

表 1 3种弱视的疗效(%)

近视类型	眼数	痊愈	基本痊愈	进步	无效	总有效率(%)	Hc	P
远视性弱视	223	152	20	21	30	86.5		
近视性弱视	18	4	3	5	6	66.7**	19.70	<0.05
混合散光性弱视	18	6	5	4	3	83.3*		
合计	259	162	28	30	39	84.9		

两两比较秩和检验:与远视性弱视比较 * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

3 讨论

常规的验光主要是看清外界物体,而医学验光不仅能看清物体,更能对眼睛起着保健治疗作用。视觉发育 8岁前为敏感期,3岁前为关键期。儿童在双眼视觉发育的过程中受到屈光不正、屈光参差、斜视、视觉剥夺等因素影响,极易造成弱视^[2]。屈光不正是引起弱视的常见原因之一,治疗屈光不正性弱视必须充分散瞳,医学验光,配戴合适度数的矫正眼镜,给予清晰影像刺激是治疗的关键。其次要单独使用屈光矫正后的弱视眼,以保证弱视眼有较多的用眼机会。弱视治疗效果与年龄、程度、注视性

质等密切相关。发病早、治疗晚、程度重、偏中心注视者,疗程长,预后差^[3]。本观察资料显示,屈光不正性弱视采用综合疗法后,远视性弱视疗效均高于混合散光性弱视和近视性弱视 ($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$),表明治疗屈光不正性弱视的疗效与屈光不正的性质有关^[4]。这可能与在治疗过程中儿童均是较多近距离使用目力且随着儿童发育近视度数会继续加深有关,而远视及混合散光性眼随着年龄增大,眼轴不断增加,屈光度数往往逐渐减少。对于屈光不正性质不同的弱视眼治疗的观察,还需要更加详细和长期的研究,以便准确发现对疗效的影响。

[参考文献]

- [1] 刘 栋,秦 强.屈光不正性弱视儿童远期矫治效果观察[J].山东医药,2000,40(19):44
- [2] 吴淑英,王思慧,李凤莲,等.矫正屈光不正对儿童低视力康复的意义[J].眼视光学杂志,2002,2(2):110-111
- [3] 李 瑾,施明光,董 枫.调节滞后与儿童近视关系的研究[J].眼视光学杂志,2000,2(3):148-150
- [4] 纪光辉,李 勤,腊 敏,等.综合疗法治疗儿童弱视 1 045眼疗效分析[J].中国实用眼科杂志,1999,17(1):32-33

[文章编号] 1000-2200(2007)06-0724-03

。临床医学。

经尿道电切联合汽化切割术治疗前列腺增生 320例体会

戚景光,曹敬毅,杨 宁,管同郁

[摘要]目的:探讨经尿道电切联合汽化切割术治疗前列腺增生的疗效。方法:对 320例前列腺增生患者行经尿道电切联合汽化切割术。结果:320例手术时间为 15~95 min术中出血 50~250 ml 1个月内再次手术 6例。拔除尿管,排尿通畅。术后 195例获随访,随访 6个月~2年。国际前列腺症状评分由术前 27.8 ± 2.4 下降至术后 7.4 ± 3.1 ,最大尿流率由术前平均 $(6.4 \pm 0.60) \text{ ml/s}$ 升至 $(16.1 \pm 1.6) \text{ ml/s}$ 结论:经尿道电切联合汽化切割术治疗前列腺增生吸取了两种手术方法的优点,是一种更为安全、有效的手术方法,特别适合于高龄高危、前列腺体积较大及前列腺血供丰富的前列腺增生患者。

