维普资讯 http://www.cqvip.com

年来随着X-刀和γ-刀的临床应用，对较小的深在的或位于重要功能区的脑转移瘤的治疗提供了有效的方法。

4．预后：本组65例术后随访到34例、平均生存期为9个月，其中6个月内7例，7个月～1年21例，12个月以上6例。经综合治疗（手术、放疗、化疗、中医药治疗）的有21例，平均生存期为11.5个月，单纯手术治疗的13例平均生存期为6个月。60岁以上患者平均生存期为4个月，60岁以下患者平均生存期为12个月。而我院同期有13例脑转移癌患者未经手术治疗，平均生存期仅为2.1个月。本组65例中有24例转移灶与原发灶均切除，其中平均生存期为11.3个月。而另41例仅行脑转移瘤单纯切除，其平均生存期为7.9个月。由此可见，脑转移瘤预后不良，生存5年以上者极少见，手术治疗较非手术治疗者生存时间延长。因此手术治疗对延长生命是有价值的，而原发灶切除与否，是否进行综合治疗及年龄等因素对脑转移瘤的预后均有一定影响。

参考文献

1.王忠诚，主编．神经外科学．北京：人民卫生出版社．1979．380-389．
2.何启，蔡启明．肺癌脑转移108例临床分析．临床神经科学，1995,4(3):219．
3.张福林，等．脑转移性肿瘤的原发灶探讨．临床神经科学，1995,3(3):137-142．
4.李树玲，主编．头颈肿瘤学．天津：天津科学技术出版社，1993.216．

（收稿：2001-08-22）

尿道损伤187例治疗体会

李方义* 赵永* 何旭革* 邱创规*

尿道损伤较为常见，早期合理的治疗对预后意义重大，我院1975年～1997年对187例不同部位、程度的尿道损伤采用不同治疗方法，取得满意疗效，现报告如下。

一、临床资料

患者均为男性、年龄18～72岁，平均48岁，前尿道球部损伤99例，后尿道损伤88例，均有不同程度下腹部、会阴部损伤。其中，后尿道损伤均伴有不同程度骨盆骨折或耻骨联合分离，187例均有尿潴留，后尿道损伤伴有休克者43例，合并其它脏器损伤9例。99例前尿道球部损伤，导尿成功11例(11.1%)，尿道会师21例(21.2%)，损伤修补吻合术67例(67.6%)，后尿道损伤行尿道会师79例(89.7%)，因休克及合并其它脏器损伤行膀胱造瘘择期行尿道套入术9例(10.2%)。

二、结果

疗效判定：治愈：排尿通畅，尿线正常或接近正常，可通过16F以上尿道探子，近年来用尿流率测定，最大尿流率>15ml/s。失败：自觉排尿困难、尿线细，16F尿道探子不能通过尿道，最大尿流率< 10ml/s，甚至出现尿潴留。

187例随访3个月～22年。前尿道球部损伤导尿成功11例，全部治愈；导尿失败行尿道会师21例，16例治愈(76.2%)，5例失败(23.8%)；2次行损伤修补吻合术，全部治愈；行损伤修补吻合术67例，全部治愈；后尿道损伤行尿道会师79例，治愈率59.2%；因狭窄或二期行尿道套入术41例，5例出现不同程度尿失禁，占10.4%，明确继发阳痿者7例，占4.2%。

三、讨论

(一)尿道损伤的诊断

准确判断尿道损伤的部位，估计尿道损伤程度，确定有无其它脏器合并伤是术式选择及促进良好预后的关键。尿道损伤的诊断应强调以下几点：

1．导尿是诊断及治疗尿道损伤的重点措施。行诊断性导尿时应动作轻柔，不宜暴力插入，以免加重尿道损伤或假道形成。尿道不完全断裂者，导尿管多数能顺利插入，可解除尿潴留之痛苦，也免除尿外渗之忧、留置二周即可达到治疗目的。导尿失败者，不宜反复试插，更忌用硬质或金属管探，以免加重组织损伤，应视为尿道严重损伤或完全断裂，须及时手术治疗。

2．受伤方式及直肠指诊有助于明确损伤部分。球部尿道损伤多因会阴部跨骑伤所致，直肠指诊，直肠前壁无压痛肿胀，前列腺位置正常。后尿道损伤多因骨盆骨折所致，直肠指诊，直肠前壁压痛肿胀，前列腺位置上升浮动感。

3．尿道造影可确诊，但有加重损伤导致感染及局部瘢痕狭窄的可能。

(二)前尿道损伤的治疗

前尿道损伤常见于跨骑伤或会阴部挫伤所致，多损伤球部尿道，其手术方法有尿道会师术和损伤修补吻合术等。尿道会师术简单易行，实有可取之处，但尿道会师术实质上是二期愈合过程，尿道缺损部位被瘢痕组织替代暂时恢复尿道连续性，术后必然引起瘢痕性尿道狭窄，是尿道会师术失败的重要原因，故会师术后坚持定期尿道扩张十分重要。尿道扩

