维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2004)06－0851－02

胃代膀胱术后膀胱功能评价

刘朝东，陈在贤，马笑光，王增产

(重庆医科大学临床学院泌尿外科，重庆 400016)

【摘 要】目的：评价胃代膀胱术后膀胱功能。方法：对 38 例胃代膀胱术后患者行随访和尿流动力学检查。结果：38 例患者中，排尿间隔时间：3.2±1.7h，排尿量：320±112ml，最大尿流率 19.3±7.2ml。贮尿期膀胱压：11.2±7.8cmH_2O，排尿期膀胱内最大压：58±21cmH_2O，排尿期膀胱逼尿肌压：28±13cmH_2O，尿失禁及遗尿 12 例，有残余尿者 11 例、残余尿量 55±34ml。结论：胃代膀胱术后膀胱贮尿功能良好，其排尿功能主要是在腹压的帮助下完成，膀胱的感觉和尿道括约肌功能障碍是患者尿失禁、遗尿的常见原因。

【关键词】胃代膀胱术；膀胱功能；尿动力学；功能评价

【中国图书分类法分类号】R622；R694 【文献标识码】B 【收稿日期】2003－01－14

Evaluation of bladder function after gastrocystoplasty

LIU Chao dong, et al

(*Department of Urology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To evaluate the function of bladder after gastrocystoplasty. *Methods*: 38 patients after gastrocystoplasty were analyzed by observing the micturition and examination of urodynamics and to investigate the function of bladder during the filling and the micturition. *Results*: In the 38 patients, voiding interval time was 3.2±1.7hours; unirary output was 320±110ml; maximual flow rate was 19±7.2 ml per second; intravesical pressure during filling was 11.2±8.2 cmH_2O; maximual intravesical pressure during voiding was 58±21 cmH_2O; and maximual pressure of detrusor was 28±12 cmH_2O. In total 38 cases, residual urine was observed in 11 cases, and residual volume was 55±34ml. 12 cases developed uracratia or enuresis. *Conclusion*: Filling function of bladder is satisfactory after gastrocystoplasty, the micturition is carried out mainly by the action of intra－abdominal pressure. The disturbance of function of the sensation of bladder and the urethral sphincter is possibly the common cause for uracratia or enuresis.

【Key words】Gastrocystoplasty; Function of bladder; Urodynamics; Evaluating function

胃代膀胱术是我科近年开展的代膀胱手术之一，它是以一部份胃原位重建膀胱，尿流不改道的一种手术。本文就其术后临床效果作一总结。

1 资料与方法

1.1 一般资料

年龄 28～74 岁，平均 63 岁，男性 32 例，女性 6 例，共计 38 例。其中膀胱癌 36 例，结核性挛缩膀胱 2 例。术后 1～3 月临床随访及检查。

1.2 手术方法

单纯或根治性膀胱切除后，取胃体部胃段保留胃网膜右血管作蒂并游离至足长，将取的胃段从后腹膜下牵移至盆腔，重建膀胱，输尿管—膀胱、膀胱—尿道吻合。[1,2]

1.3 排尿观测

患者或家属作排尿日记，尽可能准确记录排尿间隔时间，排尿量，排尿前、排尿中、排尿后的感觉，如尿意感、排尿时腹肌用力、排尿不尽感等，以及尿失禁、遗尿等情况。

1.4 尿动力学检查

Menut 尿动力检测仪包括自由尿流率，剩余尿量，充盈期膀胱压、腹压、逼尿肌压，排尿期膀胱压、腹压、逼尿肌压，静态尿道压检测。

1.5 上尿路检查，B 超及肾图作为常规检查，对必要者作尿路造影。

对随访及检查的有关数据作统计处理。

2 结 果

2.1 排尿观测

作者介绍：刘朝东(1958－)，男，副主任医师，主要研究方向：尿流动力学与排尿障碍。

维普资讯 http://www.cqvip.com

排尿间隔时间 3.2 ± 1.7h，每次尿量 320 ± 112ml，排尿前膀胱胀感 17 例，排尿中用力需蹲位排尿 31 例，排尿不尽感 13 例，遗尿 12 例，伴尿急和尿失禁 7 例。

2.2 *最大尿流率*

19.2 ± 7.2ml/s，11 例有残余尿，平均量 55 ± 34ml。贮尿期膀胱压 10.5 ± + 7.8cmH_2O，排尿期膀胱内最大压 58 ± 21cmH_2O，排尿期膀胱逼尿肌压 28 ± 13cmH_2O。静态尿道最大压 67 ± 31cmH_2O。