[关键词] 前列腺增生;经尿道前列腺切除术;经尿道前列腺汽化电切术

[中国图书资料分类法分类号] R 697.32 [文献标识码] A

良性前列腺增生(BPH)是泌尿外科常见病之一。对 BPH 的治疗近年有微创腔内治疗的趋势。经尿道前列腺切除术(TURP)及经尿道前列腺汽化切割术(TUEVP)单独治疗 BPH各有优缺点^[1-3],如将两种方法联合应用则可取长补短。2000年1月~2006年1月,用经尿道前列腺电切联合汽化切割术治疗良性前列腺增生症 320例,取得满意疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 320例年龄 53~88岁。病程 6个月~12年。均有尿频和进行性排尿困难等症状。109例有急性尿潴留,42例合并肉眼血尿,19例继发慢性肾功能不全,45例并发膀胱结石,12例合并腹股沟疝。87例为高危患者,合并高血压 61例,冠心病 16例,心律失常 40例,慢性支气管炎并肺气肿 76例,糖尿病 35例,脑梗死后遗症 9例。直肠指诊、B超提示前列腺增生轻度 23例,中度 125例,重度 172例;术前国际前列腺症状评分(IPSS)平均 27.8 ± 2.4 最大尿流率(Q_{\max})平均 $(6.4 \pm 0.6) \text{ ml/s}$ 术前行前列腺特异性抗原(PSA)检测 245

[收稿日期] 2007-03-16

[作者单位] 江苏省徐州市第三人民医院 泌尿外科,221000

[作者简介] 戚景光(1964-),男,副主任医师,副教授。

例, 228例正常, 15例轻度升高, 2例明显升高。

1.2 治疗方法 连续硬膜外麻醉, 采用 WOLF 25° F24电切镜、普通电切环和铲状汽化电切环, OTV监视下操作。电切功率 100~130 W, 汽化电切功率 240~260 W, 电凝功率 60~80 W, 冲洗液为 4%甘露醇溶液。主要操作: (1)于精阜处两侧作电凝沟标志精阜平面。先用铲状电极汽化切割前列腺组织, 中叶增生为主者, 先行中叶至精阜切割, 再行两侧叶切割; 两侧叶增生为主者, 以侧叶最突出部位的2点或 10点开始, 沿 1~5点顺时针切除, 再沿 11~7点逆时针切除。这样由上往下切除, 操作容易, 可避免腺体下塌影响操作及覆盖创面而无法止血。(2)用电切环电极行前列腺窝、前列腺尖部、12点处、膀胱颈的切割和修整, 并将凝固层切除, 使前列腺窝成为一平整腔道。对重度前列腺增生的高危患者, 原则上手术控制在 1 h内, 一次切除腺体困难时, 择期再行第二次手术治疗。对合并膀胱结石者, 则先行输尿管镜气压弹道碎石, 并用 Ellik冲洗器将碎石冲出, 膀胱结石体积较大者则开放手术取出。术后留置 F20三腔气囊尿管, 持续膀胱冲洗 12~24 h 3~5天后拔除。

2 结果

手术时间 15~95 min, 术中出血 50~250 ml, 切除前列腺组织重量 15~50 g。择期再行第二次手术治疗 17例。9例合并较大的膀胱结石者同时开放手术取出。拔除尿管, 排尿通畅。术后病理检查, 良性增生 287例, 合并不典型增生 18例, 前列腺癌 15例。术中出现 TURS 12例; 术后出现暂时性尿失禁 9例, 经对症治疗后 8例 1个月后症状消失, 1例 3个月后症状消失; 术后继发性出血 12例, 尿道口狭窄 16例经尿道扩张治愈; 因排尿困难 6例行二次电切术治愈。前列腺癌术后予内分泌治疗, 病情稳定。无永久性尿失禁等严重并发症。术后 195例获随访, 随访 6个月~2年。IPSS由术前 27.8 ± 2.4 下降至术后 7.4 ± 3.1 。Q_{max}由术前 (6.4 ± 0.60) ml/s 升至 (16.1 ± 1.6) ml/s。

3 讨论

TURP被认为是目前治疗 BPH的金标准。其优点是切割速度快, 切面解剖标志清晰, 操作功率低, 热损伤轻, 适合做大块组织切除和精细操作。但缺点是术中出血多, 有手术时间的限制, 术中易发生电切综合征。TUEVP是在 TURP基础上发展而来的一种新的 BPH腔内手术方法, 采用特殊设计的铲状电极, 利用其内缘的切割作用及凸面的汽化作用, 具

有汽化和切割双重效应, 既能较快汽化切割组织, 又有显著的止血作用, 视野清晰, 水分吸收少, 不易发生电切综合征。被称为“无血的 TURP”。但汽化切割前列腺尖部组织仍较困难, 使用功率较大, 有损伤外括约肌的危险。采用 TURP联合 TUEVP治疗 BPH可吸取两者的优点, 从而达到出血少、切除效率高、并发症少的治疗效果。