* 作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

张术可能导致感染，尿道损伤及假道形成，甚至穿破直肠，故对其操作应予以足够重视，必须由专科医师实施，任何一次尿道扩张的失败都可导致手术前功尽弃。尿道修补吻合术，缝合使尿道粘膜及各层组织对合良好，解剖复位，一期愈合，减少瘢痕组织形成，不易形成尿道狭窄，术后尿流通畅率高，免于术后定期行尿道扩张，球部尿道解剖位置易于暴露，行尿道修补吻合术并不困难，应作为球部尿道损伤首选治疗方案。但修补吻合术，尿道缺损不易过长，球部在3cm以内，阴茎部在1.5cm以内，过长可造成阴茎屈曲。应用此法仍需慎重选择。

(三)后尿道损伤的治疗

后尿道损伤多见于骨盆骨折者，且常合并严重的全身多处组织、脏器损伤，难以适应复杂手术。早期经耻骨上或会阴部作尿道修补吻合术，可以使尿道达到良好的解剖复位，不易形成尿道狭窄，但因术野深，局部组织损伤及血肿较重，术野不清，难度大，且可能加重骨盆骨折、出血、神经损伤等，不适合于多发骨折或伴有其他脏器复合伤患者。有人认为早期不作器械操作，只行耻骨上改道二期处理尿道，可能减少即时手术加重局部损伤的缺点，且有二期恢复尿道解剖关系的可能[1, 2]，但单纯膀胱造瘘术，因未清除血肿及引流尿外渗，感染率相对高，且二期手术亦增加患者不必要的痛苦，仅用于病情极其严重之病例或无手术条件的医院。Porter等[3]报道应用同轴磁性导尿管于后尿道损伤后两周内行尿道重建，成功率85%，而远期效果尚需进一步观察。尿道会师术操作简单，易于掌握，是后尿道损伤早期处理切实可行方法，成功关键在于：(1)正确操作，动作轻巧，强调稳准，避免假道会师；(2)尿道牵拉力求断端靠近牵拉重量0.5kg，时间一周，尿道支架时间在三周以上；(3)术后坚持定期尿道扩张十分重要，是保证手术成功的关键。

(四)尿道损伤手术并发症的防治

尿道损伤术后并发症主要有尿道狭窄、尿失禁、阳痿等。

1．尿道狭窄。尿道狭窄是尿道损伤后最为多见的并发症。导致尿道狭窄的因素很多，主要是处理不及时或处理不当。(1)伤后尿道破裂或断裂，未及时行尿道修复手术，致使受伤的尿道组织破坏、出血、感染等，在愈合过程中产生不同程度的纤维性收缩，引起尿道狭窄，特别是骨盆骨折合并的尿道断裂，两断端分离较远者，愈合甚至发生尿道闭锁。(2)尿道损伤后导尿管一次不能插入，反复试插，甚至用金属导尿管强行插入，必然加重损伤、出血，加重创伤感染，愈合后形成尿道狭窄。不同术式的尿道修复术，尿道狭窄的发生率不同，应严格掌握手术适应症，科学地制定手术方案，在手术操作过程中，应认真细致，最大限度地减少尿道狭窄的发生。

2．尿失禁。尿道损伤后发生尿失禁的常见原因有：(1)骨盆骨折后尿道损伤出血的机化，影响内括约肌的收缩；(2)后尿道损伤手术时损伤外括约肌；(3)气囊导尿管牵引过重或过久，可使尿道外括约肌受损，故行尿道修补术时应认真细致，尽可能地避免损伤外括约肌，术后牵引重量和时间适中，不宜过重或过久，减少术后尿失禁发生率。

3．阳痿。阳痿的发生主要与原发损伤破坏供应海绵体的血管神经有关，与术式选择无关[4]，行尿道修复手术时，应尽量减少损伤范围，尽少剥离前列腺周围组织及膜部尿道横纹肌，最大限度的避免血管及神经损伤。

通过对尿道损伤的治疗，认为应根据具体病情选择术式，其中前尿道球部损伤以尿道修补吻合术为首选，后尿道损伤以尿道会师术为首选，术后坚持定期尿道扩张十分重要。

参考文献

1.孙志熙，刘同才．438例尿道损伤早期手术治疗．中华泌尿外科，1985,5:297-298.
2.Hampel J. Posterior urethral disruption associated with pelvic fracture: the place for delayed repair. Semin Urol, 1995,13:34-37.
3.Porter JR, Takayama Tk, Defalco AJ. Traumatic posterior urethral injury and early realignment using magnetic urethral catheters. J Urol, 1997, 158:425-430.
4.Kotkin L, Koch MO. Impotence and incontinence after immediate realignment of posterior urethral trauma:result of injury or management. J Urol, 1996,155:1600-1603.

16例老年绞窄性肠梗阻误诊原因和诊治体会

谢明刚* 杨铁成* 徐承君**

老年绞窄性肠梗阻临床虽不多见，但由于老年病人各系统生理上的衰退，表现反应迟钝，同时各脏器伴随疾病多，往往表现症状和体征不典型易误诊。现将我院1991年至2000年收治的16例老年绞窄性肠梗阻病例进行回顾性总结分析，将术前误诊原因和诊治体会报告如下。

一、临床资料

*作者单位：114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院外科
** 鞍钢立山医院麻醉科