

癌Ⅰ期切除吻合术,其共同的特点是术中严格的结肠灌洗<sup>[5-6]</sup>,以减少或去除③因素,但其吻合口漏发生率仍在5%<sup>[3]</sup>以下。徐惠绵<sup>[7]</sup>总结全国8家医院308例结肠癌性梗阻外科处理资料后认为,符合下列条件者可行左半结肠癌性肠梗阻Ⅰ期切除吻合术:①无严重并存病,能耐受根治性手术者。②梗阻时间短,肠管血运好,水肿轻,近远端肠管口径相近。③术中肠道灌洗满意。④吻合口符合上空、口正、下通条件。

理论上由于回盲瓣的存在,结肠癌性梗阻多表现为闭袢性肠梗阻,小肠常无明显扩张。因此,小肠管径和结肠癌肿平面以下结肠口径相近,且小肠除末段回肠10cm左右外血供丰富,回、结肠吻合,符合上空、口正、下通条件。本组13例采取根治性结肠次全切除术,既避开了殷朔等报道的②、③两点因素,同时加强围术期抗炎和营养、支持纠正了①因素;又符合徐惠绵总结的全部手术适应证。全组病例无吻合口漏发生,切口感染2例,肺部感染3例,均与其慢性基础病密切相关。

总之,笔者认为左半结肠癌性急性肠梗阻,应根据术中具体情况决定手术方式,在肿瘤根治性切除的原则下,力争肠道连续Ⅰ期重建。选择合适的病例在条件许可的情况下行根治性结肠次全切除术<sup>[8]</sup>,是安全可行的,无吻合口漏发生,同时加强围术期抗炎和营养支持治疗是保证手术成功的重要基础。一次施行根治手术,既避免了患者Ⅱ期手术的痛苦和癌肿

复发增高的风险,又切实减轻了患者的医疗负担。

## 参考文献:

- [1] 刘承训.急性结肠梗阻手术方法的争议[J].普外临床,1989,4(3):119.
- [2] 张延龄.梗阻性左半结肠癌的治疗进展[J].国外医学:外科分册,1995,22(3):133.
- [3] 殷朔,王忠裕,时连权,等.大肠癌致肠梗阻的外科处理[J].中国实用外科杂志,2001,21(2):101.
- [4] 夏穗生.论低位结肠梗阻与急诊一期手术[J].实用外科杂志,1988,8(1):1.
- [5] 温思齐,王小忠,陈进新.洗胃术中结肠灌洗治疗左半结肠癌急性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2000,9(3):277.
- [6] 郝建军,李胜利,金松.梗阻性左半结肠癌的术式选择[J].齐齐哈尔医学院学报,2005,26(3):273.
- [7] 徐惠绵.结肠癌致梗阻308例外科处理综合报告[J].中国实用外科杂志,1995,15(7):412.
- [8] 武林枫,刘连新,薛东波,等.结直肠癌合并急性肠梗阻的外科治疗[J].中华胃肠外科杂志,2005,8(1):41.

(收稿日期:2007-12-03)

[责任编辑 邓德灵 王慧瑾]

# 球囊逼出试验诊断耻骨直肠肌综合征价值研究

秦兵芬,陈俊,马丽明

(桂林市中西医结合医院,广西桂林 541004)

**摘要:**目的:寻求一种简单、方便、有诊断价值、便于基层医院推广应用的诊断功能性出口梗阻型便秘的方法。方法:对50例经排粪造影诊断的功能性出口梗阻型便秘患者用改进的球囊逼出试验方法进行测试。结果:50例中测试结果阳性的27例均为耻骨直肠肌综合征患者,单纯耻骨直肠肌综合征患者的阳性率(95.85%)明显高于合并其他出口梗阻疾病患者(50.00%)。结论:球囊逼出试验对功能性出口梗阻型便秘有辅助诊断意义,对区别出口梗阻类型有参考价值,对耻骨直肠肌综合征诊断有重要参考价值,其加大球囊注水量及加用拉力的改进方法,可判断病变程度,指导临床治疗。

