DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.11.056
第24卷第11期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 11
1372 2002年11月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Nov. 2002

论著

文章编号:1000-5404(2002)11-1372-02

可控回结肠膀胱阑尾腹壁造口术的临床分析

卢根生,宋 波,熊恩庆,金锡御 (第三军医大学附属西南医院全军泌尿中心,重庆 400038)

提 要:目的 探讨可控膀胱阑尾输出道皮肤造口术的疗效。方法 总结1999年5月至2002年3月收治的12例膀胱全切可控膀胱阑尾腹壁造口术患者的临床资料。结果 随访2~32个月,平均16.4个月。除1例有轻度尿失禁外其余患者均获得良好的可控;2例发生造口狭窄,经尿道扩张治疗后缓解;无膀胱输尿管返流、肾盂肾炎、储尿囊结石、代谢性酸中毒等并发症的发生;尿动力学检查显示:最大膀胱容量为(523±163) ml,储尿囊最大充盈压为(52.3±11.8) cmH_2O,输出道最大关闭压为(147.8±43.2) cmH_2O。结论 阑尾输出道脐部造口术可获得良好的可控,具有操作简单、易行及并发症少的优点。

关键词:可控膀胱;阑尾;腹壁造口
中图法分类号:R615;R656 文献标识码:A

Clinical analyses on continent ileocecal urinary reservoir with appendico-cutaneous stoma after total cystectomy

LU Gen-sheng, SONG Bo, XIONG En-qing, JIN Xi-yu (Center of Urology of People's Liberation Army, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate the effects of appendicular ostomies at umbilicus and abdominal wall after cystoplasty with continent ileocecal reservoir in urinary diversion. Methods The clinical data of 12 patients were reviewed who had undergone the operations of continent ileocecal reservoir with appendico-umbilical or abdominal stoma from May, 1999 to March, 2002 in our department. Results During the follow-up of 2 to 32 months (mean 16.4 months), only one patient developed low-grade urinary incontinence. Two patients had stomal stenosis and cured after urethral dilatation. No vesicoureteral reflux, pyelonephritis, bladder stones, and metabolic acidosis occurred in the patients. The urodynamics results showed a maximal reservoir capacity of (523±163) ml, maximal filling pressure of (52.3±11.8) cm H_2O, and maximal urethral closure pressure of (147.8±43.2) cm H_2O. Conclusion The continent ileocecal reservoir with appendico-cutaneous stoma is a simple with reliable continence and less complications.

Key words: continent reservoir; appendix; abdominal stoma

1999年5月至2000年3月,我们对12例膀胱癌及膀胱外翻患者行全膀胱切除,可控膀胱阑尾腹壁造口术,此种手术安全、有效,并发症少,提高了患者的生活质量,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组12例,男9例,女3例;年龄23~71岁。膀胱外翻畸形1例,膀胱癌11例。膀胱癌患者中,移行细胞癌10例,G2 7例,G3 3例;鳞癌2例,腺癌1例。T2 7例,T3 5例。所有病例均于膀胱全切后行异位可控膀胱阑尾腹壁造口术,其中9例患者行脐部造口,3例行右下腹壁造口。

1.2 手术方法

膀胱全切后,游离切开盲肠、升结肠之外侧后腹膜至横结肠的起始部,取盲肠、升结肠及末段回肠各20~25 cm制作储尿囊。先行横结肠与回肠吻合,恢复肠管连续性。分别用生理盐水、洗必泰溶液反复冲洗游离肠管,至冲洗液清亮、无肠粘液为止。将回肠、盲升结肠对系膜缘切开,形成两块平行的肠片,3-0铬制肠线缝合建构储尿囊。于盲肠部袖套状切除阑尾根部,使之保留1 cm直径大小盘状盲肠。平行修剪阑尾尖端,插入F10导尿管作支架,阑尾倒转180°,阑尾尖端潜行缝合于储尿囊粘膜下,潜行长度约2~3 cm。输尿管也以同样的方式储尿囊的后壁。关闭储尿囊,并行储尿囊造瘘,留置F24导管引流冲洗肠内物。阑尾根部连同盘状盲肠作下腹部或脐部造口,分别于腹膜、腹直肌腱膜或腹外斜肌腱膜和皮肤固定阑尾,再将储尿囊及阑尾输出道固定于腹前壁。

2 结果

本组12例患者手术全部成功。阑尾输出道支架管3周左右拔除,拔管后1周除1例患者出现轻度尿失禁(尿液浸湿小块衣服)外,其余患者均获得了良好的尿液控制。本组1例于术后9个月死于癌转移,其余患者均获得了完整的随访,随访时间为2~32个月,平均随访16.4个月。术后1周每次尿量为200~300 ml,2~4 h导尿1次;3个月以后,每次尿量为350~600 ml,4~6 h导尿1次。2例患者分别于拔管后3周和2个月出现造口狭窄,插管困难,其中1例为阑尾下腹壁造口术后,1例为阑尾脐部造口术后。2例患者均经尿道扩张治疗3~4周

作者简介:卢根生(1965-),男,湖北省黄冈市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事膀胱癌、膀胱功能障碍性疾病方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023) 68754265。

收稿日期:2002-04-15;修回日期:2002-07-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

后缓解, 以后未再发生造口狭窄。全部 12 例患者均于拔管后 1～3 周行尿动力学检查显示: 最大膀胱容量为(523±163) ml, 储尿囊最大充盈压为(52.3±11.8) cmH_2O, 输出道最大关闭压为(147.8±43.2) cmH_2O。

