

18 例维吾尔族膀胱阴道瘘临床分析

孙 敏¹ 王 婧² 鲁 静² 王 乾¹ 齐飞波¹ 亚力坤¹ 王英刚^{1△}

(1 新疆维吾尔自治区人民医院泌尿外三科 新疆 乌鲁木齐 830001 2 新疆维吾尔自治区人民医院妇科 新疆 乌鲁木齐 830001)

摘要 目的 探讨维吾尔族膀胱阴道瘘的病因、诊断及治疗措施。方法 对 2006 年 6 月~2011 年 6 月新疆维吾尔自治区人民医院泌尿外科经美兰试验和膀胱镜检查确诊的 18 例维吾尔族膀胱阴道瘘患者的病历资料进行回顾性的临床分析。17 例患者行瘘修补术,其中 12 例(70.59%)经腹修补,5 例(29.41%)经阴道修补。1 例患者行双侧输尿管经皮造瘘术。结果 :18 例患者中,16 例 1 次修补成功,1 例 2 次修补后成功。术后随访 1 至 12 个月无复发。结论 阴道分娩难产在维吾尔族膀胱阴道瘘患者中最为多见,根据患者全身情况、瘘道大小及位置选择合适的手术路径 术前充分准备 术后严格管理 大大提高手术成功率。
关键词 膀胱阴道瘘 病因 瘘修补术
中图分类号 :R694 文献标识码 :A 文章编号 :1673-6273(2012)02-327-03

Clinical analysis of vesicovaginal fistula of the uighurs

SUN Min¹, WANG Jing², LU Jing², WANG Qian¹, QI Fei-bo¹, YA Li-kun¹, WANG Ying-gang^{1△}

(1 The third Department of Urology of the People's Hospital, Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi 830001, China;
2 The Department of Gynaecology of the People's Hospital, Xinjiang Uygur Autonomous Region, Urumqi 830001, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the cause diagnosis and treatment of the vesicovaginal fistula of the uighurs. **Methods:** The clinical data of 18 patients of the uighurs with the vesicovaginal fistula were studied for the analysis from June, 2006 to June, 2011. 17 patients underwent fistula repair: abdominal approach to treatment of 12 cases (70.59%), Vaginal approach to treatment of 5 cases (29.41%). **Results:** 17 cases were cured by operation and no other complications occurred after 1 to 12 months' follow-up. **Conclusion:** Difficult labour was the main cause of vesicovaginal fistula of the uighurs. Fistula surgical treatment should be based on the patients' situation.
Key words: Vesicovaginal fistula; Causes; Fistula repair
Chinese Library Classification(CLC): R694 **Document code:** A
Article ID:1673-6273(2012)02-327-03

前言

膀胱阴道瘘因膀胱内尿液不自主地由瘘管流出,易合并泌尿系统感染^[1],多见于产伤和妇科手术损伤^[2],一旦发生,将严重影响患者的生活质量,给患者带来极大的痛苦。本文通过回顾 2006 至 2011 年我院共收治的 18 例维吾尔族患者,对该病的病因、诊断、治疗进行探讨,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

新疆维吾尔自治区人民医院泌尿外科收住的 18 例维吾尔族膀胱阴道瘘患者,年龄 30~72 岁,平均 44 岁。病程 3 个月~2 年,其发生原因及构成情况见表 1,既往均无瘘修补史。

1.2 诊断

患者于术后及产后 3~12 天出现不同程度的尿液从阴道内间断或持续漏出,盆腔肿瘤患者于放疗后 1 年出现阴道漏尿,外阴均伴有不同程度的湿疹。所有患者均经膀胱镜检查见膀胱内有瘘孔,直径约 0.5~2.0 cm,其中单发瘘孔 16 例。膀胱内瘘口的位置:近膀胱三角区 11 例,输尿管间嵴 5 例,近输尿管口 2 例。

行膀胱亚甲蓝试验,膀胱内注入亚甲蓝液体后,阴道内有蓝色液体流出。

表 1 18 例维吾尔族膀胱阴道瘘患者的原因构成分布
Table 1 The causes of component and distribution 18 patients of the uighurs

病因 Causes	患者例数(%)Cases
阴道分娩难产 Difficult vaginal delivery	9(50.00%)
子宫全切或次全切手术 Hysterectomy	2(11.11%)
剖宫产 Abdominal delivery	3(16.67%)
人流术 Induced abortion	1(5.56%)
盆腔肿瘤放疗后 Radiation therapy of pelvic carcinoma	1(5.56%)
膀胱手术 Surgery of bladder	1(5.56%)
外伤 Injury	1(5.56%)
总计 Total	18(100.00%)

1.3 治疗

经阴道修补 5 例,经腹部膀胱修补 12 例,同时双侧输尿管导管置入,术后 7-10 天拔除;双侧输尿管经皮造瘘术 1 例。术前每日清洁外阴,碘酊阴道擦洗;术后留置三腔尿管充分引流。

作者简介 孙敏(1981-) 女,硕士研究生,住院医师,主要研究方向:泌尿外科 手机:13565840595 QQ:158455584 E-mail:158455584@qqom
△通讯作者:王英刚,主任医师,E-mail:sms150695@hotmail.com
(收稿日期:2011-09-05 接受日期:2011-09-30)

