

# 尿道内润滑法在前列腺增生患者导尿中的应用

张展芳 彭志红 王开平 王昭玲

(江西省万载县中医院 万载 336100)

关键词:尿道润滑;前列腺增生;导尿

中图分类号:R 697.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.046

前列腺增生是临床上老年男性常见疾病,患者在劳累、受凉、刺激性饮食后容易引起急性尿潴留,留置导尿是解决此症状的首选方法。而由于患者前列腺腺体肥大,尿道受挤压变窄,以往传统导尿法往往失败,增加插管次数甚至改行膀胱造瘘术,不仅增加患者痛苦而且加重经济负担<sup>[1]</sup>。为提高插管成功率,减轻患者痛苦,减少尿道黏膜出血等不良反应,本院于 2008 年 1 月~2011 年 5 月对前列腺增生尿潴留患者实施尿道内润滑加表面麻醉进行导尿,效果满意。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 1 月~2011 年 5 月在我科住院的前列腺增生需留置导尿的患者 100 例,随机分为两组。对照组 50 例,年龄 54~78 岁,平均 67 岁;实验组 50 例,年龄 56~82 岁,平均 69 岁。

1.2 方法 对照组采用常规传统导尿方法:消毒铺巾,液体石蜡油棉球润滑导尿管前端,插管并固定。

实验组采用尿道内润滑法:常规消毒后,用注射器抽取 10~15 mL 无菌液体石蜡油,拔掉针头,把注射器乳头插入尿道口缓缓注入,轻轻按摩尿道球部,以助石蜡油充分润滑尿道,再将已用液体石蜡油润滑全管的导尿管轻轻插入尿道口,慢慢送入,边插边左右转动,如有阻力,用注射器向尿管内注入 2%利多卡因 5 mL,轻轻按摩尿道球部片刻后继续插管并固定。

1.3 观察指标 两种导尿方法的一次性插管成功率、尿道黏膜损伤出血率及疼痛程度。

1.4 结果 见表 1。实验组尿道损伤率明显低于对照组,一次性插管成功率明显高于对照组,可避免重复插管,减轻患者痛苦,降低不良反应。

表 1 两种导尿方法的效果 例(%)

组别	n	尿道损伤率	一次插管成功率
对照组	50	20(40.0)	31(62.0)
实验组	50	2(4.0)	46(92.0)
$\chi^2$		18.9	20.25
P		<0.01	<0.01

## 2 讨论

老年人腹股沟疝是因腹壁强度的减弱和伴随疾病致腹内压的升高引起,由于腹壁肌腹横筋膜等组织薄弱,使腹股沟区嵌闭机制失效,加之腹内压升高,腹外疝更易发生,尤其是嵌顿疝、绞窄疝,需急诊手术,危险更大。因此,老年患者只要没有绝对手术禁忌证,应尽早控制在控制好慢性疾病基础上择期手术<sup>[2]</sup>。对于手术方式及麻醉方式的选择,因急性腹股沟嵌顿疝可导致肠坏死、肠穿孔,可危及生命,首先要将抢救生命放在第一位,解除嵌顿,老年人如果一般情况差,有严重合并症,短时间内无法纠正,术前估计肠管无坏死,可在局麻下行疝内容物回纳及疝囊高位结扎术。如术前估计肠管坏死可能大,则应在持续硬膜外麻醉或全麻下进行,是否行疝修补术需根据术中患者自身情况决定。近年来,由于人工修补塞及补片的应用,无张力修补成为首选<sup>[3]</sup>。无张力修补具有创伤小、恢复快、手术时间短、术后复发率低的特点,且适合在局麻下完成。在疝手术中,局麻是十分重要且值得大力推广的技术。老年腹股沟疝患者常常伴有严重的心脑血管及肺部疾

病,传统的手术方式麻醉要求较高,风险较大,与患者及其家属谈话后很多病人会因顾虑而放弃手术,而局麻可大大降低手术风险,术后患者进食、下床和早期自主活动均明显提前,同时也减少呼吸系统、泌尿系统和心血管系统并发症的发生,有利于患者尽早恢复正常活动<sup>[4]</sup>。嵌顿疝患者手术区域易出现局部组织水肿,渗出液较多,老年人免疫功能衰退,常合并有慢性支气管炎、糖尿病,抗感染能力下降,术后应使用足量有效的抗生素。综上所述,老年人腹股沟疝,一旦发生嵌顿,应及时就诊,及时手术解除嵌顿<sup>[5]</sup>。术后应积极治疗合并症及应用有效的抗生素防止切口感染。

### 参考文献

[1]吴在德.外科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000.449  
 [2]陈孝平,裘法祖.要重视腹外疝修补术的标准化和个体化[J].腹部外科,2004,17(1):4-5  
 [3]吴肇汉.充填式无张力疝修补术 - 疝修补术的新趋势[J].中华实用外科杂志,2001,21(2):65  
 [4]黄建,刘永强,谢伟.局麻和硬膜外麻醉下腹股沟疝无张力修补术的比较分析[J].中国普外基础与临床杂志,2007,14(3):312-315  
 [5]朱维继,吴汝舟.实用外科手术学[M].北京:人民卫生出版社,2002.472

