显微外科输精管再通术与常规输精管再通术疗效对比

许 刚,王文友 (叙永县人民医院外一科,四川 叙永 646400)

[摘 要] **目的** 对比显微外科输精管再通术与常规输精管再通术疗效,评价 2 种手术方式的妊娠率和术后并发症情况。**方法** 回顾性分析我院 1988 年至 2010 年 55 例(对照组)常规输精管再通术和 2005 年至 2010 年 39 例(观察组)显微外科输精管再通术的临床及随访资料。**结果** 在 18 个月随访期内,显示对照组 30 例受孕,妊娠率 54.5%,观察组 34 例受孕,妊娠率 87.2%,2 组数据比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 显微外科输精管再通术较常规输精管再通术可有效提高妊娠率。

[关键词] 显微外科输精管再通术;常规输精管再通术;疗效
[中图分类号] R573.9 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2012)06-0655-02

The curative effect comparison of the micro-vasovasostomy and traditional vasovasostomy

XU Gang, WANG Wen-you (Department of General Surgery, People' Hospital of Xuyong County, Xuyong Sichuan 646400, China)

Abstract: objective To compare the efficacy of micro-vasovasostomy and traditional vasovasostomy and evaluate the pregnancy rate and complications. **Methods** The clinical data of 39 cases patients underwent microsurgery (observation group) and 55 cases with traditional treatment (control group) were analyzed retrospectively. **Results** After being followed up for 18 months, there were 30 cases of pregnancy (54.5%) in control group and 34 cases of pregnancy in observation group (87.2%). It showed a signifacantly difference between the two groups. **Conclusion** The micro-vasovasostomy is a feasible method with low complication to increase pregnancy rate.

Keywords: micro-vasovasostomy; traditional vasovasostomy; curative effect

输精管绝育术后,因子女死亡、子女致残、政策性再育,或附睾淤积、痛性结节、性功能障碍经长期非手术治疗无明显好转,通常需要行输精管再通术[1-3]。1988 年 10 月至 2011 年 10 月,我院收治了 94 例需要行输精管再通术的患者,其中 55 例行常规输精管再通术,39 例行显微外科输精管再通术。对比分析两种手术术后妊娠率及并发症情况,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

所有患者均符合输精管结扎术后 1 年以上未育,且有再育需求。对照组 55 例,年龄 23 ~ 56 岁,平均 39.5 岁。其中无症状有再育需求 47 例,伴有附睾淤积 2 例、痛性结节 2 例、性功能障碍 4 例。距离行输精管结扎术时间 14 个月至 23 年不等,其中 1 ~ 3 年 12 例,3 ~ 10 年 38 例,10 年以上 5 例。体检发现精索静脉曲张 3 例、睾丸轻度萎缩 1 例、单侧睾丸鞘膜积液 1 例、性功能障碍 4 例(ED 和 PE)、肺结核病史 1 例、前列腺炎 5 例、腹部手术史 1 例、腹股沟手术史 1 例、吸烟 48 例。观察组 39 例,年龄 26 ~ 49 岁,平均 37.5 岁。其中无症状有再育需求 32 例,伴有附睾淤积 2 例、痛性结节 2 例、性功能障碍 3 例。距离行输精管结扎术时间18个月至18年不等,其中1 ~ 3年10例,3 ~ 10 年 24 例,10 年以上 5 例。体检发现精索静脉曲张 2 例,单侧睾丸鞘膜积液 1 例,性功能障碍 5 例(ED),前列腺炎 1 例,腹股沟手术史 1 例,吸烟 28 例。2 组一般情况比较差异无统计学意义。

1.2 手术方法

麻醉起效后,对照组采用常规输精管再通术。手术步骤:①用三指法将输精管结节固定于阴囊壁,切开皮肤,分离至结节表面,用输精管固定钳夹住结节并提出切口外。②游离精囊端输精管,用分离钳沿结节向精囊端输精管分离 1.0 ~ 1.5 cm,用 1 号丝线在输精管被摸上缝一牵引线,以防输精管切断后退缩至阴囊内。然后于距结节 0.3 cm 处用刀横断输精管,注水试验毫无阻力,证实精囊端输精管通畅。③分离附睾端输精管,同法分离、牵引及横断附睾输精管。附睾端输精管切断后,观察管腔内有乳白色液体溢出(一般需稍挤压附睾)。④输精管腔内放置支撑物,将精囊端输精管和附睾端输精管之牵引线拉紧,使输精管两断端提出切口外,然后在直视下用 6 号注射针头从精囊端输精管腔内插入 1.5 cm,穿出管壁,并经阴囊皮肤穿出,用尼龙线由注射针头尾部腔内插入,引出皮肤外,退出针头,将尼龙线留于原位。再将尼龙线下端向下经粗细相同的注射针头引导插入附睾端输精管内,并经皮肤引出。使尼龙线上下两线尾均在皮肤外。⑤吻合输精管,将输精管两断端之牵引线拉紧,让两断端靠拢。用小血管夹夹住输精管两断端对合固定。用 6-0 尼龙线吻合输精管,先等距离吻合 4 针打结,然后每两线间间断缝合 1 ~ 2 针。为减少输精管吻合张力,可吻合