可控膀胱造影未显示输尿管返流。静脉肾盂造影显示: 膀胱外翻患者肾盂积水较手术前明显减轻, 其余患者未发现肾盂积水。生化检查显示: 膀胱外翻患者 Cr、BUN 分别为 268 μmol/L、12.6 mmol/L, 较手术前的 307 μmol/L、14.3 mmol/L 检测值有一定的下降。其余患者的 Cr、BUN、K^+、Na^+、Cl^- 均正常, 尿常规白细胞+～++, 病人无腰痛及发热, 未发现储尿囊、肾、输尿管结石。

3　讨论

膀胱恶性肿瘤、膀胱外翻、膀胱挛缩、神经源性膀胱等疾病的发展常需行膀胱全切及尿流改道术。自 1950 年 Bricker 报道回肠膀胱术以来, 逐渐被泌尿外科医生广泛采用。随着技术的进步, 患者对改善生活质量提出了更高的要求, 对 Bricker 术后佩带集尿器难以适应。20 世纪 80 年代初, Kock 首先设计了回肠可控膀胱术, 使患者的排尿接近于生理状态。近几年来, 人们对原有的部分术式不十分满意, 不断进行改进, 涌现了很多新的术式。

目前临床上可控性腹壁尿流改道术中, 作为输出道应用较多的是缩窄的回肠及阑尾。由于阑尾具有丰富的血液循环, 管腔狭小, 位于盲肠的后内壁, 易于插管而不发生腔内扭曲及取材方便等特点, 在可控尿流改道中被不少的泌尿外科医生用作输出道。阑尾输出道的手术方式主要有 2 种: 阑尾直接作输出道原位根部浆肌层下包埋法; 切断阑尾根部, 倒转 180°, 尾部于储尿囊浆肌层下包埋, 根部作腹壁造口[1,2]。本组全部行改良的 Mainz 储尿囊成形术, 采用阑尾倒转法将阑尾尖端吻合于储尿囊上。对于阑尾浆肌层包埋长度, 文献报道不一。有学者将原位阑尾包埋 3～4 cm, 也有人建议将原位阑尾包埋 5～6 cm, 这样可以获得很好的控尿效果[3]。本组中将阑尾尖部包埋 2～3 cm, 除 1 例有轻度的尿失禁外, 其余病例均获得良好的可控, 无夜间尿失禁发生。尿动力学结果显示: 输出道最大关闭压为(147.8±43.2) cmH_2O, 储尿囊最大充盈压为(52.3±11.8) cmH_2O, 好于原位阑尾包埋法。我们认为: 阑尾包埋 2～3 cm, 即能建立明确的可控机制, 避免了过多地使用阑尾, 从而扩大了阑尾的应用范围。

可控膀胱阑尾腹壁造口术的并发症有造口狭窄(6.5%～57%)、尿失禁(0%～17.4%)、膀胱输尿管返流(0%～28.6%)、肾盂肾炎(14.3%)、膀胱结石(0%～17.4%)、代谢性酸中毒(0%～14.3%)、肠粘连及扭转(0%～13%)等[4,5]。造口狭窄是可控膀胱阑尾腹壁造口术最主要的并发症, 其发生率因造口部位不同而有差异。阑尾腹壁造口有下腹部和脐部两种。下腹壁造口狭窄发生率较高, 可高达 57%, 而脐部造口狭窄发生率较低。Glassman 等[6]报道了 46 例膀胱全切异位可控膀胱脐部造口术患者, 随访 12～84 个月, 6.5%(3 例)发生造口狭窄, 经留置尿管 1～3 周后治愈。本组中, 下腹壁造口狭窄发生率为 33.3%(1/3), 脐部造口狭窄发生率为 11%(1/9)。脐部是腹壁最薄弱的地方, 阑尾尿道从脐部引出, 具有美观、缝合固定、方便等特点, 同时避免经过较厚的腹壁肌肉和脂肪, 节省了阑尾, 避免了弯曲, 减少了并发症的发生, 逐渐被大家所承认。

总之, 可控膀胱阑尾脐部造口术是全膀胱切除术后安全、有效的尿流改道术式, 可以明显提高患者的生活质量, 减少并发症的发生。

参考文献:

[1] Kajbafzadeh A M, Chubak N. Simultaneous Malone antegrade continent enema and Mitrofanoff principle using the divided appendix: report of a new technique for prevention of stoma complications[J]. J Urol, 2001, 165(6 Pt 2): 2 404－2 409.

[2] 周祥福, 梅　华, 陈凌武, 等. 原位阑尾输出道脐部造口术 20 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(10): 615－617.

[3] Gerharz E W, Kohl U N, Melekos M D. Ten years' experience with the submucosally embedded *in situ* appendix in continent cutaneous diversion [J]. Eur Urol, 2001, 40(6): 625－631.

[4] Dubois R, Bouhafs A, Pelizzo G. A new technique of bladder enlargement and continent urinary diversion using the ceco-appendicular unit[J]. Pediatr Surg Int, 2001, 17(7): 578－583.

[5] Yachia D, Erlich N. The Hadera continent reservoir: a new appendico-umbilical continent stoma mechanism for urinary diversion[J]. J Urol, 2001, 165(5): 1 423－1 426.

[6] Glassman D T, Docimo S G. Concealed umbilical stoma: long-term evaluation of stomal stenosis[J]. J Urol, 2001, 166(3): 1 028－1 030.

(编辑　薛国文)

离心机转速的写法及相对离心力的正确表示

有的作者将离心机转速用 rpm 表示, 这已是非法定单位写法了。正确的写法是: 当低速离心时用 r/min 表示; 当高速或超速离心时用相对离心力"×g"表示, g 是斜体, 前面是乘号。

(本刊编辑部)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net