维普资讯 http://www.cqvip.com

前列腺术后不稳定膀胱的病因分析及治疗体会

邵 杨* 赵 勇* 孙傲非* 朱世明**

前列腺摘除术后经常出现不同程度的尿意频繁、急迫性尿失禁及痉挛性膀胱收缩痛、膀胱冲洗引流不畅、冲洗液转清时间延长等不稳定膀胱现象。给临床工作带来很多麻烦,同时亦造成患者极大痛苦。我们将此类患者分为三组分别予以治疗即:对照组、异搏定组、止痛泵加异搏定组。现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组236例前列腺增生症(BPH)手术患者,平均年龄64.5岁,均在硬膜外麻醉下行耻骨上经膀胱前列腺摘除术,常规娩除前列腺后,缝扎前列腺血管,陷窝上缘部分缝闭以缩小膀胱颈口,植入止血气囊牵引,膀胱内安放造瘘管。术后用等渗盐水持续尿道对流冲洗。留置尿管平均7~9d。术后有132例(占55.9%)患者符合以下不稳定膀胱(DI)诊断标准:①术后间歇性尿意急迫感;②膀胱痉挛性疼痛;③膀胱持续性冲洗滴数减慢甚至停止,发生逆流或冲洗液无自主性从尿道口溢出;④无尿道感染,无神经原性膀胱病史及严重心血管疾病。

2.治疗方法:将132例术后DI患者随机分为3组,对照组44例采用常规治疗,不服用异搏定;异搏定组44例,每日给予异搏定120mg分三次口服;止痛泵、异搏定组44例,止痛泵经静脉持续给药,注射液为:曲马多400mg加芬太尼100μg加氟哌利多5mg用0.9%盐水稀释至50ml,给药速度1.6~2.2ml/h,可用24~72h,同时加服异搏定40mg日三次口服。以上两治疗组口服异搏定平均疗程7~10d。观察自觉症状、膀胱痉挛每日次数及持续日数、膀胱冲洗液转清时间以评价疗效。

二、结果

两治疗组自觉症状都有不同程度的改善,而尤以止痛泵加异搏定组为著。膀胱冲洗液转清时间缩短。对照组,膀胱不自主收缩间歇时间平均为3~5h,持续5~8d,膀胱冲洗液转清时间平均为5d以上。服用异搏定组,膀胱不自主收缩间歇时间平均延长6~12h,持续2~3d,但尿意急迫感仍明显,膀胱冲洗液转清时间平均为3d以上;止痛泵加异搏定组,大部分患者感觉无明显切口痛及膀胱痉挛痛,膀胱冲洗液转清时间平均为1d。注药后未出现血压下降及呼吸抑制等症状。

三、讨论

逼尿肌不稳定(DI),又称为不稳定膀胱。国际尿控协会的定义是:在膀胱充盈时自发或被诱发的、不能主动抑制的逼尿肌不自主收缩。据文献报道:有50%~80%BPH患者出现DI。这一症状并未随前列腺摘除而消失。值得注意的是,老年人随着年龄的增长DI发生率也不断增加。

本组术后DI的发生率高达55.9%,产生这种症状的主要原因认为:是由于后尿道前列腺组织增生和膀胱各层组织增生性肥厚,使主要作用于逼尿肌及膀胱颈部、三角区、后尿道的神经发生类似去神经作用,分布于上述组织中的抑制性神经减少。M受体、α受体的兴奋性增高,使上述区域活动增加,病人出现尿频、急迫性尿失禁等不稳定膀胱的症状和排尿困难、排尿缓慢等尿路梗阻症状,而尿路梗阻又加重了膀胱负担,使不稳定膀胱的症状加重。手术摘除前列腺后,上述区域受体的高敏性并未随着梗阻的解除而立即下降。故不稳定膀胱症状亦不能迅速缓解。针对上述病因分析,我们分别予以两种方法进行治疗。异搏定、心痛定均属Ca2+通道阻滞剂,通过抑制钙离子的运动可抑制和缓解膀胱平滑肌的收缩,但膀胱平滑肌属随意肌、由大脑支配、外界因素对大脑的强烈刺激如:疼痛、膀胱冲洗及膀胱牵拉、膀胱被动性扩张等,膀胱逼尿肌可以反射性阵发性收缩。因此,单纯使用钙阻滞剂不能达到理想效果。故尔术后通过止痛泵持续注射中枢止痛剂及麻醉剂协同作用,以阻断其脊髓的反射弧,进一步缓解DI的临床症状,取得了满意的疗效。

