

因此近年有逐渐减少趋势,而 TEP 术式相对应用较多。TAPP 术式与 TEP 术式原理相似,初学者可以先选择 TAPP 术,有一定经验后再进行 TEP 术。

3.5 IPOM + 内环口结扎术因为操作最简单、无分离,而受到一些医生的喜欢,但费用比开放式无张力疝高 1 万元左右,并且可能出现严重并发症。本组有 4 例术后严重并发症中,1 例慢性腹股沟疼痛持续 1 年余,因为在腹腔内不能清楚看到耻骨结节、髂耻束等结构,钉合位置不准确,补片钉合过多而导致神经损伤;1 例肠外瘘患者因左腹股沟斜疝在外院行开放无张力疝修补术后复发而行 IPOM + 内环口结扎术,术后半年原开放手术切口处出现乙状结肠外瘘,考虑与补片钉合过少导致固定不确切或肠管钻入补片及腹壁间隙而导致肠管粘连和肠瘘有关,经行腹腔镜肠粘连松解 + 补片取出和肠瘘切除修补术,手术取得成功;1 例术后反复腹股沟积液 1 年患者为右腹股沟斜疝,先用疝囊内填充聚丙烯补片而后覆盖 3-D 腹腔镜疝修补平片手术成功^[5]。死亡 1 例患者(83 岁),因并存冠心病,5 年前有腔隙性脑梗塞病史,术后出现肠功能恢复慢、腹胀,术后第 5 天猝死。因此,IPOM + 内环口结扎术者虽有减少趋势,但在一些手术方式难于选择的病人,用 IPOM + 内环口结扎也可能取得成功,本组有 1 例传统疝修补和 TAPP 术修补两次后再复发的病人用该方法修补成功;另有 1 例肝硬化腹水病人腹部膨隆并营养不良,右腹股沟斜疝最大直径 15 cm,为难复性疝,全身情况有所改善后行 IPOM + 内环口结扎手术,术

中吸干净腹水(1 500 ml),将疝内容物回纳后,荷包缝扎内环口并用 3-D 腹腔镜疝修补网片覆盖并固定,用钉 20 枚,手术用时 50 min,术后恢复良好,7 天出院,复查 1 年无并发症和复发。

3.6 比较几种术式的优缺点认为:(1)开放式无张力疝修补术是最常用腹股沟疝修补术式,创伤小、效果确切,尤其适合于老年人巨大疝。(2)腹腔镜腹股沟疝修补术具有疼痛少、切口小、住院时间短、恢复工作时间早的优点,但全身麻醉、CO₂ 和经腹腔带来的影响常限制着其适用范围。(3)TEP 术式是最合理的腹腔镜腹股沟疝修补术,尤其适合年轻病人的腹股沟直疝。(4)TAPP 术式适合开放式修补术后复发性疝。(5)IPOM + 内环口结扎术可能较多出现严重并发症。

参考文献

- 1 李宇洲,梁健升,姚 干,等.腹腔镜疝环口缝扎附加网片覆盖治疗成人疝—附 106 例报告[J].中国微創外科杂志,2002,2(4):224-225.
- 2 张 辉,李健文.腹腔镜腹股沟疝修补术临床应用进展[J].中国微創外科杂志,2008,8(2):176-178.
- 3 李健文,郑民华,毛志海,等.腹腔镜腹股沟疝修补术的术式选择[J].中华普通外科杂志,2005,20(12):777-779.
- 4 李文滨,李宇洲,吴 畏,等.腹腔镜下腹腔内网片植入术治疗成人腹股沟疝(546 例中期随访结果)[J].中国微創外科杂志,2006,6(12):944-945.
- 5 徐万里.腹腔镜疝修补术与切开法无张力疝修补术疗效对比研究[J].中华外科杂志,2004,42(14):888-888.

[收稿日期 2009-02-09][本文编辑 韦挥德 覃柯滔]

论 著

针灸与口服盐酸奥昔布宁缓释片对治疗经尿道前列腺电切术后运动急迫性尿失禁的疗效对比观察

郑 仿, 李 峰, 伍松合

作者单位:530023 广西中医学院第一附属医院泌尿外科

作者简介:郑 仿(1979-),男,硕士研究生,住院医师,主要研究方向:泌尿外科疾病的中西医结合临床诊治。

E-mail:fzheng168@hotmail.com

[摘要] 目的 评价针灸与口服盐酸奥昔布宁缓释片对治疗经尿道前列腺电切术后运动急迫性尿失禁的有效性和安全性。方法 40 例经尿道前列腺电切术后出现运动急迫性尿失禁病人,随机分为实验组(钟灸

