

经尿道电切治疗膀胱颈疤痕梗阻

王学军 周京高 方仁桂
(浙江省淳安县第一人民医院 淳安 311700)

关键词:膀胱颈疤痕梗阻;尿道电切;手术疗法

中图分类号:R 694.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0024-02

膀胱颈疤痕既往采用开放的手术创伤大, 患者痛苦多恢复慢。经尿道行膀胱颈疤痕切开是近年来一种安全、有效、痛苦小的腔内微创手术, 比较以往手术有明显的优点。近年我院收治该类病人 20 例, 现将其诊治体会及术后疗效随访报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 20 例, 年龄 58~80 岁, 平均 66.5 岁, 均为择期手术, 临床病程 1~3 年。8 例患者为耻骨上经膀胱前列腺摘除术后, 2 例为尿道外伤行手术治疗后, 10 例女性膀胱颈后唇抬高行 Y~V 成形术后。所有患者均有不同的排尿困难或其他排尿症状, 其中有尿潴留史 8 例。术前常规作膀胱尿道镜检查观察膀胱颈部疤痕梗阻情况, 予以确诊, 6 例女性患者合并有腺性后尿道炎, 5 例男患者合并有尿道口狭窄及尿道炎。所有患者均不规则经抗生素及改善尿道症状药物治疗无效而改行经尿道膀胱颈疤痕电切术。全部病人术后无继发出血, 均痊愈出院, 平均住院时间 5.8d。随访主要以患者自觉症状为主, 6 例患者行膀胱镜复查见颈部平坦, 无增生组

脑血管疾病、肺部疾病等基础病, 不能耐受长期卧床和手术, 并属于新鲜骨折患者共 42 例。先行股骨髁上骨牵引 3d, 后床边摄片骨折基本复位, 在局麻并经 X 线透视下复位, 先用 2 枚直径 4mm 尖端带螺纹圆针固定股骨粗隆间骨折, 两针在侧位平行, 正位针尖可交叉, 远端可在股骨髁上再穿针或用原骨牵引针, 再在侧方套上双向螺杆, 加压固定。

1.2.3 切开复位[动力髁螺钉(DHS)内固定治疗] 选择年龄较轻无手术禁忌证、愿意接受手术患者共 19 例。新鲜骨折先行股骨髁上骨牵引, 4~7d 局部肿胀减退后行切开复位 DHS 内固定, 手术按 DHS 操作技术要求进行。

1.2.4 切开复位(Gamma 钉内固定治疗) 选择无手术禁忌证、不稳定型骨折且愿意接受手术患者 9 例。新鲜骨折同样先行股骨髁上骨牵引, 4~7d 局部肿胀减退后行切开复位, Gamma 钉内固定, 手术按 Gamma 钉操作技术要求进行。

2 结果

本组 98 例, 治疗后随访 2 个月~3 年, 平均 1 年 9 个月, 住院期间死亡或治疗后并发症引起死亡共 8 例。按照髋关节功能评定标准, 优: 70 例, 髋关节活动好, 无痛无短缩, 无髓内翻, 行动自如; 良: 12 例, 髋关节活动度稍受限, 轻度短缩和髓内翻; 差: 8 例, 髋关节活动度差, 下肢短缩及髓内翻明显。见表 1。

表 1 各种方法治疗结果比较 例						
治疗方法	n	死亡	优	良	差	优良率(%)
骨牵引	28	4	11	5	8	57.1
起重机架外固定	42	4	33	5	0	90.5
DHS 内固定	19	0	17	2	0	100
Gamma 钉内固定	9	0	9	0	0	100

织。平均随访 10 个月, 无尿失禁、尿道狭窄及尿潴留发生。

1.2 手术方法 硬膜外麻醉下插入 Wolf 电切镜, 4%甘露醇作冲洗液, 在膀胱低压容量状态下用滚筒开槽电极环形电切膀胱颈部增生肥厚的疤痕组织至肌纤维层, 控制切开长度在 1.5cm 以内。高频电凝输出功率为 150W 左右。术中电切增生肥厚的后唇尤为重要, 后唇电切后, 从后尿道观察膀胱颈部开口基本与三角区在同一层面。伴有腺性后尿道炎者高频低功率电灼病灶, 伴尿道口狭窄者采用尿道扩张, 合并结石者予以碎石, 膀胱颈缝线异物同时予以取出。