参 考 文 献

1.R.J.克拉因,M.B色罗基,主编.临床神经泌尿学.刘刚 译.北京:人民卫生出版社,1989.352.
2.王伟,王跃闽,凌桂明,等.前列腺术后排尿异常的尿动力学观察.中华泌尿外科杂志,1999,20(8):501-503.
3.邓春华,郑克立,梅骅.前列腺增生症引起的膀胱逼尿肌功能变化.中华泌尿外科杂志,1997,18(2):116-118.

(收稿日期:2001-10-23)

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

脑内窥镜治疗脑脓肿7例报告

崔志强* 张继伟**

随着微创技术的不断发展,内窥镜外科也同样取得了进展,在脑脓肿治疗方面,确实有极大的优越性,它具有操作简单,直视,能止血,脑组织不受牵拉,创伤小等优点,是一种微创手术。我科从2000年7月至2001年8月共治疗7例,现介绍如下。

* 作者单位:130012 吉林省前卫医院神经外科
** 吉林省肿瘤医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.1

一、资料与方法

1.一般资料:本组病例中,其中女3例,男4例,年龄13~78岁,平均34岁。病程2个月至1年,平均4个月,其中颞叶脓肿5例,小脑脓肿2例。

2.临床表现:本组病例发病前均有不同程度的发热病史,出现头晕头痛并渐渐加重。入院后查体,浅昏迷1例,无中度昏迷及深昏迷,嗜睡1例,神清语明5例,运动性失语1例,生命体征无明显变化,变化瞳孔均无明显改变,双侧瞳孔等大同圆,但有1例一侧对光反应迟钝、3例有不同程度的一侧肢体瘫痪,肌力0~4级不等,平均肌力2.8级,2例小脑脓肿有共济失调。

3.辅助检查:以上病人入院2h内均行CT检查,其中左侧颞叶脓肿2例,右侧颞叶脓肿3例,小脑脓肿2例,测脓液量约14~41ml,平均25.8ml。

4.手术方法:(1)颞叶脓肿的处理方法:在头皮上画出矢状线,中央沟,外侧裂及横窦的位置。安装3C-98Ⅱ定向仪,再次行CT检查确定出血中心靶点,测出X、Y、Z值进入手术室,切开头皮长约4cm,用电钻颅骨钻孔,扩大骨孔,取靶点穿刺入靶点,拔针芯,轻柔抽吸少量部分脓液,拔针芯,换导向锁孔,插入脑内窥镜至靶点,轻柔抽吸,脓液多较粘稠,可经入水孔道反复用含有庆大霉素的生理盐水冲洗,如见出血点可电灼,直视下吸除脓壁上脓苔,不可剥除脓壁,电灼脓壁,清亮后用导针置带有侧孔的引流管一枚,接引流袋,固定,待回病房后引流并冲洗。(2)小脑脓肿的处理方法:对于小脑脓肿的病人,在头皮上画出矢状线及横窦的位置。安装3C-98Ⅱ定向仪,再次行CT检查确定小脑血肿中央为靶点,测出X、Y、Z值进入手术室,使病人侧卧位,脓肿侧小脑半球位于上方,于横窦以上,在脓肿的大概体表位置切开头皮约4cm,用颅骨钻钻孔,取靶点穿刺针穿刺所测的脓肿靶点,轻柔吸出部分脓性液体,拔针芯,换导向锁孔,插入脑内窥镜至靶点,轻柔抽吸,脓液多较粘稠,可经入水孔道反复用含有庆大霉素的生理盐水冲洗,处置同前。

