

输尿管镜在尿道断裂治疗中的应用体会

符骏

(北京京煤集团总医院 北京 102300)

关键词:输尿管镜;尿道会师术;尿道断裂

中图分类号:R699.6

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.062

随着泌尿腔镜的推广使用,微创腔镜手术已广泛应用或尝试在泌尿外科手术各个方面^[1]。我院 2007 年 1 月~2012 年 8 月,对 21 例外伤性尿道断裂病人开展输尿管镜下尿道会师术。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 入组 21 例,男性,年龄 28~48 岁。其中车祸 11 例,挤伤 6 例,骑跨伤 2 例,高空坠落 2 例;7 例合并骨盆骨折,出现休克 3 例。就诊时间为伤后 1~36 h。患者均存在明确外伤史,临床表现均不能自主排尿、尿道及会阴部疼痛、尿道口滴血及尿潴留。入院后所有患者行试验性导尿均失败。5 例行尿道造影检查证实,其余在术中经过输尿管镜检查明确。其中尿道不完全断裂 5 例,尿道完全断裂 16 例。

1.2 手术方法 监测患者生命体征,予补液抗休克治疗,静点广谱抗生素抗感染治疗,除外其他合并外伤。准备消毒好的 F8/9.8 奥林巴斯(Olympus)

输尿管镜及液压灌注泵、3~4F 输尿管导管、膀胱穿刺造瘘套针及斑马导丝等。患者麻醉满意后取膀胱截石位,生理盐水冲洗,将输尿管镜自尿道外口插至外伤处。有 5 例证实尿道不完全断裂,其损伤部位均在尿道球部,直视探查发现部分尿道黏膜连续,在电视监视下输尿管镜沿未断的尿道黏膜轻柔进镜至膀胱内,置入斑马导丝至膀胱内,注冲洗液冲洗并充盈膀胱,观察膀胱内是否存在损伤,明确后退出输尿管镜。有 16 例证实尿道完全断裂,其损伤部位均在尿道膜部,视野被血块及出血遮挡,模糊观察不清。液压灌注泵加压冲洗,冲出血块及出血点,注意冲洗水压及时间。视野转清楚后,探查尿道近端损伤处,其中 5 例在高压冲洗下找到尿道近端断裂处,在输尿管导管引导下继续进镜,将输尿管镜缓慢推入膀胱,充盈冲洗膀胱,观察膀胱腔无异常,经输尿管镜工作通道置入斑马导丝至膀胱,后退出输尿管镜。其中 11 例未找到断裂尿道近端,

尿线中断为主。具体分析产生此情况的主要原因^[2]:输尿管结石梗阻,造成输尿管平滑肌痉挛收缩,提高肾盂以及输尿管内压力,最终对肾包膜引发的刺激所导致。因此,对于输尿管结石治疗的关键,即为消除尿管梗阻、疼痛以及保护肾功能。常规治疗中,采取的中西医结合治疗,虽然能够起到一定疗效,但患者承担的精神、心理痛苦也较为明显,且无法完全排除结石,存在疗效上的缺憾。

随着输尿管结石治疗工作的不断开展,ESWL 临床疗效已得到公认,打破了传统的切开取石手术,临床治疗中将此方法称为“上尿路结石治疗上的革命”。临床数据统计结果显示,ESWL 已经成为治疗泌尿系结石的首选。郑克立等^[4]报道 ESWL 治疗急诊上尿路结石成功率达到 100%,足以证明此方法的立竿见影效果。ESWL 治疗即便不能完全性粉碎的治疗目的,也可直接控制输尿管结石,对输尿管壁所引发的压迫、刺激情况,保证尿液从输尿管位置通过,进一步缓解其梗阻、平滑肌痉挛以及疼痛情况。ESWL 治疗后,会引发黏膜损伤炎症以及充血性水肿情况,所以应行抗生素治疗,达到修复效果。而尿石通丸能够实现消热利湿以及通淋

排石的效果。治疗过程中行 B 超动态观察,实现了全程监控,保证了碎石的成功率。同时,为了提高排石疗效,在治疗中嘱患者进行运动锻炼(跑步、跳绳、打球、蹦跳等)、饮水(2 500 mL 以上)辅助,保证了最佳治疗效果的实现。从上述结果来看,本组患者行 ESWL 治疗后,总有效率达到 100%。

综上所述,ESWL 治疗急诊输尿管结石,具有操作方法简单、疗效明确显著、经济花费低等临床优势,且在临床治疗中不会对患者的输尿管造成相对明显的损伤(仅有轻微血尿),更易被输尿管结石患者、手术医师所接受。因此,急诊 ESWL 是治疗输尿管结石患者的首选方法,能够在短时间内解除患者的痛苦、缩短治疗病程,并对肾功能进行最佳保护,具有临床推广应用价值。

参考文献

[1]袁鹤胜,郭旭明,任胜强,等.ESWL 致肾破裂出血休克 1 例[J].临床泌尿外科杂志,2010,15(6):287

[2]王谦,饶大彪.ESWL 致腹腔内大出血 1 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2009,30(4):270-272

[3]叶卫东.体外震波碎石联合尿石通治疗泌尿系结石 1 111 例疗效观察[J].新中医,2007,39(1):86-87

[4]郑克立.体外震波碎石机(FDAPLT-O1)治疗肾和输尿管结石 1 021 例[J].中华泌尿外科杂志,2010.14(1):1 989-1 990

(收稿日期:2013-06-05)

