

分期 T₂期 6 例, T₃期 8 例, T₄期 2 例; Mainz II 5 例, 全为男性, 年龄 38~61 岁, 平均为 53 岁, 临床分期 T₂期多发 2 例, T₃期 1 例, T₄期 2 例。回肠原位膀胱术中截取距回盲部 15~20cm 的回肠 55~60cm, 近端保留约 10cm, 其余去管化并建成 studer 贮尿囊, 底部剪孔或留一小孔与尿道吻合(间断吻合 6 针); 输尿管襻开合并缝合后与近端回肠(即输入支)端端吻合, 同向蠕动输入支为抗返流机制。Mainz II 术中取直肠和乙状结肠各 10cm, 对系膜缘剖开, 从直肠和乙状结肠连接处对折双层缝合成贮尿囊后壁, 左右输尿管分别与乙状结肠和直肠吻合, 粘膜下潜行 4~5cm, 粘膜下隧道为抗返流机制, 双层缝合前壁建成 Mainz 贮尿囊。比较两组手术时间及术后并发症, 随访观察患者上尿路感染情况和控尿情况。结果: 21 手术均获成功, Mainz II 手术时间 300~360min, 平均 342min; 原位回肠膀胱手术时间 210~540min, 平均 426.8min。术后严重并发症的发生率 Mainz II 组为 20.0%, 原位回肠膀胱组为 63.6%。夜间尿流的不可控率 Mainz II 组为 40.0%, 回肠原位膀胱组为 12.5%。术后并发症及随访情况见下表。结论: 原位回肠膀胱符合生理性排尿, 但手术难度大, 围手术期并发症的发生率高, 而 Mainz II 技术相对

流率压力测定在前列腺增生症患者中应用的局限性

徐刚 张 勇 杜传军 陈继民

浙江大学医学院附属第二医院泌尿外科(310000)

目的: 评价流率压力测定在BPH术前应用价值 方法: 121例BPH患者术前行IPSS, 生活质量评分(QoL)、尿流率, 压力—流率测定, 术后3月复查IPSS, QoL, 恢复不满意者复查膀胱镜、压力—流率测定。结果: 两组患者术后IPSS及生活质量评分较术前均有显著改善($p<0.01$), 两组之间IPSS及生活质量评分无显著差($p>0.01$)。术前经流率压力测定确定有膀胱出口梗阻(BOO)者术后86%疗效满意, 无BOO组疗效满意率也达到79.5%。两组患者术后IPSS及生活质量评分较术前均有显著改善($p<0.01$), 两组之间IPSS及生活质量评分无显著差异($p>0.01$)。结论: 作为前列腺影像学诊断的补充, 压力流率测定提供了膀胱功能(储尿和排尿)较全面的客观有效的参数, 是判断BPH患者有无BOO的金标准, 可以预测术后手术疗效。但症状和手术疗效的影响是多因素的, 不是所有的有BOO的BPH患者在解除梗阻后都取得了应有的疗效, 有LUTs而无BOO的BPH患者亦能从手术中获益, 依赖有无BOO选择手术时机并不可靠。有选择地应用流率压力测定即可以避免不必要的TURP, 又不影响总的手术成功率, 不提倡术前常规流率压力测定。

癃闭舒片治疗逼尿肌肌力弱临床研究

吴士良 肖云翔 段继宏 李宁忱 杨 勇 那彦群

北京大学泌尿外科研究所 北京大学第一医院泌尿外科(100034)

目的: 为了解中药癃闭舒胶囊对逼尿肌肌力弱患者治疗的疗效, 方法: “我们对以下两类患者分别进行随机对照研究: (1) 具有 LUTs 症状, 年龄 18-65 岁的未留置尿管患者 30 例, 经尿动力学检查证实逼尿肌肌力弱, 并且尿流率降低(男性 $<15\text{ml/s}$; 女性 $<20\text{ml/s}$); (2) 留置尿管, 年龄 18-80

岁的患者 30 例,通过尿动力学检查证实逼尿肌肌力弱。两类患者均通过随机分配或进入药物治疗组,或进入空白对照组。试验组患者给予 4 周口服癃闭舒胶囊(每日两次,每次 3 粒)治疗,对照组未用药。未留置尿管患者治疗前后进行尿流率随访;留置尿管患者进行膀胱测压检查随访。结果:病例分配情况见表 1。四组患者的一般资料见表 2-1 和表 2-2。除未留置尿管患者中试验组和对照组在治疗前的最大尿流率之间差异有统计学意义外(试验组和对照组分别为 14.1 和 11.1),其余相对应两组间的各项参数(年龄、性别、身高、体重、基础最大尿流率和基础最大逼尿肌压力)之间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有较好的可比性。