**关键词:**便秘;球囊逼出试验;耻骨直肠肌综合征

**中图分类号:** R657.1;R656.9

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1008-2409(2008)01-0115-03

2001年以来,我院对常规球囊逼出试验方法进行了完善和改进,并用改进后的方法对功能性出口梗阻型便秘尤其是耻骨直肠肌综合征(PRS)患者进行诊断价值研究。现将研究结果总结如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组50例,男29例,女21例;年龄最小19岁,最大80岁,其中<31岁5例,31~40岁10例,41~50岁9例,51~60岁9例,61~70岁7例,71~80岁10例,平均52岁;病程最短3个

月,最长20年,其中<1年7例,1~4年21例,5~9年13例,10~14年6例,15~20年3例,平均6年8个月。患者有不同程度的排便困难、排便不尽感、再次排便、肛门坠胀等临床表现,均经排粪造影诊断:50例中PRS患者32例,其中PRS合并盆底痉挛综合征(SPES)4例,直肠前突(RC)2例,直肠粘膜内套叠(IRI)2例,直肠前壁粘膜脱垂(AMP)2例;RC患者17例,其中RC合并AMP12例,会阴下降(PD)2例,IRI2例;AMP患者1例。

### 1.2 测试方法

将合肥微型计算机应用技术研究所生产的大号球囊导管浸水润滑后置入受试者直肠壶腹部,向球囊内注入37℃温水

50ml,注水时间 $\geq 10s$ ,注水过程中,询问受试者有无便意,如有便意感,嘱其做排便动作将球囊排出,同时用秒表计时至排出时间,如球囊排出时间 $\geq 5min$ 者为阳性。阳性者加大球囊注水量至100ml,如 $\geq 5min$ 仍不能排出球囊者加大注水量至150ml,直至200ml。对于阳性者,在50ml球囊状态下,于球囊导管末端接上弹簧拉力秤,操作者在嘱受试者做排便动作的同时拉出球囊,记录拉出球囊的力量。

## 2 结果

本组50例中出现阳性结果的27例均为PRS患者,见表1;单纯PRS与PRS合并其他出口梗阻疾病患者的测试结果见表2;测试结果阳性者球囊注水试验及加拉力情况见表3;年龄、病程对测试结果的影响情况见表4、表5。

表1 PRS与其他出口梗阻疾病球囊逼出试验结果比较(n)

| 组别       | 阳性 | 阴性 | 合计 |
|----------|----|----|----|
| PRS      | 27 | 5  | 32 |
| 其他出口梗阻疾病 | 0  | 18 | 18 |
| 合计       | 27 | 23 | 50 |

$$\chi^2 = 33.0163, p < 0.05$$

由表1看出,PRS患者球囊逼出试验阳性率明显高于其他出口梗阻疾病患者,两者结果比较有统计学意义。可以认为,本试验对PRS引起的功能性出口梗阻型便秘有诊断价值。

表2 单纯PRS与PRS合并其他出口梗阻疾病患者球囊逼出试验结果比较(n)

| 病名            | 阳性 | 阴性 | 合计 |
|---------------|----|----|----|
| 单纯PRS         | 23 | 1  | 24 |
| PRS合并其他出口梗阻疾病 | 4  | 4  | 8  |
| 合计            | 27 | 5  | 32 |

$$\chi^2 = 6.4000, p < 0.05$$

由表2看出,单纯PRS患者球囊逼出试验阳性率高于PRS合并其他出口梗阻型疾病患者,两者结果对比有统计学意义。可以认为,本试验对单纯PRS引起的出口梗阻型便秘有较高诊断价值。

表3 球囊逼出试验阳性患者球囊注水测试及加拉力情况

| 注水量(ml) | 阳性例数(n) | 平均加拉力(g)** |
|---------|---------|------------|
| 50      | 27      | 407.5926   |
| 100     | 17      | 506.7647   |
| 150     | 10      | 599.0000   |
| 200     | 5       | 714.0000   |