组)和对照组(服药组),每组 20 例,年龄、病程对比无明显差异($P > 0.05$),分别采用针灸和口服盐酸奥昔布宁缓释片治疗。收集治疗前后各例病人 3 d 总排尿次数、平均每天排尿次数,平均每次尿量及 3 d 尿失禁总次数、平均每天尿失禁次数并进行评估。结果 各组治疗前后疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),实验组与对照组之间的有效性指标差异无统计学意义($P > 0.05$),但两组总不良反应发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在治疗经尿道前列腺电切术后运动急迫性尿失禁上,针灸与盐酸奥昔布宁缓释片有同等疗效,但不良反应发生率更低。

【关键词】 疗效; 运动急迫性尿失禁; 针灸; 奥昔布宁

【中图分类号】 R 697 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2009)06-0590-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.06.17

The effects of acupuncture and Oxybutynin hydrochloride sustained release tablets for motor urge urinary incontinence after transurethral resection of the prostate ZHENG Fang, LI Feng, WU Song-he, Department of Urology, the First Affiliated Hospital of Guangxi College of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530023, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the efficacy and safety of acupuncture and Oxybutynin hydrochloride sustained release tablets in treatment of patients with motor urge urinary incontinence (MUUI). **Methods** Forty patients with MUUI after transurethral resection of the prostate were divided into two groups randomly, 20 patients in each group. There were no significant difference in age and course of disease ($P > 0.05$). The testing group were treated by acupuncture and oxybutynin hydrochloride sustained release tablets. The data of each patients we collected and analysed before and after the treatment which included micturition frequency in 3 days, the average daily frequency of micturition, the average volume and the total incontinence frequency in 3 days. **Results** Each groups' data had significantly different before and after treatment ($P < 0.05$). There wasn't significantly different between the testing group and the control group in the case of efficacy. But there was significantly different between the two group in adverse reactions ($P < 0.05$). **Conclusion** There are the same efficacy in the two treatment methods, but acupuncture has a lower adverse reactions rate.

【Key words】 Effect; Motor urge urinary incontinence; Acupuncture; Oxybutynin

运动急迫性尿失禁(motor urge urinary incontinence, MUUI)原发于逼尿肌无抑制性收缩和有不稳定性膀胱。其特点是先有强烈尿意,后有尿失禁;或强烈尿意与尿失禁同时出现,病人多伴有尿频、尿急等症状^[1]。是前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP)术后常见的症状之一^[2]。目前国内外尚无公认有效的成熟治疗方案,且各疗法远期疗效欠佳。笔者自 2006 年以来,分别采用针灸与口服盐酸奥昔布宁缓释片治疗经尿道前列腺电切术后运动急迫性尿失禁,并分析两者的治疗效果,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2006-01~2008-10 在我院门诊和住院的 40 例老年男性患者,年龄 63~82 岁,平均 73.2 岁。均因 TURP 术后 3 个月内出现尿失禁而就诊。

1.2 诊断纳入与排除标准 根据国际尿控学会的《international continence society, ICS 的标准》和瑞典 Magnus Fall 拟定的《运动急迫性尿失禁临床及尿流动力学诊断标准》诊断纳入标准为年龄在 55 岁

以上,中、重度尿失禁(每周尿失禁 ≥ 3 次),生命体征平稳,意识清醒,能配合检查和治疗,志愿参与本研究课题的患者。排除标准:下尿路梗阻(膀胱结石或肿瘤),尿路感染,子宫或直肠脱垂、膨出,患有严重的心脏疾患,有肝肾功能损害,轻度尿失禁(每周尿失禁 < 3 次),不能配合检查和治疗者。所有病例均明确诊断为运动急迫性尿失禁。

1.3 研究方法 采用计算机随机法将 40 例患者分为针灸治疗组(实验组)和药物治疗组(对照组)各 20 例。实验组与对照组治疗前各项基本资料差异无统计学意义,具有可比性。由于针灸治疗的特殊性,整个针灸治疗、观察、随访、统计均由一名有丰富针灸治疗经验的医师负责。

1.3.1 实验组:选会阳、中膻俞、中髎穴。手法:会阳向中膻俞方向斜刺 4~5 cm,中膻俞直刺 4~5 cm,中髎向上斜刺 4~5 cm,针刺上述穴位并使针感持续传至会阴及尿道部位。针灸得气后,会阳、中髎穴连接电针治疗仪(G6805 型电针治疗仪,上海医疗仪器厂出品),接通疏密波(疏波 4 Hz,密波 20 Hz),强度以患者舒适为度;治疗过程中患者应有触电样针感放射至会阴部,客观上可见会阴表浅肌收缩、

