DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.045

有许多相似处，误诊而手术者并非少见[1,2]。二者的鉴别意义主要在房间隔缺损出现肺动脉高压之前，因为一旦出现肺动脉高压，手术危险性显著增高，此时因误诊而手术的机会即大为减少。PPH与以左向右分流为主的房间隔缺损的鉴别要点在于：（1）后者多普勒超声心动图于房间隔右房侧可能探及全收缩期湍流；PPH无此异常，仅表现为右室射血时间缩短，血流频移峰值提前，并可见切迹。（2）房间隔缺损在肺高压前X线胸片表现为肺血多，右房、右室增大，肺动脉扩张；PPH则主要表现近心段肺动脉扩张，外围支变细。(3) 右心导管检查房间隔缺损可显示心房水平左向右分流；PPH则仅表现肺动脉压增高。

PPH在治疗方面进展不大。传统的治疗如强心、利尿对缓解症状有一定帮助[3]。按病理分型可将PPH分为（1）丛状肺微动脉病（PPA）；（2）栓塞性肺微动脉病(TPA)和(3)肺静脉闭塞性疾病（PVOD)[3]。其中PPA病程进展比TPA快；PVOD变异大，预后也差。扩血管药对PPA型最为适宜，但须在血液动力学监测下用药，凡右房压>2.0kPa，每搏指数<20ml/m²者不宜用扩血管药。TPA型适宜抗凝治疗。钙离子拮抗剂如硝苯吡啶口服，每小时20mg，在血液动力学监测下连用7次，随后维持治疗可使部分PPH患者获得缓解[3]。近年来一些作者亦提倡用前列腺素治疗PPH，其中PGI_2的疗效比PGE更好。

参考文献

1. 宋桂芬，等。原发性肺动脉高压误诊3例分析。实用内科杂志 1989；9（3）：158
2. 金绍民。病例讨论集。心血管疾病专辑。浙江科学技术出版社，1985:92
3. Rich S. Primary pulmonary hypertention. Prog Cardiov Dis 1988;31 (3) :205

（收稿：1990.01.22；修回：1990.07.24）

改良膀胱颈后半部连续缝合法和三腔气囊尿管在前列腺摘除术中的应用

靳风烁 方玉华 宁天枢 邓晓洪 江 军 李彦峰 （大坪医院 泌尿外科）

耻骨上前列腺摘除术是治疗前列腺增生的主要方法之一，但手术时间长、失血多、术后长时间带引流管仍是其主要问题。我们改良了膀胱颈缝合方法，并把三腔气囊尿管用于前列腺摘除术，就解决上述3个问题取得了满意结果，现报道如下。

1 临床资料和手术方法

1988年～1989年因前列腺增生行前列腺摘除术74例，常规前列腺摘除、耻骨上膀胱造瘘（Ⅰ组）35例，改良手术方法（Ⅱ组）39例。改良手术方法如下：

摘除前列腺后，用肾上腺盐水（生理盐水300ml加肾上腺素6滴～7滴）纱布压迫前列腺窝约5 min，取出止血纱布，经尿道放入三腔气囊尿管，气囊置于膀胱内。参照刘国振等[1]的方法改良后半部膀胱颈的缝合方法，即从3点钟处开始，膀胱粘膜侧进针，前列腺窝内出针，连续缝合3针～4针到9点钟处，收紧缝线，包绕尿管打结。纵行缝合前半部膀胱颈。缝合膀胱，气囊内注水20ml～25ml。术后膀胱持续冲洗，7天～10天拔除三腔气囊尿管，病人自行排尿。

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

2 结果

两组病人的手术时间、输血量、冲洗液清晰时间和术后带管时间见附表。

附表 手术时间、输血量、冲洗清晰时间、术后带管时间

	Ⅰ组 (35例)	Ⅱ组 (39例)	P值
手术时间 (min)	125.57±28.02	96.54±17.29	<0.001
输血量 (ml)	394.29±23.88	215.39±21.90	<0.001
冲洗清晰时间 (天)	3.06± 1.85	2.39± 0.85	<0.05
术后带管时间 (天)	15.72± 1.98	11.42± 1.65	<0.001

并发症：Ⅰ组尿失禁1例、2次手术止血1例；Ⅱ组因气囊破裂而手术安放尿管1例。

3 讨论

3.1 关于缩短手术时间和减少失血及输血量 前列腺血供丰富，前列腺摘除时大量出血为该手术的主要问题之一。有文献报道前列腺摘除术的失血量为250ml左右，补血量大约300ml～500ml[2]。我们体会减少失血主要有3方面的措施：一是缩短手术时间，尤其是从分离前列腺到缝好膀胱颈之间的时间；二是正确缝合膀胱颈；三是合理处理前列腺窝。传统手术方法需在5点和7点钟处缝扎前列腺动脉，再荷包缝合缩小膀胱颈，操作程序多，时间长，有时不能有效地控制痔中动脉和前列腺包膜上动脉出血。我们参照刘国振等[1]的方法，把水平连续缝合后半部膀胱颈改为纵式连续缝合，可控制前列腺动脉、痔中动脉出血及膀胱颈边缘渗血。缝合前半部膀胱颈则可控制前列腺包膜上动脉出血，不但止血完善，而且手术时间缩短。

前列腺摘除后数分钟内包膜收缩，可使前列腺窝内出血停止[3]。传统手术方法把气囊放在前列腺窝内压迫止血，但妨碍了前列腺包膜的收缩，不利于窝内止血。且长时间压迫尿生殖膈有引起尿失禁的可能。我们除用肾上腺素盐水纱布短暂压迫止血外，窝内不加压迫，以利前列腺包膜自行收缩止血。上述3种措施使手术时间缩短，输血量减少。

3.2 术后带管时间 传统手术方法采用耻骨上膀胱造瘘，一般需在术后10天～14天拔除造瘘管，期间给病人带来诸多不便。我们术后不作膀胱造瘘，术后7天～10天拔除尿管病人自行排尿，明显缩短了术后带管时间，有利于病人早日康复。

3.3 关于并发症 Ⅰ组术后大出血及尿失禁各1例与膀胱颈缝合不当及前列腺窝内长时间气囊压迫有关。改良手术方法可避免类似并发症，但需选择高质量尿管，以免气囊破裂、尿管脱出而需再次手术安放尿管。

参考文献

1. 刘国振。荷包缝合止血法在耻骨上前列腺切除术中的应用。中华外科杂志 1980；18:275
2. 李炎唐。耻骨上前列腺摘除术的止血方法。中华泌尿外科杂志 1989；10:115
3. 姚飞强。经尿道前列腺切除术20例报告。中华泌尿外科杂志 1981；2:135

(收稿：1990.05.25；修回：1990.07.15)

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