维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2007)06-0648-02

输尿管镜尿道探子联合应用治疗复杂性尿道狭窄

刘德云

(武警重庆总队医院泌尿外科.重庆 400061)

【摘 要】目的:探讨联合应用输尿管镜,自制尿道探子治疗尿道狭窄临床操作方法及其治疗效果。方法:骶麻醉下 F9.8 输尿管镜直视下将 4F 输尿管导管或特福龙涂层导丝通过狭窄段至膀胱,输尿管导管或特福龙涂层导丝穿入中空前开口尿道探子并引导扩张尿道至能留置 14F 尿管引流尿液。结果:1 月后所有病例最终可留置 22F 尿管,拔管后排尿通畅,随访 1 年无复发。结论:联合应用输尿管镜尿道探子直视下置管,扩张,对病人损伤轻,打击小,恢复快,疗效佳,住院时间短,是一种治疗尿道狭窄的好方法。

【关键词】复杂性尿道狭窄;输尿管镜;尿道扩张

【中国图书分类法分类号】R699.6 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-12-05

The treatment of complex urethrostenosis by ureteroscope combined with urethral sound

LIU Deyun

(*Department of Urology, Chongqing Municipal Corps Hospital, Chinese People's Armed Force*)

【Abstract】*Objective*: To discuss the operative procedure and clinical therapeutic efficacy of urethrostenosis treatment by ureteroscope combined with self-made urethral sound. *Methods*: 4F ureteral catheter or Teflon paintcoat guidewire was passed through narrow section to bladder.the self-made, midheaven and ringent anterior urethral sound was inserted into by the ureteral catheter or Teflon paintcoat guidewire to expand that 14F ureteral catheter for drainge under F9.8 ureteroscope and sacral anesthesia. *Results*: All cases could be detained with 22F ureteral catheter and voided well afert 1 month of treatmeat, no relapse cases were observed after 1year follow-up. *Conclusion*: It is an micro-traumatic , quick healing with shorter hospitalization and effective method to treat urethrostenosis by ureteroscope combined with urethral sound.

【Key Words】 Complex Urethrostenosis; Ureteroscope; Urethral sounding

我院 2001 年 1 月到 2004 年 6 月对门诊单纯性尿道扩张失败的病例,在输尿管镜帮助下置入输尿管或特福龙导丝,而后在其引导下行尿道扩张治疗复杂性尿道狭窄,疗效满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 23 例,年龄 16~68 岁,外伤性尿道狭窄 14 例,其中骑跨伤 10 例,骨盆骨折使后尿道损伤 4 例;淋菌性尿道炎后尿道狭窄 2 例;长期留置尿管 3 例;前列腺切除手术后 4 例。狭窄段内径 <0.2cm 6 例,0.2cm~0.4cm 8 例; 针尖样小孔 4 例。狭窄段长度 <0.5cm;0.5cm~2cm 6 例;呈环状狭窄 5 例;两处以上狭窄 5 例,并发假道,尿道结石,炎症性息肉,膀胱结石,膀胱憩室,双肾积水 7 例。

1.2 方法

骶麻醉下患者取截石位常规消毒铺巾,利用输尿管镜在液压灌注泵帮助下,直视下置入输尿管导管或特福龙涂层导丝确定入膀胱后轻者用输尿管镜扩张,重者用前开口尿道探子穿入输尿管导管或特福龙涂层导丝,在其引导下依次扩张至可留置 14F 尿管。置尿管时可用细钢丝作支架。术后尿道分泌物过多时,中途更换同 F 尿管。

2 结 果

所有病例术后 5~7 天扩张 1 次,1 月后均可扩张至 22F, 拔管后自行排尿通畅,19 例病人共扩张 4~8 次,4 例病人定期扩张半年后不再扩张, 效果良好, 随访 1 年无复发,未见勃起功能障碍,尿失禁等。

作者介绍: 刘德云(1967-),男,硕士研究生,主治医师,主要研究方向:腔内泌尿外科学及男性学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨 论

