

[4] 董伟,蔡可胜,刘学永,等.老年重型颅脑损伤脑疝形成手术治疗 68 例[J].中国临床神经外科杂志,2010,15(5):46-47.

[5] 辛志成,周政,沈梁,等.影响老年重型颅脑损伤患者预后的危险因素[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(22):15-16.

[6] 杜文彬.老年重型颅脑损伤 44 例临床分析[J].中国现代

药物应用,2010,4(11):89-90.

[7] 夏骏,张学军,胡睿华,等.老年重型颅脑损伤 122 例术后死亡原因分析[J].临床急诊杂志,2010,11(6):364-365.

[8] 卢东文,陆小妮.重型颅脑损伤术后肺部感染原因分析及护理[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(18):21-23.

(收稿日期:2013-06-13 修回日期:2013-09-05)

• 临床研究 •

塑料薄膜预防经尿道腔镜术后尿道外口狭窄的临床观察

李兴森,魏利军[△],吴文强,蒲世年(重庆市綦江区人民医院泌尿外科 401420)

【摘要】目的 探讨经尿道腔镜(TURP)术中采用塑料薄膜封闭电切镜外鞘回流网眼和陶瓷绝缘鞘与外鞘之间间隙的方法预防术后尿道外口狭窄的疗效。**方法** 回顾性分析 2010 年 6 月至 2012 年 12 月泌尿外科男性患者 225 例 TURP 术时采用塑料薄膜封闭电切镜外鞘回流网眼和陶瓷绝缘鞘与外鞘之间间隙的方法,预防术后尿道外口狭窄的效果。**结果** 222 例治疗效果满意,术后仅 3 例发生尿道外口狭窄。**结论** TURP 术中采用塑料薄膜封闭电切镜外鞘回流网眼和陶瓷绝缘鞘与外鞘之间间隙的方法,可以起到预防 TURP 术后尿道外口狭窄的作用。

【关键词】 尿道外口狭窄; 塑料薄膜; 经尿道腔镜术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)01-0100-02

随着腔镜技术的不断成熟,手术医师技术的不断提高,经尿道腔镜(TURP)术后的并发症越来越少,但尿道狭窄仍是 TURP 术后较为常见并发症之一,而据相关临床资料统计狭窄部位最常见于尿道外口。为预防 TURP 术后尿道外口狭窄的发生,本院在做 TURP 术时,采用塑料薄膜封闭电切镜外鞘回流网眼和陶瓷绝缘鞘与外鞘之间间隙,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2010 年 6 月至 2012 年 12 月本院泌尿外科前列腺增生症男性患者 225 例,年龄 32~85 岁,平均 62.9 岁;病程(20±6)个月;术前国际前列腺症状评分(IPSS)为(22.3±3.2)分,生活质量评分(QOL)为(4.4±1.3)分,最大尿流率(Q_{max})为(6.2±3.4)mL/s,残余尿(PVR)为(98.4±25.5)mL。

1.2 方法 手术中使用国产低温等离子电切系统和美国科医人公司 Lumenis100 W 钬激光机。硬膜外麻醉,取截石位,常规消毒铺巾。采用腔镜外鞘充分涂抹液体石蜡油后塑料薄膜均匀覆盖于腔镜外鞘前端及冲洗孔外,再次涂抹石蜡油后将其置入前尿道,抽出塑料薄膜,然后将腔镜置入膀胱,行相关手术治疗。经尿道前列腺电切术后留置 F22 三腔尿管,术后根据出血情况行间断性膀胱冲洗 1~2 d,术后 4~6 d 拔除尿管。术后随访方式为电话加门诊随访。

2 结果

222 例治疗效果满意,术后仅 3 例(1.3%)发生尿道外口狭窄。

3 讨论

尿道狭窄是 TURP 术后较为常见的并发症,有相关资料表明狭窄部位最常见于尿道外口^[1]。有国内学者报告腔镜术后尿道外口狭窄的发生率达 2.7%~6.5%^[2],本组 225 例 TURP 术后仅有 3 例发生尿道外口狭窄,占全部病例的 1.3%。作者根据长期临床工作经验及对以往资料的分析总结,认为 TURP 术后发生尿道外口狭窄有如下几种常见原因:(1)尿道

