远端骨骺生长停止,造成肘内翻畸形[6];也有学者认为是远折端重力性尺侧倾斜作用所引起[7];有学者提出软组织因素可能与肘内翻发生亦有密切关系,即肱骨髁上骨折若向内侧移位,说明外侧软组织"铰链"被撕裂,而相对完整的内侧软组织"铰链"的牵拉作用使骨折远端有内倾趋势而易发生肘内翻[8]。连鸿凯[7]通过尸体骨进行应力分析,结果显示,肱骨髁上区处于肱骨干由圆柱形向干骺端的扁平形过渡区,该部位骨皮质薄,在轴向压缩载荷下内侧压应力、应变明显较外侧大;当外载荷逐渐增加,肱骨髁上部尺侧应力集中,尺侧骨皮质首先断裂,骨皮质易塌陷并向尺侧倾斜而致肘内翻畸形。目前大多数学者趋向远侧骨折断端在复位后即存在尺偏或尺倾角的"一次性发生学说",即肘内翻畸形是由于骨折整复不良,骨折远端向内侧倾斜和旋转所造成的畸形愈合[3]。近年来有学者发现,一些 X 线片上无明显移位的 Gartland Ⅰ型骨折患儿在骨折愈合后仍出现肘内翻,分析其原因发现,虽然这部分患儿的 X 线片上骨折远端似乎没有明显的移位,但其髁上区尺侧有明显的骨质压缩,从而使得提携角减小,引起肘内翻的发生[9]。本组患儿有 3 例(5.9%)术后发生肘内翻,其发生率较低。因此我们认为,在儿童肱骨髁上骨折的治疗中,应适当扩大手术适应证,通过内外侧联合小切口的微创手术方式,既不过多破坏骨折端血运和伸肘结构,又达到纠正尺侧皮质骨塌陷,骨折解剖复位,恢复骨折段的正常轴线的目的,有利于肘关节功能早期恢复及降低肘内翻发生率。

参考文献:

[1] 潘少川. 实用小儿骨科学 [M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:443.
[2] Gartland J J. Management of supracondylar fractures of the humerus in children [J]. Surg Gynecol Obstet, 1959, 109(2):145 - 154.
[3] Flynn J C, Matthews J G, Benoit R L. Blind pinning of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Sixteen years' experience with long-term follow-up [J]. J Bone Joint Surg Am, 1974, 56(2):263 - 272.
[4] 孙国强, 刘红旗. 应用不同入路切开复位交叉克氏针内固定治疗儿重肱骨髁上骨折 [J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(4):306 - 307.
[5] Suh S W, Oh C W, Shingade V U, *et al*. Minimally invasive surgical techniques for irreducible supracondylar fractures of the humerus in children [J]. Acta Orthop, 2005, 76(6):862 - 866.
[6] De-Las-Heras J, Duran D, De-La-Ceerda J, *et al*. Supracondylar fractures of the humerus in children [J]. Clin Orthop Rel Res, 2005, (432):57 - 64.
[7] 连鸿凯. 肱骨髁上骨折五种治疗方法的生物力学研究及疗效评价 [J]. 实用诊断与治疗杂志, 2003, 17(5):355 - 356.
[8] Weiss J M, Skaggs D L. Lateral entry pinning of supracondylar humerus fractures [J]. Oper Tech Orthop, 2005, 15(4):363 - 369.
[9] 冯　林, 张锡庆. 儿童肱骨髁上骨折的治疗 [J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 14(4):294 - 296.

(编辑　栾　嘉)

文章编号:1000-5404(2008)09-0863-01

个案与短篇

前列腺术后真性压力性尿失禁功能尿道重建术的护理

谢小燕,宋彩萍　(第三军医大学西南医院全军泌尿外科研究所,重庆 400038)

良性前列腺增生术后真性压力性尿失禁发生率为 2.6%[1],为泌尿外科临床的一道难题。目前治疗方法主要有经尿道腔内注射、球部尿道悬吊和人工括约肌安置术,疗效均不够满意,后两种方法采用人工材料,手术并发症多,尿道受压坏死和发生感染率分别达 5% 和 3%[2,3]。2003 年 2 月至 2007 年 4 月,我科采用了球部尿道-膀胱出口吻合功能性尿道重建术,治疗前列腺术后真性压力性尿失禁患者 20 例,疗效较满意,现将护理体会报告如下。

