

· 临床研究 ·

膀胱穿刺尿道探子辅助腹腔镜尿道会师治疗 11 例尿道球部完全断裂

蒙明森, 黄一, 钟渝, 孙道冬, 颜加强, 孙丹宁[△]

(解放军第三二四医院泌尿肾病中心, 重庆 400020)

摘要:目的 探讨球部尿道完全断裂在腹腔镜下尿道会师寻找断端困难时,完成腹腔镜下尿道会师术的辅助方法。方法 11 例尿道球部完全断裂患者在单一腹腔镜下尿道会师术时,发现难以找到断裂近端尿道,及时采取耻骨上膀胱穿刺,插入尿道探子。结果 9 例患者均在膀胱穿刺尿道探子插入辅助引导下完成一期尿道会师。结论 球部尿道完全断裂在腹腔镜下尿道会师寻找断端困难时,采取膀胱穿刺尿道探子插入辅助引导,可完成一期腹腔镜下尿道会师术。

关键词:膀胱;穿刺术;尿道疾病

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.26.019

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)26-3127-02

Endoscopic urethral realignment aided by urethral probe from suprapubic puncture cystostomy
for treating bulbous urethral complete rupture

Meng Mingsen, Huang Yi, Zhong Yu, Sun Daodong, Yan Jiaqiang, Sun Danning[△]

(Department of Urology, 324 Hospital PLA, Chongqing 400020, China)

Abstract: Objective To explore the auxiliary method of urethral reunion operation on bulbous urethral complete rupture by endoscope. **Methods** 11 cases of bulbous urethral complete rupture were inserted urethral probe from suprapubic puncture cystostomy, when it was difficult to find near end of disrupt urethra only by endoscopic realignment. **Results** 9 cases were reconstructed in one-stage endoscopic urethral realignment with the aid of urethral probe from suprapubic puncture cystostomy. **Conclusion** Urethral probe from suprapubic puncture cystostomy will improve the success rate of one-stage endoscopic urethral realignment for the cases of bulbous urethral complete rupture.

Key words: urinary bladder; punctures; urethral diseases

自 2004 年以来,本院共收治尿道球部断裂 59 例,其中 11 例尿道球部完全断裂,且在尿道镜、输尿管镜下拟行尿道会师术,因腹腔镜下尿道会师术中寻找断端困难,本科室采用耻骨上经膀胱穿刺,尿道探子插入辅助尿道镜下尿道会师术,均获得成功,完成腹腔镜下一期尿道会师术,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 11 例,均为男性,年龄 18~56 岁,均为骑跨伤。其中 8 例为农民工在施工时高处坠落致骑跨伤。临床表现为尿道出血、排尿困难、阴囊会阴部血肿等。11 例均为尿道球部完全断裂。伤后 5~28 h 就诊。均试插尿管不成功。急诊行膀胱镜下尿道会师术,镜下未找到尿道断裂近端正常尿道黏膜。采用膀胱穿刺尿道探子插入辅助引导下完成一期尿道会师。

1.2 方法 持续硬膜外麻醉或骶麻下,取膀胱截石位,用生理盐水冲洗, WOLF 20 F 置管镜及冷刀操作架进入尿道后,边进边观察,在尿道球部断裂处未找到断裂尿道近端正常尿道黏膜。耻骨联合上 2 横指纵行小切口,约 1.0~1.5 cm,尖刀切开联合肌腱,用大弯钳戳开膀胱前壁,见有尿液渗出,退出钳子,迅速用 21 F 金属尿道探子经切口进入膀胱,探及尿道内口并进入后尿道,助手(或用自己左手)控制尿道探子,经尿道外口置入带冷刀操作架的 WOLF 20 F 置管镜,在尿道球部断裂尿道处仔细观察,必要时轻轻摆动尿道探子,可见探子远端或其远端摆动,若不能明确看到探子远端,可用冷刀对准探子