\*\*指50ml球囊状态下拉出球囊的力量

表3显示的阳性例数分别指向球囊内注水50ml、100ml、150ml、200ml排出球囊时间 $\geq 5min$ 者,即27例阳性患者中,加大球囊注水量至100ml有17例不能在5min内排出球囊,加水至200ml仍有5例不能在5min内排出球囊,同时也可以看出,随着球囊注水量增加,其排出球囊所需拉力也增大。

表4 年龄与球囊逼出试验阳性结果关系(n, %)

| 年龄组(岁) | n  | 阳性例数 | 阳性率(%)  |
|--------|----|------|---------|
| <31    | 5  | 3    | 60.0000 |
| 31~40  | 10 | 4    | 40.0000 |
| 41~50  | 9  | 3    | 33.3333 |
| 51~60  | 9  | 6    | 66.6667 |
| 61~70  | 7  | 4    | 57.1427 |
| 71~80  | 10 | 7    | 70.0000 |
| 合计     | 50 | 27   | 54.0000 |

$$\chi^2 = 4.0488, p > 0.05$$

由表4看出(两两比较Scheffe法),年龄与球囊逼出试验阳性结果无统计学意义。可以认为,年龄对球囊逼出试验结果无影响。

表5 病程与球囊逼出试验阳性结果关系(n, %)

| 病程(年) | n  | 阳性例数 | 阳性率(%)  |
|-------|----|------|---------|
| <1    | 7  | 2    | 28.5712 |
| 1~    | 21 | 10   | 47.6190 |
| 5~    | 13 | 8    | 61.5385 |
| 10~   | 6  | 5    | 83.3333 |
| 15~   | 3  | 2    | 66.6667 |
| 合计    | 50 | 27   | 54.0000 |

$$\chi^2 = 4.7360, p > 0.05$$

由表5看出,病程与球囊逼出试验阳性结果无统计学意义。可以认为,病程对球囊逼出试验结果无影响。

## 3 讨论

功能性出口梗阻型便秘包括耻骨直肠肌综合征、直肠前突、直肠粘膜内套叠、直肠前壁粘膜脱垂、盆底痉挛综合征、会阴下降等<sup>[1]</sup>,其诊断方法有:肛管直肠压力测定、排粪造影、结肠运输试验、盆底肌电图检查及球囊逼出试验等<sup>[2]</sup>,前4种诊断方法需要较好的设备及专业技术水平,而球囊逼出试验方法设备简单,操作方便,对诊断有一定价值,又利于基层医院推广应用。目前国内数家医院开展了本项检查方法,但文献显示仅测试了患者排出50ml球囊所需的时间<sup>[3,4]</sup>,为了更好地发挥该方法的诊断作用,体现其价值,本研究对此方法进行了完善和改进,即对于测试结果阳性患者,进一步测试了加大球水量至100ml、150ml、200ml后球囊排出的情况,同时还测试了在50ml球囊状态下加用拉力拉出球囊的情况,此完善及改进

之处,经资料查新,国内未见相同报道。

本组50例中PRS患者32例,测试结果显示27例阳性者均为PRS患者,占84.4%,而其他出口梗阻疾病患者试验结果阳性率为0(表1),由此可见,PRS患者球囊逼出试验阳性结果明显高于其他出口梗阻疾病患者,可以认为,球囊逼出试验对PRS引起的出口梗阻型便秘有较高诊断价值。本组32例PRS患者中单纯PRS患者24例,PRS合并其他出口梗阻疾病患者8例,表2结果显示,单纯PRS患者测试结果阳性23例,占95.83%,PRS合并其他出口梗阻疾病患者阳性4例,占50.00%,由此可见,单纯PRS患者球囊逼出试验阳性率明显高于PRS合并其他出口梗阻疾病患者,可以认为,球囊逼出试验对于单纯PRS引起的出口梗阻型便秘有较高诊断价值,本试验对于区别出口梗阻型便秘类型具有参考价值。