腿外旋、足跖曲现象。电针持续 20 min,治疗隔日 1 次,15 次为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效评定。

1.3.2 对照组:口服盐酸奥昔布宁缓释片 10 mg/片,早晨服用 1 片,连服用 30 d(南京亿华药业有限公司生产的产品,批号 H20040002)。

1.4 疗效判断 两组病例均在停用一切可能影响膀胱功能的药物 3 d 后同时进行观测。连续观测 3 d,取各项指标的平均数。观测指标为用药前后 24 h 平均排尿次数、24 h 平均每次排尿量和 24 h 尿失禁

次数,以其有无统计学意义作为疗效判断标准。

1.5 统计学方法 用 SAS6.12 统计软件进行统计分析, $\alpha=0.05$ 。计数资料两组比较采用 χ^2 检验,计量资料两组内或两组间比较采用 t 检验(非参数采用 Wilcoxon 秩和检验)。

2 结果

2.1 两组病例治疗前后有关症状变化及治疗后不良反应见表 1~2。

表 1 两组病例治疗前后有关症状变化情况

症状	观察指标	组别(例)	治疗前后的改变				
			组内(治疗前后)			组间(治疗后)	
			配对差值	t	P	t	P
尿频	3 d 总次数	T(20)	15.15 $\pm$ 3.15	21.508	0.000	-1.584	0.121
		C(20)	16.20 $\pm$ 4.26	21.138	0.000		
	次数/d	T(20)	5.05 $\pm$ 1.05	21.508	0.000	-1.584	-1.584
		C(20)	5.40 $\pm$ 1.42	21.138	0.000		
	尿量(ml)/次	T(20)	-58.57 $\pm$ 25.05	-10.456	0.000	0.060	0.952
		C(20)	-63.19 $\pm$ 17.97	-15.727	0.000		
尿失禁	3 d 总次数	T(20)	2.70 $\pm$ 3.36	3.596	0.002	-0.588	0.560
		C(20)	2.85 $\pm$ 3.45	3.707	0.001		
	次数/d	T(20)	0.90 $\pm$ 1.12	3.596	0.002	-0.588	0.560
		C(20)	0.95 $\pm$ 1.15	3.707	0.001		

注:T为实验组,C为对照组

表 2 两组病例治疗后不良反应[例(%)]

组别	例数	口干	颜面潮红	腹胀	便秘	肝肾损害	皮肤损伤	总发生率
实验组	20	1(5)	0(0)	2(10)	3(15)	0(0)	1(5)	7(35)
对照组	20	5(25)	3(15)	3(15)	5(25)	1(5)	0(0)	17(85)

注:经 χ^2 检验,实验组与对照组各项比较, P 均 <0.05 。

2.2 针灸治疗或盐酸奥昔布宁缓释片治疗经尿道前列腺电切术后运动急迫性尿失禁,均可明显减少 24 h 平均排尿次数,提高平均排尿量并减少尿失禁的次数。各组治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$)。实验组和对照组两组之间的有效性指标差异无统计学意义($P > 0.05$)。提示针灸治疗与口服盐酸奥昔布宁缓释片治疗有同等疗效。

2.3 不良反应方面,实验组治疗前后无明显肝肾功能损害改变,对照组出现肝功能 ALT 轻度升高,原因不明确。实验组的不良反应有 7 例,其中口干 1 例(5%),腹胀 2 例(10%),便秘 3 例(15%),皮肤针眼炎症反应 1 例(5%),总计发生率为 35%;对照组的不良反应有 17 例,其中口干 5 例(25%),颜

面潮红 3 例(15%),腹胀 3 例(15%),便秘 5 例(25%),肝肾损害 1 例(5%),总计发生率为 85%。以上两组出现的不良反应均较轻微,均在停止治疗 7 d 后自行消失,无因不良反应而停止治疗的病例。两组总不良反应发生率比较差异有统计学意义($P < 0.05$),提示针灸治疗的不良反应较盐酸奥昔布宁缓释片为轻。

3 讨论

3.1 急迫性尿失禁最常见的原因是逼尿肌不稳定(detrusor instability, DI)引起的运动急迫性尿失禁。有资料显示,约 50%~80% 的 BPH 患者术前存在 DI^[3]。TURP 术在消除梗阻的同时,也会使尿道闭合压下降、功能性尿道缩短。因此, TURP 术后储尿

