维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2005)06 - 0917 - 02

腔内镜治疗尿道狭窄与闭锁(附 68 例报告)

张 盼[1],李家兵[1],李锦秀[1],杨 洋[2],林世庆[1],王远龙[1]

(1. 四川省绵阳市第三人民医院泌尿外科,绵阳 621000;2. 重庆医科大学临床学院泌尿外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨经尿道冷切开加电切术治疗尿道狭窄与闭锁的疗效。方法:采用经尿道冷切开加尿道疤痕电切术治疗 68 例尿道狭窄与闭锁的患者。结果:68 例中手术成功 61 例(89.71%),其中一次手术成功 55 例,二次手术成功 6 例,失败 7 例,均改为开放手术。59 例患者获得随访,54 例排尿通畅,5 例定期扩张尿道. 结果:经尿道冷切开加电切术是尿道狭窄与闭锁的首选治疗方法,该方法简单、安全、疗效好。

【关键词】尿道狭窄;内窥镜术

【中国图书分类法分类号】R695 【文献标识码】B 【收稿日期】2005 - 05 - 08

Internal Urethrotomy treatment for urethrostenosis and urethratresia

ZHANG Pan, et al

(*Department of Urology, the Third People's Hospital of Mianyang*)

【Abstract】Objective: To evaluate the endourethral surgery for urethrostenosis and urethratresia. Methods: 68 patients with urethrostenosis or urethratresia were treated by endourethral surgery, such as internal urethrotomy, transurethral scar resection. Results: Of the 68 cases, the outcome was satisfactiory in 61 (89.71%). Endourethral surgery was carried out once for 55 patients and twice for 6, 7 patients required open surgery. All patients had followed by urethral dilatation. 59 patients were followed - up for 3 months to 5 years. 54 cases can micture normally. Conclusions: Endourethral surgery is simple, safe, efficient treatment for urethrostenosis and urethratresia.

【Key words】Urethral stricture; Endoscopy

我们于 1996 年 5 月 ~ 2005 年 3 月采用尿道腔内手术治疗 68 例,疗效满意,现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

本组 68 例均为男性,年龄 19 ~ 65 岁,平均 44.5 岁,病程 3 月 ~ 15 年。前尿道狭窄或闭锁 22 例,后尿道狭窄或闭锁 46 例;病因为骨盆骨折致后尿道损伤 38 例,骑跨伤致尿道损伤 20 例,前列腺手术后尿道狭窄 4 例,感染性尿道狭窄 6 例,其中尿道完全闭锁 13 例。术前膀胱造瘘者 36 例;狭窄长度 0.5 ~ 4.0cm。

全部病例均行排泄性膀胱尿道造影加逆行尿道造影或者尿道探会师造影以明确诊断及了解闭锁长度及尿道对称情况等。

1.2 手术方法

在持续硬膜外麻醉下,患者取膀胱截石位。用 0° Olympus 尿道镜边冲水边观察,直至尿道梗阻段远侧。如系后尿道狭窄常可从狭窄处小空穴插入安全导丝或者 F4 输尿管导管作为引导物进入膀胱,然后顺引导物冷刀放射状切开狭窄段,直至切开器外鞘套进入膀胱。如狭窄处完全闭锁或者引导物不能插入时,可分别采用下列两种手术方法:自膀胱造瘘口向后尿。

置入冷光源,在透射光的引导下由闭锁远端向近端冷刀切开;或者可采用将美蓝液注入膀胱,经膀胱造瘘口将尿道探杆置入后尿道,摆动探杆,借直肠内手指的协助,令狭窄、闭锁段在探杆尖与窥镜在同一轴线水平采用窄直刀刺切,此时可见美蓝液进入视野后呈放射状切开,更换探杆作尿道扩张至 F24 ~ 26。在将电切镜插入膀胱,观察膀胱、膀胱颈、前列腺尿道、精阜状态,了解疤痕与外括约肌间的关系。用电切环切除疤痕组织,至尿道腔宽敞,切面平坦。术毕,可以顺利进入 F25.6 电切镜,并可压迫膀胱出现被动排尿通畅。术后留置导尿管 2 ~ 6 周,拔尿管后即行尿道扩张 1 ~ 3 个月,以巩固疗效。

2 结 果

作者介绍:张 盼(1968 -),男,主治医师,
主要研究方向:泌尿系微创手术。

维普资讯 http://www.cqvip.com

本组 68 例中有 61 例(89.71%)经腔内手术治愈。其中一次腔内手术成功 55 例,二次腔内手术成功 6 例;失败 7 例,均改为开放手术,与病程较久,狭窄段较长及严重疤痕化等因素有关。68 例中,59 例获随访。随访 3 个月 ~5 年,54 例排尿通畅,尿流率检查最大尿流率均 17ml/s,无阳痿、尿瘘、尿失禁等并发症。5 例排尿困难或不能排尿,尿道造影显示尿道狭窄,需定期扩张尿道。

