

- ter pulmonary metastasis[J]. J Orthop Sci, 2011, 16(1): 119-124.
- [10] Miszczyk L, Wydmanski J, Spindel J. Efficacy of radiotherapy for giant cell tumor of bone: given either postoperatively or as sole treatment[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2001, 49(5): 1239-1242.
- [11] Chen W, Zhu H, Zhang L, et al. Primary bone malignancy: effective treatment with high-intensity focused ultrasound ablation[J]. Radiology, 2010, 255(3): 967-978.
- [12] Balke M, Schremper L, Gebert C, et al. Giant cell tumor of bone: treatment and outcome of 214 cases[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2008, 134(9): 969-978.
- [13] Abdelrahman M, Bassiony AA, Shalaby H, et al. Cryosurgery and impaction subchondral bone graft for the treatment of giant cell tumor around the knee[J]. HSS J, 2009, 5(2): 123-128.
- (收稿日期: 2013-01-21 修回日期: 2013-04-12)

巨大肾积水 1 例报告

魏利军, 吴文强, 蒲世年, 刘 海, 李兴森[△] (重庆市綦江区人民医院 401420)

【关键词】 巨大肾积水; 肾盂输尿管移行处狭窄
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 21. 089 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2931-02

巨大肾积水是一种较为少见的疾病, 本院去年 12 月份收治 1 例巨大肾积水患者, 给予行手术治疗, 术中吸出积水量达 8 700 mL, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例报告 患者, 男, 46 岁, 因“突发左腰部胀痛 11 h”入院。该患者 11 h 前在劳作时突然出现左腰腹部疼痛不适, 呈持续性胀痛, 阵发性加剧, 疼痛向左侧上腹部放射, 伴全程肉眼血尿, 呈暗红色, 疼痛不能忍受, 病程中无恶心、呕吐, 无寒颤、高热, 不伴尿频、尿急、尿痛, 无排尿困难, 曾在外院就诊, 行腹部 CT 提示左肾重度积水, 给予止痛、输液治疗 (具体诊疗情况不详), 为求进一步治疗转入本院, 门诊以“左肾重度积水”收入院治疗。入院查体为血压: 151/110 mm Hg, 脉搏: 72 次/分, 左侧腹部轻度膨隆, 触之有一囊性包块, 叩诊浊音, 无压痛, 边界不清。肝脾触诊不满意, 肠鸣音正常。左肾区轻度隆起, 左肾区叩痛, 右肾区平坦, 右肾区无叩击痛, 左侧上腹部压痛, 无反跳痛及肌紧张, 膀胱区无膨隆, 无压痛。入院后嘱患者绝对卧床休息, 给予止痛、止血、抗炎、补液对症治疗后患者病情平稳, 并行相关检查。肾功能: 肌酐 123. 50 $\mu\text{mol/L}$ 、尿素氮 11. 30 $\mu\text{mol/L}$; 血常规提示: 白细胞 $11. 30 \times 10^9/\text{L}$; 中性粒细胞百分比 82. 9%。上腹部 CT 提示: 双侧胸膜稍增厚、明显强化。肝脏、脾脏、胰腺、胆囊、右肾形态大小密度及强化未见确切异常。左肾区至下方髂窝水平见巨大囊性低密度灶、伴分隔状结构, 最大截面约 193 mm $\times$ 81 mm; 其边缘软组织可见强化。腹盆腔见少量液性密度影积聚, 无强化。CT 提示: 左肾区至下方髂窝水平见巨大囊性低密度灶、伴分隔状结构, 部分边缘强化类似肾脏; 倾向左肾巨大囊肿或左肾积水 (图 1、2)。膀胱镜检查提示: 膀胱内未见新生物生长, 未见膀胱结石, 左输尿管导管引流流出暗红色液体, 考虑陈旧性出血。逆行造影提示: 左肾盂输尿管移行处狭窄, 输尿管上段向右侧移位 (图 3)。

