维普资讯 http://www.cqvip.com

$> P > 0.01$，有显著差异，见表 3。

表 3 术后住院时间比较

组别	例数	< 10d	> 10d	平均人数
A	66	56(84.8%)	10(15.2%)	10.9
B	72	48(66.7%)	24(38.3%)	12.7

两组所有病例术后均顺利恢复，未发生切口感染、肺部感染及其他严重并发症。

二 讨论

1. 顺利的胆囊切除术可以不放引流

由于胆囊床创面可能有胆瘘、渗血等危险，Langenbuchi 1882 年倡导胆囊切除术后，应于胆囊床或温氏孔放置预防性引流此后，各家采用，持续至今。尤其在国内，许多专家把它视为传统常规而特别加以强调。

近年来，国外文献提倡胆囊切除术不置引流的报告很多，认为"易于康复，减少并发症，缩短住院时间"是不置引流的优点。Budd 等[1]报告 300 例随机的、前瞻性的留置或不置引流的胆囊切除术，结果发现：引流组在术后发热、病人不适、合并肺炎和切口感染等方面都比不置引流组的发病率明显增高。Hoffmann 等[2]综合 28 篇关于胆囊切除术后引流与否的文章，结论是：绝大部分(95%)胆囊切除术可以免除引流而痊愈，大多数引流是多余的(即并非是无害的)。

本组病例虽然是回顾性的，但在选择对照组(即 B 组)病案时，规定了严格的条件，即术前诊断相同，术中顺利，无胆囊切除术以外的附加手术，因此两组病例具有可比性。本文的资料提示：不置引流组术后疼痛明显减少，体温恢复正常快，住院时间缩短。这些结果可能是由于胆囊切除术不置引流后，不仅避免了放置引流给病人带来的痛苦，而且还避免了引流物直接对机体造成的不良反应。因此，本文认为顺利的胆囊切除术可以不放引流，这样做，不仅可以减轻病人痛苦，而且可以使病人易于接受手术治疗。

2. 胆囊切除不置引流必须严格掌握适应症

国外文献对于胆囊切除术不置引流的应用甚广，甚至主张除胆总管探查以外都可以采用[2]。但是，胆囊切除时放置引流与否，必须按照具体情况，区别对待，不能一概而论。本文对于急性炎症病例，或术中明显渗血、漏胆的病例还不能否认放置引流的重要性。本文认为：胆囊切除不置引流的条件是：①慢性胆囊炎，单纯胆囊结石，临床无感染症状的择期手术病人。②手术区解剖清楚，胆囊纤维化程度下重，胆囊切除过程中确无胆汁外溢者。③术者技术操作熟练，创面保护好，创伤小，出血少，各种结扎可靠。④无胆囊切除术以外的副损伤或附加手术。

鉴于胆囊切除后从肝脏到胆囊床之间常有副肝管被切断后可能溢出少量胆汁，胆囊床创面即使已用浆膜掩盖仍有少量渗血的可能，所以在术者对于胆囊切除后是否放置引流没有把握时，本文主张还是保守一些，应用烟卷引流为好。

参 考 文 献

1. Budd DC. Cholecystectomy with and without drainage: a randomized, prospective study of 300 patients. Am J Surg, 1997, 143: 307
2 Hoffmann. Drainage after cholecystectomy. Br J Surg, 1998, 72: 423.

(收稿：2001-03-18)

前列腺切除术出血处理的体会

何俊龙* 孙复正* 苏 军* 徐 霞*

前列腺增生症是男性老年人的常见病，随着我国生活水平的提高、年龄的老龄化，发病率有逐年增高趋势。本院自 1980 年至今收治前列腺增生症患者近 400 例，其中 140 例行 TVP(耻骨后经膀胱前列腺切除术)治疗，前列腺切除术最大的难点是止血困难[1]，也是泌尿外科医生十分关注的问题，围绕此点对本组手术止血问题进行回顾和总结，以期对以后的手术有所借鉴。

一、资料和方法

1. 一般资料：本组 140 例，均为 TVP 治疗，年龄在 55 岁～86 岁之间，平均 72.4 岁。其中 55 岁～60 岁 14 例占 10%；61 岁～70 岁 50 例，占 36%；71 岁～80 岁 65 例，占 46%；80 岁以上 11 例，占 8%。

2. 输血问题：大部分病人术中已无需输血，但是由于部分病人术前状态欠佳，如贫血、低蛋白或合并其他重要脏器疾病，术中或术后给予输血，或由于术中止血操作不当，术后突然增加腹压并再出血等原因需要补充血容量而预输血，输血量 400～800ml，平均 600ml 左右。本组病例术前输血 4 例，术中输血 10 例，术后输血 5 例。

3. 出血及处理：术中出血原因：采取 TVP 手术，前列腺窝的处理有数种方式：(1)以 1 号肠线距尿道内口 0.3cm 环形荷包式缝合并结扎将冲洗管固定其间以封闭前列腺窝，使之与膀胱隔绝开来。前列腺窝液凝固，在冲洗管的支撑下尿道重建恢复其连续性。本组 80 例按此法处理，占 56%。冲洗液颜色于术后 3～4 天转为正常。此法易导致膀胱颈挛缩、尿道内口狭窄，

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯铁路医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