外口是男性尿道狭窄部位之一,在置入腔镜时,腔镜前端的陶瓷绝缘鞘及其与外鞘之间的间隙和回流网眼在操作中的插入和旋转,对尿道外口黏膜组织产生的切割作用导致尿道外口黏膜组织损伤,术后黏膜组织愈合时形成瘢痕致尿道外口发生狭窄^[2-4];(2)术中腔镜外鞘及术后尿管对尿道外口的压迫,使尿道外口黏膜组织缺血坏死造成尿道外口损伤;(3)术前、术后尿道感染,炎性物质刺激尿道黏膜组织发生水肿、渗出、增生、纤维化、炎性粘连,尿道外口瘢痕形成致尿道狭窄^[5];(4)术后过度牵拉尿管,尿管会在耻骨下弯前壁、耻骨前弯后壁、尿道外口处三点压迫尿道产生“弓弦样效应”,尿道外口组织长时间受压产生组织缺血、水肿、组织坏死,修复过程中瘢痕组织使尿道外口发生狭窄^[6];(5)使用器械前未完全将浸泡器械的消毒液冲洗干净,会使尿道外口黏膜组织发生凝固变性,术后尿道外口狭窄发生^[7]。

综上所述,导致腔镜术后尿道外口狭窄的病因较多,本研究认为,在 TURP 术时,腔镜前端的陶瓷绝缘鞘及其与外鞘之间的间隙和回流网眼在操作中的插入和旋转,对尿道外口黏膜组织产生的切割作用,是造成术后尿道外口狭窄的重要因素。在进行 TURP 术时,采用塑料薄膜封闭电切镜外鞘回流网眼和陶瓷绝缘鞘与外鞘之间间隙的方法,可以避免电镜外鞘插入时陶瓷绝缘鞘及其与外鞘之间的间隙和回流网眼对尿道外口黏膜组织产生的切割,有效地降低了 TURP 术后尿道外口狭窄的发生率,起到了预防 TURP 术后尿道外口狭窄的作用,疗效满意,值得在临床中推广。

参考文献

[1] 吉茂祖,张立.经尿道前列腺电切术后尿道外口狭窄的治疗体会[J].中国社区医师,2012,14(19):115.

[2] 梁志强,徐托.经尿道前列腺汽化电切术后尿道外口狭窄的临床分析[J].中国社区医师,2012,14(3):111-112.

[3] 赵高.256 例经尿道前列腺电切术后尿道狭窄的临床分析

[△] 通讯作者, E-mail:261335881@qq.com.

[J]. 中国医药科学, 2011, 1(21): 184-185.
 [4] 包山. 经尿道前列腺电切术后尿道狭窄 11 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(8): 1936-1937.
 [5] 蔡巍, 张骏. 经尿道前列腺电切术后尿道狭窄的原因及防治[J]. 西部医学, 2012, 24(2): 269-270.
 [6] 陈柠. 经尿道前列腺电切术后尿道狭窄的原因及防治

[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(24): 3053-3054.
 [7] 朱可柯, 王超. 经尿道前列腺电切术后尿道狭窄 22 例原因分析及防治[J]. 陕西医学杂志, 2012, 41(11): 1552-1553.

(收稿日期: 2013-05-22 修回日期: 2013-09-04)

• 临床研究 •

带线锚钉治疗跟腱止点损伤 30 例临床分析

陈 峰, 宋维永, 林琅山, 赵一强(深圳宝安区松岗人民医院手足外科 518105)

【摘要】 目的 观察并探讨带线锚钉治疗跟腱止点损伤的临床疗效。**方法** 选择 2011 年 6 月至 2012 年 6 月收治的 60 例跟腱止点断裂患者的临床资料, 随机将患者分为治疗组 30 例与对照组 30 例, 患者入院后全部立即给予常规检查, 并做好术前检查与准备。对照组患者采取单纯缝线固定修复术, 治疗组患者采取带线锚钉跟腱止点重建术治疗。**结果** 本组患者全部给予 6 个月以上的随访, 根据 Arner-Lindholm 评价标准, 两组患者临床疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 经 X 线片复查, 治疗组患者均未出现锚钉迁移或松动退出情况。**结论** 带线锚钉 Krackow 缝合法重建术, 具有操作简单, 固定牢靠, 组织排斥小, 可避免跟腱再次断裂, 是较为有效的治疗跟腱断裂的方法。

【关键词】 跟腱断裂; 跟腱止点重建; 带线锚钉

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.049 文章编号: 1672-9455(2014)01-0101-02

