

一, 占外伤性颅内血肿的 20% 左右, 有着较高的死亡率和致残率^[4]。血肿及其分解产物对脑组织可形成颅内占位效应, 故治疗首要目的是将血肿及时清除和有效止血^[5]。手术治疗能将血肿迅速彻底清除, 成为首选的治疗方法^[6]。其中骨瓣开颅血肿清除术及骨窗开颅术血肿清除术的创伤大, 手术时间长, 易发生各种并发症; 应该注意的是, 在血肿清除后, 若硬膜下呈现蓝色, 则表明有血肿的存在, 应当立即清除^[7]。钻孔引流术操作简便、创伤小、安全性高, 对于清除深部血肿及重要功能区的血肿效果较好, 适用于年龄较大和全身情况较差的患者, 但需分多次清除血肿, 对于患者脑组织受压迫现象不能及时解除。随着微创及显微外科技术的发展, 小骨窗血肿清除术由于其创伤小的特点, 在临床上得到广泛应用, 但存在手术视野局限, 术中血肿不能充分暴露及减压不充分等缺点^[8]。本组手术根据患者血肿分布及血肿量分别采取不同的手术方式, 治疗总有效率为

91.30%, 患者 ADL 能力分级 1 级者占 78.26%, 效果显著。综上所述, 脑外伤所致硬膜下血肿的治疗应根据患者的血肿特点采取不同的手术方法, 可显著提高治愈率, 降低致残率和病死率。

参考文献

[1]付强,徐文博.外伤性硬膜外血肿 58 例治疗体会[J].中国社区医师, 2009,11(15):185
 [2]常兵.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].吉林医学,2012,33(15):3 282
 [3]Yamada H,Watanabe T,Mutata S,et al.Developmental process of chronic subdural collections of fluid based on CT scan findings[J]. Surg Neurol,1980,13(6):441-448
 [4]胡振华,梁柱楼,陈学华,等.探讨脑外伤导致硬膜下血肿的手术治疗效果[J].吉林医学,2012,33(36):7 972-7 974
 [5]罗家扬.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].中国医药指南, 2011,9(15):111-112
 [6]谢长平.脑外伤所致硬膜下血肿外科治疗分析[J].中外医学研究, 2012,10(10):123-124
 [7]谭红兵,赵海翔,曾海军.脑外伤所致硬膜下血肿手术治疗分析[J].中国当代医药,2010,17(33):180-181
 [8]丁建魁,吴喜,颜布,等.大骨瓣开颅治疗急性脑挫裂伤伴硬膜下血肿的体会(附 64 例报告)[J].中华神经外科杂志,2010,26(3):280
 (收稿日期: 2014-05-09)

TVT-O 术前术后使用阴道雌激素软膏治疗压力性尿失禁 30 例临床报告

杨莉¹ 袁琼² 付慧琴³

(1 江西省樟树市人民医院妇产科 樟树 331200; 2 江西省宜春市妇幼保健院 宜春 336000; 3 江西省樟树市鹿江社区卫生院 樟树 331200)

摘要:目的:研究经闭孔阴道无张力尿道中段吊带术(TVT-O)术前术后使用阴道雌激素软膏治疗女性压力性尿失禁的疗效和临床意义。方法:回顾性分析我院 2011 年 7 月~2013 年 3 月收治的 30 例压力性尿失禁患者,采用强生公司 TVT-O 吊带系统对无张力尿道中段吊带术,术前术后使用阴道雌激素软膏治疗。结果:29 例患者治愈,1 例改善,手术时间 20~50 min(平均手术时间 30 min),术中无并发症、无膀胱损伤。其中 3 例术后出现大腿根部牵扯痛,未作处理,10~14 d 症状自行消失;3 例术后尿潴留,其中 2 例经持续导尿 3 d 后再行膀胱操,2 d 后自行排尿,1 例针灸理疗并加服特拉唑嗪后恢复。术后随访 6~12 个月,术后排尿功能恢复良好,无复发、网片侵蚀及暴露病例。结论:TVT-O 术前术后使用阴道雌激素软膏治疗女性压力性尿失禁简便、易操作、效果可靠、恢复快、尤其不易损伤膀胱,是治疗女性压力性尿失禁的安全理想有效方法,适合基层医院开展。