3 讨 论

由于尿道器其周围特殊的解剖结构与神经分布,尿道狭窄与闭锁,特别是后尿道狭窄与闭锁的治疗是临床难题[1]。尿道狭窄的治疗方法既往多以开放手术为主,但手术创伤大,并发症多,且失败后再手术极其困难[2]。自 1972 年,Saches 应用尿道手术刀行窥镜下内切开手术,现演变为冷刀切开加电切术术,成为目前治疗尿道狭窄与闭锁的主要手段[3]。这种腔内手术创伤小,恢复快,疗效好,能避免开放手术可能引起的尿瘘、阴茎勃起功能障碍等并发症[4~5]。本组病例经尿道腔内治疗后,其中获得随访 59 例中 54 例排尿通畅,疗效满意。我们认为在处理该病中应注意以下几个问题。

术前尿道检查是了解尿道狭窄、闭锁部位和程度、长度的关键。造影所示尿道狭窄或者闭锁长度往往大于实际长度。尿道造影应包括顺行膀胱尿道造影及逆行尿道造影,对于尿道闭锁者,可以行尿道探子"会师"摄片,同时还应摄骨盆正侧位片,以了解尿道闭锁长度,注意尿道有无成角、错位及有无骨片压迫尿道等。

术中应注意:一定要有可靠的引导物,沿正道打通,防止误入假道或造成假道。若为尿道狭窄应首先逆行插入导丝或导管作引导,对于严重狭窄或者闭锁者则必须从膀胱瘘口置入输尿管镜(冷光源)于后尿道内以强光或以探条引导,必要时术者可用手指在直肠内配合,以保证尿道内的冷刀能正位切开。前尿道狭窄选择截石位 5、6、7 点,后尿道狭窄选择 12、3、9 点。尿道内切开深度应视疤痕的厚度而定,对于疤痕厚实处常色白而坚硬,切之不易出血,应以切开至出血为标志,疤痕较薄处,组织色红易出血,此时应浅切,以免切穿尿道。如遇假道,应切除其与正道之间的组织,消灭假道,扩大尿道腔。切除参差不齐的疤痕组织,使狭窄段尿道内腔略大于两端相邻尿道内径,形成一条光滑通道。前尿道狭窄以冷切开为主,慎用电切。术中认真观察括约肌的部位,防止损伤致尿失禁。

术后留置尿管要适宜,一般选用刺激性小的含硅导尿管,导管不宜粗,以 F20 为宜,以免影响尿道血循环造成狭窄复发。留置尿管时间应根据狭窄长度、程度和手术情况而定,尿管留置时间学者意见不一。Carlton 等[6]认为切开部位的粘膜生长一圈需约 6 周,故强调导尿管应留置 6 周以上。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[7]。我们认为 4 ~6 周为宜。拔除尿管后一般需要常规行尿道扩张,这对防止狭窄有重要的作用。Alzimaity 报道或者自行清洁尿道扩张(clean urethral self - dilatation)也有很好的效果[8]。术后应积极预防感染,选用敏感的抗生素,保证引流管通畅和尿道外口清洁,以预防狭窄复发。

总之,尿道内切开及电切术治疗尿道狭窄或闭锁创伤小,操作简便,术后恢复快,并发症少,疗效佳,可作为首选的治疗方法。

参 考 文 献

[1] El - Abd SA. Endoscopic treatment of posttraumatic urethral obliteration: experience in 396 patients[J]. J Urol,1995;153(1):67 - 71.

[2] 陈韶颉,王 亮,杨前哨,等. 192 例男性创伤性尿道狭窄腔内治疗[J]. 中华外科杂志,1997;4:209 - 211.

[3] 章咏裳. 应用腔内泌尿外科技术治疗尿道狭窄[J]. 中华泌尿外科杂志,1999;209(1):58 - 59.

[4] Goel MC, Kumar M, Kapoor R. Endoscopic management of traumatic posterior urethral stricture: early results and follow-up[J]. J Urol,1997;157(1):95 - 97.

[5] Spirnak JP, Smith EM, Elder JS. Posterior urethral obliteration treated by endoscopic reconstitution, internal urethrotomy and temporary self - dilation[J]. J Urol,1993;149(4):766 - 768.

[6] Carlton FE, Scardino PL, Quattlebaum RB. Treatment of urethral strictures with internal urethrotomy and 6 weeks of silastic catheter drainage[J]. J Urol,1974;111(2):191 - 193.

[7] 刘昌荣,颜真均,郭贤坤,等,尿道内切开治疗尿道狭窄疗效观察(附 24 例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志,2001;16(9):405.

[8] Alzimaity MF, Mosli H, Farsi HM, et al. Endourethrotomy of posterior urethral obliterations and severe strictures: improved outcome with urethral self - dilatation[J]. J Endourol,1996;10(4):385 - 388.