膀胱,并给予庆大霉素低压冲洗膀胱。术后2周至1个月拔除尿管。术后3个月禁止性生活。

2 结果

18例膀胱阴道瘘患者于术后1、3、6、12个月到医院或电话随访,1次修补成功16例,失败2例,其中1例二次修补后成功,1例因宫颈癌多次放疗至双肾积水行双侧输尿管经皮造瘘术。

3 讨论

膀胱阴道瘘是女性泌尿生殖道瘘的一种,它是存在于膀胱与阴道之间异常瘘道导致尿液非自主的连续流入阴道穹窿。除了造成医源性的后遗症外,还会深刻影响病人的情感健康。

在发展中国家,难产是引起膀胱阴道瘘的主要原因占97%。膀胱阴道瘘伴随显著的压迫性坏死、水肿、组织腐肉形成及瘢痕形成。在发达国家,膀胱阴道瘘主要继发于妇科手术,盆腔手术中不慎伤及膀胱占90%,75%与子宫切除术有关,10%为产科创伤。妇科恶性肿瘤的放疗和手术占5%较少见^[3,4]。

阴道分娩难产在维吾尔族膀胱阴道瘘患者中最为多见占50%。在新疆维吾尔自治区偏远的南北疆地区,这些地区的文化鼓励年少时结婚和生产,而此时大多数年轻人骨盆发育未成熟。慢性营养不良进一步导致骨盆较小,这就增加了头盆不称和先露异常的风险。此外,妇女很少去有资质的医院生产。其梗阻性分娩会延长数日。这样会导致胎先露部压迫骨盆处至阴道、膀胱底及尿道广泛的组织水肿、缺氧、坏死、腐肉形成。这些地区的泌尿生殖道瘘比较大,且累及膀胱、尿道、膀胱三角区、宫颈前壁。即使瘘口被成功修复,也常导致复杂的神经性膀胱功能障碍和尿道括约肌功能不全。

根据漏尿症状、滞产或妇科手术等病史,结合妇科检查和(或)膀胱镜检查发现阴道和(或)膀胱有瘘口,膀胱阴道瘘诊断并不困难,应进一步明确形成瘘的原因、瘘的性质、部位、大小及数目,组织瘢痕化的程度及可被利用的健康组织多少,尿道是否通畅,瘘孔与尿道的距离,对尿道括约肌损害的程度,瘘孔与输尿管开口及膀胱颈的位置关系等情况。还要了解患者是否合并有上尿路疾病、膀胱结石、局部感染、阴道口狭窄和疤痕形成,以及全身状况,这些对制定正确的处理方案有十分重要的意义。为更精确了解瘘孔部位、数目,膀胱内以及肾功能情况,可借助美蓝试验、靛胭脂试验、膀胱镜、肾图、静脉肾盂造影、肾盂逆行造影等特殊检查^[5]。

膀胱阴道瘘治疗包括保守治疗、经阴道途径、经腹部途径、经腹部阴道联合等手术途径。治疗及手术时机的选择是非常重要的,它直接影响到治疗及手术的效果。若膀胱阴道瘘在手术最初几天被确诊,需经尿道或耻骨上留置30天导尿管。小的瘘口(<1cm)在尿管通畅的情况下会减小或消失。若瘘口减小,则可再留置尿管2-3周。若30天无变化,则无法自愈,并会增加感染几率,对瘘的治疗无任何益处^[6]。但也有学者报道持续导尿可以提高患者的生活质量,为下一步手术创造良好的条件,故所有患者在确诊后均应保留导尿管^[7]。我们调查的18例患者病程3个月至2年,术前未留置导尿。