1　临床资料

本组 20 例患者,年龄 63 ~ 78(73.4 ± 4.9)岁,病程 6 个月至 8 年,其中完全性尿失禁 17 例,不全性尿失禁 3 例。行膀胱造影、排泄性尿道造影检查:17 例尿失禁合并后尿道狭窄,另 3 例仅为尿失禁。20 例患者行球部尿道-膀胱出口吻合功能性尿道重建术后 18 例疗效好,可完全控尿,正常排尿;2 例失败,其中 1 例尿道狭窄解除,但并有急迫性尿失禁,可控尿 20 ~ 30 min,另 1 例同术前,留置导尿管出院。3 例出现球膜部尿道狭窄。

2　护理

2.1　切口护理

因切口位于会阴部,伤口要保持清洁、干燥,特别要避免粪便的污染。嘱患者切勿用力排便,以免影响伤口愈合。

2.2　尿管护理

防止弓弦效应的发生,导尿管要松弛固定在下腹壁,消除尿道耻骨前弯,以减轻尿管对尿道内口、外口和弯曲内侧缘的压力,预防留置导尿管后的炎性尿道狭窄,保持尿管引流通畅。

2.3　拔除尿管后护理

部分患者出现膀胱无抑制收缩或急迫性尿失禁,根据患者症

(下转 867 页)

作者简介:谢小燕,女,江苏省淮阴市人,副主任护师,主要从事泌尿外科护理方面的研究,发表论文 20 篇。电话:(023)68754471
收稿日期:2008-01-18;修回日期:2008-03-03

髌内侧滑膜皱襞关节镜下分类标准目前公认为 Sakakibara[4] 分类法。A 型和 B 型皱襞有产生症状的可能；C 型和 D 型皱襞位于髌股关节间，肥厚、纤维化，屈曲位时与髌股软骨产生撞击，极易产生症状，甚至引起膝关节内其他结构的损害。Christoforakis 等[5] 曾对 1 000 例行关节镜手术的患者进行统计：321 例患者（32.1%）出现髌内侧滑膜皱襞，使用 Sakakibara 分型标准进行分型，C 型、D 型滑膜皱襞出现软骨损伤和临床症状的相对于 A 型、B 型患者明显升高，同时皱襞的纤维化程度更高。而纤维化程度高的滑膜皱襞患者出现关节内软骨损伤的概率明显高于纤维化程度较低的滑膜皱襞患者（分别为 96.5%、86.4%，$P=0.002$）。

关节镜检查虽易明确诊断，但属于有创检查，故临床上在使用关节镜检查做最后确诊和治疗之前，除了详细询问病史、症状及反复体格检查、基本确定存在引发临床症状的皱襞以外，更需要取得明确的影像学支持。MRA 能够通过无创的方法早期诊断髌内侧滑膜皱襞。但并非所有的髌内侧滑膜皱襞均产生临床症状。Christoforakis 等[5] 发现 C、D 型髌内侧滑膜皱襞导致关节软骨损伤产生临床症状较为常见。因此，建立科学的 MRA 分型标准很重要，不仅可以使 MRA 能够早期确诊髌内侧滑膜皱襞是否存在，更能够在 MRA 图像上对滑膜皱襞进行早期分型。而早期对髌内侧滑膜皱襞进行分型诊断对治疗方案的选择具有重要的指导意义。对照关节镜下不同分型的滑膜皱襞形态特点和 MRA 图像并进行定量分析研究，寻找两者之间的一致性，可以提高 MRA 检查对于髌内侧滑膜皱襞综合征的诊断率，还能提高对髌内侧滑膜皱襞进行分型诊断的准确率。本研究中使用的 MRA 分型初步标准尚需在进一步大样本的临床研究中继续修正完善和验证。这一分型标准的建立和完善，对临床医师借助既往大样本量的分型与症状相关关系的研究结果，给予患者个体化、科学及时的治疗具有重要意义。

参考文献：

[1] 王亦璁. 膝关节外科的基础与临床[M]. 北京：人民卫生出版社，1999：524－525.

[2] Dupont J Y. Synovial plicae of the knee. Controversies and review[J]. Clin Sports Med，1997，16(1)：87－122.