根据本组 320例及以往 BPH腔内手术经验(单独 TURP或 TURP联合 TUEVP), 我们认为体积较小的前列腺(40 ml以下), 适合单纯 TURP手术安全、快捷; 体积中等的前列腺(40~60 ml), 以 TURP为主, 如术中出血多则辅以 TUEVP; 对重度增生者(60 ml以上), 适合采用 TURP联合 TUEVP的“三明治”切除法。而对前列腺体积大且前列腺血供丰富者, 则以 TUEVP为主辅以 TURP。腺体大小并不是决定手术方式的因素, 有些患者前列腺很大但出血少, 而有些前列腺不大但出血较多, 在 TURP与 TUEVP的联合应用中, 要根据术中情况灵活掌握。在腺体较大且出血较少时可单纯应用 TURP切除精阜周围组织修整创面时, 宜使用普通电切环, 因其具有切除精细的优点。我们研究认为, 姑息性 TURP手术远期疗效较差, 这种手术方法并不可取^[6]; 对高龄高危且前列腺体积大者可采取分次切除法, 这样既可保证手术安全, 又可保证手术疗效^[7]。合并体积较大的膀胱结石最好开放手术取出, 腔内碎石过于费时。合并腹股沟疝者可同时疝修补^[8]; 另外, 1 h原则是 TURP的重要原则, 应注意遵守。其实 BPH的腔内手术既是技术又是艺术, 是现代科学技术与艺术的高度结合。

BPH患者常合并其他器官疾病, 手术耐受性差; 应做好必要的术前检查, 对患者的整体情况全面了解, 对合并糖尿病、高血压、心肺疾病等应于术前稳定控制; 术中注意心肺功能监护, 合并糖尿病患者注意术中血糖监测; 术中 TURS表现为患者烦躁不安, 血压升高, 脉搏变慢, 血氧分压低, 其发生与前列腺包膜穿孔、静脉窦破裂有关, 发生时可静脉注射呋塞米, 吸氧, 并立即中止手术, 送患者入重症监护病房(ICU)。另外, 术后迟发性 TURS常被忽视, 须引起重视。术后应着重观察生命体征和导尿管的管理, 尿管不必常规牵引。止血药物应视冲洗液颜色而选择应用, 原则上不用, 以防心脑血管并发症及深静脉血栓形成。我们体会, 术后抗生素的应用宜联合、足量、长疗程, 因 TURP术后尿路感染是一种普遍而棘手的并发症。

[参 考 文 献]

[1] 张祥华. 良性前列腺增生诊断治疗指南 [A]. 见: 那彦群主编.

中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 56-64.

- [2] 夏仁惠, 刘剑新, 周伟邦, 等. 经尿道前列腺汽化电切术 500 例分析 [J]. 蚌埠医学院学报, 2004, 29(4): 314-316.
- [3] 刘星, 黄建伟, 魏晋. 经尿道等离子双极电切治疗前列腺增生 73 例报告 [J]. 徐州医学院学报, 2005, 25(2): 135-136.
- [4] Borboroglu R, Kane CJ, Ward JE, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1990s [J]. J Urol, 1999, 162(4): 1307-1310.
- [5] Mebust WK. Transurethral Surgery [A]. In Walsh PC. Renal AB

Vaughan ED, et al. Campbell's urology [M]. Philadelphia, W. B. Saunders Co. 2003: 1479-1505.

- [6] 戚景光, 曹敬毅, 杨宁, 等. 良性前列腺增生再次经尿道前列腺切除术 116 例临床分析 [J]. 现代泌尿外科杂志, 2007, 13(1): 28-30.
- [7] 刘廷君, 吴铁成, 戚景光, 等. 良性前列腺增生分次经尿道前列腺切除术 [J]. 临床泌尿外科杂志, 1993, 11(10): 283-284.
- [8] Thomas KJ, Cornaby AJ, Hammadeh M, et al. Transurethral vaporization of the prostate: A promising new technique [J]. Br J Urol, 1997, 79(2): 186-189.

