

双弧月牙形切口尿瘘修补法治疗男性前尿道尿道瘘效果分析

王 刚, 孙毅伦, 杨大强

[摘要] **目的:**探讨双弧月牙形切口尿瘘修补法治疗男性前尿道尿道瘘的效果。**方法:**对于孤立的瘘口直接行双弧月牙形切口尿瘘修补法治疗;对于相距非常近的多瘘口,予瘘口融合后再行双弧月牙形切口尿瘘修补法。**结果:**术后18个瘘口有17个瘘口一次修补成功,瘘口修复成功率94%,1例切口处少许漏尿。所有患者术后随访观察2年,患者排尿顺畅,尿线粗,其中术后切口少许漏尿的患者尿瘘口自行愈合。**结论:**双弧月牙形切口尿瘘修补法治疗尿道瘘疗效显著,值得推广。

[关键词] 尿道瘘;双弧月牙形切口;尿道瘘修补法

[中图分类号] R 695 **[文献标志码]** A **DOI:**10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.07.030

尿瘘是尿道下裂术后及其它尿道疾病手术后常见的手术并发症,尿道下裂尿道成形术是引起尿瘘的最常见原因。尿道下裂术后尿瘘发生率各家报道各不相同,与尿道成形术的手术方式、成形尿道的长度以及手术者的技术熟练程度有一定关系,其发生率约5%~30%^[1-2]。尿瘘一旦形成,多数需要行尿瘘修补术,尿瘘修补手术方式多种多样,但没有一种手术方式能做到术后不复发,国外有报道^[3]尿瘘修补一次成功率为76%~86%,国内早期有报道^[4]尿瘘一次修补成功率在60%左右。2009-2013年,我院采用双弧月牙形切口尿瘘修补法治疗尿道瘘9例,疗效较好,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组9例,均为男性,年龄3~18岁。尿道下裂尿道成形术手术史8例,尿道囊肿手术史1例,尿道手术史均在半年以上9例。9例患者(18个瘘口)中,单瘘口3例,2个及2个以上的多瘘口6例;瘘口直径1~8 mm,≥3 mm瘘口9个,<3 mm瘘口9个;瘘口位于冠状沟处4个,阴茎体部9个,阴茎阴囊交界处5个。瘘口检查均无红肿、分泌物或流脓。合并有尿道外口狭窄1例,合并有阴茎根部瘘口附近尿道狭窄1例。

1.2 术前准备 术前常规血常规、尿常规、出凝血时间、肝肾功能、胸片、心电图等检查;所有患者术前均予1:5 000的高锰酸钾清洗阴茎会阴部皮肤2~3 d,3次/天;术前备皮,手术前6 h禁食水。

1.3 手术方法

1.3.1 手术准备 患者麻醉满意后常规手术区消毒铺巾,压迫尿道球部,经尿道外口向尿道内灌注

0.9%氯化钠溶液或美兰再次确认尿道瘘口的数量和位置以及有无尿道憩室;经尿道外口向尿道内灌注0.1%聚维酮碘溶液冲洗消毒尿道;根据患者的年龄选择合适的尿管,并经尿道口插入F8~F14号的气囊尿管进入膀胱,气囊注入3~10 mL 0.9%氯化钠溶液固定尿管,如有尿道狭窄尿管插入困难,予尿道扩张后再置入合适的尿管。稍稍牵引尿管或阴茎头缝线牵引固定阴茎体暴露瘘口位置。