[3] Miller M D，Osborne J R，Warner J J，*et al*. 磁共振成像-关节镜对照图谱[M]. 倪　磊，译. 北京 科学出版社，2002：38.

[4] Sakakibara J. Arthroscopic study on Iino's band plica synovialis mediopatellaris[J]. J Jap Orthop Assoc，1976，50：513.

[5] Christoforakis J J，Sanchez-Ballester Jordi，Hunt N，*et al*. Synovial shelves of the knee：association with chondral lesions[J]. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc，2006，14(12)：1292－1298.

[6] 沈炳华，蒋曰生，初亚东. 膝关节充气 CT 扫描诊断滑膜皱襞综合征[J]. 内蒙古医学杂志，1999，31(5)：279－281.

[7] 凌　鸣，易　智，马战胜. B 超和关节镜下髌内侧滑膜皱襞形态的对照研究[J]. 陕西医学杂志，2002，31(2)：105－106.

[8] Peh W C，Cassar-Pullicino V N. Magnetic resonance Arthrography：current status[J]. Clin Radiol，1999，54(9)：575－587.

[9] Steinbach L S，Palmer W E，Schweitzer M E. Special focus session. MR arthrography[J]. Radiographics，2002，22(5)：1223－1246.

[10] Garcia-Valtuille R，Abascal F，Cerezal L，*et al*. Anatomy and MR imaging appearances of synovial plicae of the knee[J]. Radiographics，2002，22(4)：775－784.

[11] Grainger A J，Elliott J M，Campbell R S，*et al*. Direct MR arthrography：a review of current use[J]. Clin Radiol，2000，55(3)：163－176.

[12] Elentuck D，Palmer W E. Direct magnetic resonance arthrography[J]. Eur Radiol，2004，14(11)：1956－1967.

（编辑　栾　嘉）

（上接 863 页）

状，酌情使用膀胱松弛药物，酌情口服酒石酸托特罗定片 2 mg，2 次/d，密切观察用药后反应，根据排尿情况及时调整用药量。

尿管拔除 2～3 d，行膀胱造影、排泄性尿道造影和尿动力学检查，了解患者有无尿失禁及膀胱容量、最大尿流量、最大尿道压等尿道控尿情况，根据患者排尿情况决定是否需定期行尿道扩张。

2.4　排尿功能训练

由于患者长期处于尿液失控状态，大多有膀胱容量缩小和逼尿肌无抑制收缩的现象，术后部分患者出现急迫性尿失禁，需要进行膀胱和盆底肌训练，恢复膀胱的功能和容量。护理措施：①建立和训练膀胱的收缩、舒张功能。术后 10～14 d 始定时开放导尿管，尽量排空尿液。②拔除尿管后，指导患者定时排尿，以建立生物反馈模式，使膀胱产生生理性排尿。③进行膀胱和盆底肌训练，恢复膀胱的功能和容量。教会患者提高尿道内压力而不增加腹腔内压力或膀胱压力的训练方法和尿流中断控制方法。④在训练的同时，指导患者多饮水，增加液体入量，详细记录每次排尿时间、尿量、排尿次数，逐渐延长排尿时间，直至每次尿量达到 200～300 ml。

尿道的长度和功能是控制尿液最重要的两个因素，因此治疗前列腺增生术后真性压力性尿失禁必须重建足够长度和正常功能的尿道。由此设计的手术——球部尿道-膀胱出口吻合术功能性尿道重建术是治疗良性前列腺增生术后真性压力性尿失禁的一种好的方法，而术后护理及膀胱、排尿功能的训练也是手术是否成功的关键。

关键词：前列腺，术后 ；尿失禁 ；尿道重建 ；护理
中图法分类号：R473.6　　文献标识码：B

参考文献：

[1] Kupeli B，Yalcinkaya F，Topaloglu H，*et al*. Efficacy of transurethral electrovaporization of the prostate with respect to standard transurethral resection [J]. J Endourol，1998，12(6)：591－594.

[2] Smith D N，Appell R A，Rackley R R，*et al*. Collagen injection therapy for post-prostatectomy incontinence [J]. J Urol，1998，160(2)：364－367.

[3] Guralnick M L，Miller E，Toh K L，*et al*. Transcorporal artificial urinary sphincter cuff placement in cases requiring revision for erosion and urethral atrophy [J]. J Urol，2002，167(5)：2075－2079.

（编辑　吴培红）