

2~6 h 内, 肋缘下阻滞镇痛效果在静息痛以及运动痛方面均比后路阻滞更有效, 因此, 所需剂量可适量减少, 而两组患者的 VAS 评分在术后 12~24 h 无显著差异, 这可能与 TAP 阻滞作用的能力以及范围减弱有关, 同时在术后晚期, 切口疼痛将逐渐减轻, 而内脏疼痛将变得更加明显。尽管如此, 肋缘下 TAP 阻滞术后早期的较好镇痛效果, 可以减少静脉镇痛 24 h 内所需要的药量。综上所述, 与后路 TAP 阻滞相比, 经肋缘下 TAP 阻滞的感觉阻滞部位较高, 范围较广, 在胃癌根治术以及其他上腹部手术术后, 静脉镇痛中作为一种辅助镇痛方式优势更大, 适合在临床上推广应用。

参考文献

[1]李凯,朱志华,高明,等.后路与肋缘下腹横平面阻滞对术后镇痛的对比[J].中华实验外科杂志,2015,32(8):2019-2021
 [2]周敏燕,童莺歌.完全腹腔镜和开腹远端胃癌根治术患者术后疼痛评估的比较[J].中国实用护理杂志,2013,29(24):34-35
 [3]黄飞,韦杨年,卢榜裕,等.腹腔镜辅助下胃癌根治术与开腹胃癌根治术疗效的对比研究[J].中国内镜杂志,2012,18(10):1018-1022
 [4]徐继,吴芳,倪海滨,等.腹腔镜与开腹远端胃癌根治术疗效及对凝血功能影响的对比研究[J].浙江医学,2014,36(15):1300-1303
 [5]何培生,李冠华,郭灿,等.腹腔镜辅助近端胃癌根治与传统开腹近端胃癌根治手术的疗效对比 [J]. 中国老年学杂志,2013,33(20):5020-5022
 [6]林文霖,许燕常,李志雄,等.腹腔镜 D2 根治术与开腹手术治疗胃癌的比较研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(1):10-12
 [7]陈建安,王晓华,张金成,等.腹腔镜与开腹胃癌根治术的临床对照研究[J].中国内镜杂志,2013,19(9):923-926

(收稿日期: 2016-01-21)

TURP 术中联合耻骨上膀胱造瘘引流管末端放置高度的安全性分析(附 60 例报告)

赵宏 赵振东 谢锡滨 郑艳文

(福建中医药大学附属三明中西医结合医院 三明 365001)

摘要:目的:通过膀胱造瘘引流管末端高度对经尿道前列腺电切术(TURP)联合耻骨上膀胱造瘘治疗良性前列腺增生(BPH)的安全性影响分析。方法:选择 60 例 BPH 患者均采用 TURP 联合耻骨上膀胱造瘘引流手术治疗,根据术中膀胱造瘘管末端放置高度与造瘘口垂直距离(后称“高度差”)的不同分为三组,观察并比较灌注压力对手术时间、术中出血量、术后血清钠变化等围手术期参数的影响。结果:与极低压组比较,高压组和低压组手术时间及术中出血量均明显减少($P<0.05$),但高压组血清钠变化值明显升高($P<0.05$)。结论:膀胱造瘘管末端“高度差”为 15 cm 既保证膀胱低压充盈,提供清晰的手术视野,可预防前列腺电切综合征(TURS)的发生,增加手术安全性。