跟腱断裂是临床较为常见的肌腱损伤之一, 易发生再次断裂。传统采用石膏、绷带固定法、钢丝缝合法等治疗方法, 但有不牢固、疗效不佳、创伤部位可残留疼痛等问题^[1]。本院依据文献, 采用带线锚钉缝合跟腱止点重建治疗, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月至 2012 年 6 月本院收治的 60 例跟腱止点断裂患者, 其中男 37 例, 女 23 例, 年龄 16~40 岁, 平均(30.3±4.5)岁; 患者受伤原因为上楼伤 23 例, 快跑 19 例, 运动(篮球等)时受伤 18 例。开放性损伤患者受伤至就诊时间为 2 h 至 1 d, 均行急诊手术, 受伤至手术时间 3~24 h, 平均时间(7.6±0.4)h; 闭合性损伤患者受伤至手术时间 1~5 d, 平均时间(3.4±1.4)d。根据随机的原则, 将患者分为治疗组 30 例与对照组 30 例, 两组患者在性别、年龄、病情等方面对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 手术方法 患者入院后全部立即给予常规检查, 并做好术前检查与准备。对照组患者给予单纯缝线固定修复术, 治疗组患者给予带线锚钉跟腱止点重建术, 具体方法如下。

治疗组患者取俯卧位, 腰麻或硬膜外麻醉, 肥皂水清洗患足, 双氧水、生理盐水冲洗患肢, 常规聚维酮碘、乙醇消毒。急诊开放性损伤观察伤口情况, 纵向延长切口, 膝关节屈曲, 踝关节跖曲, 显露两断端; 清理淤血块, 横行切开跟骨结节跟腱止点, 两侧处入锚钉, 其尾端于跟腱止点下; 锚钉 2 条尾线以 Krackow 缝合法编织断端, 拉紧尾线使近侧断端靠拢跟骨结节, 打结^[2]。

闭合性损伤患者术采用跟腱外侧纵行切口, 见跟腱从跟骨止点撕脱, 断端变性、组织变脆、缺血供, 断端参差不齐, 伴瘢痕形成, 剪刀剪除瘢痕变性的硬化组织, 于跟骨结节跟腱止点内外两侧入锚钉, 拧入方向与跟腱夹角呈 45°, 采用 Krackow 缝合法编织; 跟骨结节跟腱止点处骨皮质下建两骨道, 锚钉尾线穿过, 相同缝合法编织, 同法再缝合另两端尾线。跟骨结节跟

腱止点上方磨除骨皮质, 至出血, 建立新创面, 跖屈踝关节, 拉紧尾线, 跟腱近侧断端靠近骨结节后打结, 远近断端可吸收线缝合, 将近侧断端腱性组织缝合于新创面周边骨膜, 修补腱鞘。

术后踝关节跖屈 30°, 短腿石膏托固定, 4 周后去除, 下地行负重锻炼, 给予 3 个月随访, 至恢复正常行走。

1.3 疗效判断标准 根据 Arner-Lindholm 评价标准, 优: 患者无不适感, 行走正常, 提踵有力, 肌力正常, 小腿围减少小于 1 cm, 背伸、跖屈角度减少低于 5°; 良: 患者行走时稍有不舒适感, 提踵有力, 助力稍减弱, 小腿围减少小于 3 cm, 背伸角度减少在 5°~10°, 跖屈角度减少在 5°~15°; 差: 以上改善皆无。优良率=(优+良)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 以 SPSS11.0 统计软件进行分析, 率的比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组患者全部给予 6 个月以上的随访, 根据 Arner-Lindholm 评价标准, 对两组患者临床疗效对比发现, 治疗组患者优良率为 100%, 对照组患者优良率为 80%, 两组患者临床疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。经 X 线片复查, 治疗组患者均未出现锚钉迁移或松动退出情况。

表 1 患者临床疗效对比情况

组别	n	优(n)	良(n)	差(n)	优良率(%)
治疗组	30	25	5	0	100*
观察组	30	19	5	6	80

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

跟腱损伤是临床较为常见的运动创伤, 常见为肌腱断裂。自发跟腱断裂患者多伴有慢性跟腱炎病史, 跟腱炎持续的时间可分为急性、亚急性、慢性 3 大类。跟腱炎多无明确诱因, 病程进展缓慢, 症状不明显, 休息后可缓解^[3]。闭合损伤检查时可见陈旧性损伤, 断裂处已有瘢痕组织充填, 由于凹隙不明显, 易