关键词:压力性尿失禁;阴道雌激素软膏;无张力尿道悬吊术

中图分类号:R697.54

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.08.026

女性压力性尿失禁(SUI)是中老年女性的一种常见疾病,其发病原因包括分娩导致盆底与支撑有关的组织损伤、雌激素水平降低、过度肥胖以及尿道固有括约肌缺乏等^[1]。此外,女性尿道较短也是易患压力性尿失禁的重要因素。压力性尿失禁对患者的心理、日常生活及社交活动均有不利影响。2006 年中国流行病学调查显示,压力性尿失禁在成年女性的发生率为 18.9%, 是一个重要的卫生和社会问题^[2]。压力性尿失禁的手术方法很多,有 100 余种,目前公认的金标准术式为耻骨后膀胱尿道悬吊术和阴道无张力尿道中段悬吊术。因阴道无张力尿道中段悬吊术更为微创,现已成为一线手术治疗方法。而

经闭孔阴道无张力尿道中段吊带(TVT-O)是一种最新的手术方式。采用 TVT-O 操作方便且不易穿破膀胱,并发症少,在手术中不需看膀胱镜,也不易损伤到髂血管^[3]。樟树市人民医院妇产科 2011 年 7 月~2013 年 3 月对 30 例压力性尿失禁女性患者采用强生公司 TVT-O 吊带系统实施无张力性尿道中段吊带术,术前术后使用阴道雌激素软膏,结果疗效满意。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 7 月~2013 年 3 月樟树市人民医院妇产科收治的 30 例 SUI 患者。术前患者均表现为腹压增大时尿自溢,经尿动力学检查

证实为 SUI。年龄 38~67 岁,平均 53 岁;孕次 1~5 次,平均 3 次;患病年限 3~14 年,平均 8 年;其中 12 例已绝经数年,12 例子官脱垂,10 例阴道膨出。近期均无尿路感染、阴道炎等症状。

1.2 术前准备 阴道清洗,阴道局部使用雌激素软膏 1 周;术前治疗阴道炎症,对于阴道黏膜薄的老年患者术前局部应用雌激素软膏 2 周以上。手术材料采用强生公司的一次性 TVT-O 套件(内有无菌聚丙烯吊带一根,双侧各带 1 枚螺旋穿刺针及手柄两个,蝶形引导器 1 个)。

1.3 手术方法 本组病例全部采用腰硬联合麻醉,取膀胱截石位,其中 8 例需切除子宫者先切除子宫,然后行 TVT-O 手术;4 例行阴道前壁修补术同时行 TVT-O 手术。TVT-O 手术步骤:术前插留置导尿管排空膀胱,在阴道前壁平尿道外口上 2 cm 水平线大阴唇皱褶外 2 cm 处为 TVT-O 出路的切口,切开皮肤 0.5 cm。尿道口下方 1 cm 处纵切 1.5 cm 阴道前壁黏膜层,用薄弯剪自阴道切口向上 45° 分离左右阴道黏膜间隙至闭孔膜处,插入蝶形引导器,将 TVT-O 穿刺针沿蝶形导引杆穿入,导引针紧贴闭孔内缘穿过闭孔,并穿向皮肤切口出路,从皮肤切口牵出吊带;同法处理对侧。将吊带位于尿道中段下方,在吊带和尿道间置组织剪。拉紧吊带,剪去两侧穿刺针,展平吊带,调整适合,抽去吊带护套。除去护套时,应注意将位于吊带和尿道间的组织剪仍保持一定的阻力,避免把吊带抽紧。紧贴皮肤剪去多余的吊带,常规可吸收线缝合阴道切口。2 例行阴道前壁修补术,术后阴道塞碘伏纱布一块,12 h 后取出。

