种诱导分化剂,能够诱导 APL 细胞向成熟分化,最终出现正常造血。砷剂能够诱导 APL 细胞凋亡,不但对初治病例有效,对经过细胞毒药物或 ATRA 治疗后复发的病例也有效。应用 ATRA 或砷剂避免了化疗所导致的骨髓抑制及凝血异常,而且有较高的缓解率。(2) 小剂量肝素的应用:抗凝治疗是 DIC 的主要治疗方法之一,鉴于 APL 患者 DIC 发生率高,我们常规应用小剂量肝素,是安全有效的。(3) 补充凝血因子和血小板:DIC 发生时大量的凝血因子和血小板被消耗,故需补充。另外,近期的研究对血小板和凝血的关系也有新的发现。除了促凝磷脂外,血小板的蛋白成分也能与很多凝血因子结合,成为大多数凝血因子激活的主要场所,对凝血过程起着重要的促进作用^[4]。(4) 止血药物的应用:由于 APL 出血的三种机制均受到影响,故要联合应用止血药物。需要说明的是用 ATRA 治疗早期,开始的 5 天内应该使用抗纤溶药,5 天后才考虑应用肝素防治 DIC。这

是因为 APL 患者早期所表现的低纤维蛋白原血症,主要是由纤溶酶依赖的原发性纤维蛋白原溶解所引起的。ATRA 可使纤溶酶活性很快下降,而 DIC 可能再持续一段时间^[3]。(5) 注意前期 DIC:在前期 DIC,多数常规的实验室检查指标(APTT、PT、TT、纤维蛋白原定量与血小板计数)无明显改变,但 D-二聚体、凝血酶-抗凝血酶复合物与纤溶酶-抗纤溶酶已显著升高。最近提出的双相 APTT 可作为 DIC 早期诊断的一个指标^[5]。(6) 当外周血白细胞计数 $\geq 20 \times 10^9/L$ 时,应加用化疗以减少由白细胞增高所导致的不良反应,有利于 DIC 的控制。但尽量避免联合化疗,化疗药物常用高三尖杉酯碱、阿糖胞苷或羟基脲,化疗药物剂量不宜过大,这样既能达到杀伤过多的白血病细胞,又避免了因大量杀伤所诱发的 DIC。(7) 加强支持治疗及抗感染治疗,因为感染也可进一步加重 DIC。

本组 63 例 APL 患者中有 11 例早期死亡,其中 8 例因就诊过晚于入院 3 天内死亡。APL 早期出血死亡的危险因素有:低血小板($30 \times 10^9/L$),低纤维蛋白原($< 1.5 g/L$,高龄(> 50 岁),重度贫血($< 60 g/L$)。对有上述危险因素的患者,一定要高度重视,积极防治 DIC,避免早期出血死亡,为诱导缓解成功争取时间。

[参 考 文 献]

- [1] 许贞书,战 榕,付丹晖,等.急性早幼粒细胞白血病合并出血的临床分析[J].白血病·淋巴瘤,2002,11(3):143~145.
- [2] Warrell RP, de The' H, Wang ZY, et al. Acute promyelocytic leukemia[J]. *N Engl J Med*, 1993, 329(1): 177~178.
- [3] 王振义,陈 竺.肿瘤的诱导分化和凋亡疗法[M].上海:上海科学技术出版社,1998,92,100~1001.
- [4] 王兆铨.血小板与凝血因子的相互作用及其意义[J].中华血液学杂志,2004,25(3):187~189.
- [5] 王兆铨.血栓与止血研究的进展与趋势[J].中华血液学杂志,2004,25(3):190~191.

[文章编号] 1000-2200(2005)05-0439-02

·临床医学·

输尿管中段结石切口选择比较

王学艺

[摘要] 目的:探讨经腹直肌外侧缘直切口在输尿管中段取石术中的应用价值。方法:经腹直肌外侧缘直切口取石 56 例,与同期经腰或腹部斜切口取石 27 例进行比较分析。结果:两者手术时间、术后平均住院天数和术后切口痛差异均有显著性($P < 0.01$)。结论:经腹直肌外侧缘直切口具有组织损伤小、术后恢复快、无后遗症切口痛等优点,值得临床推广应用。

[关键词] 输尿管结石;输尿管疾病/外科手术

[中国图书资料分类号] R 693.4 [文献标识码] A

[收稿日期] 2005-04-01

[作者单位] 安徽省界首市人民医院 泌尿外科,236500

[作者简介] 王学艺(1968-),男,安徽界首人,主治医师。

输尿管中段结石是泌尿外科的常见病,临床上多采用经腰或腹部斜切口取石。为了探讨新的手术径路,1997 年 2 月~2003 年 12 月,我科采用经腹直

肌外侧缘直切口行输尿管中段结石取石术,取得满意效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 观察组 56 例,男 36 例,女 20 例;年龄 10~70 岁。其中双侧输尿管结石 6 例。结石大小 1.1 cm×0.7 cm×0.7 cm~2.9 cm×1.5 cm×1.3 cm。并发脓肾 5 例,对侧肾结石 9 例,肾功能不全 13 例(其中急性肾功能衰竭 8 例)。对照组 27 例,男 15 例,女 12 例;年龄 12~69 岁。双侧输尿管结石 3 例,结石为 1.0 cm×0.6 cm×0.7 cm~2.9 cm×1.4 cm×1.1 cm。并发脓肾 2 例,对侧肾结石 4 例,肾功能不全 6 例(其中急性肾功能衰竭 4 例)。两组结石皆位于输尿管中段,结石最高平髂嵴,最低位于骶髂关节下缘,均合并有不同程度的肾积水。