再度出现排尿困难。(2)膀胱颈部3、5、7、9点缝扎加气囊压迫，前列腺动脉来源于膀胱下动脉，直视下很难游离和辨认，在上述点以1号肠线或维侨线行8字缝合往往能起到良好的止血作用，本组45例按此法处理占32%，止血效果较好，术后2～3天冲洗颜色转为正常。(3)膀胱颈部以1号肠线于3～9点处连续锁边缝合，期间尽可能地结扎前列腺动脉，按此法处理5例占3.5%，此法止血效果也较好，术后2～3天冲洗液颜色变为正常。但是易出现膀胱颈部后唇抬高，产生排尿困难故尚需定期尿道扩张或者通过TURP行后唇切除术，给病人增加一定的负担。术后出血的原因：本组病人有3例患者于术后4小时见冲洗管大量出血，以致血块完全堵塞冲洗管，再次手术探查出血原因，结果是大量活动性出血涌入膀胱，清理血块后于膀胱颈部3～9点处加强缝合，得以止血。

另有4例病人术后四天冲洗管仍见较重的血色，出血无减少倾向，经B超检查，膀胱内无凝血块形成，经冲洗管注入双氧水100ml或4%甲醛300ml，保留5分钟后冲出体外，出血量显著减少，然后恢复持续冲洗直至正常。有二例病人术后第21天，因大量排便和排便困难，剧烈增加腹压而致前列腺窝和膀胱内大量急剧出血，不得不急诊手术取出血块再次止血，重新恢复冲洗。

二、结果和讨论

前列腺切除手术的术中、术后以及延期出血问题，多年来是TVP的一个重点难题，尽管在术中千方百计反复观察认真处理，术后出血也是再所难免。由于前列腺腺体切除后，前列腺腺窝创面裸露想通过钳夹或缝扎以及缝合创面止血都是不可能的，面对前列腺手术不易止血这一难点，如何减少术中出血，提高手术安全性作者体会如下。

1.TVP的手术技巧

(1)尽量避免前列腺被膜的损伤，前列腺被膜的损伤、可加重腺窝的出血。为找好平面切开点应在前列腺最隆起处确认外科包膜的平面。如不切开可经尿道压破后剜除腺体，分离层次分明不易损伤被膜。如分离层次不分明或紧密粘连，硬性剜除腺体、则易造成被膜及静脉丛损伤以致大出血。

(2)确切缝合彻底止血：前列腺腺体剜除后面临止血问题。首先于膀胱颈部5、7点处各行一"8"字缝合，以期结扎前列腺动脉、腺体剜除外科被膜往往回缩，膀胱颈部断缘往往不回缩，所以在连续缝合后唇时一定要探缝前列腺外科被膜，才易将被膜下动脉切实扎住。尽管如此有时尚可见到活动出血点。因为前列腺血运丰富，一些动脉并非经后唇进入腺体，所以应于前唇或其他部位寻找并缝扎出血点。

(3)关于前列腺窝压迫止血问题：我们利用压迫止血的时间，去做输精管结扎术，时间大约5分钟左右。压迫的物质用热盐水纱布或冰盐水纱布。热敷可使腺窝出血点迅速凝血，冷敷可使血管收缩达到减少出血的目的。本文认为热盐水要比冰盐水为好。

(4)恰当处理膀胱颈口：TVP术后膀胱颈口往往过大，使气囊失去了压迫止血的作用，如果将颈口经修整后回缩得过小，远期还可能产生挛缩造成排尿困难的再度出现。因此、颈口大小一定要适当。为防止后唇抬高而致排尿困难和体位性排尿，可在后唇以电刀"V"形切除，避免这一情况的发生。

2.做好充分的术前准备，改善患者的术前状态，尤其是贫血和凝血机制不良的病人是保证术后效果良好的比较关键的一环。应用药物控制高血压，改善心脏功能，纠正贫血改善凝血机制；老慢支、肺心病均需在术前预以调整，以保证手术的安全。应用乙烯雌酚可使腺体缩小，减少腺体充血，减少术中出血。留置导尿和抗炎治疗可减轻感染和梗阻所致的前列腺充血水肿、对减少术中失血均有重要意义。

3.严格掌握手术适应症：TVP是一个对患者打击比较大的手术，严格掌握适应症尤为必要。对于高龄重危出血性疾病的患者、导尿又失败不能勉强行TVP而考虑膀造瘘。

参 考 文 献

1.吴国荃、田 野、刘 志.耻骨上膀胱内前列腺摘除术治疗前列腺增生：附1322例报告.中华泌尿外科杂志，1993，14(6)：429－430.

2.孙 光，马腾骧.减少前列腺切除手术失血的体会.中华泌尿外科杂志，1993，14(6)：431－433.

(收稿：2001-04-11)

吸宫流产术并用米非司酮的临床观察

安玉波* 王景霞**

米非司酮抗孕广泛应用于临床，但其流产后子宫出血时间长是目前尚未解决的问题。吸宫流产术完全彻底，仍是目前普遍应用的一种终止妊娠的有效方法，我们根据米非司酮的药理作用在行吸宫流产术时并用米非司酮、感觉效果良好，现报告如下

一、资料与方法

行人工流产术妇女100例，月经周期正常，停经45天～55天初孕妇女，均无服药禁忌。临床随机分为实验组(A组)与对照组(B组)各50例，A组年龄23.5岁±3.68岁、孕龄46.98天±5.28天，宫腔长度(9.98±1.56)cm，B组年龄24.18岁±3.40

* 作者单位：154700 黑龙江省汤原县计划生育指导站
** 黑龙江省佳木斯大学基础医学院