1.3.2 手术步骤 (1)直径≥3 mm的瘘口,以瘘口为中心做纵向或横向的双弧月牙形切口,月牙纵轴长度至少>1 cm,弧度小的切口应选择在靠近瘘口且附近瘢痕较少、皮肤及皮下组织较丰裕的一侧,另一弧形切口弧弦弧度尽量要大,切口尽量远离瘘口,接近半圆形,以便于翻转皮瓣覆盖较大的瘘口,沿切口先向瘘口颈部分离皮瓣,尽量游离成较厚皮瓣,较厚的皮瓣一般血供丰富,易于成活,修剪瘘口处皮缘和翻转的皮瓣,用5-0 Dexon或更细的可吸收线将翻转的皮瓣和瘘口处皮缘无张力连续内翻缝合关闭瘘口,皮下组织间断缝合加固包埋瘘口,然后向远离瘘口方向充分游离弧度较小的切口,游离深度尽量达到深筋膜或白膜层,使之形成较厚的血供丰富的推进皮瓣,修剪后能与对侧的弧形切口无张力间断缝合,使瘘口位置被推进的皮瓣完全覆盖且远离缝合切口,如果充分游离后皮瓣缝合有张力,可在阴茎背侧作深达阴茎海绵体白膜的纵向减张切口以减少缝合切口的张力。(2)直径<3 mm的瘘口,同样以瘘口为中心做纵向或横向的双弧月牙形切口,月牙纵轴长度稍>1 cm,游离瘘口并切除月牙形切口内的瘢痕组织,瘘口边缘用5-0 Dexon或更细的可吸收线作荷包缝合。如瘘口<1 mm,可将瘘口游离成管状,再直接用5-0 Dexon或更细的可吸收线将其根部结扎关闭瘘口。皮下组织间断缝合加固包埋瘘口,然后操作同(1)的方法。(3)相距很近的

多瘻口,可将瘻口剪开连通融合成一个较大瘻口,然后再用(1)的方法处理。

1.3.3 术后处理 尿道较宽大的除留置气囊尿管外,可留置较细的多孔硅胶支架管,管头超过瘻口 1~2 cm 放至后尿道并固定,这样有利于尿道分泌物和膀胱痉挛时的尿液排出。术后用金霉素药膏纱布环形稍稍加压包扎阴茎,常规使用广谱抗生素预防感染;术后保持尿管通畅,防治膀胱痉挛,多喝水,常规口服或肌内注射乙萘酚防止阴茎勃起;术后每天 0.5% 聚维酮碘溶液阴茎头及外敷料浸润消毒,并用金霉素药膏封闭阴茎头与包扎的纱布间缝隙,6~7 d 去除阴茎包扎的外敷料,术后 8~14 d 去除尿管及尿道内支架管。

1.4 治愈标准 阴茎外观基本正常,能够站立排尿,排尿顺畅,尿线较粗,尿线出口应在正位尿道口,手术切口无渗漏尿。

2 结果

本组 9 例患者 18 个瘻口,17 个瘻口术后愈合良好,去除尿管后无漏尿,修补一次成功,瘻口一次修补成功率 94%。1 例患者术后去除尿管切口出现少许渗尿。随访观察 2 年,患者阴茎外观正常,排尿顺畅,尿线粗,其中术后切口少许渗尿的患者经随访 1 年后瘻口自行愈合。

3 讨论

尿瘻是尿道下裂行尿道成形术后最常见的手术并发症,尿瘻的修补一直是泌尿外科的难题之一,尿瘻修补术常见的失败原因有:(1)尿瘻修补时机选择不佳;(2)尿瘻修补皮瓣缺乏血运愈合能力差;(3)修补的瘻口缝合张力过高;(4)操作不够精细;(5)缝合材料组织相容性差;(6)尿道憩室及尿道狭窄梗阻;(7)切口和泌尿道感染等^[5-6]。

为增加尿瘻修补成功率,我们将尿瘻修补手术时机选择在前次尿道手术之后至少 6 个月,因为手术瘢痕在术后 3 个月才开始软化,术后 6 个月瘻口周围皮肤、血管、组织增生形成达到稳定,在此时以后手术能获得较充足血运的皮瓣及皮下组织,以利于瘻口无张力多层次修补^[7]。

尿瘻修补方法多种多样,常见的方法有结扎包埋法、瘻口连续内翻缝合法、Y-V 皮瓣覆盖法、Thiersch 法等,每种方法都有一定的适用范围,我们在总结上述方法优点的基础上采用双弧月牙形切口尿瘻修补法,10 mm 以下的瘻口均可采用此方法。