[文章编号] 1000-2200(2007)06-0726-02

。临床医学。

肾癌根治术 39 例分析

朱劲松, 鲍彤

[摘要]目的: 探讨肾癌手术治疗方法与效果。方法: 单纯肾癌根治性切除 22 例, 肾癌根治性切除加淋巴结清扫 17 例。结果: 35 例随访 2~8 年, 5 年存活率 I 期 77%, II 期 65%, III 期 25%, IV 期 20%。结论: 肾癌根治术仍是肾癌主要治疗方法, 淋巴结清扫不能提高患者生存率。

[关键词] 肾肿瘤; 肾癌根治术; 淋巴结清扫术

[中国图书资料分类法分类号] R 737.11 [文献标识码] A

肾癌是泌尿生殖系统的一种常见肿瘤, 手术治疗仍是肾癌的首选和唯一的有效治疗方法。根治性手术, 可提高患者的生存率和治愈率。1992 年 4 月~2007 年 2 月, 我们行肾癌根治术及肾癌根治切除加淋巴结清扫术 39 例, 现作总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 39 例中男 26 例, 女 13 例; 年龄 24~75 岁。右侧 22 例, 左侧 17 例。临床无症状由体检偶然发现者 25 例。临床表现单纯腰痛者 3 例, 血尿 2 例, 腹部肿块 2 例; 腰痛并血尿者 2 例, 腹部肿块并血尿者 2 例, 腰痛并腹部肿块者 2 例, 有血尿、腰痛和腹部肿块者 1 例。肾外表现: 血沉快 13 例, 高血压 12 例, 发热 7 例, 贫血 14 例, 消瘦 6 例。B 超检查提示肾实质性占位病变 39 例。经静脉肾盂造影 (KUB+IVP) 显示肾轮廓改变、肾盂肾盏受压、肾不显影等变化 25 例, 14 例无异常表现。CT 检查肿瘤直径 3~5 cm, 未见淋巴结肿大, 未见其他器官及血管转移, 提示肾占位病变 39 例。5 例 MR 检查均提示肾癌。6 例肾动脉造影检查 5 例显示有新生血管、造影剂池样聚集改变。肿瘤 TNM 分期: T₂N₀M₀。

1.2 手术方法 39 例中采用 11 肋间切口 14 例,

腹部切口 25 例 (改良肋缘下切口加框架拉钩 15 例, 腹直肌切口 10 例)。单纯肾癌根治性切除 22 例; 肾癌根治性切除加淋巴结清扫 17 例。根治性肾切除范围为 Gerota 筋膜内肾脏、肿瘤、肾周脂肪组织、上段输尿管、肾蒂淋巴结及紧贴肿瘤的腹膜, 肾上腺不作常规切除。术中均尽可能先结扎肾动静脉, 肾脂肪囊外游离肾。淋巴结清扫范围: 上自横膈下方, 下至腔静脉分叉处, 右侧包括下腔静脉前后外侧及下腔静脉和腹主动脉之间组织, 左侧包括腹主动脉前后外侧及腹主动脉和腔静脉之间组织。

2 结果

术后病理诊断: 肾透明细胞癌 38 例, 肾乳头状细胞癌 1 例。Robson 分期: I 期 19 例, II 期 12 例, III 期 4 例, IV 期 5 例。同侧肾上腺切除 8 例, 其中有肿瘤侵犯者 4 例。病理检查有淋巴结转移者 3 例。手术并发症: 大出血 3 例, 下腔静脉损伤 2 例, 脾脏损伤 2 例, 肝脏损伤 1 例, 胸膜损伤 2 例, 切口感染 4 例, 所有并发症经术中和术后及时治疗痊愈。随访 2~8 年 35 例, 5 年存活率 I 期 77%, II 期 65%, III 期 25%, IV 期 20%。3 例淋巴结转移者 5 年生存率为 9.0%。

3 讨论

肾癌发病较为隐匿, 早期诊断十分困难; 其典型的三联征为血尿、肿块、疼痛, 但往往是肾癌的晚期症状, 血尿常常是肾癌的首发症状, 但一般未受到患

[收稿日期] 2007-04-03

[作者单位] 安徽省安庆市立医院 泌尿外科, 246000

[作者简介] 朱劲松 (1963-), 男, 副主任医师。