(收稿日期: 2012-08-22)

# 原位推进皮瓣术治疗混合痔 80 例

张孔晖 张金华 邓大鹏

(福建省福州市第二医院 福州 350007)

关键词: 混合痔; 原位推进皮瓣术; 疗效观察

中图分类号: R 657.18

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.047

为减少环状混合痔患者的痛苦、缩短疗程、避免术后并发症、提高一次性治愈率,自 2009 年 6 月~2012 年 6 月本科采用原位推进皮瓣术治疗混合痔 80 例,取得了较好的临床效果。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 80 例环状混合痔住院患者中男性 24 例,女性 56 例;年龄 32~70(平均 46.8)岁;病程 3~30(平均 13.5)年。

1.2 治疗方法 术前备皮、清洁灌肠,术中采用局部麻醉。患者取俯卧斜坡位,常规碘伏消毒手术区,铺巾,充分扩肛。在外痔部分顶端近齿线处做一倒“V”形皮肤切口,潜行剥离皮下静脉丛及组织。剥离痔组织至齿线上 0.8 cm,中弯钳夹内痔组织,7 号线结扎,在结扎头上方 0.5 cm 剪去结扎组织。将倒“V”形皮瓣修整,使其保留适当长度,一般以能覆盖痔剥离后创面,皮瓣伸展服帖不显得松弛而且略具张力为度,用 4 号线固定于倒“V”形切口创面上。同法处理其他痔核。视肛门松紧情况可选择于截石位 3 点部同时作内括约肌松解术。用食指、中指测量肛管宽度,了解切口之间有无弦样紧张,如无肛门狭窄现象,予凡纱敷盖于创面上,方纱加压包扎术毕。术后应用抗生素 5 d,给予半流质饮食,控制大便 48 h,48 h 后每天便后给予软化大便、中药坐浴、太宁栓塞肛、伤口换药。术后 10 d 拆线。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 痊愈:症状与体征均消失;显效:症状消失,留有皮赘或内痔黏膜轻度隆起,痔核变小;有效:症状和体征均有改善;无效:症状和体征均无改善。

## 2 讨论

导尿是急性尿潴留时最常用方法,但操作不当极易造成膀胱、尿道黏膜损伤出血。前列腺增生多见于老年人,阴茎松软,缺乏弹性,而增生的前列腺压迫使尿道变窄,尿管不易插入<sup>[1]</sup>。因此,前列腺增生患者导尿前润滑尿管与尿道,必要时表面麻醉非常重要。以往传统方法只润滑尿管前端,中、后段干燥,插入尿道后摩擦导致黏膜出血、患者疼痛影响

2.2 观察指标 术后观察伤口愈合、疼痛、水肿、排便情况。

2.3 结果 经治疗后 80 例患者均痊愈,其中伤口平均愈合时间 12 d;术后疼痛情况:术后伤口轻微疼痛能忍受者 48 例,术后伤口疼痛不能忍受,需用止痛剂方能缓解者 32 例;肛缘水肿情况:术后肛缘水肿 8 例;术后排便情况:所有病例均未出现大便失禁、排便不畅等排便异常情况。

## 3 讨论

肛管皮肤在维持肛门正常功能中起着极其重要的作用,国外学者采用自行设计的肛管口径测量器研究了痔切除前后的肛管口径变化,结果表明平均每切除 1/12 肛管皮肤,肛管口径平均缩小(0.13±0.04)cm,缩小率为 4.15%<sup>[1]</sup>。目前临床上最常用的是外剥内扎术,即外痔剥离内痔结扎<sup>[2]</sup>,该术式往往会发生术后疼痛、肛门水肿、肛门狭窄、肛门畸形等并发症,而且有伤口创面大、愈合时间长、破坏肛门功能等缺点。

原位推进皮瓣术有以下优点:(1)保留了外痔痔体表面皮肤,起到自体带血管网带蒂皮瓣原位植皮的效果,最大限度保留肛管皮肤,防止肛门畸形和肛门狭窄。(2)由于推进的皮瓣覆盖了创面,使创面明显减小,所以术后伤口疼痛较轻,创面愈合时间也明显缩短<sup>[3]</sup>。(3)由于缝合时皮瓣向肛管内推进,缝合后皮瓣起到提拉肛缘皮肤的效果,从而避免术后肛缘水肿和赘皮形成,达到肛门整形的目的。注意事项:(1)术后塔形敷料及包扎一定要压紧。其目的是将皮瓣与创面粘连牢固,防止滑脱,预防皮瓣水肿,提高成活率。(2)控制大便 48 h,以避免过操作顺利进行。改良方法在传统基础上结合了前列腺增生患者的解剖特点,充分润滑尿管全段和尿道,减少摩擦,麻醉润滑相结合,明显减轻患者疼痛,提高一次性插管成功率,减少尿道黏膜出血等不良反应。

## 参考文献

- [1]吴阶平.实用泌尿外科学[M].北京:人民军医出版社,1991:11
- [2]毛丽娟,戴宝珍.实用老年护理学[M].上海:上海医科大学出版社,1999:23

(收稿日期:2012-08-17)