1.2 手术方法 观察组在连续硬膜外麻醉下取仰卧位,患侧腰部稍垫高约 20°。根据术前腹部尿路平片上显示的结石位置,以其皮肤投影点为中点,作脐旁腹直肌外侧缘直切口,长 7~9 cm。逐层切开皮肤、皮下组织和腹直肌前鞘,于腹直肌外侧缘向内钝性推开附着的肌纤维,显露后鞘,以两把止血钳提起后鞘,切开后鞘,钝性分离后腹膜后间隙,两把拉钩横向拉开腹壁肌肉,术野清晰显露,即可探查输尿管及结石,扪及结石后用输尿管钳上下固定结石,纵行切开结石中上部所在处输尿管壁,取出结石,上下探查输尿管通畅与否,以 4-0 肠线全层缝合输尿管切口,周围脂肪组织缝合覆盖,安置烟卷引流条,缝合切口各层。对照组采用经腰或腹部斜切口取石。

1.3 统计学方法 采用 $t(t')$ 和 χ^2 检验。

2 结果

观察组与对照组手术过程均出现 2 例腹膜损伤,手术时间、术后住院天数和术后切口痛差异均有显著性($P < 0.01$)(见表 1)。

表 1 两种术式结果比较

分组	n	手术时间 (min)	术后住院时间 (天)	术后切口痛
观察组	56	50±11	8±1.0	0
对照组	27	85±12	11±1.5	18
t	—	13.18	9.43*	47.67#
P	—	<0.01	<0.01	<0.01

*示 t' 值, #示 χ^2 值

3 讨论

近 20 年来,输尿管结石的治疗发生了巨大的变化,从开放手术到输尿管手术(URS)、经皮肾镜取石手术(PSR)和体外冲击波碎石术(ESWL),其技术特性逐渐从有创手术向微创或无创的方向发展^[1]。但是输尿管切开取石术仍有一定的地位,尤其适用于长期停留的嵌顿结石、输尿管先天畸形、息肉狭窄、结石合并难以控制的尿路感染、结石阻塞性无尿症等情况。在未开展或未熟练掌握腔内泌尿外科技术的医院,输尿管切开取石术仍然是常规的治疗方法^[2]。

传统的输尿管中段结石常采用肋缘下腰部斜切口或腹部斜切口^[3],手术切口长,需切断多层肌肉,组织损伤大,手术时间长,术后遗留神经痛。观察组采用腹直肌外侧缘直切口治疗 56 例输尿管中段结石,与同期对照组采用经腰或腹部斜切口比较,前者平均手术时间短,术后平均住院天数少,术后无切口痛。分析采用该切口有如下优点:(1)切口短,组织损伤小,未切断肌层,术后无明显切口收缩痛;(2)手术层次少,组织松软而间隙大,易于拉开,术野显露清晰;(3)因切口成纵行,如术中发现结石向上或向下移位,可根据需要适当延长切口;(4)对于双侧输尿管结石并急性肾功能衰竭者,可分别取双侧经腹直肌外侧缘直切口取石,观察组有 8 例该类患者,手术顺利,术后尿量正常,肾功能恢复,酸中毒得到纠正,均痊愈出院。

在行经腹直肌外侧缘直切口手术取石术中,切口定位的准确与否,直接影响手术操作,在上、下定位方面,术前常规腹部尿路平片检查至关重要,切口 midpoint 常取结石所在处皮肤投影点;在内外定位方面,需取腹直肌外侧缘偏向内侧约 1.0 cm 处作纵切口。该位置有利于向内钝性推开腹直肌,且后鞘与腹膜间隙清楚,易于分离而不致损伤腹膜。如果切口向内移,常需分离切断腹直肌纤维,若切口位于腹直肌外,则因腹横筋膜与腹膜分界不清而损伤腹膜。观察组 2 例腹膜损伤中有 1 例是后者原因所致,另 1 例是因老年女性腹直肌后鞘解剖不清而分离所致。

[参 考 文 献]

- [1] 韩见知, Clayman RV. 正确选择输尿管结石的治疗方法[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(9): 569~570.
- [2] 陈立中, 曾金云. 输尿管切开取石术[A]. 见: 梅 骅主编. 泌尿外科手术学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 182~186.
- [3] 俞天麟, 金锡御. 手术学全集·泌尿外科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994: 250~251.