

胎儿情况等选择适当治疗、分娩方式,并处理好分娩过程的各个环节以减少各种因素对胎儿及新生儿的损害,从而降低围生儿发病率和死亡率。

[参 考 文 献]

- [1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 北京:8版. 人民卫生出版社, 2013:133-135.
- [2] Ekin A, Gezer C, Taner CE, *et al.* Risk factors and perinatal outcomes associated with latency in preterm premature rupture of membranes between 24 and 34 weeks of gestation [J]. Arch Gynecol Obstet, 2014, 290(3):449-455.
- [3] Nold C, Hussain N, Smith K, *et al.* Optimal time for delivery with preterm premature rupture of the membranes from 32 to 36 6/7 weeks[J]. J Matern Fetal Neonat Med, 2011, 24(7):933-935.
- [4] 黄谱,苟文丽. 未足月胎膜早破的促胎肺成熟治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(6):409-410.
- [5] Ramsey PS, Lieman JM, Brumfield CG, *et al.* Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by

preterm premature rupture of membranes [J]. Am J Obstet Gynecol, 2005, 192(4):1162-1166.

- [6] Gasparović VE, Ahmetasević SG, Beljan P. The role of antibiotic prophylaxis in preterm premature rupture of membranes[J]. Coll Antropol, 2014, 38(2):653-657.
 - [7] Eleje GU, Adinma JI, Ghasi S, *et al.* Antibiotic susceptibility pattern of genital tract bacteria in pregnant women with preterm premature rupture of membranes in a resource-limited setting [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127(1):10-14.
 - [8] Cousens S, Blencowe H, Gravett M, *et al.* Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of membranes: prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection [J]. Int J Epidemiol, 2010, 39(Suppl 1):i134-i143.
 - [9] 梁必秀,李莉,刘菊莲. 未足月胎膜早破365例临床分析[J]. 重庆医学, 2009, 38(24):3070-3071.
 - [10] 徐元春,王细先,康程. 未足月胎膜早破残余羊水量过少81例临床分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 2012, 20(3):69-70.
- (本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2015)04-0484-02

· 临床医学 ·

输尿管狭窄钬激光内切开术后再狭窄行二次手术疗效观察

陈其超,曹志刚,蒋超,罗勇

[摘要] **目的:**观察输尿管狭窄钬激光内切开术后再狭窄行再次手术的临床治疗效果。**方法:**选择58例输尿管狭窄患者行输尿管镜下钬激光内切开术,术后留置F7号双J管8~12周后拔出,3个月后复查B超发现患侧肾脏再次出现中、重度积水12例,偶伴患侧肾绞痛、腰背部酸胀等不适症状,遂视病情分别予以钬激光狭窄段再次切开术(8例)、腹腔镜下狭窄段切除+端端吻合术(4例)。术后留置F7号温控双J管半年。**结果:**首次手术治愈46例,治愈率达79.3%;再次手术患者拔除双J管3个月后复查B超发现治愈7例,患侧肾脏再次出现中、重度积水5例,均为钬激光二次内切开术患者。**结论:**输尿管狭窄行首次钬激光内切开术创伤小,治愈率高,可作为首次手术首选治疗方案。但术后再狭窄行二次钬激光内切开术疗效较差,治愈率低于腹腔镜下狭窄段切除+端端吻合术。

[关键词] 输尿管疾病/外科手术;钬激光;术后再狭窄

[中图分类号] R 699.4

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.04.022

输尿管狭窄是泌尿外科目前比较常见的疾病。狭窄因素主要分为先天性和后天性,其中后天性因素中结石嵌顿是重要原因之一。输尿管狭窄患者可伴有剧烈肾绞痛症状,可引起单侧肾脏功能不全、甚至单侧肾脏萎缩,是泌尿外科比较棘手的一个问题。现在临床上多采用钬激光内切开术治疗首次发现的输尿管狭窄,治愈率高,但由于钬激光热效应、输尿管手术创伤、瘢痕体质等各种因素,临床上发现输尿

管狭窄钬激光内切开术后存在一定复发率,本文就输尿管狭窄钬激光内切开术后再狭窄行再次手术的临床疗效进行分析。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年8月至2014年6月于我院泌尿外科住院治疗患者58例,年龄23~65岁。其中男32例,女26例。均经B超、静脉尿路造影、CT、输尿管镜等检查明确输尿管狭窄诊断。狭窄段长度0.4~1.5 cm。

1.2 方法 首次手术,采用腰麻、硬膜外麻醉或插管全麻,截石位。持续冲水扩张,置入斑马导丝,导丝引导下置入F8号输尿管硬镜至输尿管狭窄处,观察管腔狭窄处黏膜色泽及血管,观察有无结石、息肉

[收稿日期] 2014-08-30

[作者单位] 南京医科大学附属南京医院 泌尿外科,江苏 南京 210006

[作者简介] 陈其超(1988-),男,硕士研究生。

[通信作者] 曹志刚,硕士研究生导师,副教授,主任医师。E-mail: Caozhigang11@sina.com

等增生生物,及时击碎结石、切除息肉并取活检;直视下导丝通过狭窄部位,置入钬激光光纤,调整激光能量为 110 J,频率为 7 ~ 10 Hz;应用钬激光沿斑马导丝切开狭窄壁全层,切开狭窄后再将输尿管镜通过狭窄处并停留数分钟,充分扩张后拔出。术后留置 F7 双 J 管,狭窄段较长者则留置 2 根 F5 号双 J 管,术后常规止血、抗感染治疗,留置双 J 管 8 ~ 12 周。拔除 3 个月后复查 B 超。再狭窄患者 12 例予行再次手术治疗,视病情分别予以钬激光再次内切开术 8 例、腹腔镜下狭窄段切除 + 端端吻合术 4 例。