关键词:良性前列腺增生;经尿道前列腺电切术;耻骨上膀胱造瘘引流手术;膀胱内压力

中图分类号:R697.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.025

良性前列腺增生(BPH)是老年男性的常见病和多发病,经尿道前列腺电切术(TURP)仍然是治疗前列腺增生的“金标准”^[1],对于前列腺体积 >60 ml 的 BPH 患者手术创面大,术中出血多,视野不清晰,手术时间较长,部分病例可因膀胱内压力过大导致电切过程中水吸收过多出现前列腺电切综合征(TURS)^[2]。因此针对此类患者,选择手术中行耻骨上膀胱穿刺造瘘持续引流冲洗液,减少术中膀胱压力,可以减少 TURS 的发生^[3]。但如果术中膀胱灌注压力太低,会出现膀胱壁塌陷,致操作空间小进而增大误伤膀胱壁或输尿管口的机率。本研究通过对比不同膀胱造瘘管末端悬挂高度对 TURP 手术安全性的影响,旨在寻找更加安全有效的放置“高度差”。这样既能在术中保持通畅冲洗和视野清晰,又与膀胱内压力联系作为术中评估监测和维持低压状态,便于临床推广。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 6 月~2014 年 5 月在我院接受 TURP 联合耻骨上膀胱造瘘引流术治疗的 60 例 BPH 患者,年龄 61~79 岁,平均年龄 71 岁;B 超测定前列腺体积为 43.3~79.8 ml (前列腺体积=前列腺长×宽×高×0.52),分为三组,每组 20 例。其中高灌注压组(高压组)年龄 61~79 岁,平均年龄 71 岁;前列腺体积 43.3~73.8 ml,平均 53.6 ml。低灌注压组(低压组)年龄 61~77 岁,平均年龄 69 岁;前列腺体积 43.7~79.8 ml,平均 57.4 ml。零灌注压组(极低压组)年龄 63~78 岁,平均年龄 72 岁;前列腺体积 45.3~71.8 ml,平均 54.6 ml。三组患者术前均有明显的排尿困难症状,尿动力学检查证实为膀胱出口梗阻。纳入标准:(1)年龄 >60 岁,进行性排尿困难,正规药物治疗 6 个月症状无明显缓解、发生过 1 次以上急性尿潴留的患者;(2)心、肺、脑等重要

脏器功能评价基本可耐受手术；(3) B 超及 CT 诊断符合 BPH 标准；(4) 前列腺特异性抗原 (TPSA) < 4 ng/L。排除标准：(1) 心、肺功能严重障碍者；(2) 严重尿道狭窄者；(3) 糖尿病患者伴有严重并发症者；(4) 前列腺癌患者；(5) 长期服用抗凝剂患者。

1.2 手术方法 采用标准 TURP 方法，设备为“顺康”26 F 前列腺电切镜，电切输出功率为 120 W，电凝输出功率为 60 W，灌注液为电切灌注液，麻醉方式为连续硬膜外腔阻滞麻醉。TURP 手术实施前行 F14 膀胱穿刺针经皮膀胱穿刺微造瘘：穿刺点位于腹正中线耻骨上 2 cm，皮肤切口 0.5 cm，充盈膀胱后穿刺针引导 F14 单“J”造瘘管进入膀胱，拔除穿刺针，留置造瘘管，妥善固定。通过电切镜出水口连接三通及水管，以造瘘口为基准点，通过调节膀胱造瘘管末端悬挂高度与造瘘口的垂直“高度差”，三组分别设置在 30 cm、15 cm 以及 0 cm，手术结束时，造瘘口留置 3 d。术后膀胱持续冲洗 1~3 d，术后 5~7 d 拔除导尿管。

1.3 观察指标 观察并对比三组手术时间、术中出血量。三组病人均于术前、手术结束即刻抽血测定血清钠浓度。

1.4 统计学分析 采用 SPSS18.0 软件处理数据，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

三组导尿管均在术后 5~7 d 予以拔除，排尿通畅，术后患者 7~9 d 出院。病理检查均符合前列腺结节样增生改变。与极低压组比较，高压组和低压组手术时间及术中出血量均明显减少 ($P < 0.05$)，高压组血清钠变化值明显升高 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 三组围手术期参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间 (min)	出血量 (ml)	血清钠变化值 (mmol/L)
高压组	69.4±16.5*	78.1±14.6*	15.6±5.6*
低压组	63.8±12.0*	88.3±18.5*	2.7±0.6
极低压组	89.4±16.5	161.1±14.6	1.9±0.4

注：与极低压组比较，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

TURS 是 TURP 术中容易出现的主要并发症，临床上因冲洗液吸收过多导致的血容量扩张及稀释性低钠血症发生率为 2%，TURS 多发生于膀胱冲洗液大量进入血液循环，使循环压升高的同时，使血清钠明显下降，产生一系列病理生理改变和临床表现。

