

斑马导丝在双 J 管拔除困难时的临床应用

王贵伟 梁宁锋 黄民平

(广西壮族自治区崇左市人民医院泌尿外科, 崇左 532200)

中图分类号: R693⁺.4

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2011)03-0282-01

双 J 管具有良好的内支架及内引流作用, 常用于解除上尿路梗阻, 预防或减少上尿路手术后发生的输尿管狭窄及尿漏, 预防体外冲击波碎石术后因石街形成所致的尿闭或感染等。近年来, 多种原因致拔管困难时有发生。2007 年 1 月~2010 年 1 月, 我们遇到 5 例因拔除过程中双 J 管上端自行打结导致拔管困难, 巧妙应用斑马导丝成功拔管。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 5 例, 男 4 例, 女 1 例。年龄 26~65 岁, 平均 40.5 岁。左侧 3 例, 右侧 2 例。双 J 管滞留时间 1~3 个月, 平均 1.5 月。置管原因: 输尿管切开取石 3 例, 经尿道输尿管镜下钬激光碎石治疗输尿管中段结石 2 例。均为国产双 J 管, KUB 检查均显影, 其中 3 根双 J 管上端见盘曲打结影(图 1)。5 例在拔除过程中将双 J 管牵拉至尿道外口约 10~15 cm 时受阻, 具有明显对抗性牵拉力, 松开双 J 管可见部分回缩。



图 1 KUB 检查双 J 管上端盘曲

1.2 方法

备好膀胱镜、输尿管镜及斑马导丝, 尿道黏膜利多卡因局部麻醉下行膀胱镜检查, 见双 J 管盘曲于膀胱内约 3~8 cm, 两侧输尿管口位置正常, 未见明显狭窄、肉芽组织及肿物组织生长。异物钳夹住双 J 管远端并缓慢拔管, 当导管拔出至尿道外口约 10~15 cm 时受阻, 具有明显对抗性牵拉力, 立即停止拔管, 松开异物钳同时左手握住双 J 管远端防止回缩膀胱内, 将斑马导丝软头置入双 J 管管腔内, 适

当将双 J 管松回膀胱约 5 cm, 渐进将斑马导丝送入近端, 遇到阻力时切勿暴力操作, 轻轻将导丝送入顺利通过一起将双 J 管及斑马导丝拔出。再次进镜观察拔管侧输尿管口正常喷尿, 未见血性液溢出。

2 结果

5 例均顺利拔除双 J 管, 无输尿管损伤, 不须住院。

3 讨论

双 J 管拔除困难, 如果住院手术治疗, 患者意见较大。双 J 管拔除困难常见的原因如下: 双 J 管结石形成; 双 J 管上移; 双 J 管近端被误缝; 遗忘拔管, 双 J 管断裂; 双 J 管拔除过程中近端盘曲自行打结。本组 5 例双 J 管滞留时间 1~3 个月, 平均 1.5 月, 双 J 管石垢形成不明显。KUB 未见双 J 管上移。导管拔出至尿道外口约 10~15 cm 时受阻, 具有明显对抗性牵拉力, 双 J 管近端被误缝可以排除, 考虑为双 J 管拔除过程中近端盘曲自行打结, 巧妙运用斑马导丝可以通过双 J 管管腔, 同时借助导丝的弹性将双 J 管盘曲打结段打开成功拔除双 J 管。

我们有以下体会: ①置管时应合理选择双 J 管的长度, 过长的双 J 管盘曲于肾盂太多, 拔管过程中容易自行打结导致拔管困难, 过短的双 J 管因牵拉导致回缩, 造成术后滞留。因此, 必须根据 IVU 或逆行造影确定输尿管长度, 选择适当的双 J 管。②导管质量, 目前双 J 管质量尚不能令人满意, 特别是国产导管, 在体内滞留时间较长后, 常失去应有的“刚性”。本组 5 根双 J 管均为 F₅, 均已失去原有形态。F₆、F₇ 双 J 管管径较粗, 近端不容易自行打结。③切勿暴力拔除双 J 管, 当导管拔出遇到明显阻力时应立即停止拔管, 以免造成输尿管撕裂或断裂^[1]。④拔除双 J 管前应告知患者可能遇到的困难及应对措施。⑤双 J 管拔除困难时亦可采用经尿道输尿管镜下处理医源性上尿路双 J 管滞留^[2], 可避免开放手术给患者带来的痛苦及可能发生的医患纠纷。

参考文献

- 1 张勇, 李促进, 谭国鹏, 等. 钬激光碎石治疗输尿管结石 96 例临床分析. 中国微创外科杂志, 2010, 10(4): 324-325.
 - 2 陈剑斌, 吕东. 双 J 管留置时间与并发症分析. 中国医药指南, 2009, 7(20): 24-25.
- (收稿日期: 2010-10-28)
(修回日期: 2010-12-09)
(责任编辑: 王惠群)