远端切一小口,明确看到探子远端,在探子引导下,缓慢进镜,可观察到断裂尿道近端正常尿道黏膜,继续进入到膀胱。保留插槽并退出置管镜,经插槽置入 16 F 或 18 F 气囊导尿管,气囊注水 20~30 mL,拔除尿道探子,经导尿管快速注入生理盐水,使膀胱部分充盈,用置管镜经耻骨上切口置入到膀胱,同样放置 16 F 气囊导尿管行膀胱造瘘,气囊注水 20~30 mL,手术时间 10~30 min。

2 结果

本组 11 例均一期完成腹腔镜下尿道会师术。其中 1 例在术后 52 h 因气囊破裂,导尿管脱出,发现后及时在局部麻醉下行经尿道镜下尿道会师术,手术顺利,也获成功。1 例术后尿道出血,会阴部棉垫加压固定 24 h 后松开,止血成功。5 例术前后 3 d 有少量尿道口渗血,未行特殊处理而自行停止。术后无感染、水中毒、尿外渗、阳痿等并发症。术后 4~5 周拔除导尿管,试夹闭膀胱造瘘管 2~3 d,排尿通畅,拔除造瘘管。11 例均随访,排尿通畅,拔除膀胱造瘘管后 1 周均行尿道镜检查,尿道断裂处连续性良好,均有尿道黏膜覆盖, WOLF 21 F 膀胱镜可顺利通过。有 6 例出现尿线变细,行 2~15 次尿道扩张后,恢复。9 例随访到 6 月,最大尿流率 16.7~24.5 mL/s,平均 18.4 mL/s。

3 讨论

尿道骑跨伤致尿道球部断裂在泌尿系损伤中较常见,尤其是从事建筑的民工。患者受伤后往往因尿道出血不止或小便

不能自行排出而发生尿潴留就诊。临床上明确诊断为尿道球部损伤后,给予留置导尿,在置入导尿管失败时,通常给予开放性尿道会师或尿道修补吻合术,及时恢复尿道连续性,对于伤情较重或伴有休克者,采取耻骨上膀胱造瘘,二期手术治疗尿道狭窄或尿道闭锁。前者手术创伤较大,后者仍需二期开放性手术或进一步腔道手术治疗,病程较长。

传统认为尿道损伤在诊断过程中,要避免人为损伤,尿道镜的检查是不适宜的^[1]。但随着腔内泌尿外科技术及微创手术的发展及普及,尿道镜下尿道会师术治疗尿道球部损伤取得满意疗效,并逐渐普及,且有学者认为前尿道、后尿道损伤早期不必行膀胱尿道造影检查,均可行急诊内镜下诊治^[2-3]。文献报道尿道镜下行尿道会师有诸多优点:(1)手术操作简单、损伤小,操作时间短、痛苦小,术后恢复快,住院时间短;(2)可一期达到恢复尿道连续性及引流尿液;(3)术后无性功能障碍、尿道狭窄等并发症;(4)可选择表面麻醉;(5)术后尿道狭窄的发生率与开放性手术相比无显著性差异^[2,4]。

在使用窥镜时,有的选择膀胱镜,有的选择输尿管镜^[5]。本科室在临床工作中选择置管镜,因置管镜带有插槽,可经插槽顺利快速插入气囊导尿管,且在观察时可带冷刀操作架,必要时可轻轻挑开损伤周围坏死组织或血凝块,更容易找到正常尿道黏膜,尽可能缩短了手术时间和减少副损伤。经耻骨上 2 cm 处小切口膀胱前壁戳孔,经切口插入 21 F 金属尿道探子,探及尿道内口并进入后尿道,此时窥镜可在断裂尿道处清楚见到尿道探子远端,若断裂尿道错位明显,可轻轻摆动探子,镜体轻轻触碰尿道探子并生理盐水灌注冲洗,也可清楚见到尿道探子,在探子引导下进入膀胱而顺利完成会师。该手术方式,从切皮到尿道探子顺利进入近端尿道所需时间 3~7 min,创伤小,所有病例均顺利完成会师,操作得当,不会形成假道,可避免进行传统开放性尿道会师术。