测试中发现,球囊注水量越大,其球囊排出时间越短,反之亦然。表3显示,测试结果阳性患者中,加大球囊注水量后部分患者能将球囊排出,由此推断,容量大对直肠内排便感受器刺激越大,排便动作越完全,因而所需时间越短;同样也可以推断,通过球囊注水刺激,使PRS患者肥厚痉挛的耻骨直肠肌得到扩张,肛直角打开,利于排便动作完成。由此也说明,球囊逼出试验对功能性出口梗阻型便秘有辅助诊断价值,而对

PRS的诊断有较高参考价值。表3还显示,随着球囊所需注水量的增大,其排出球囊所需拉力也增加,可见,球囊排出所需拉力与球囊注水量呈正相关,这对判断病变程度,指导临床治疗亦有重要意义。

此外,表4、表5显示年龄、病程对本测试结果无影响,但为了保证测试结果的准确性,应由经过培训的专人操作,操作中注意球囊注水速度、水温、拉出球囊动作规范性及设备规格的一致性等技术问题,减少这些因素对测试结果的干扰,并做好患者的解释工作,取得其配合,以确保获取数据的准确性。

## 参考文献:

- [1] 赵宝明,张书信.大肠肛门病学[M].上海:第二军医大学出版社,1999:617.
- [2] 秦兵芬,汤献忠.功能性出口梗阻型便秘的诊断[J].医学临床研究,2002,19(3):207.
- [3] 喻德洪,许华玉.球囊逼出试验的临床应用[J].中国肛肠病杂志,1995,15(1):9.
- [4] 李实忠.盆底失弛缓综合征[J].中国肛肠病杂志,1995,15(1):19.

(收稿日期:2007-07-15)

[责任编辑 邓德灵 王慧瑾]

# 输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石 462 例

张峻,吴裕忠,刘士贵,肖茂林

(柳州市中医院泌尿外科,广西柳州 545001)

**摘要:**目的:探讨输尿管镜(URS)配合气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床疗效。方法:采用URS气压弹道碎石术治疗输尿管结石462例。结果:一次碎石取石成功率为93.7%,其中输尿管上段结石为61.5%(32/52),输尿管中段结石为95.3%(122/128),输尿管下段结石为98.9%(279/282)。并发症主要为输尿管穿孔、撕裂、发热占1.3%(6/462)。结论:URS气压弹道碎石术治疗输尿管结石安全有效,损伤小,是治疗输尿管中下段结石的好方法。

**关键词:**输尿管镜;气压弹道碎石术;输尿管结石

**中图分类号:** R693.4

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1008-2409(2008)01-0117-02

1999年1月至2007年1月我科应用输尿管镜(ureteroscopic,URS)配合气压弹道碎石术治疗输尿管结石462例,取得满意疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组462例中,男274例,女188例;年龄16~70岁,平均42岁。输尿管上段结石52例,中段结石128例,下段结石282例,其中双侧结石56例,ESWL后“石街”24例。结石大小0.3cm×0.5cm~1.2cm×2.5cm,伴轻度肾积水328例,中重度肾积水97例,所有患者均经B超、KUB、IVP或CT检查定位证实。

### 1.2 治疗方法

应用Wolf 8.0/9.8 F硬性输尿管镜(URS),国产APL型气压弹道碎石机及国产液压灌注泵。在连续硬膜外麻醉下,用

水压(水流灌注压力13~15 kPa)扩张输尿管开口,在输尿管导管或导丝引导下将URS直入或侧入输尿管。到达结石后,仔细观察结石与输尿管粘膜情况,根据结石的大小,结石周围息肉与输尿管的粘连情况进行综合判断。直视下钳取结石周围的息肉。采用直径1.6 mm冲击针击碎结石,较大碎石块用取石钳取出,细小碎石粒留待自行随尿流排出。碎石后视术中情况插入5F输尿管导管或双J管,输尿管导管1~3d拔除,2~4周拔除双J管。

## 2 结果

本组462例,碎石成功433例,总成功率93.7%。上段52例,一次碎石成功32例(61.5%),20例因结石位置较高,在碎石过程中部分结石粉碎,部分结石上移至肾盂,改用ESWL治疗后结石大部分排出,2例术中发性输尿管撕裂者行开放手术