变动体位为仰卧单侧截石位。膀胱充盈状态下可辅助 B 超定位,避开膀胱前区血肿,用膀胱穿刺造瘘套针于耻骨联合上缘二横指正中行膀胱穿刺,输尿管镜通过膀胱造瘘器外鞘进入膀胱,冲洗观察膀胱内部情况寻找到尿道内口,将斑马导丝沿尿道内口送入尿道断裂处盘曲 3~5 cm,退出输尿管镜。再次从尿道外口插入输尿管镜进入尿道断端,冲洗视野找到斑马导丝并用异物钳将导丝拔出。取 18~20Foley 导尿管顶端去头,将斑马导丝经此孔引入尿管腔内,充分润滑尿管,循导丝将 Foley 导尿管送入膀胱至导尿管尾端,拔出导丝,经注水试验确认导尿管在膀胱内,尿管气囊注水 30 mL,根据损伤部位及出血情况,向外选择牵拉导尿管。

要求导尿管有一定张力,做法是前尿道损伤可在尿道外口处系上纱布收紧尿管保持双向加压的止血效果,术后观察尿液引流颜色及纱布出血情况,一般 24 h 可以解除纱布,导尿管 4~6 周可以拔除。后尿道断裂及尿道完全断裂牵引重量 400~500 g,术后 1 周可去除牵引,导尿管 6~8 周可以拔除。拔导尿管后第 3 天及第 7 天常规复查尿流率,视排尿情况适当扩张。膀胱造口处留置 16F 导尿管,必要时予持续低压膀胱冲洗,一般 3 d 后拔除。

2 结果

21 例手术均成功,手术用时 10~45 min,术中出血量 20~50 mL。术后 1 周内,3 例患者出血明显,尿道口及膀胱造瘘管、导尿管引流有血尿,应用止血药物,加压止血同时予低压膀胱冲洗后好转。术后 4~8 周拔除导尿管,拔管后均可正常排尿,均常规行尿道扩张 1 次出院。门诊随访 6~12 个月,定期复查尿流率,8 例排尿通畅;12 例因尿线变细查尿流率小于 15 mL/s,考虑存在尿道瘢痕性狭窄,予定期行尿道扩张 8 周后痊愈;1 例尿线变细且尿流率小于 10 mL/s,尿道扩张 8 周后无改善,于术后 2 个月行钬激光尿道瘢痕切除术后痊愈。21 例均无阴茎勃起功能障碍,无尿瘘、尿失禁发生。

3 讨论

尿道断裂是泌尿外科常见急症,早期的复位固定,对减少创伤、恢复尿道连续性、提高疗效、减少瘢痕形成所致的尿道狭窄和错位等并发症有重要意义。开放性尿道会师术及经会阴尿道断端吻合术仍是当前临床常用的手术治疗方法,对于伤情严重者或合并有其他脏器损伤的患者,以上手术难以开

展,只能暂作膀胱造瘘手术待二期再次手术^[2]。目前泌尿外科腔镜技术突飞猛进,在内镜下治疗尿道断裂越来越受到业内关注,腔镜技术应用不断地更新及拓展,这些新技术的应用充分弥补了开放性手术的不足,尿道断裂的诊断及治疗均可利用输尿管技术同时解决。我们选用比尿道膀胱镜更细小的输尿管镜,可以顺利进入尿道,在电视监视下可以直视探查尿道断端情况。输尿管镜进入膀胱后,可以观察膀胱内情况,在斑马导丝的引导下,可以顺利的置入三腔或二腔 Foley 导尿管。在进镜操作过程中持续使用生理盐水冲洗,注意冲洗的时间、压力及速度,在视野清晰的情况下,尽可能减少注水量,以免冲洗液外渗,避免加重心脏负荷及减少尿道断端及周围组织发生水肿和感染机会。恢复尿道的连续性、引流尿液、防止并发症发生是尿道断裂的基本治疗原则。目前输尿管镜下尿道会师术已经广泛的应用临床,对于治疗尿道断裂,其优点为:(1)操作简便,手术用时短,输尿管镜管径小,操作灵活,尿道腔与输尿管镜间隙较大,便于血块冲洗及引流液流出,不易加重冲洗液外渗。(2)术中出血少,因在尿道腔内进行操作,有效避免对血运丰富的尿道周围及耻骨后间隙的解剖,避免开放性手术造成尿道及周围组织进一步损伤。(3)减少术后并发勃起功能障碍的机会,输尿管镜在直视下明确尿道断裂情况,同时在尿道腔内操作,避免了开放性手术感染机会,减轻对支配阴茎勃起血管、神经的损伤和压迫,几乎没有引起医源性尿道外括约肌损伤的可能^[3-4]。合并有骨盆骨折移位明显的患者,可取仰卧单侧截石位或取平卧两腿分开角度约 80 度,以利于输尿管镜操作,以免加重骨盆损伤。

综上所述,输尿管镜治疗尿道断裂,充分利用了泌尿外科腔镜技术,操作简单、时间短暂、患者创伤小、并发症少、恢复快、效果确切,可达到恢复尿道连续性解除尿潴留目的,符合治疗尿道损伤原则,安全可靠。适合尿道断裂的早期治疗,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 高强利,张超雄,陈昌贵.双内窥镜尿道会师治疗后尿道断裂[J].中华创伤杂志,2005,21(10):779
- [2] 那彦群,郭震华.实用泌尿外科学[M].北京:人民卫生出版社,2009:5
- [3] 谭钢.微创手术早期治疗后尿道断裂[J].当代医学,2010,16(18):153
- [4] 王可兵,万跃平,刘卓文,等.输尿管镜与开放手术行会师术治疗后尿道断裂的比较[J].中国内镜杂志,2004,9(10):29-33

(收稿日期:2013-05-27)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!