

对患者性功能的影响除心理因素外,无明显器质性影响,对保护患者的生活质量有重要意义。

逆行射精:本组术后有性生活 71 例中,发生逆行射精 56 例,占 78.9%。可能与膀胱颈的切除有关^[10],因对身体无影响,均未作特殊处理。

[参考文献]

- 1 于跃平,金松,李松. 经尿道前列腺电切术中及术后并发症的预防[J]. 中国内镜杂志,2006,12(12):1316—1318.
- 2 Varkarakis J, Bartsch G, Horninger W. Long-term morbidity and mortality of transurethral prostatectomy: a 10-year follow-up[J]. Prostate, 2004, 58: 248—251.
- 3 李建国,吴惠泽,张雷明. 经尿道前列腺电汽化电切术的并发症及其防治[J]. 中国内镜杂志,2003,9(6):30—31.
- 4 付杰新,谢光宇,陈永华. TURP 术后继发性大出血 15 例分析[J]. 现代泌尿外科杂志,2004;9(1):38—39.
- 5 陆建军,王逸民. 经尿道前列腺等离子电切术后尿道狭

- 窄的诊治分析[J]. 中国临床保健杂志,2010,13(2):169—170.
- 6 李义,叶敏,王加强. 经尿道前列腺汽化电切术后尿道狭窄的防治[J]. 中华泌尿外科杂志,2005;26(2):121—124.
- 7 叶敏,朱英坚,王伟明,等. 经尿道前列腺电切术与汽化切除术的并发症分析[J]. 中华泌尿外科杂志,2006,27(8):563—566.
- 8 魏武,高建平,张征宇. 经尿道前列腺电切术后膀胱颈挛缩多因素分析[J]. 中华男科学杂志,2004,25(10):287—289.
- 9 Borboroglu P G, Kane C J, Ward J F, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in the 1 990 s[J]. J Urol, 1999, 162: 1307—1310.
- 10 孙启山,高岳林,闫士奇,等. 前列腺切除术后性功能调查[J]. 临床泌尿外科杂志,2005,20(9):558—559.

(收稿日期:2014-04-02)

输尿管回肠膀胱端端吻合在全膀胱切除术中的应用

管建云¹ 王家祥²

[摘要] 目的:探讨全膀胱切除、Bricker 术(回肠膀胱术)中输尿管-回肠端端吻合术的优势及临床应用价值。方法:回顾性分析 13 例全膀胱切除、Bricker 术中行输尿管-回肠端端吻合术患者的临床资料;男 10 例,女 3 例。术前均行膀胱镜检查并活检确诊为浸润性膀胱癌,病变均位于膀胱颈及以上。结果:所有患者均顺利完成手术,手术时间 205~260 min,平均 230 min。输尿管-回肠吻合时间 8~10 min。术后 2 周拔除单 J 管,无漏尿发生。随访 1~5 年,B 超或造影显示无肾积水和输尿管扩张。结论:全膀胱切除、回肠膀胱术中采用输尿管-回肠端端吻合术,操作简单、省时,术后并发症少,方法较为理想,具有良好的临床应用价值。

[关键词] 膀胱癌;回肠膀胱术;输尿管-回肠端端吻合术

doi:10.13201/j.issn.1001-1420.2014.09.026

[中图分类号] R737.14 **[文献标识码]** A

目前,Bricker 回肠膀胱术仍然是全膀胱切除时常用的尿流改道术式之一。传统上采用双侧输尿管与回肠袢作端侧吻合,此方法容易出现吻合口方面的并发症。我院 2007 年 7 月~2011 年 7 月对 13 例膀胱癌患者在全膀胱切除 Bricker 术时采用了输尿管-回肠端端吻合术,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共 13 例,男 10 例,女 3 例。年龄 38~65 岁,平均 53.5 岁。所有患者均有不同程度无痛性

肉眼血尿,伴尿频、尿急者 2 例,多发或多次术后复发者 4 例次。术前均行膀胱镜检查并活检确诊为浸润性膀胱癌,病变均位于膀胱颈及以上。术后病理诊断为浸润性膀胱癌(T₂~T_{4a}),其中移行细胞癌 11 例,移行细胞癌合并腺性膀胱炎 2 例。病理分级:G₂ 级 4 例、G₃ 级 9 例。临床分期:T₂ 期 7 例,T₃ 期 4 例,T_{4a} 期 2 例。术前常规给予 IVU 及盆腔 CT 检查,证实无上尿路病变及膀胱周围侵犯。未发现远处转移,无明显手术禁忌证。

1.2 治疗方法

取下腹部正中切口,行常规腹膜外全膀胱切除。尿流改道行 Bricker 回肠膀胱术:自腹膜作一切口进入腹腔,切除阑尾,距回盲部 15~20 cm 处切取一段长 10~15 cm 带系膜的游离回肠段作为

¹安阳市肿瘤医院外三科(河南安阳,455000)

²郑州大学第一附属医院外科

通信作者:管建云,E-mail:gjyay2010@163.com

输出道,恢复回肠连续性。缝闭切开的回肠系膜。用生理盐水冲洗肠腔至清洁。左侧输尿管从腹膜后拖至右侧,将双侧输尿管末端修剪成一马蹄状斜面并向近端纵向剪开长约1.5 cm,一侧马蹄状斜面的尖部对应另一侧底部,用4-0可吸收线将双侧输尿管剪开部分一侧壁相互缝合,形成一个共同开口的断面。再将此共同开口与Bricker回肠段近端行端-端对位吻合。回肠远端行右下腹壁造口。双侧输尿管置单J支架管,回肠膀胱置引流管并腹膜外化。创面确切止血,清点纱布器械无误,关闭腹膜切口,腹膜外放置乳胶引流管1根,逐层关闭切口。

