维普资讯 http://www.cqvip.com



# 尿道狭窄尿道内切开术(附32例报告)

邓建兴* 吴 云 吴爱斌* 虞小明*

我科从1992年以来采用腔内技术窥视下手术治疗各种原因所致尿道狭窄32例,效果满意。现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组32例患者均为男性,年龄19～61岁,平均36.5岁。骨盆骨折合并后尿道狭窄2例,尿道骑跨伤致尿道狭窄21例,炎性狭窄2例,前列腺切除术后尿道狭窄3例,尿道吻合术后狭窄4例。狭窄位于前尿道2例,球部尿道狭窄25例,膜部尿道狭窄2例,前列腺部尿道狭窄3例。狭窄长度0.5～3.0cm左右,尿道狭窄未完全闭锁29例,完全闭锁3例,膀胱造瘘术6例。

2.手术方法:粗管麻醉,尿道内注入1:1000新洁尔灭消毒,用storz尿道镜,F22镜鞘,0度窥镜在窥视下进入到狭窄部的远端,用深色F44输尿管导管通过狭窄部位进入膀胱,沿着输尿管导管用冷刀先作12点处切开,若尿道镜鞘不能过狭窄部时再做6点、4点处切开,尿道镜通过狭窄段时观察了解尿道狭窄的长度,局部瘢痕的情况后,若瘢痕长于1.0cm以上,再做3点与9点处切开。对于狭窄段完全闭锁,用尿道探子从膀胱造瘘口插入,插到尿道内口,顶入到尿道狭窄部,再经尿道镜下用尖形冷刀缓慢地推进切开,插入输尿管导管,直到打开闭锁段。尿道镜进入膀胱后再退出尿道。尿道内放入F20气囊导尿管保留7～10天。半月后行尿道扩张1～2次。其中6例重复冷刀切开一次,2例改为开放性手术。随访6月～3年,排尿满意者21例,定期行尿道扩张者11例。

二、结果和讨论:

尿道狭窄是在临床工作中尚未能完全解决的问题,开放性手术的方法很多,难度其大,若处理不当还会导致许多并发症,使得问题更加复杂化,因此尿道狭窄在治疗上是一个非常审慎的问题。尿道狭窄采用腔内技术处理,重要性在于此方法能够最大限度的减少手术本身对尿道造成新的创伤。术前常规尿道造影,了解尿道狭窄的部位与长度,为手术者提供狭窄情况。尿道内瘢痕力求完全切开,可多次往返切开并见到新鲜组织和有少量出血为止。狭窄段大于1.0cm以上,行多方位切开,输尿管导管引导冷刀进入是切开的关键,为避免与周围组织混淆,应用深色的导管便于观察与操作。在膀胱颈部切开时,应用低平形冷刀,以免过深的切开尿道括约肌,造成尿失禁。切开后应防止尿道瘢痕再度形成,需定期做尿道扩张术,尿道扩张器的号数应从小到大逐步扩张,避免过大的尿道扩张器强行扩张造成创伤。只要掌握尿道狭窄切开的长度与深度,辅助适当的尿道扩张,这种手术是可以取得良好的效果,目前使用冷刀切开技术治疗尿道狭窄,已得到广泛应用,技术也不断完善。

## 参考文献

1. 郭应禄主编.腔内泌尿外科学.北京:人民军医出版社,1992,165～171.
2. 张树云,张振兴,王顺江,等.尿道切开术治疗外伤性后尿道狭窄或闭锁.中华泌尿外科杂志,1990,11:301.
3. 董德欣,苓松,钟江,等.窥视下尿道内切及电切术治疗尿道狭窄或闭锁.临床泌尿外科杂志.1992,7:228.

(收稿:1998－06－2)

(上接第6页)

## 参考文献

1. 吴英恺,曾宪九.外科临床指导.1985,390.
2. 范卫民,陶松年.四种股骨转子间骨折内固定物力学对比及疗效评价.中华骨科杂志.1996,4:229.
3. 戴克戎,董凡.人工股骨头置换术后治疗股骨颈新鲜骨折的临床评价.中华骨科杂志,1995,3:138.

(收稿:1998－10－14)

* 作者单位:212300 江苏省丹阳市人民医院泌尿外科