二、结果

本组病例无1人死亡,所有病人于3d后引流液基本清亮,2例病人术后出现颅内感染,加强抗炎治疗后治愈,术后3例昏迷患者清醒,1例失语病人症状明显改善,本组病例偏瘫症状有不同程度的改善,平均肌力由2.8级达到3.9级,2例遗留有共济失调,均能达到一定自理能力。1个月后复查CT脓肿腔缩小,跟踪3个月再复查CT,2例小脑脓肿及2例颞叶脓肿腔消失,其余患者脓肿腔明显缩小。

三、讨论

脑脓肿是化脓性细菌侵入脑内所形成的脓腔,其中耳源性脓肿约2/3在同侧颞叶,约1/3在小脑半球,临床上表现为全身感染症状,颅内压增高症状及局灶症状,可以形成两种危象,即脑疝及脓肿破裂,二者均可导致死亡,所以,对量较多而壁完整脑脓肿积极的治疗是手术,传统的方法有手术切除及钻孔引流。手术切除易造成感染扩散,而钻孔引流使脓液清除不彻底,都有其局限性,随着微创技术的发展,立体定向及内窥镜的临床应用,对脑脓肿的治疗有很大优点。1.创伤小只需头皮切开4cm,颅骨钻孔即可,出血少,损伤小,对打击承受能力较差老年患者以及全身衰竭患者也能承受手术。2.并发症少,手术切除要切开脑组织必然要引起不同程度的神经功能障碍,而内窥镜的应用可使损伤减少到最低程度。3.直视下引流充分,尽可能吸除全部脓液。并且直视下吸除脓苔减少脓肿复发的机会。4.感染扩散的机会较少,因为定位精确,创伤小,不易引起脑膜炎及脑膜脑炎等并发症。通过对7例脑脓肿病人的治疗都取得了较好的疗效。

手术适应症及禁忌症:1.适应症:意识状态表现为浅昏迷至中度昏迷,影像学上显示颞叶脓肿量为60ml以下,小脑脓肿20ml以下,中线结构无明显移位,效果佳。小于10ml的薄壁脓肿只用立体定向引流即可。2.禁忌症:意识状态表现为深度昏迷,影像学上是显示颞叶脓肿量超过60ml,中线结构明显移位,小脑脓肿量超过20ml,有脑疝倾向者为定向手术禁忌症。应考虑立即开颅解除脑疝。较小的厚壁脓肿不适于内窥镜,如果位置表浅考虑手术切除。手术中及手术后注意事项:1.穿刺部位避开中央沟,外侧裂及横窦,如果脓肿在小脑穿刺针应与矢状面呈60°,大约是脑桥壁的方向。2.进针轻柔,如遇阻力可适当变换方向。3.穿刺靶点在血肿中间 不要过深以免伤及脑干。4.抽吸时一定要轻柔不要勉强。5.争取在72h内拔管,以免颅内感染。

参 考 文 献

1.田进军,张建林.立体定向标记经脑内窥镜显微手术脑深部肿瘤切除.中国微侵袭杂志,2000,12:236.
2.王忠诚,主编.脑脓肿.神经外科手术学.武汉:湖北科学技术出版社,2000.737.
3.王忠诚,主编.脑脓肿.神经外科手术学.北京:科学出版社,2000.448.

(收稿日期:2001-12-17)

粘连性小肠梗阻手术时机的选择

刘仁贵* 谭云波*

急性肠梗阻起病急,变化快,是临床上常见的急腹症。在明确诊断后,首要问题是选择合理的治疗方案,关键是判断是否有肠缺血和肠坏死存在。若处理不当,会导致严重的并发症,甚至感染中毒性休克、死亡。现就1998年1月至2001年8月间手术治疗粘连性小肠梗阻38例的情况进行分析总结,以探讨本病的手术治疗时机及适应症。

* 作者单位:671000 云南省大理医学院附属医院普外科