冲洗液的吸收速度与膀胱内压力有关，膀胱压力由膀胱冲洗液流入与流出压力差决定。本研究显示，低压组与高压组相比，低压组膀胱始终保持低压状态，低压冲洗可以减少冲洗液进入患者的循环系

统，静脉窦对冲注液的快速吸收得到有效遏制，这样可为术者赢得更多安全手术的时间，减少 TURS 的发生。本研究显示，采用低压灌注下行 TURP，术后无 1 例出现 TURS，而高压组手术前后血清钠浓度明显改变，血清钠术中较术前下降 14~20 mmol/L，提示大量液体被吸收入血液循环，造成低钠血症，可能增加发生 TURS 的概率。而与极低压力组对比，低压灌注组对患者血清钠的影响不明显，就是说造瘘管末端“高度差”在 0~15 cm 之间变化对冲洗液的吸收影响不大。

冲洗液吸收量的多少与手术时间也有关，尤其是出现在手术开始 90 min 之后，应高度警惕 TURS 的发生。本研究表明，极低压组手术时间明显增加，反观低压组和高压组手术时间均能控制在 90 min 之内。说明在极低压组，膀胱造瘘管末端无“高度差”，冲洗液流出过快，膀胱内压力过低，手术创面渗血较多导致术野不清，增加了手术难度，使手术时间延长；并且过低的膀胱内压易出现膀胱壁塌陷，致操作空间小而误损伤膀胱壁或输尿管口。本观察组中有 5 例电灼到膀胱壁，但未出现膀胱穿孔等严重并发症。而低压组和高压组中，膀胱始终保持充盈和一定的压力，不仅减少了渗血，保持视野清晰，而且避免了膀胱壁塌陷，从而保证手术连贯进行，缩短手术时间。但是，高压组患者因膀胱内压力过高，可能会影响腹部和胸部的循环系统以及呼吸系统等，甚至容易诱发心肺不良事件、水中毒等手术并发症，从而影响操作，有时甚至迫使手术终止，影响手术时间。

术中出血情况及手术时间的长短是衡量 TURP 手术安全性的重要指标，而这两者之间又存在相互影响。膀胱内高压虽然能减少静脉的渗血，提供比较清晰的手术视野，但其持续的膀胱高压状态又会导致冲洗液的大量吸收，增加 TURS 发生的危险性。过低的灌注压使创面广泛渗血，这会导致术野不清，于是又增加了手术难度，延长手术时间，反过来又会增加术中出血量，从而出血量和手术时间之间相互产生“负效应”。而保持一定压力的低压灌注能减少创面的渗血，保证了术中清晰的视野，提高手术效率，避免了反复止血造成手术时间的浪费，反过来又进一步减少术中出血量，从而出血量和手术时间之间相互产生“正效应”。本研究结果显示，低压组 (15 cm) 术中出血量明显少于极低压组，低压组手术用时更短、手术出血更少，安全性更高，出血量与高压组无明显差异，且在膀胱充盈的状态下，能更好地把握膀胱颈部与三角区的“漏斗型”切割效果。

所以低压组能使膀胱始终保持一定的低压，不

仅防止 TURS 的发生,而且保证膀胱始终处于低压充盈状态和手术视野的清晰,有利于手术连贯进行,尤其是对大腺体的前列腺的切除更为有利,显著增加患者尤其是合并多脏器病变的高危患者的手术安全性。

综上所述,TURP 术中耻骨上膀胱造瘘管末端放置“高度差”为 15 cm 左右在临床上较为安全合理。

参考文献

[1]吕蔡,白志明.激光技术在前列腺增生治疗中的应用[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2014,8(1):58-61

[2]杜传军,龚宇.激光治疗良性前列腺增生症的现状与进展[J].临床外科杂志,2013,21(11):822-824

[3]袁道彰,吴伟江,黄兰珍,等.经膀胱穿刺造瘘在经尿道前列腺等离子电切术治疗大体前列腺增生中的前瞻性对照研究[J].中国微创外科杂志,2013,13(2):161-163

(收稿日期:2016-02-16)