1.2 临床诊断 (1) 左肾重度积水; (2) 左肾盂输尿管移行处狭窄; (3) 左肾无功能。

1.3 治疗 行左肾探查术+左肾切除术。患者麻醉成功后, 右侧卧位, 常规消毒铺巾, 取左侧腰部 12 肋下斜切口, 长约 18 cm, 依次切开腰部各层进入后腹腔, 术中见左肾极度增大, 约

有 27 cm $\times$ 20 cm $\times$ 18 cm 大小, 左肾皮质菲薄、透亮, 左肾内尿液呈浅褐色, 肾盂极度增大, 左肾盂及输尿管交界处狭窄明显, 狭窄段长约 2.0 cm, 其下方输尿管未见异常。术中诊断: 左肾盂输尿管交界处狭窄, 左肾重度积水, 左肾无功能。术中决定行左肾切除术。因左肾巨大、分离困难, 切开肾皮质约 2.0 cm, 见左肾皮质厚约 0.2 cm, 有浅褐色尿液喷出, 吸引器吸出肾脏积液, 手术中吸出左肾内积液约 8 700 mL, 左肾体积明显缩小后, 顺利游离出左肾及左侧上段输尿管, 并将其切除送病检。左肾窝留置引流管 1 根。术毕, 患者安全返回病房。

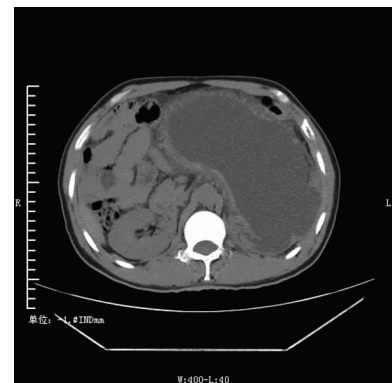


图 1 CT 平扫

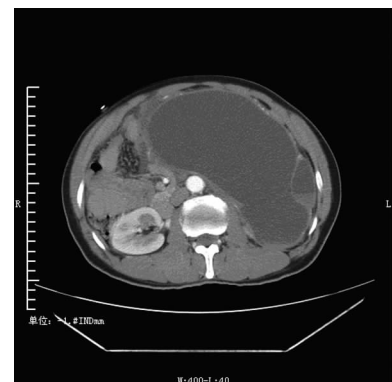


图 2 CT 增强动脉期



图 3 静脉肾盂造影

1.4 术后病理诊断 符合肾积水病变。

2 讨 论

肾积水的病因有机械性、动力性等因素,其中以机械性因素较为常见。机械性因素常见于肾盂输尿管连接处狭窄(UJPO)、肾盂、输尿管肿瘤、息肉、结石、炎症致上尿路梗阻,盆腔的肿瘤、炎症、腰部肌肉血肿、腹膜后病变、异位血管等对输尿管的压迫,下尿路病变造成的输尿管梗阻,先天性因素等^[1-3]。巨大肾积水最常见的原因是 UJPO^[4],此类肾积水发展缓慢,

症状不明显,如没有得到及时的诊治,有可能会发展为巨大肾积水,使肾功能严重受损,最终肾衰竭,有时产生肾脏自发性破裂。本例患者因先天性 UJPO,长期以来无自觉症状,未能及时治疗而致巨大肾积水形成,最终导致肾脏无功能。因而早期诊断、尽早手术对于保护肾脏功能有重大意义^[5]。

参考文献

- [1] 徐超凡. 肾折叠加肾固定术在巨大肾积水中应用分析[J]. 中外医学研究, 2012, 10(10): 113-114.
- [2] 常青, 何金军, 吴栖岸, 等. 巨大肾积水 34 例临床分析[J]. 贵州医药, 2009, 33(9): 799-800.
- [3] 袁航, 蒋绍博, 金讯波, 等. 腹腔镜肾盂离断成形术并肾脏折叠术治疗肾盂输尿管连接处狭窄所致巨大肾积水[J]. 泌尿外科杂志: 电子版, 2011, 3(1): 35-37, 46.
- [4] 任祥斌, 熊晖, 蒋绍博. 肾盂输尿管连接处狭窄的诊断及治疗[J]. 山东医药, 2011, 51(39): 107-108.
- [5] 何波, 李颢, 陈伟, 等. 多层螺旋 CT 尿路成像对原发性肾盂输尿管连接部梗阻原因的分析[J]. 临床放射学杂志, 2010, 29(3): 354-357.