2.3 *上尿路检查*

发现 2 例左侧膀胱—输尿管吻合处狭窄致肾积水，余无其它发现。

3 讨 论

膀胱全切术后代膀胱术有多种方法可供选择，作为原位代膀胱术之一的胃代膀胱术由于术后无尿流改道之苦，容易被患者接纳。从理论上看胃代膀胱具有一些优点：胃与膀胱均为低压贮存性肌性器官，有相似的贮存和排空功能，有良好的伸展性和顺应性；胃粘膜不吸收电解质、不产生高氯性酸中毒，尤其适应于伴肾功能不全患者；胃液中含有溶菌酶等杀菌物质；胃壁厚便于输尿管吻合且有利于抵抗尿液返流等[3,4]。

从临床实践看胃膀胱贮尿功能良好，膀胱内低压对保护肾功能起到了重要作用。本组资料显示膀胱容量达到 320 ± 112ml，贮尿期压力 10.5 ± 7.8cmH_2O，也能充分满足膀胱贮尿功能。本组病例中除 2 例输尿管膀胱吻合口狭窄致肾积水外，无一因返流等原因导致肾功能损害。膀胱感觉缺失或低下，部分患者当膀胱内压达 50cmH_2O，尿液不自主流出，经过尿道、浸湿裤子时才被感知，临床表现为尿急、尿失禁。

本组 38 例患者中排尿最大尿流率 19.5ml/s，有剩余尿者 11 例，剩余尿量 55 ± 34ml)。多数患者能完全排尿，从尿动力学结果分析，排尿时胃膀胱内压力可达到一定的排尿压(高于 50cmH_2O)但逼尿肌压低下(低于 40cmH_2O)，说明胃代膀胱术后的排尿主要由增加腹压来完成，从观察病人排尿看，多数患者需要蹲位排尿来增加排尿的畅通感，胃膀胱缺乏排尿时的主动收缩可能是由于胃膀胱缺乏原膀胱的神经调节支配，与回肠代膀胱术后的情况相类似[5]。

本组病例中，7 例尿失禁、12 例遗尿反映了其控尿能力较差，其原因可能是：①胃膀胱感觉障碍，膀胱充盈时病人无感觉或低下，入睡后不能唤醒排尿 ②胃膀胱存在生理性自主蠕动收缩 ③手术时膀胱颈重建和括约肌损伤导致控尿功能减退。针对上述可能的原因可采用根据病人膀胱的贮尿量定时排尿，训练病人的膀胱感觉、夜间控制摄入水量以减少尿量，训练增强括约肌功能，应用增加膀胱颈及括约肌张力的药物如管通等，能使尿失禁和遗尿得到缓解。

参 考 文 献

[1] Adams MC, Mitchell ME, Rink RC. Gastro－cystoplasty: an alternative solution to the problem of urologicalreconstruction in the severely compromised patient[J]. J Urology, 1988; 140: 1152.

[2] 梅 华，主编. 泌尿外科手术学[M]. 第 2 版，北京：人民卫生出版社出版，1996；288－297.

[3] 田斌群，胡礼泉，郑新民. 胃代膀胱术的研究进展[J]. 临床泌尿外科杂志 1998；13(11)：512－515.

[4] 张爱利，洪声涛，赵志江. 胃代膀胱术后生理及临床的初步研究[J]. 中华泌尿外科杂志 1999；20(8)：491－492.

[5] 邱学德，左毅刚，徐鸿毅，等. 回肠正位膀胱尿动力学检测[J]. 临床泌尿外科杂志，2002；17(10)：535－536.

(上接第 840 页)

[5] 王亦进，郭新全，管春活，等. 膝关节骨性关节炎合并膝内翻、胫骨高位截骨的治疗[J]. 中华骨科杂志，2000；20(2)：92.

[6] Maquet PGJ. Biomechanics of the knee, With application to the pathosenesis and the surgical treatment of osteoarthritis [M]. Brelin: Springer－Verlag, 1984; 165.

[7] Keene JS, Dyreby JR. High tibial osteomy in the treatment of osteoarthritis of the knee. Arthroscopy[J]. J Bone and Joint Surg(Am), 1983; 65: 36.

[8] Vaininonpaas. Tibial osteotomy for osteoarthritis of the knee[J]. J Bone Joint Surg(Am), 1981; 63: 938.