对于直径 <3 mm 的瘻口,瘻口行荷包缝合或直接结扎;直径 ≥3 mm 的瘻口或相邻较近多瘻口,行瘻口融合,翻转分离出的较厚弧形皮瓣和瘻口处皮缘无张力连续内翻缝合。中间皮下组织缝合加固,最外层用血供丰富的厚层推进皮瓣无张力覆盖,使瘻口远离手术切口,如此多层次处理、血供丰富皮瓣的应用,增加了组织愈合的可能性,减少尿瘻的发生。梁伟强等^[8-9]也认为带血管蒂皮瓣或组织瓣覆盖瘻口可减少尿瘻的复发。

操作缝合方面,我们采用显微器械精细操作,可最大程度上避免皮缘、皮瓣血管损伤,保留血供,使皮缘对合更严密,减少尿液渗漏的风险;用可吸收线连续缝合瘻口可减少尿瘻的形成^[9]。可吸收线组织相容性较好,很少会产生组织内或切口缝线反应,有利于组织愈合,减少炎症反应,继而减少尿瘻的产生,连续缝合瘻口可减少漏尿的概率。我们用 5-0 Dexon 或更细的可吸收线连续内翻缝合瘻口和间断缝合切口,效果良好。

尿道狭窄尤其是尿瘻远端尿道狭窄可导致尿道内尿流压力过大,继而影响尿瘻愈合导致再次尿瘻;尿道憩室可导致尿流不稳定、涡流,容易诱发尿道感染继而导致瘻口感染不愈。尿瘻修补前应处理尿道狭窄和尿道憩室,对于严重的尿道狭窄应行切开或切除狭窄段,较大憩室应行手术缩窄处理,尿道狭窄不严重可行尿道扩张^[7]。本组患者有 2 例合并有尿道狭窄,予尿道扩张处理,有 1 例术后手术切口存在渗尿,随访观察 1 年后自行愈合。

术后防治切口、泌尿道感染及膀胱痉挛尿外渗等对尿瘻的成功修复也非常重要。我们采用金霉素纱布阴茎包扎、金霉素膏阴茎头冠状沟封闭、0.9% 聚维酮碘溶液定期纱布浸润、注意手卫生等措施防止细菌外侵,应用广谱抗生素预防感染;应用乙萘酚防止阴茎勃起创面裂开出血,应用进口组织相容性好的 Foley's 尿管,尽量缩小气囊,保持尿管引流通畅以及尿道较宽大留置较细的多孔硅胶支架管等措施,以减少创面血肿、尿外渗等细菌滋养的外环境。

综上所述,双弧月牙形切口尿瘻修补法采用内层瘻口带蒂皮瓣修补或缝合、结扎,中层皮下组织缝合加固,最外层带蒂推进皮瓣覆盖,如此多层处理,增加了尿瘻修复的成功率,治疗直径 10 mm 以下瘻口的尿瘻效果显著,值得推广。

[参 考 文 献]

- [1] 王瑛,李靖.尿道下裂术后尿瘻的治疗[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(3):60.
- [2] 李俊.Y-V 皮瓣法治疗尿道下裂术后尿瘻[J].中国现代药物

应用,2011,5(12):32.

- [3] SIMMONS GR, CAIN MP, CASALE AJ, et al. Repair of hypospadias complications using the previously utilized urethral plate[J]. Urology, 1999, 54(4):724.
- [4] 张滢平,黄澄如,白继武,等.重度尿道下裂的手术修复[J].中华小儿外科杂志,1997,18(1):28.
- [5] 吴宣林,徐泉,李鹏,等.尿道下裂修复术后尿瘘成因分析及其修补[J].中国美容医学,2010,19(2):167.
- [6] 徐谊朝.尿道下裂成形术后尿瘘处理[J].中华男科学杂志,2011,17(11):1036.