(收稿日期: 2013-02-03 修回日期: 2013-04-11)

牙种植术的护理配合

董天贞, 张 芸[△], 邓蔓菁, 蒋和田(第三军医大学第三附属医院野战外科研究所口腔科, 重庆 400042)

【关键词】 牙种植术; 护理配合; 心理护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.090 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2013)21-2932-02

牙种植术是将支持种植体植入缺牙区的牙槽骨内的手术, 经过 3~6 个月后, 当种植体与牙槽骨密和后, 再在其上部制作牙修复体。整个种植修复过程(包括前期准备阶段、手术阶段和术后修复阶段), 护士的护理配合必不可少^[1]。良好的护理配合、合理的心理护理疏导以及客观的宣教和指导, 对于牙种植术能否成功至关重要。本科自 2007 年开展牙种植术以来, 已开展逾 300 例, 获得了良好效果。现报道如下。

1 术前准备

1.1 患者准备

1.1.1 护士与患者沟通 大部分患者由于不了解种植修复的相关专业知识, 很容易对手术产生恐惧感或紧张焦虑情绪。因此, 护士应当加强护患沟通, 协助医生让患者对种植修复的流程和效果予以正确认识, 消除其恐惧的心理, 以利于获得良好的配合。同时, 还应让患者了解收费标准, 获得知情同意后在手术同意书上签字。

1.1.2 病史采集和术前相关检查 病史及全身情况检查: 详细的询问患者病史, 协助医生做好患者全身情况检查, 全面了解患者的全身情况和既往疾病情况。另外, 还应仔细询问患者有无既往药物过敏史, 以便于医生选择合适的麻醉药。

口腔专科情况检查: 口腔一般情况检查, 包括口腔卫生情况, 有无牙缺失及缺失牙部位, 有无牙周病和口腔黏膜病等。

辅助检查包括 X 线片等, 了解拟手术区域牙槽骨的密度和骨量, 邻近结构的解剖情况, 以及相邻牙齿的相关情况。

若发现手术禁忌证, 及时向主治医师反映, 协助医生做好相应处置或推迟手术。

1.1.3 术前相关处理 协助医生对患者进行相关术前处理, 主要是针对对手术及术后效果有影响的因素, 比如治疗牙周疾病, 去除不良修复体, 调整不良的咬合关系等。为改善患者的口腔卫生状况, 术前 3 d 应进行全口洁牙, 同时, 嘱患者每天使用含漱液漱口, 每天 3 次, 保持口腔的卫生。

1.2 手术间准备 手术间应达到 II 类环境标准。采用紫外线消毒, 每天 2 次, 每次 1 h, 空气培养细菌数应小于 200 cfu/m³; 墙面、桌面和椅位, 可用含氯消毒剂(有效氯浓度不低于 500 mg/L)擦拭或拖擦, 其细菌数应小于 5 cfu/m³。另外, 还应定期检查吸引器、电、气等性能, 使其保持良好的状态。

1.3 器械的准备 (1)准备好种植机。(2)准备好种植体等耗材。(3)常规准备手术包。(4)消毒好种植器械和手术工具箱等。(5)准备好口外消毒纱布, 生理盐水最好选择冰的(手术区域物理降温用)。(6)准备好已经过良好消毒的碧兰麻及专用注射器。(7)骨粉、胶原膜等备用。

2 术中的配合

(1)为便于医生在术中了解手术区域情况, 应提前准备好