经验交流 文章编号:0253-3626(2011)01-0117-02

膀胱镜引导下尿道会师术治疗球部尿道损伤 23 例临床分析

郑 兵,朱 华,潘晓东,顾栋华,陈建刚,陆 明,张 冰,钱 麟
(南通大学第二附属医院泌尿外科南通 226001)

【摘 要】目的:探讨球部尿道外伤患者在膀胱镜引导下行腔内尿道会师的手术方法。方法:沿尿道背侧插入尿道镜后通过尿道断裂口,不注水或尽量低压注水,确认进入膀胱后,留置引导管后退镜,再将导尿管套入。结果:23 例患者中 21 例成功,2 例改开放手术,直接进镜 8 例,直视下低压注水进镜 13 例;并发积液 4 例,其中 3 例阴囊、会阴积液,1 例阴囊、会阴和盆腔积液。术后 3~4 周拔管后排尿通畅,6 例定期尿道扩张,3 例远期尿道狭窄,2 例行尿道内切开,1 例行狭窄段切除端端吻合术。结论:采用膀胱镜引导下尿道会师术是一种创伤小的手术方法,不注水或尽量低压注水,对大部分球部尿道损伤患者适用。

【关键词】膀胱镜;尿道会师术;球部尿道外伤
【中国图书分类法分类号】R699.6 【文献标志码】A 【收稿日期】2010-06-07

Cystoscopy guided treatment of bulbar urethral realignment urethral injury: report of 23 cases

ZHENG Bing, et al
(*Department of Urology, the Second Affiliated Hospital of Nantong University*)

【Abstract】*Objective*: To search for a safe and convenient surgical method, urethral realignment, for management of bulbous urethral disruption. *Methods*: Cystoscopy was used to bypass the ruptured segment by introducing a guide-wire through its channel to the bladder without water injection or low pressure water injection, and then a silicone catheter (F18) was sent into bladder passed over the guide wire. *Results*: Urethral realignment was accomplished successfully in 21 of 23 cases.8 cases underwent no water injection and 13 cases underwent low pressure water injection under direct viewing. Open surgery was necessitated in 2 cases. Effusion developed in 4 cases, 3 in scrotum and perineum, 1 in scrotum, perineum and pelvic cavity.Urine flowed fluently after catheter was removed at 3~4 weeks after operation. Routine postoperative urethral dilation was performed on 6 patients. Strictures developed in 3 cases, 2 of which underwent internalurethrotomy and 1 underwent anastomosis. *Conclusion*: Urethral realignment with the urethral guidance by cystoscopy without water or with low pressure water injection is a safe, mini-invasive and effective surgical strategy for the management of bulbous urethral disruption.

【Key words】cystoscopy; urethral realignment; bulbar urethral trauma

目前公认对前尿道断裂以急诊处理较好,能获得较好的治疗效果[1]。尿道球部损伤治疗要点是恢复尿道连续性、引流膀胱和彻底引流尿外渗。传统一期手术行尿道褥式外翻缝合治疗新鲜尿道损伤疗效确切,但手术创伤较大,手术时间较长[2]。我院 2003 年 4 月 ~2009 年 8 月采用膀胱镜引导下尿道会师术治疗球部尿道损伤 23 例,临床疗效满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 23 例男性,年龄 18~63 岁,平均 37 岁,均为骑跨伤。伤后 2~8 h 内就诊,有尿道口流血,不能排尿,11 例有不同程度的阴囊血肿,均行诊断性导尿失败。

作者介绍:郑 兵(1976-),男,主治医师,硕士,
研究方向:泌尿系统微创治疗。

1.2 手术方法

椎管内麻醉下,截石位,左手提起阴茎,向上伸直,Storze F19 膀胱镜镜鞘表面涂以润滑剂,沿尿道背侧缓缓插入尿道,轻轻向球部尿道推进,如无阻力,采用直接进镜,轻轻向后尿道推进,逐渐将镜鞘与腹壁平行,推入膀胱,接入观察镜,确认进入膀胱,留置 F5 输尿管导管作为导引管,低压注水下缓缓退镜观察尿道断裂情况,F20 Foley 导尿管末端戳孔后沿导引管置入膀胱;如遇到阻力,直视下插入尿道镜至尿道断裂处,低压注水观察尿道断裂情况,灌注压力为 60~100 cm H_2O[3],插入 F5 输尿管导管作导引管,跨越断裂处进入膀胱,保留导引管退镜,同上法留置导尿管。如直视下进境时出血多视野不清或阴囊盆腔积液进行性加重时,不适合此方法,