2 讨论

膀胱颈疤痕的病因常见于膀胱颈的损伤, 如膀胱前列腺尿道手术、膀胱多次化疗、膀胱长期炎症等, 发病机制与黏膜下炎性细胞浸润、纤维性组织增生与挛缩及神经支配失调有关。主要表现为膀胱颈疤痕呈部分或环形狭窄, 引起膀胱出口梗阻, 易继发感染、结石, 患者症状类似于男性前列腺增生, 临床表现为尿频、尿急、尿痛、尿不尽及血尿、夜尿次数增多, 还可出现尿潴留、膀胱憩室、上尿路梗阻、肾衰等严重的

3 讨论

股骨粗隆间骨折的治疗方法, 需根据病人的具体情况进行选择。保守治疗只在某些情况下考虑应用, 对长期卧床肢体无法活动或严重内科疾病无法耐受手术的病人, 保守治疗更为安全; 对于年轻且无条件接受手术的患者, 单纯骨牵引也是一种经济的方法, 尤其适合在基层医院使用, 骨牵引 8~12 周, 定期拍床边 X 光片, 力求骨折复位。外固定支架治疗优点是手术创伤少、操作简单, 缺点是术后活动不方便、容易出现针道感染, 主要用于年老体弱、多部位损伤和无法耐受内固定手术的病人^[1]。DHS 内固定治疗适用于年轻及能耐受手术的中老年患者, 优点是固定强度好, 股骨颈干角在固定后可自然恢复, 骨折修复可加压(骨质疏松患者除外), 已成为常用的内固定治疗方法。手术操作主要保持正常的颈干角, 有学者建议头钉位置应在股骨头颈中下 1/3 并偏后, 可防止头钉切割和不破坏股骨头血运。Gamma 钉髓内固定曾得到广泛应用, 但许多临床医生长期随访观察发现存在较多问题: 其头钉粗大, 易出现头钉切割; 由于股骨远端受应力增加, 常继发股骨远端骨折。AO 近年来发明了 PFN(股骨近端髓内钉), 头钉用 2 枚, 且锁点离钉尾较远, 有 Gamma 钉不具备的优点, 但价格昂贵。对于手术选择髓外固定还是髓内固定, 目前普遍认为: 对于稳定型股骨粗隆间骨折, 髓外固定即可; 而对于不稳定型股骨粗隆间骨折, 特别是反粗隆间骨折, 由于髓内钉属中心位固定而具有很好的抗弯能力, 应为首选。

参考文献

[1]王亦璁.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2001.865

异丙酚配伍芬太尼联合米索前列醇用于初孕无痛人流流产

吴伟琴 祝春燕

(浙江省桐庐县第一人民医院 桐庐 311500)

摘要:目的:观察异丙酚配伍芬太尼联合米索前列醇应用无痛人流流产的临床效果。方法:将 120 例要求行无痛人流流产的初孕妇女随机分成 2 组:观察组用异丙酚配伍芬太尼联合米索前列醇;对照组用异丙酚配伍芬太尼。结果:2 组镇痛效果 100%,未发生人工流产综合征,而观察组的的宫颈松弛满意度高、手术时间缩短、术中出血量减少。结论:异丙酚配伍芬太尼联合米索前列醇应用于无痛人流流产效果更好,能更好地增加安全性。

关键词:异丙酚;芬太尼;米索前列醇;无痛人流流产术

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0025-02

人工流产是避孕失败的常用补救措施之一,由于手术对子宫颈、宫体的牵拉与刺激,可使受术者产生不同程度的疼痛,而宫颈松弛程度与能否安全、快速地完成人工流产手术操作密切相关。我院自 2005 年 6 月起应用异丙酚配伍芬太尼联合米索前列醇用于初孕妇女人工流产术,在镇痛、松弛宫颈等方面取得满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2005 年 6~12 月来我院门诊自愿要求无痛人流流产终止妊娠的初孕妇 120 例,年龄 18~30 岁,孕 6~10 周,体重 40~70kg。术前经 B 超证实为正常宫内早孕,无人工流产禁忌证,无高血压、心脏病及药物过敏史。随机分成 2 组:观察组和对照组,2 组基本情况无显著性差异。