研究宫腔镜和腹腔镜联合运用于女性输卵管不孕治疗的效果

王莉芳

(广东省茂名石化医院妇产科 茂名 525000)

摘要:目的:研究宫腔镜和腹腔镜联合运用于女性输卵管不孕治疗的效果。方法:选择 2012 年 9 月~2013 年 9 月在我院进行治疗的输卵管不孕患者 50 例,根据随机抽样法分为观察组和对照组各 25 例。对照组进行宫腔镜治疗,观察组则是采取宫腔腹腔镜联合治疗。观察两组患者输卵管复通率、术后宫内妊娠率、并发症发生情况。结果:观察组输卵管复通率、术后宫内妊娠率均明显高于对照组($P < 0.05$)。而两组患者均未发生明显不良反应和并发症,两组对比差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:对女性输卵管不孕患者进行宫腔腹腔镜联合治疗,治疗效果明显,能够有效提高患者的输卵管复通率及术后宫内妊娠率,且治疗方式安全,值得临床推广应用。

关键词: 输卵管不孕;腹腔镜;宫腔镜;临床效果

中图分类号:R711.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.026

结婚后有正常性生活,且结婚时间满 1 年、期间未采取避孕措施,但仍未怀孕的症状就是不孕症。随着当今社会环境污染、生活压力增大等因素,越来越多的女性患上不孕症,已成为了一种常见疾病^[1]。不孕症不仅给女性带来了痛苦,也给整个家庭造成了巨大伤害。引发女性不孕症的因素多种多样,输卵管堵塞是最主要因素,而输卵管堵塞主要是因为女性患有阴道炎症、宫内感染或子宫内膜异位症等。治疗女性输卵管堵塞最主要的手段就是宫腔腹腔镜治疗。本文选取在我院进行治疗的 50 例女性输卵管不孕症患者作为研究对象,分为两组进行治疗并进行分析比较。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究对象为 2012 年 9 月~2013 年 9 月在我院接受治疗的 50 例女性输卵管不孕患者。排除有严重心血管疾病、肝肾疾病以及先天性发育疾病等患者^[2]。50 例患者根据随机抽样法分为观察组和对照组各 25 例。观察组年龄 25~36 岁,平均年龄(28.3±4.3)岁;不孕时间 2~10 年,平均不孕时间为(3.4±2.2)年;原发性不孕 11 例,继发性不孕 14 例。对照组年龄 28~37 岁,平均年龄(26.7±4.1)岁;不孕时间 2~11 年,平均不孕时间为(3.1±2.4)年;原发性不孕 13 例,继发性不孕 12 例。两组患者在年龄、不孕时间等方面比较,差异均无统计学意义

($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 行宫腔镜治疗。操作方法:先对患者进行静脉麻醉,取患者的膀胱截石位,进行常规消毒,置入宫腔镜后观察患者宫腔内的基本情况。根据 B 超引导行宫腔镜左、右两侧的输卵管插管术,再注入美蓝液,如果美蓝液进入没有阻力且不存在返流现象,则 B 超上会显示输卵管扩张,患者子宫内的直肠陷凹处的可见液暗区说明输卵管通畅;如果美蓝液进入有阻力,则要加大压力后再注入,当部分美蓝液进入患者宫腔后,则 B 超上会显示输卵管扩张,患者子宫内的直肠陷凹处的可见液暗区说明输卵管虽然通但是不畅;注入美蓝液时有明显阻力,且加大压力后仍无法注入,则美蓝液返流进入宫腔,则输卵管仍然是阻塞的。

1.2.2 观察组 行宫腹腔镜联合治疗。操作方法:先对患者进行麻醉,取患者的膀胱截石位,进行常规消毒,在患者肚脐处开一个 1 cm 左右的小口,然后置入腹腔镜,查看患者腹腔内的情况。再在患者左右下腹取 2~3 个孔,放置操作仪器,查看患者盆腔情况。查看患者的输卵管伞部是否有阻塞,如若有则还需处理患者的盆腔内粘连。置入宫腔镜的方法与对照组相同。输卵管通畅患者术后不做任何特殊处理,只需指导患者尽快受孕。输卵管通而不畅者,则于下次