2 结果

13例患者手术顺利完成,术后均恢复良好,无围手术期死亡,术后无尿漏发生。早期并发症:泌尿系感染1例,不全肠梗阻1例,切口感染1例,经对症治疗后痊愈。2周后拔除单J管。13例随访1~5年,平均3.5年,B超或造影检查显示无肾积水和输尿管扩张,无吻合口处狭窄及结石形成。

3 讨论

膀胱癌在我国占泌尿系肿瘤发病率的第一位,临床上全膀胱切除术是治疗多发、复发性、浸润性膀胱癌的最有效方法^[1]。全膀胱切除的同时需行尿流改道,其术式多种多样,目前常用的有输尿管皮肤造瘘术、回肠膀胱术、可控性膀胱术及原位新膀胱术等。不同的尿流改道方式各有优缺点^[2,3],没有任何一种术式适合于所有患者。

原位回肠新膀胱术是一种可控性膀胱术,其优点是患者可以通过尿道排尿并控制尿液,无腹壁造口,同时避免相关并发症的发生,生活质量较高^[4]。因此,患者容易接受,临床上应用越来越广泛^[5]。但是手术时间长,术后并发症、死亡率明显高于回肠膀胱术,而且对于那些肿瘤位于三角区、多发或侵犯前列腺、尿道的患者,原位回肠新膀胱术也不适合。Bricker术是一种非可控性膀胱术。其优点是手术操作比较简单,回肠段膀胱较短,尿液引流通畅,术后并发症少,适应证广,更适合高龄患者^[6]。因此,Bricker术仍然是全膀胱切除时常用的尿流改道术式^[7]。不过其在临床上也存在不足之处^[8,9]。回肠输尿管吻合口方面的问题常见,常规是行输尿管与肠管行端侧吻合或输尿管植入回肠内的吻合,由于输尿管较细,吻合时缝合太密有可能狭窄,稀疏则可能漏尿。因此,吻合口方面的并发症有输尿管回肠吻合口漏尿,吻合口狭窄甚至闭锁、梗阻导致上尿路积水形成结石。由于肠代膀胱内黏膜皱褶较多,输尿管与肠代膀胱吻合口隐蔽在肠黏膜皱襞之间,且与肠管形成一定角度,术后应用膀胱镜或输尿管镜检查时很难找到输尿管开口,也无法将输尿管镜置入输尿管内。对术后发生

的上尿路疾病,如输尿管结石等,难以通过输尿管镜诊断和治疗。虽然有人报道经回肠膀胱镜检查或置管成功的病例^[10],但毕竟是少数,且对操作技术要求高,风险较大。本组患者术后无漏尿发生,2周后拔除单J管,随访中行B超或造影检查显示无肾积水和输尿管扩张,无吻合口处狭窄及结石形成。

本组手术方法一方面术中双侧输尿管开口处先缝合,形成一个共同的大开口。再与回肠端端吻合,吻合确切,无张力,不成角,引流通畅,可避免术后漏尿及上尿路梗阻积水的发生。术后吻合口处不易狭窄,上尿路结石不会在此停留。另一方面不需在肠壁上戳孔,输尿管回肠吻合术时间短,术后需要行膀胱镜、输尿管镜检查时至回肠段的终端即可顺势进入输尿管,一旦发生上尿路结石,可以通过输尿管软镜进一步治疗。

本研究是在Bricker术式的基础上改良回肠与输尿管的吻合方法,避免了术后部分并发症的发生,并且为以后通过膀胱镜或输尿管镜诊治上尿路疾病提供了可能,是Bricker术中一种较理想的吻合方式,具有良好的临床应用价值,值得推广。

[参考文献]

- 1 Dalbagni G, Genega E, Hashiben M, et al. Cystectomy for bladder cancer: a contemporary series[J]. J Urol, 2001, 165(4): 1111-1116.
- 2 吕志勇, 吴小候, 陈福宝, 等. 膀胱全切术后不同尿流改道治疗肌层浸润性膀胱癌的研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(2): 140-141.
- 3 罗福敏, 陆明春, 梁宵. 根治性膀胱全切术后尿流改道术式的选择分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 20(15): 2230-2231.
- 4 王斌, 周芳坚, 韩辉, 等. 肠道新膀胱尿动力学检查的临床意义[J]. 中华泌尿外科杂志, 2007, 28(4): 268.
- 5 那彦群主编. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009: 30-31.
- 6 何卫阳, 苟欣, 任国胜, 等. 回肠膀胱术与原位回肠新膀胱术的临床比较研究[J]. 中国医科大学学报, 2012, 41(1): 83-86.
- 7 赵庆利, 李青. 浸润性膀胱癌的手术治疗[J]. 山东医药, 2009, 43(22): 112-113.
- 8 汪前亮, 杨嗣星, 吴天鹏, 等. 回肠膀胱术后输尿管回肠代膀胱吻合口闭锁的微创治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2013, 28(1): 32-34.
- 9 潘家骅, 薛蔚, 陈海戈, 等. 逆行输尿管软镜激光碎石术处理Bricker术后输尿管-肠段吻合口结石[J]. 上海医学, 2010, 33(3): 243-245.
- 10 余绍龙, 林峰, 黄小琴, 等. 全膀胱切除加回肠膀胱术治疗浸润性膀胱癌51例疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2010, 20(2): 95-98.

(收稿日期:2014-02-24)