1.4 术后处理及观察 所有患者均静滴抗生素 3 d,根据体温及血象情况酌情增加抗生素使用时间。单纯 TVT-O 术患者术后 12 h 取出阴道塞碘伏纱布同时拔除导尿管,其后嘱患者多饮水自行排尿,每日早、晚创面涂抹阴道雌激素软膏各 1 次。若同时行阴式子宫切除及阴道前壁修补术患者,除每日早、晚创面涂抹阴道雌激素软膏,还需保留导尿管 2 d 后拔除。其后嘱患者 3~4 h 内自行排尿,观察是否仍存在尿失禁及有无尿潴留,确定能自主排尿且 B 超测膀胱残余尿阴性时可出院。若为尿潴留,经持续导尿 3~5 d 后行膀胱操 2 d 后拔除,再行 B 超测膀胱残余尿阳性(超过 100 mL),则可选择针灸理疗、特拉唑嗪来改善和恢复排尿功能。术后 1~2 周仍继续使用阴道雌激素软膏,并保持会阴清洁卫生,避免性生活 3 个月。出院后 6 个月内禁止重体力劳动及剧烈活动,注意保暖,防治呼吸道感染,防止剧烈或长

期咳嗽。嘱患者多饮水,每天至少饮水 2 000 mL 以上,多食用蔬菜水果,防止大便干结、便秘。随访:术后第 1、3、6 个月门诊复查,1 年后电话随访。包括主观症状和客观辅助实验检查,如棉签试验、尿垫试验等。

1.5 疗效评价 治愈:腹压增大后无尿自溢,症状完全消失。改善:症状好转,1 h 尿垫试验溢尿量比术前溢尿量减少超过 50%。无效:症状未改善,1 h 尿垫试验溢尿量比术前溢尿量减少少于 50%。

2 结果

手术时间 20~50 min,平均手术时间 30 min,术中无并发症、无膀胱损伤。3 例术后出现大腿根部牵扯痛,未作处理,10~14 d 症状自行消失;3 例术后尿潴留,其中 2 例经持续导尿 3 d 后再行膀胱操 2 d 后自行排尿,1 例针灸理疗并加服特拉唑嗪后恢复。术后随访 6~12 个月,术后排尿功能恢复良好。无复发,未见感染,无网片侵蚀及暴露等并发症发生。

3 讨论

压力性尿失禁指腹压突然增加导致的尿液不自主流出,但不是由逼尿肌收缩压或膀胱壁对尿液的张力压所引起。其中 90% 以上为解剖型压力性尿失禁,为盆底组织松弛引起,盆底组织松弛的原因主要有妊娠与分娩损伤、绝经后雌激素水平降低等,最为广泛接受的压力传导理论认为压力性尿失禁的病因在于盆底支持结构缺损而使膀胱颈/近端尿道脱出于盆底外^[1]。SUI 手术基础便是基于此原理,由于尿道和膀胱三角富含雌激素受体,雌激素受体还被发现存在于尿道括约肌中,其作用为维持尿道括约肌的张力,改善压力向尿道近段传导。雌激素可使尿道黏膜、黏膜下血管及结缔组织增生,增强尿道阻力,从而加强尿道封闭机制,加强自控能力^[4]。TVT-O 手术远离膀胱、尿道,可使临近器官损伤、出血和血肿形成等并发症大大降低,简化了手术程序,缩短了手术时间,治疗女性压力性尿失禁疗效确切。而 TVT-O 术前术后阴道局部使用雌激素软膏 1 周能有效防止复发和减少吊带的侵蚀和感染发生率,此法简便、安全有效,有临床推广价值。

参考文献

- [1]陈艳,程淑敏,郭华娟.倍美力软膏治疗绝经后期妇女压力性尿失禁的探讨[J].现代预防医学,2005,32(10):1 346-1 347
- [2]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:290
- [3]朱兰,王建六,魏丽惠,等.女性压力性尿失禁治疗现状[J].中国妇产科临床杂志,2004,5(1):3-5
- [4]Schreiter F,Fuchs P,Stockamp K.Estrogenic sensitivity of alpha-receptors in the urethra musculature [J].Urol Int,1976,31(1-2):13-19

(收稿日期:2014-05-09)