自 1984 年 Goodman[1]先报道应用输尿管镜处理输尿管远端疾病后，输尿管镜技术在泌尿外科中应用日趋广泛。但多用于输尿管疾病，用于解决下尿路之尿道疾病，文献罕有报道。我院利用输尿管镜联合联合应用前开口尿道探子，直视下扩张治疗复杂性尿道狭窄，取得满意疗效。尿道狭窄尤其是复杂性尿道狭窄在泌尿外科临床中未能满意解决的问题。临床上有下列情况者为复杂性尿道狭窄：①前尿道狭窄大于 3cm 后尿道大于 2cm。②有并发症：憩室，结石，性炎症性息肉，尿道周围炎，尿道直肠瘘，尿道皮肤瘘。③尿道括约肌功能障碍。④有假道。⑤有严重骨盆畸形。⑥并发耻骨骨髓炎。⑦接近膀胱颈的高位尿道狭窄。⑧两处以上狭窄[2]。传统的开放性手术损伤较大，并发症(瘢痕形成再狭窄、尿外渗、勃起功能障碍等)较多。尤其长段尿道狭窄特别是经多次手术失败或系后尿道狭窄者，治疗难度更大，手术难以暴露和吻合、且损伤大。术后瘢痕大、并发症多，一旦失败，狭窄再度加重，为后期处理增加更大难度。近 10 多年来腔内治疗由于操作简单，副损伤小，并发症少渐为普及。近年来尿道冷刀被认为是治疗复杂性尿道狭窄的首选方法。但有人认为其复发率近 70%，重复切开不能提高治愈率。且冷刀内切开仍有一定盲目性，手术中易伤及海绵体，致术中大出血影响操作或术后瘢痕增生较多。多处狭窄者手术难度大，尤其是远侧段狭窄轻，近端狭窄重者，容易产生并发症。任何小量出血都能使视野不清而不能进行手术。也容易并发尿道穿孔，尿失禁，阴茎异常勃起，阴茎勃起功能障碍也有可能发生[3]。传统的单纯尿道扩张术有尿道探子盲目扩张等，因扩张具有盲目性，尿道探子往往难以通过狭窄部位而使尿道扩张失败。另外，传统的尿道扩张还容易损伤尿道黏膜，加重狭窄程度，甚至有可能造成假道、尿道直肠瘘等重大并发症。同时，对尿道狭窄部位、扩张后有无损伤，也没有一个明确的诊断。为了避免上述缺点，我们利用输尿管镜直视下置入输尿管导管或特富龙导丝并在其引导下进行诊断，扩张治疗复杂性尿道狭窄。本组患者在输尿管镜直视下，使输尿管导管或特富龙导丝通过狭窄段进入膀胱，然后再用前开口尿道探子在输尿管导管或特富龙导丝引导下逐级扩张。将狭窄扩张后，还可用输尿管镜直视下观察，确定狭窄的具体部位、长度，了解尿道黏膜有无损伤，以便进一步处理和治疗。该方法只要将输尿管导管或特富龙导丝置入膀胱即能顺利扩张成功。用前开口尿道探子扩张时，尿道先注入石蜡油充分润滑，将尿道探子缓慢通过狭窄段，这样可减少尿道黏膜的损伤。由于先行输尿管镜下置输尿管导管或特富龙导丝已作一定扩张，且有导丝或输尿管导管定向避免了穿孔及尿道探子进入尿道管腔外勃起组织，形成假道，或男性性功能障碍，或损伤尿道外扩约肌致术后尿失禁。并且能同时处理并发症：如膀胱结石，尿道结石，用气压弹道碎石；息肉可用输尿管镜剪刀去除；由于有液压灌注加压冲洗，术中有一定出血也能完成手术。本组病例中，狭窄轻重不同，在处理上有一定差别，保证输尿管导管或特富龙导丝已通过狭窄段进入膀胱是最重要的，轻者仅用输尿管镜扩张即可。如果狭窄重，应尽可能在置管扩张时不强求一次成功，在一定进程中，可重新用输尿管镜观察和定位。步步为营，以避免并发症产生。此外，术中良好的输尿管镜技术和麻醉也是保证手术成功的必要条件，在扩张后用细钢丝作支架便于尿管留置，且留置尿管不宜过粗，以 F14 为宜，过粗导尿管不仅置入困难，且会加重尿道损伤，影响尿道血液循环，造成狭窄复发。由于术中已能放置 14F 尿管，为手术后行尿道扩张提供了可靠保证。支架导尿管留置多久是临床上尚有争议，各家观点不一，徐华南等研究报告认为支架导尿管的时间与损伤尿道的愈合疗效呈正相关关系，治疗所致狭窄段的创面修复一般需 3 周~2 月，Kirchheim[4]认为尿道上皮生长一圈约需 6~8 周。故用 Foley's 尿管作为支架管要保留足够长时间，利于持续支撑尿道内壁、软化斑痕、黏膜修复愈合及巩固扩大的狭窄腔。故而作者认为手术后尿管放置应 6~8 周。如果病人在 6~8 周后拔除尿管后出现尿线细，可以在扩张尿道后再次保留尿管一定时间。留管本身有扩张作用，但也有增加感染的危险。若导尿管留置时间太长，尿管相对太粗，填塞整个尿道致分泌物难以引流，可能增加感染及再发尿道狭窄[5]，为避免这情况，我们采取以下措施：术前常规作尿培养检查，对明确有感染的作尿液细菌培养，据药敏试验选用抗生素；对尿培养阴性者，仍预防性使用抗生素并作好尿道外口护理。术前常规使用 1~3 天，术后再用 7~10 天。当尿道分泌物过多时，中途更换同 F 尿管。拔