表 1 各组完成病例数

	试验组(例)			对照组(例)			总计(例)		
	入组	完成	脱落	入组	完成	脱落	入组	完成	脱落
未留置尿管组	15	15	0	15	15	0	30	30	0
留置尿管组	15	15	0	15	15	0	30	30	0
总计	30	30	0	30	30	0	60	60	0

表 2-1 未留置尿管患者一般统计学资料和基础值

	试验组 (n = 15)	对照组 (n = 15)	P
年龄(岁)	44.0±18.6	40.5±15.6	0.58
性别(男:女)(%)	8: 7	9: 6	>0.05
身高(cm)	166.0±6.9	169.7±7.0	0.16
体重(kg)	63.5±8.3	65.5±9.4	0.54
治疗前最大尿流率	14.1±1.0	11.1±2.6	<0.05

计量指标:平均值±标准差

表 2-2 留置尿管患者一般统计学资料和基础值

	试验组 (n = 15)	对照组 (n = 15)	P
年龄(岁)	72.8±5.9	70.1±11.7	0.43
性别(男:女)(%)	14: 1	12: 3	>0.05
身高(cm)	171.1±5.8	169.3±6.4	0.42
体重(kg)	73.2±5.5	67.9±9.5	0.07
治疗前最大逼尿肌压力	21.5±9.9	22.2±11.3	0.86

计量指标:平均值±标准差

未留置尿管患者两组治疗前后的最大尿流率(MFR)变化见表 3。试验组服药 4 周后最大尿流率平均改善 2.5ml/s ($p=0.042$);而对照组 4 周后最大尿流率减小 0.3ml/s ($p=0.209$)。两组的最大尿流率改善值比较差异有统计学意义($p=0.007$),提示逼尿肌肌力弱患者口服癃闭舒 4 周后能明显改善尿流率,疗效优于对照组。

表 3、两组患者治疗前后的尿流率参数比较

	试验组	对照组	p 值
治疗前	14.1±1.0	11.1±2.6	0.007
治疗后	16.6±3.6	10.7±2.5	
改善值	2.5±3.6	-0.3±0.9	
p 值	0.042	0.209	

留置尿管患者两组治疗前后的最大逼尿肌收缩压力 (Pdet) 变化见表 4。试验组服药 4 周后最大 Pdet 平均改善 24.5cmH₂O (p=0.000); 而对照组 4 周后最大 Pdet 平均改善 12.9cmH₂O (p=0.002)。两组的最大逼尿肌收缩压力改善值比较差异有统计学意义 (p=0.045), 提示逼尿肌肌力弱患者经 4 周尿管引流后逼尿肌肌力有明显改善, 而同时加服癃闭舒 4 周后逼尿肌肌力的改善更明显。

表 4 两组患者治疗前后的逼尿肌压力参数比较

	试验组	对照组	p 值
治疗前	21.5±9.9	22.2±11.3	0.046
治疗后	46.0±24.7	35.1±16.5	
改善值	24.5±16.4	12.9±13.9	
p 值	0.000	0.002	

结论: 通过本研究我们认为, 中药癃闭舒治疗 4 周后, 能明显改善患者排尿的通畅性, 其作用机制之一为改善了患者的逼尿肌肌力。

慢性非细菌性前列腺炎的尿流动力学分析

李映川 方祖军 丁 强 郑 捷

复旦大学附属华山医院泌尿外科 泌尿外科研究所 (200000)

目的: 利用尿流动力学分析方法, 探讨慢性非细菌性前列腺炎下尿路症状 (LUTS) 的原因, 为合理治疗慢性非细菌性前列腺炎提供客观依据。方法: 共有 43 例慢性非细菌性前列腺炎患者接受尿流动力学检查。入选前均接受前列腺液培养。尿流动力学检查项目包括: 尿流率, 充盈性膀胱测压, 压力—流率测定, 尿道外括约肌肌电图。结果: 本组共 43 例, 男性, 年龄 21~52 岁, 平均 35.1 岁。下尿路症状主要表现为: 尿频、尿急、排尿等待和排尿费力。尿流动力学检查结果提示: 65.1% (28/43) 的患者最大尿流率 (Q_{max}) < 15ml/s, 平均为 10.86ml/s; 60.5% (26/43) 的患者初始尿意时的膀胱容量 < 150ml/s; 39.5% (17/43) 的患者存在不稳定膀胱; 压力—流率检查发现 48.8% (21/43) 患者存在膀胱出口梗阻 (BOO), 影像学检查提示梗阻部位位于膀胱颈; 55.8% (24/43) 的患者有逼尿肌—尿道外括约肌协同失调。结论: 慢性非细菌性前列腺炎患者出现的 LUTS 症状与膀胱感觉过敏、不稳定膀胱、膀胱出口梗阻和逼尿肌—尿道外括约肌协同失调等尿流动力学异常有关。对一般治疗无效的患者, 尿流动力学检查有助于制定更为合理的治疗方案。