- [7] 李建昌,许志坚,柳建军.尿道下裂术后尿瘘的修复[J].吉林医学,2012,33(22):4747.
- [8] 梁伟强,陈宇宏,潘淑娟,等.镍钛记忆合金尿道支架在尿道下裂术后尿瘘早期修补术中的临床应用[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2012,7(6):638.
- [9] 王德娟,邱剑光,王文卫,等.血管缝线双层皮内缝合法修补儿童尿道下裂术后尿瘘的临床观察[J].新医学,2010,41(8):526.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2016)07-0930-02

· 临床医学 ·

甲状腺激素水平与慢性心力衰竭的相关性研究

盛艳华,孙秀才,施霞,孟娟

[摘要]目的:探究慢性心力衰竭(心衰)(CHF)患者血清甲状腺激素血清水平与心功能分级的相关性及临床意义。方法:选取85例CHF患者,按患者心功能不全程度分为心功能Ⅱ级组40例、Ⅲ~Ⅳ级组45例,并取同期门诊健康体检者40名作为对照组,对比不同组患者间甲状腺功能的差异性。结果:与对照组比较,CHF患者血清三碘甲状腺原氨酸、游离三碘甲状腺原氨酸均明显降低($P < 0.01$),随心衰程度加重,三碘甲状腺原氨酸、游离三碘甲状腺原氨酸降低更为明显($P < 0.01$);甲状腺素和游离甲状腺素均显著升高($P < 0.01$);3组血清促甲状腺激素差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论:观察血清甲状腺激素水平在CHF患者中的变化对判断病情、预后具有积极意义。

[关键词]心力衰竭;心功能;甲状腺激素

[中图分类号] R 541.61 [文献标志码] A DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.07.031

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF)是大多数心血管疾病发展的共同及终末阶段,目前此病死亡率很高,是威胁人类健康及寿命的常见病。如何改善CHF患者的预后是多年来心血管领域的研究重点。心力衰竭(心衰)的发病机制复杂,在病程进展过程中有诸多因素参与,使得诊断及治疗较为棘手,近年来随着对CHF发病机制研究的进一步深入,发现CHF的病理过程与甲状腺激素的代谢异常具有相关性^[1]。如能通过监测甲状腺激素水平变化,评估患者的心功能,将有利于CHF早诊断、早治疗。本文将我院近年来收治的心衰患者作一分析,探讨血清甲状腺激素水平变化与心衰患者心功能分级的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取了2012-2013年在我院的CHF患者85例,均符合WHO制定的CHF诊断标准,排除:甲状腺疾病者;服用了影响甲状腺功能药物者(甲状腺素片、胺碘酮等);严重肝肾功能

不全者。心功能按NYHA分级,Ⅱ级45例,男25例,女20例,年龄(60.3 ± 9.4)岁;Ⅲ~Ⅳ级40例,男20名,女20名,年龄(65.5 ± 12)岁。并取同期门诊健康体检者40名作为对照组,其中男22名,女18名,年龄(62.2 ± 10.0)岁。各组年龄、性别构成比等基线资料均具有可比性。

1.2 方法 CHF患者均于入院后次日清晨空腹采外周静脉血,用放射免疫法测定三碘甲状腺原氨酸(T₃)、甲状腺素(T₄)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃)、游离甲状腺素(FT₄)、血清促甲状腺素(TSH)水平,对照组同期采血测定上述参数。

1.3 统计学方法 采用方差分析和 q 检验。

2 结果

CHF心功能Ⅱ级组、心功能Ⅲ~Ⅳ级组与对照组比较,T₃、FT₃均明显降低($P < 0.01$),而T₄、FT₄均显著升高($P < 0.01$),3组血清TSH差异无统计学意义($P > 0.05$)。CHF患者中随着心功能分级加重,T₃、FT₃降低更为明显($P < 0.01$)(见表1)。

3 讨论

CHF的发生是由不同病因引起的初始心肌损

[收稿日期] 2015-11-30

[作者单位] 广东省深圳市第三人民医院 内科,518112

[作者简介] 盛艳华(1969-),女,主治医师。