

· 临床论著 ·

膀胱颈梗阻的治疗(附 39 例报告)

祖会之 薛福龙 雷音

北京市和平里医院泌尿外科(北京, 100013)

【摘要】目的 研究膀胱颈梗阻的治疗。方法 1990~1999 年对 39 例膀胱颈梗阻患者,其中女性 14 例,男性 25 例行经尿道膀胱颈电切术。结果 37 例(88%)临床症状消失。结论 经尿道电切术是治疗膀胱颈梗阻的首选方法。

【关键词】膀胱颈梗阻 尿动力学 经尿道电切术

The treatment of bladder neck obstruction (A report of 39 cases) Zu Huizhi, Xue Fulong, Lei Yin, Department of Urology, Hepingli Hospital Beijing, Beijing, 100013, China

【Abstract】Objective To study the treatment of bladder neck obstruction. Methods Thirty-nine cases of bladder neck obstruction were reviewed from 1990 to 1999. There were 25 males and 14 females. 39 cases were treated with Transurethral resection of the bladder neck. Results Symptoms were disappeared in 37 cases. Conclusion Transurethral resection is effective for bladder neck obstruction.

【Key words】Bladder neck obstruction Urodynamics Transurethral resection

我院泌尿外科自 1990 年至 1999 年共收治了膀胱颈梗阻 39 例,其中男性 25 例,女性 14 例,均采用了经尿道膀胱颈电切术(Transurethral resection of bladder neck, TURBN)获得了较好的效果。

临床资料与方法

一、一般资料:男 25 例,年龄 49~75 岁,平均 62 岁。女 14 例,年龄 37~70 岁,平均 51 岁。病程:男性 1 年~12 年,平均 5 年 3 个月,女性 9 个月~3 年,平均 2 年 1 个月。症状:男性 21 例,进行性排尿困难、排尿费劲,其中 2 例呈蹲式排尿。女性呈现间断性排尿不畅,逐年加重伴有尿频,尿急,下腹部胀满。

二、辅助检查:男性 25 例,最大尿流率 7~16 ml/s,均呈低平梗阻曲线,排尿时间在 25~102s;女性 14 例,最大尿流率 11~17 ml/s 呈现低平梗阻曲线,排尿时间 30~120s。男性 25 例肛诊,前列腺大小正常。B 超,前列腺中叶不突入膀胱内,膀胱镜检查,膀胱粘膜呈现慢性炎症改变,粘膜充血不光滑,有不同程度的小梁和后唇抬高,导尿时颈口有阻力感,弹性差,后尿道不延长。女性膀胱粘膜呈现慢性炎症,有小梁和假性憩室形成,后唇呈堤坝样改变,

观察镜置于膀胱内呈 45 度角,方可观察三角区及输尿管口情况。

三、治疗方法:本组男性 25 例均采用经尿道膀胱颈电切术,以切平和扩宽膀胱颈口,深度达环形肌为宜,平均切除增生前列腺组织 10~15 克,其手术标准:以精阜为标志,观察后尿道至膀胱三角区呈水平椭圆形通道。本组 14 例女性采用经尿道电切后唇部,具体方法将电切镜置于后尿道,电切环置于膀胱内,位置固定后,电切环自远向近,范围 5~7 点长度小于 2 厘米,深度达环形肌,一般不切断内括约肌,使后尿道与三角区形成一平面。

结 果

本组随访 6 个月至 24 个月,平均 13 个月,评判标准:优:排尿困难明显改善,良:站立(男)或蹲式(女)排尿较前好转,差:无变化。男性组:优 23 例(92%),良 1 例,差 1 例,女性优 12 例(85%),良 1 例,差 1 例。本组 39 例 TURBN 治疗后无明显残余尿,平均最大流率,男性 18 ml/s。

讨 论

膀胱颈梗阻在女性的主要病因,系由于长期反

复尿道炎^[1],而反复炎症又是促进膀胱颈的纤维化,肥厚,纤维化又是加重反复炎症的因素,最终形成膀胱颈梗阻,有人认为老年女性激素平衡失调是导致尿道周围腺体增生^[2]。在男性,膀胱颈挛缩是产生膀胱颈梗阻的重要原因。至今其病因,病理尚缺乏统一认识^[3]。

男、女性膀胱颈梗阻其临床表现均为进行性排尿困难,尿流率检查是客观评价排尿状况最有用的指标^[3],有人统计,最大尿流率小于 10 ml/s,梗阻占 88%,而大于 15 ml/s,68%无梗阻^[4],目前认为排尿期压力—尿流率是诊断膀胱颈梗阻最准确的方法^[5]。我们认为膀胱镜检查是诊断膀胱颈梗阻不可缺少的一项检查。另外测量残余尿可以协助了解膀胱颈梗阻的程度,要注意女性可以间断出现排尿困难,经给以抗生素后症状可以减轻,这也证实了膀胱颈梗阻是由反复炎症所致。

男性 50 岁以上,易与前列腺增生症(BPH)混淆,在肛诊,B 超提示前列腺不大,中叶又不突入膀胱内,而症状又很明显时,应结合膀胱镜检以了解前列腺的大小,压迫尿道情况,能较清楚地看到膀胱颈口的情况,在膀胱后唇明显抬高时一般可以诊断。

一些学者认为膀胱颈梗阻和前列腺增生症诊断上易混淆,即使依赖病史,体检及尿动力学仍有误诊可能,我们认为(1)年龄发生在 50 岁以上,有下尿道梗阻明显者。(2)肛诊 B 超示前列腺不大,而中叶不突入膀胱内者(3)膀胱镜检后唇明显抬高者(4)尿动力学除外膀胱逼尿肌受损,符合上述者,就可以诊断膀胱颈梗阻。术前应与其它疾病相鉴别,如:神经源

性膀胱,胰岛素依赖性糖尿病。男性 1 例疗效较差,经尿动力学证实,膀胱逼尿肌收缩无力,后经保留尿管 1 个月定时开放锻炼膀胱功能后好转。女性 1 例较差,与合并神经源性膀胱有关。

积极控制尿道感染是预防膀胱颈梗阻的重要措施。对较轻者可采用保守治疗,应用钙离子拮抗剂或 α -受体阻滞剂有一定疗效^[6],对长期服药后而没有缓解应当手术治疗,应用 TURBN 是首选手术治疗方法,有效率在 88% 以上,我们认为男性病人在电切中尽可能扩大颈口,电切颈口一周深达环形肌,合并输尿管嵴高大,肥厚时可一并切除,注意 5、7 点处不宜过深,此外有阴茎勃起神经电切过深易引起性功能障碍,女性病人切平 5-7 点,可取得良好的效果。

参 考 文 献

- 1 周荣祥主编. 膀胱外科. 第一版. 北京:人民卫生出版社. 1996, 215.
- 2 骆毅,于兰薇,骆曼林,主编. 女性泌尿外科. 北京:人民卫生出版社. 1987, 96-98.
- 3 Abrams P, Blaivas JG, Stanton SI, et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function, The International Continence Society Committee on Standardizations of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl, 1988, 114; 5-5.
- 4 顾方六. 良性前列腺增生的诊断和治疗. 中华泌尿外科杂志, 1995, 16: 569-569.
- 5 廖明民,石炳俊,梁春泉,等. 压力-流率测定在膀胱出口梗阻中的意义. 中华泌尿外科杂志, 1995, 16: 67-67.
- 6 于清,王钰,晁继勇,等. 女性膀胱颈梗阻的诊断与治疗. 中华泌尿外科杂志, 1997, 18: 679-679.