果断开放手术探查前尿道。

2 结 果

本组 23 例患者 21 例行膀胱镜引导下尿道会师术成功，2 例改开放手术见尿道完全断裂，行端端吻合术。手术时间 15~35 min，平均 20.3 min。直接进镜 8 例，直视下低压注水进镜 13 例。并发积液 4 例，占 17.3%，其中 3 例阴囊、会阴积液，1 例阴囊、会阴和盆腔积液；阴囊、会阴积液作切口留置引流，盆腔积液术后 1 月并发盆腔包裹性积液伴感染行切开引流术。术后 3~4 周拔管后排尿通畅，6 例定期尿道扩张，3 例远期尿道狭窄，2 例行尿道内切开，1 例行狭窄段切除端端吻合术。

3 讨 论

会阴骑跨伤是会阴部骑跨于硬物上，使尿道挤压于硬物与耻骨联合下方之间所致，绝大多数前尿道外伤系骑跨伤引起，本组致伤原因均为骑跨伤。据尿道断裂类型、尿道近端移位的特点，其球部尿道往往是部分断裂，且断裂口多见于腹侧，本组仅 2 例完全断裂，占 9%，我们根据这种伤情特点，其中 8 例采取直接进镜不注水的情况下成功，沿尿道背侧缓缓插入尿道，轻轻向球部尿道推进，如无阻力，轻轻向后尿道推进，逐渐将镜鞘与腹壁平行，推入膀胱，接入观察镜，确认进入膀胱。手术中，我们强调无阻力和不做反复的试插，相当于在椎管内麻醉满意后再做一次诊断性导尿，因为不当的反复试插，可加重尿道外伤的程度，加重出血，甚至发生假道。在遇到阻力的情况下，以 0°镜观察，低压注水，使用等渗盐水持续灌注，灌注压力为 60~100 cm H_2O，观察尿道裂口处情况，如有大血块可以异物钳轻轻取出，观察尿道背侧粘膜，沿着连续的粘膜进镜，不必强求观察清楚裂口情况，导引管能否沿正常尿道黏膜通过破口进入近端尿道是手术成功的关键。完全断裂的破口大量血块充填，强行取出可导致大量出血而视野不清，盲目增加灌注压力会导致大量液体外渗，是本组 2 例失败的主要原因。我们体会：如直视下进境时出血多视野不清或阴囊盆腔积液进行性加重时，不适合此方法，果断开放手术探查前尿道。

膀胱镜下尿道会师术是一种损伤小，可达到一期恢复尿道连续性的手术方法[4]。有时尿道断端分离远，局部出血多时，寻找近侧断端较困难，花费时间也长，因而可加重尿道损伤、液体外渗及增加感染和术后尿道狭窄的机会[5]。尿道外伤合并尿外渗，若不及时处理或处理不当，会发生广泛皮肤、皮下组织坏死、感染和脓毒症。彻底引流尿外渗是必须的，特别是如果尿生殖膈完整性受到破坏，尿外渗可到达前列腺及膀胱颈周围，应该早期充分引流，本组 1 例术后 1 月才发现并发盆腔包裹性积液伴感染而行切开引流术，已经错过最佳治疗时期。本组 3 例远期尿道狭窄的患者术后均并发积液。因此我们认为缩短手术时间，不注水或低压注水，充分引流外渗液非常重要。并且膀胱镜下尿道会师术与开放尿道会师术的疗效相似[3,6]，如果出现出血多、视野不清，尿道完全断裂，阴囊会阴积液进行性加重时，我们认为不盲目追求内镜下会师术，适时改开放手术是明智的选择。

综上所述我们认为膀胱镜引导下尿道会师术治疗球部尿道外伤具有手术创伤小、手术时间短、恢复快等特点，是大部分球部尿道外伤患者的首选手术方法。该手术可在不注水或低压注水下完成，同时注意充引流外渗液非常重要。对于尿道完全断裂、外渗严重的患者适时开放手术是明智的。

参 考 文 献

[1] Ku J H, Kim M E, Jeon Y S, et al. Management of bulbous urethral disruption by blunt external trauma: the sooner, the better[J]. J Urol, 2002, 60(4): 579-583.

[2] 周长春.内窥镜治疗闭合性尿道损伤 16 例报告[J].中国内镜杂志, 2001, 7(5): 封 3.

[3] 张 炯，徐月敏，陈 嵘，等.尿道球部损伤两种急诊处理方法的比较[J].上海医学，2004，27(5)：316-317.

[4] 孙颖浩，许传亮，钱松溪，等.尿道镜下尿道会师术治疗尿道球部损伤[J].临床泌尿外科杂志，1998，13(12)：551.

[5] Sun Y H, Xu C L, Gao X, et al. Ureteroscope realign-mentof ruptured bulbous urethra[J]. JUrol, 2000, 164(5): 1543-1545.

[6] 高 旭，孙颖浩，徐振宇，等.尿道镜下尿道会师术与开放手术治疗尿道球部损伤的比较[J].中华泌尿外科杂志，2003，24(12)：820.

(责任编辑：关蕴良)