早期内镜治疗安全有效,可减少尿道狭窄形成,减少后续医疗费用,不会使阳痿、尿道狭窄、尿失禁的发病率升高^[6-9]。因此,作者认为,球部尿道完全断裂在腔镜下尿道会师寻找断端困难时,采取膀胱穿刺尿道探子插入辅助引导,可完成一期腔镜下尿道会师术,腔镜下尿道会师术可取代传统耻骨上经膀

胱尿道会师术。

参考文献:

- [1] 吴阶平,马永江.实用泌尿外科学[M].北京:人民军医出版社,1995:285.
 - [2] 孙颖浩,许传亮.尿道镜下尿道会师术治疗尿道球部损伤[J].临床泌尿外科杂志,1998,13(12):551.
 - [3] 孟晓,邵国兴,秦荣良,等.尿道损伤的急诊内镜诊治[J].中国内镜杂志,1997,3(3):64-65.
 - [4] 孙卫兵,刘辉,范治璐,等.膀胱尿道镜直视下尿道会师术治疗球部尿道损伤[J].医师进修杂志:外科版,2004,11(11):50-51.
 - [5] 王可兵,万跃平,王重南,等.输尿管镜下行尿道会师术治疗尿道断裂 11 例报告[J].临床泌尿外科杂志,2004,5(5):311.
 - [6] Chang PC, Hsu YC, Shee JJ, et al. Early endoscopic primary realignment decreases stricture formation and reduces medical costs in traumatic complete posterior urethral disruption in a 2-year follow-up[J]. Chang Gung Med J, 2011, 34(2):179-185.
 - [7] Hadjizacharia P, Inaba K, Pedro G, et al. Evaluation of immediate endoscopic realignment as a treatment modality for traumatic urethral injuries[J]. J Trauma, 2008, 64(6):1443-1449.
 - [8] Maheshwari PN, Shah HN. Immediate endoscopic management of complete iatrogenic anterior urethral injuries: a case series with long-term results[J]. BMC Urol, 2005, 5(1):13.
 - [9] Moudouni SM, Patard JJ. Early endoscopic realignment of post-traumatic posterior urethral disruption[J]. Urology, 2001, 57(4):628-632.
- (收稿日期:2013-03-18 修回日期:2013-05-22)
-
- (上接第 3126 页)
- myeloma[J]. Cancer Genet Cytogen, 1995, 82(1):41-49.
- [5] 江涛. 荧光原位杂交检测多发性骨髓瘤分子细胞遗传学异常的研究[D]. 吉林:吉林大学, 2009.
 - [6] Yuregir J, Sahin FI, Yilmaz Z, et al. Fluorescent in situ hybridization studies in multiple myeloma[J]. Hematology, 2009, 14(2):90-94.
 - [7] Lee JW, Lee JK, Hong YJ, et al. Correlation of chromosomal aberrations with prognostic markers in multiple myeloma patients-a single institution study[J]. Korean J Lab Med, 2008, 28(6):413-418.
 - [8] Takimoto M, Ogawa K, Kato Y, et al. Close relation between 14q32/IGH translocations and chromosome 13 abnormalities in multiple myeloma: a high incidence of 11q13/CCND1 and 16q23/MAF[J]. Int J Hematol, 2008, 87(3):260-265.
 - [9] Wu KL, Beverloo B, Velthuisen SJ, et al. Sequential analysis of chromosome aberrations in multiple myeloma during disease progression[J]. Clin Lymphoma Myeloma, 2007, 7(4):280-285.
 - [10] 赵莹,郑冬. 荧光原位杂交在多发性骨髓瘤中的应用[J]. 浙江大学学报:医学版, 2009, 38(5):459-464.
 - [11] 谢菊芳,周永安,苏丽萍,等. 17 例多发性骨髓瘤患者 13 号染色体缺失的检测[J]. 中国现代医生, 2009, 47(11):7-10.
 - [12] 魏道林,秦尤文,王椿,等. 多发性骨髓瘤患者 13 号染色体缺失及其临床意义[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(3):217-220.
- (收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-04-22)