1.2 方法 观察组:孕妇术前禁食 4h,于术前 3h 常规消毒外阴、阴道,将米索前列醇 400μg 置于阴道后穹隆,观察 20min。术前建立静脉通路,常规面罩吸氧 3L/min,并监护血压、呼吸、心率、血氧饱和度,由麻醉师消毒铺巾后缓慢静脉给予芬太尼 0.05~0.1mg (稀释至 5mL),2min 后再注射异丙酚 1.5~2mg/kg 至患者神志消失(以睫毛反射消失为标志),开始手术。术中患者出现体动反应,则每次追加异丙酚 30~50mg 至体动反应消失。对照组除不使用米索前列醇,余同观察组。

1.3 观察项目及评定标准 (1)镇痛效果:有效:患者无下腹痛,表情安静自如,朦胧入睡或无意识活动,且醒后无记忆;无效:患者下腹痛,表情痛苦,出汗,呻吟不止。(2)宫颈松弛情况:以能否 1 次顺利通过 6 号 Hegar 氏宫颈棒为标准。(3)人工流产综合征(RAAS)的诊断标准:参照王淑贞主编《妇产科学理论与实践》第一版。(4)手术时间:从开始扩张宫颈至手术结束。(5)术中出血量:以量杯计算。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

2.1 镇痛效果与人工流产综合征 2 组镇痛效率 100%,无 1 例发生人工流产综合征。

2.2 宫颈松弛情况 观察组 86.7%(52/60),明显高于对照组 5.0%(3/60), $P<0.01$ 。

性下降有关,早期还与炎症刺激有关,所以手术时电切长度应严格控制在 1.5cm 以内^[1]。术后可指导进行肛提肌功能锻炼(每日 3 次,每次 50~100 回),应用维生素 B₁、维生素 B₁₂ 治疗,也可配合针灸治疗。膀胱颈疤痕因弹性差,切开后创面渗血及小血管功能减退,常伴有反复出血,术中组织的电切深度可通过改变电流的输出功率进行调节,切除组织时不可太厚,有利于观察不至于引起膀胱阴道直肠瘘及大出血。术后还应密切观察引流液颜色,适当加快冲洗速度。发现出血增多应考虑有以下几种可能:(1)术中止血不彻底;(2)膀胱痉挛,收缩频繁;(3)咳嗽便秘腹压增加导致出血;(4)引流不畅出血增加;(5)老年人凝血功能差或血压升高情况;(6)气囊牵引压迫不紧,必要时及时二次手术止血。一般疤痕切开后 2~3 周才能被新生疤痕覆盖,故术后 4 周内均应软化大便保持通畅,少做体力活,多饮水。

对于膀胱颈部疤痕轻的病例先可采用保守治疗,使用抗生

生素、钙离子拮抗剂、 α -受体阻滞剂或改善尿道症状的药物

治疗,如无效可行尿道扩张术,但中长期疗效差,容易反复发作。以往对于重度病例开放手术会使疤痕再生挛缩,因尿道膀胱颈肌层再次损伤还可引起尿失禁,加上手术损伤大,出血及术后患者痛苦多,患者难以再次接受手术。现采用经尿道电切手术治疗膀胱颈疤痕易被患者接受,疗效明显。

本组均为老年病人,各种生理功能不同程度减退,抵抗力、应激力及代偿能力差,所以术前应做好各项充分准备,尤其要注意心肺功能,术前后严密观察病情变化。针对二次手术患者存在不同程度的心理恐惧,缺乏治疗信心,故术前应积极与患者进行心理沟通,提升治愈的信念。术中电切疤痕时最好使膀胱处于低容量、后尿道处于半开放状态下,这样有利于判断气化的程度。第一次手术后,由于尿道膀胱颈已失去正常的解剖标志,手术中容易损伤输尿管口、直肠等,术中可通过阴道或直肠指检协助判断切除深度。术后注意尿量、肾功能变化、尿液的浑浊度及冲洗液中

有无粪性内容物等,一般手术完成常规作肛检,以便早期发现及时处理。

二次手术后发生尿失禁的几率明显增大,主要与尿道括约肌的功能受损,缺乏正常解剖标识,膀胱长时间梗阻,顺应

参考文献

[1]李爱华,陈耀武,叶华春.经尿道电气化治疗膀胱颈部梗阻[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(3):101~102

[2]刘昌荣,颜克钧,郭贤坤,等.尿道内切开治疗尿道狭窄疗效观察[J].临床泌尿外科杂志,2001,16(9):404~405

[3]郭烽,魏辉,张晓忠,等.经尿道针状电极膀胱颈内切开治疗膀胱颈挛缩[J].临床泌尿外科杂志,2006,21(10):772~773

(收稿日期:2007-03-19)