1.3 疗效评估 治愈:腰背部疼痛、酸胀不适症状消失,复查 B 超或者 CT 发现患侧肾脏积水消失或者明显减轻;无效:腰背部症状无明显缓解或较手术前无明显改变,复查 B 超或者 CT 发现患侧肾脏积水无明显减轻或者加重。

2 结果

首次行钬激光狭窄段内切开术后,治愈 46 例,治愈率达 79.3%,再狭窄发生率 21.7%。再次手术患者拔除双 J 管 3 个月后复查 B 超发现治愈 7 例,患侧肾脏再次出现中、重度积水 5 例,均为钬激光再次切开患者。总体治愈率 58.3%,其中再次钬激光切开术治愈率 37.5%,再狭窄发生率 62.5%;腹腔镜下狭窄段切除 + 端端吻合术治愈率 100%。

3 讨论

造成输尿管狭窄的常见原因目前主要有先天性因素如肾盂输尿管连接部狭窄和后天性因素如炎症、手术后疤痕、体外冲击波碎石、输尿管镜手术损伤、结石嵌顿等^[1]。目前国内外手术治疗输尿管手段很多,有大多数报道^[2]输尿管狭窄可用电切、冷刀切开、输尿管内球囊扩张、激光内切开等治疗手段。Razdan 等^[3]报道 50 例输尿管狭窄初次手术采用输尿管镜内切开术治疗,总有效率 74%,与本组首次手术有效率 79.3% 相近。袁琳等^[4]提出钬激光热损伤轻,仅作用于组织表层,光束易被水吸收,热效应不超过 550 μm ,坏死带不超过 82 μm ,对周围正常组织损伤小,形成疤痕少。钬激光内切开术已经成为目前治疗输尿管狭窄主要手段。钬激光内切开术可作为首次手术首选方案^[5]。在输尿管结石合并输尿管狭窄时,杨培刚^[6]认为,由于钬激光同时具备切割、电凝止血作用,可同时处理输尿管结石及输尿管狭窄,钬激光可作为首选治疗方案。但是再次手术单纯内切开治疗效果欠佳,故在输尿管

术后再狭窄手术方式选择上应慎重考虑。有文献^[7]提到输尿管镜下针状电极内切术治愈率显著高于钬激光内切开术,为我们提供了一种新的思路。

输尿管狭窄钬激光内切开术后患者狭窄复发是目前比较棘手的问题,主要原因包括钬激光内切开时产生的热效应^[8]、输尿管镜操作时产生不可避免的损伤、患者自身体质以及操作者技术不成熟。为尽量减少术后狭窄复发率,手术操作至为重要,输尿管狭窄切开应始终在斑马导丝引导下进行,沿一条线形纵行切开至输尿管全层,直达输尿管周围脂肪,且两端应超过狭窄段约 2 mm,如切开不完全,则狭窄难以消除^[9]。有瘢痕体质患者,极易在手术后新生瘢痕组织,这类患者一般治疗效果较差,有的需长期留置双 J 管并定期更换。

在输尿管术后再狭窄问题上,国内外鲜有文献报道,有待于进一步研究观察。本研究结果显示,输尿管狭窄行首次钬激光内切开术创伤小,治愈率高,可作为首次手术首选治疗方案。但术后再狭窄行再次钬激光内切开术疗效较差,治愈率低于腹腔镜下狭窄段切除 + 端端吻合术。

[参 考 文 献]

- [1] 范召应,余强国,梁敏,等. 钬激光治疗 62 例输尿管结石合并狭窄患者的疗效分析[J]. 中南医学科学杂志,2013,41(6): 621 - 623.
- [2] 徐庆康,徐哲丰,应向军,等. 钬激光内切开术治疗输尿管狭窄[J]. 中国内镜杂志,2005,11(11):1138 - 1141.
- [3] Razdan S, Silberstein IK, Bagley DH. Ureteroscopic endoureterotomy [J]. BJU Int,2005,95(2):94 - 101.
- [4] 袁琳,顾晓箭,朱清毅,等. 钬激光经输尿管镜手术治疗输尿管狭窄(附 52 例报告)[J]. 中国微创外科杂志,2008,8(10):883 - 884.
- [5] 袁敬东,章传华,操作亮. 输尿管镜钬激光内切开术治疗输尿管狭窄疗效分析[J]. 临床泌尿外科杂志,2008,23(7):533 - 534.
- [6] 杨培刚. 输尿管镜与经皮肾镜碎石术治疗输尿管上段结石效果比较[J]. 蚌埠医学院学报,2013,38(8):969 - 971.
- [7] 赖祥强,潘宇. 经输尿管镜下针状电极内切术与钬激光内切开术治疗输尿管狭窄的对比分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2013,34(21):3213 - 3214.
- [8] Kuntz RM, Lehrich K, Ahyai SA. Holmium laser enucleation of the prostate versus open prostates greater than 100 grams: 5-year follow-up results of a randomised clinical trial[J]. Eur Urol,2008,53(1):160 - 166.
- [9] Giddens JL, Grasso M. Retrograde ureteroscopic endopyelotomy using the holmium:YAG laser[J]. J Urol,2000,164(5):1509 - 1512.