[收稿日期] 2012-06-20 [修回日期] 2012-07-27

两端输精管周围组织 2 ~ 4 针。⑥缝合皮肤切口,最后将支持物尼龙线上下两线尾于皮肤外打结固定。⑦同法吻合对侧输精管。

观察组手术步骤与对照组基本相同,不同点在于:①吻合阶段在 12 倍放大镜下进行。②双层缝合,即用 9-0 尼龙线将粘膜连同部分肌层吻合 4 ~ 6 针,再用 7-0 尼龙线缝合肌层和外膜。③输精管内不必放支持物(支架管)[4-5]。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 进行统计学分析,对计数资料采用卡方检验,对计量资料采用 t 检验。检验水准设定为 0.05,$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2 组随访期均为 18 个月,妊娠情况具体数据见表 1。统计学分析发现观察组总妊娠率明显高于对照组,而各个结扎年限组比较,妊娠率无明显差异。2 组患者术后疼痛程度比较,观察组明显优于对照组。同时观察组缩短了住院时间,减少了医疗费用,也减轻了患者心理负担,术后恢复情况明显优于常规输精管再通术。

表 1 患者妊娠率情况

组别	例数 (n)	总妊娠率 (%)	各结扎年限妊娠率(%)		
			1 ~ 3 年	3 ~ 10 年	10 年以上
对照组	55	54.5(37/55)	75.5(9/12)	68.4(26/38)	40.0(2/5)
观察组	39	79.3(23/29)*	90.0(9/10)	87.5(21/24)	40.0(2/5)

*:与对照组比较,$P < 0.05$

表 2 两组患者各种因素成功受孕情况(是/否,n)

组别	例数	精索静脉曲张	睾丸病变	前列腺炎	吸烟	不吸烟	性功能障碍
对照组	55	0/3	0/1	3/2	21/27	5/2	2/2
观察组	39	2/2	1/1	1/1	23/6*	10/0	2/3

*:与对照组比较,$P < 0.05$

3 讨论

本研究选用的病例均为计划生育男结扎术后依法要求再育的患者,均为男性不育病因后天性输精管道离断,属睾丸后病因。无论是显微外科还是常规输精管再通术,其目的都是恢复输精管道的通畅性,而术后仍未育的病例,需排除睾丸性病因和其他睾丸后病因[6]。对比两组病例,观察组较对照组妊娠率显著提高,说明在重建输精管道,恢复其通畅性方面,显微吻合具有一定优势。研究显示梗阻时间越长,妊娠率随之下降。术后生育能力取决于睾丸生精恢复程度,一些患者因长期梗阻造成生精上皮受损或者免疫因素,可使免疫低下,这类患者需借助辅助生育技术[7-8]。术前病例的个体差异性对妊娠率有影响,两组均选取男扎术前有生育史的病例。有吸烟史的病例妊娠率均明显低于对照组病例。

本研究由于样本过小,不能确定精索静脉曲张、睾丸萎缩、前列腺炎对妊娠率及术后并发症的影响。6 例自述术前有性功能障碍者,术后性功能均有不同程度改善,考虑心理性因素可能性较大,但该 6 例均为吸烟者,而吸烟与 ED 有正相关性,因此也不能排除这个因素的影响。术前和术后定期睾丸活检能直接判断精子发生的功能或精子发生障碍的程度,通过 Johnsen 10 级积分法可对精子发生的功能或精子发生障碍的程度作出定量的判断[9-11]。另外,显微外科输精管再通术所需要的设备简单,若配合相应的实验室检查,在基层医院可推广发展。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1993:1511 - 1545.

[2] 金锡御,俞天麟. 泌尿外科手术学[M]. 第 2 版. 北京:人民军医出版社,2003:542 - 551.

[3] 王益鑫. 男性不育症诊断和治疗[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,1998:132 - 159.

[4] 王世喧,王益鑫. 计划生育技术[M]. 第 2 版. 上海:上海科学技术出版社,1997:89 - 256.

[5] 吴孟超. 黄家驷外科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:2531 - 2540.

[6] 郭应禄,胡礼泉. 男科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1155 - 1156.

[7] 高秀友,梁志诚. 32 例输精管吻合术再通率与相关因素探讨[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(4):390 - 391.

[8] 周天贵,周承贵. 改良输精管再通术 24 例[J]. 实用医学杂志,2008,24(21):3733 - 3734.

[9] 李 彤,吴俊勇. 输精管结扎术后再吻合 27 例临床分析[J]. 江西医药,2005,40 (s1):716 - 717.

[10] 路 艺,李国斌,杨 东,等. 输精管吻合术结合中药对输精管再通后再生育的疗效观察[J]. 四川中医,2007,25(10):55 - 56.

[11] 刘毅东,陈向锋,平 萍,等. 显微外科吻合术治疗医源性腹股沟输精管梗阻[J]. 中国男科学杂志,2008,22(9):35 - 36.

(编辑:周小林)