期如果出现逼尿肌无抑制性收缩就可能发生运动急迫性尿失禁。

3.2 目前, ICS 推荐的治疗方法有药物治疗、排尿日记、盆底功能锻炼结合生物反馈治疗、电刺激治疗和手术治疗等方法。本实验所采用的药物治疗为盐酸奥昔布宁缓释片, 该药属中度抗胆碱药物, 对平滑肌有强大的松弛作用, 对泌尿系平滑肌有选择性作用。国外文献报道, 用药 4~6 周后可使膀胱容量增加 160%^[4], 60%~85% 病人的症状得到控制^[5]。尽管奥昔布宁有其众所周知的副作用, 但目前仍是治疗急迫性尿失禁的首选用药^[6], 得到 ICS 和中华医学会泌尿外科学分会的推荐。

3.3 祖国医学认为其发病与肾虚、湿热等因素致膀胱气化功能障碍有关。《诸病源候论·小便不禁》指出病机是“肾气虚, 下焦受冷也, 不能制约其水液”, 治疗当以补肾、调理膀胱经气为原则。会阳、中髎俞、中髎穴为膀胱经穴, 针之可调理膀胱经气。该组位于骶尾部, 其穴下神经冲动传入 S₁₋₃ 节段, 与支配膀胱尿道的盆神经进入骶髓排尿中枢的部位 (S₂₋₄) 最近。针刺上述穴位通过调节腰骶交感或副交感神经功能而治疗尿失禁; 加用低频电刺激能最大程度的抑制逼尿肌的无抑制性收缩, 增加膀胱容量, 提高膀胱初始感觉阈而控制运动急迫性尿失禁^[7]。从本观察研究中证实针灸疗法对不稳定膀胱有调整作用, 该方法可抑制逼尿肌的过度收缩和

活动, 改善膀胱顺应性, 维持正常排尿过程从而达到治疗运动急迫性尿失禁的目的。其疗效与 ICS 推荐的用药疗效相当, 且副作用较药物治疗少, 具有安全、有效、廉价的优点, 值得推广。

参考文献

- 1 Griffiths D, Höfner K, van Mastrigt R, et al. Standardization of terminology of lower urinary tract function: pressure-flow studies of voiding, urethral resistance, and urethral obstruction international continence society subcommittee on standardization of terminology of pressure-flow studies [J]. Neurourol Urodyn, 1997, 16(1): 1-18.
- 2 Doll HA, Black NA, Mc Pherson K, et al. Mortality, morbidity and complications following transurethral resection of the prostate for benign prostatic hypertrophy [J]. J Urol, 1992, 147(6): 1566-1573.
- 3 Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, et al. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life [J]. Neurourol Urodyn, 2000, 19(3): 259-271.
- 4 Yarker YE, Goa KL, Fitton A. Oxibutynin. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and its therapeutic use in detrusor instability [J]. Drugs Aging, 1995, 6(3): 243-262.
- 5 仲晓燕. 奥昔布宁的药理与临床 [J]. 国外医药合成药、生化药、制剂分册, 1991, 12(3): 153-155.
- 6 中华医学会泌尿外科学分会第三届尿控学组. 膀胱过度活动症临床诊治指南. 试行版 [M], 2005, 11: 8-9.
- 7 The International Continence society. Fourth report on the standardization of terminology of lower urinary tract function [J]. Br Urol, 1981, 53(4): 333-335.

[收稿日期 2009-03-25] [本文编辑 韦挥德 黄晓红]

论 著

腹腔镜胆囊切除术 561 例临床探讨

江文枢, 卢榜裕, 刘祖军

作者单位: 530027 南宁, 广西医科大学第一附属医院微创外科

作者简介: 江文枢 (1968-), 医学硕士, 副主任医师, 从事普外科、微创外科的研究。电话: 0771-3277224, E-mail: jws99@163.com

[摘要] 目的 进一步探讨腹腔镜胆囊切除术并发症的原因和预防措施。方法 回顾分析自 2003-08~2008-12 我科 561 例胆囊疾病的病人行腹腔镜胆囊切除术的资料。结果 561 例中 558 例成功施行腹腔镜胆囊切除术, 腹腔镜手术成功率 99.47%, 中转开腹 3 例; 并发症 4 例 (0.71%) 中, 胆管横断伤 2 例 (0.36%), 胆漏 2 例 (0.36%)。手术时间 (51.36±20.46) min; 病人术后住院时间 1~10 d, 平均 (4.15±1.36) d。结论 腹腔镜胆囊手术具有切口小、创伤少、并发症少、术后痛苦少、恢复快等微创优点; 但一旦发生并发症, 如果处理不当后果相当严重, 重视预防和提高手术技能能降低腹腔镜胆囊切除术中并发症的发生率。