维普资讯 http://www.cqvip.com

年以上，有的十年余。结石呈多角形，有的肾脏有明显积液、积脓、肿大，部分已有肾功能损害、粘连、萎缩，甚至出现肾衰；③短期连续高能冲击常使局部水肿加重，甚至发生血肿，致使结石包裹更紧。有的第一次冲击结石破碎后不能及时排出，再次冲击时破碎结石损伤肾实质。所以由于各种原因致使 ESWL 治疗失败。我们术中发现作 ESWL 治疗后，有的病例原结石毫无变化，肾脏内有机化后的血块阻於肾盂口，甚至有积血块机化、感染、大量脓液潴积，从而加重了肾功能损害。因此，在经济落后的少数民族泌尿系结石多发地区。肾结石行开放性手术还是首先考虑的治疗方法。从我院每年收治肾结石约百余例实行开放性手术治疗统计表明，患者就医诊断肾结石后即行开放性手术治疗，比去外地区行 ESWL 治疗的比例要高出几十倍，而且治疗效果满意。

（收稿：2000-04-10）

导尿管致尿道狭窄的预防和处理

原志平* 张建英*

临床导尿是基本操作技术，其并发症易被忽视。笔者自1987年3月～1999年3月共收接治因导尿管使用不当所致尿道狭窄12例，占同期尿道狭窄患者的21.4%[12/56]，现报道如下，并对其发生原因及处理方法简要予以讨论。

一、资料与方法

1.临床资料

本组12例，均为男性患者，年龄12～42岁不等，其中因身体其它部位手术后置管8例，因重型脑外伤昏迷留置导尿4例，平均置管时间14.3天。患者在导尿期间有尿道烧灼感，尿道刺痛，尿道外口分泌物，甚至浓性分泌物，培养有细菌生长（多为G+球菌生长），伴有下腹坠胀。拔除尿管后有9例立即发生尿线弯细，排尿费力，1例两月后出现排尿困难，2例半年后出现排尿困难。所有患者均无经尿道手术及侵袭性操作史。诊断依靠尿道造影和/或尿道镜检证实。其中膜部尿道狭窄4例，球部尿道狭窄5例，球部及膜部两处尿道狭窄3例，尿道外口狭窄3例，狭窄段长0.5～3cm不等。

2.治疗方法

本组单纯经尿道扩张器治疗5例，3例行尿道外口切开，3例行尿道狭窄段切开，1例狭窄段切除尿道吻合，术后均行间段尿道扩张，持续1～1.5年。

二、结果

所有病例随访1～9年不等，8例治愈，3例排尿困难症状明显好转，1例手术后效果不好，排尿困难症状略减轻，2年后失访。

三、讨论

1.病因分析

尿道狭窄是泌尿外科常见病，而因留置导尿管不当并伴有其他部位疾病而被医护人员忽视，致使患者遭受不应有的痛苦，甚至伴其终身。而其中大多数都是医护人员在临床工作中失误所致。本组资料显示尿道狭窄多发生于球部、膜部、尿道外口。分析其发生原因：①因男性尿道解剖结构，存在弯曲及狭窄，在留置尿管时容易在上述部位受阻，操作粗暴，反复推拉、挤压，在相应受力部位，尿道粘膜受损、缺血，造成狭窄。②导尿管化学成分刺激（实验证实尿管毒性从大到小依次为橡胶管、乳胶管、硅胶管）。③尿管留置过久，尿道外口污染，以及未能密闭引流致使尿道逆行感染，炎症反应继发狭窄。④许多患者原发病较重，如休克、昏迷，长期卧床，机体抵抗力低下，或由全身感染（如败血症）致尿道应激反应（缺血、组织细胞代谢障碍），加之导尿管长期留置刺激，而致狭窄，本组有两例即属次类。⑤尿道感染后未能及时处理，致使炎症纵深侵润达粘膜下层，甚者在炎症急性期进行尿道置管，加重炎症反应，导致尿道瘢痕形成。

2.预防和处理方法

针对上述病因，①应重视导尿的正规操作，要熟悉尿道解剖，选择粗细合适的尿管，最好用硅胶管，充分润滑，插管动作要轻柔，顺应尿道弯曲，避免尿道损伤。②严格密闭引流，定期清洁尿道口，避免尿道逆行感染，及时解除引流，减少置管时间。尤其对重型颅脑损伤，昏迷时间较长者，可进行“安全套”固定收集尿液，不宜长期置管。③本组患者均有严重尿道炎性反应及脓性分泌物，应针对尿道感染选用敏感抗生素，对留置尿管3天以上者应定期冲洗导尿管及膀胱。④对需长期置管或插管困难者，为避免尿道损伤，可经耻骨上穿刺置管引流。我们体会穿刺置管操作简单、安全、监测尿量方便，可直接做膀胱尿液成份检验及准确的细菌培养（无尿道杂菌污染），能及时观察排尿功能的恢复。对穿刺部位定期清洁消毒，妥善固定，其效果明显优于尿置管。随着穿刺器械的不断改进，操作技术的熟练掌握，我们建议扩大穿刺置管导尿的适应症，使之成为一种常规的微创操作，必将显著降低留置尿管所致的尿道炎症和尿道狭窄。

（收稿：2000-04-06）

* 作者单位：043300 山西省河津山西铝厂医院外科