(下转第 653 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

症,如内漏、移位和 SG 塌陷等已有大量报道,SG 结构破损现象亦有报道,所以远期结果和持久性还有待于进一步确定[13]。亦有荷兰随机化腔内腹主动脉瘤治疗计划 (The Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management(DREAM)trial)进行了一项多中心随机对照临床研究表明经血管腔内腹主动脉瘤修复手术的远期手术效果不优于开腹修复手术[14]。因此,当前我们必须严格把握腔内治疗的手术适应症,做好随访工作,相信随着 SG 制造技术的不断进步和费用的降低, 以及手术安全性的逐步提高,它将取代部分传统开腹术,成为 AAA 的主要治疗方法。

参 考 文 献

[1] Parodi JC,Palmaz JC,Barone FID.Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms[J].Ann Vasc Surg, 1991;5(6):491-499.

[2] 景在平.血管腔内治疗学[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社, 2002.491-499.

[3] Krupski W C,Rutherford RB. Update on open repair of abdominal aortic aneurysms:the challenges for endovascular repair[J]. Am Coll Surge,2004;199:946-960.

[4] Mc Combs RP,Roberts R.Acute renal failure after resection of abdominal aortic aneurysm[J].Surg Gynecol Obstet,1970;148(2):175-179.

[5] Cronenwett JL,Krupski WC,Ruthefoord RB.Abdominal aortic and iliac aneurysms[J].In:Rutherford RB.Vascular Surgery Sthed, Philadephia:Saunders,2000;1246-1280.

[6] Arko FR,HiLL BB,Olcott C,et al.Endovascular repair reduces early and late morbidity compared to open surgery for abdominal aortic aneurysms[J].Endovasc Ther,2002,9(6):711-718.

[7] Jordan WD,Alcocer F,Wirthlin DJ,et al.Abdominal aortic aneurysms in"high-risk"surgical patients:comparison of open and endovascular repair[J].Ann Surge,2003;237:623-629.

[8] Moore WS,Matsumura JS,Makaroun MS,et al.Five-year interim comparison of the Guidant bifurcated endograft with open repair of abdominal aortic aneurysm[J].J Vasc Surg,2003;38:46-55.

[9] Boyle JR,Goodall S,Thompson JP,et al.Endovascular AAA repair attenuates the inflammatory and renal responses associated with conventional surgery[J].J Endovasc Ther,2000;7:359-371.

[10] Anderson PL,Arons RR,Moskowitz AJ,et al.A statewide experience with endovascular abdominal aortic aneurysm repair:rapid diffusion with excellent early results[J].J Vasc Surg,2004;39:10-18.

[11] Elkouri S,Gloviczki P,McKusick MA,et al.Perioperative complications and early outcome after endovascular and open surgical repair of abdominal aortic aneurysms[J].J Vasc Surg,2004;39:497-505.

[12] 符伟国,黄 俊,王玉琦,等.腹主动脉瘤腔内修复术与传统开腹手术的临床对照研究[J].上海医学杂志,2003;26:537-540.

[13] Prinssen M,Verboeven EIG,Buth J,et al.A randomized trial comparing conventional and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms[J].New Eng J Med,2004;351:1607-1618.

[14] The Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management (DREAM)trial[J].N Engl J Med,2005;352:2398-2405.

(上接第 649 页)

管后嘱患者多饮水,尿液的冲刷作用有助于坏死组织早期脱落,从而预防继发感染。

本组病例经该方法治疗均无并发症发生,表明在熟练的输尿管镜技术下,联合应用输尿管镜前开口尿道探子直视下置管,扩张,对病人损伤轻,打击小,恢复快,疗效佳,不易产生并发症,住院时间短,是一种治疗复杂性尿道狭窄的好方法。

参 考 文 献

[1] Goodman TM.Ureteroscopy with rigid instruments in the management of distal uretersl disease[J].J Urol,1984;132:250-254.

[2] 吴阶平,主编.吴阶平泌尿外科学[M].济南:山东科学技术出版社,2004.855.

[3] 韩见知,庄乾元,主编.实用腔内泌尿外科学[M].广州:广东科学技术出版社,2001.44-47.

[4] Kirchheim D,Tremann JA,Ansell JS.Trausurethral urethretomy under vision[J].J Urel,1978;119(4):496.

[5] 张 盼, 李家兵. 腔内镜治疗尿道狭窄与闭锁 (附 68 例报告)[J].重庆医科大学学报,2005;6:917-918.