膀胱阴道瘘一般均需手术行修补术。修补尿瘘手术必须遵

循的原则:缝合的组织血液循环良好,局部组织无感染和肿瘤侵犯,足够的手术野,减张缝合瘘孔,瘘口覆盖供血丰富的组织及术后通畅的尿液引流^[8]。修补手术的时机,依瘘形成原因及发现时间而定,新鲜的创伤性瘘(如妇科手术损伤、外伤)或24h内确认的膀胱阴道瘘,均可立即进行修补,而滞产或化学性损伤瘘或伴感染瘘孔或第一次瘘修补术失败者,按惯例手术距修复需间隔8到12周,待局部炎症、水肿消退后,再行手术。对感染或受放射组织需更长的时间间隔。辐射诱发的瘘需一年间隔时间以确保坏死组织溶解。对于较为清洁的医源性瘘进行延期手术并无必要,为尽快消除炎症,术前2~3周可用考的松、抗生素,清洁阴道使瘘孔瘢痕变软,急性炎症消退后即可进行修补。凡月经定期来潮,手术必须在月经干净后3天进行。手术途径应根据患者及尿瘘的具体情况、术者对采用手术途径的熟练程度来选择。多数手术可经阴道进行,阴道比较松弛,瘘孔可向下牵拉者易于手术。其优点是:手术失血少、并发症少、术后恢复快、即使手术失败仍可多次手术重复修补、全身干扰少^[9]。若暴露不好、视野不良、瘘孔较大,修补可能损伤输尿管口或瘘孔位置较高且固定不易牵下者,可考虑经腹修补。术前充分准备,控制感染,明确损伤或瘘孔部位,恰当选择术式,瘘口距输尿管开口较近或伴有输尿管瘘时,分离缝扎时应行输尿管插管。术中瘘口切除完整,并充分游离瘘口周围组织,使膀胱阴道各层组织层次分明。各层组织分层无张力缝合,各层尽可能在互相垂直的方向缝合,避免缝合线重叠,并不留间隙,促进组织愈合。缝合阴道黏膜、膀胱黏膜时创缘对齐,避免内翻。可根据瘘孔大小剪裁适当大小的膀胱瓣,采用带蒂膀胱瓣修补术治疗,避免缺血坏死造成挛缩,影响手术效果,并将膀胱瓣与阴道缝合口互相缝合固定,减少了阴道缝合口的张力,增加了膀胱和阴道之间修补的层次,有效的将两者分隔开,减少了复发的概率^[10]。对于多次手术、瘢痕硬,尤其是年龄偏大,随着年龄增长和激素水平变化而引起黏膜皱折萎缩时,很难成功分离膀胱黏膜层,可经腹腔充分游离大网膜组织置于膀胱壁瘘口与阴道壁瘘口之间,确保无张力缝合,增加手术成功率。术后充分膀胱引流。应放置导尿管持续引流,必要时放置膀胱造瘘管,并保证引流管道通畅。为防止尿路感染,应间断膀胱冲洗。

膀胱阴道瘘的开放修补术有经腹部入路、经阴道入路、经腹部阴道联合入路^[11]。但由于盆底脏器位置的特殊性,开放手术暴露不易,手术成功率不高。近年来,人们一直在探寻更好的手术方法。随着腹腔镜技术的不断成熟,国外学者在这方面进行了初步的尝试,国内外已有报道将腹腔镜技术应用于膀胱阴道瘘修补^[12-15],术后随访均无阴道漏尿症状发生。腹腔镜下膀胱阴道瘘修补术是一种安全有效的微创治疗方式,具有良好的临床应用前景,值得进一步探索。

总之,在临床上对膀胱阴道瘘明确诊断后,应积极进行治疗,选择合理的治疗方法和措施,根据患者全身情况、瘘道大小及位置选择合适的手术路径,术前充分准备,术后严格管理,大大提高手术成功率,促进膀胱阴道瘘患者的康复,减少患者的痛苦。

参考文献(References)

- [1] 梅骅主编.泌尿外科手术学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2007, 344-346

- Mei Ye et al. Urological Surgery [M]. The Third Edition. Beijing: The People's Medical Publishing House, 2007: 344-346
- [2] 张卫兵, 郑新民, 李世文等. 膀胱(尿道)阴道瘘 23 例临床分析. 武汉大学学报(医学版), 2008, 29(5): 644-646
- Zhang Wei-bing, Zheng Xin-min, Li Shi-wen, et al. Surgery Treatments on Vesicovaginal or Uterovaginal Fistula. Medical Journal of Wuhan University, 2008, 29(5): 644-646
- [3] Wall LL, Arrowsmith SD, Briggs ND. The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world [J]. Obstet Gynecol Surv, 2005, 60(7 Suppl 1): S3-S51
- [4] Bardari F, D'Urso L, Muto G. Conservative treatment of iatrogenic urinary fistulas: The value of cyanoacrylic glue [J]. J Urology, 2001, 158(6): 1046-1048
- [5] 乜国雁. 带蒂大网膜移植修补复杂性膀胱阴道瘘 67 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(2): 118-120
- Nie Guo-yan. Using gastrocolic omentum to repair vesicovaginal fistula [J]. Chinese Journal of Urology, 2006, 27(2): 118-120
- [6] Miller EA, Webster GD. Current management of vesicovaginal fistulae [J]. Curr Opin Urol, 2001, 11(4): 417-421
- [7] 周戎, 王鸿康等. 膀胱阴道瘘的诊断与治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(8): 625-626
- Zhou Rong, Wang Hong-kang, et al. Diagnosis and treatment of Vesicovaginal Fistula [J]. Journal of Clinical Urology, 2008, 23(8): 625-626
- [8] Eilber KS, Kavalier E, Rodriguez LV, et al. Ten year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition [J]. J Urol, 2003, 169(3): 1033-1036
- [9] 张宏伟, 翟国伟. 不同手术方法对膀胱阴道瘘的疗效观察[J]. 中国当代医药, 2010, 17(21): 18-19
- Zhang Hongwei, Zhai Guowei. Different surgical methods on the efficacy of vesico-vaginal fistula [J]. China Modern Medicine, 2010, 17(21): 18-19
- [10] 陆勇, 王翔. 带蒂膀胱瓣修补膀胱阴道瘘 38 例疗效分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 2009, 24(4): 289
- Lu Yong, Wang Xiang. Effects of Surgical Treatments of Vesicovaginal Fistula [J]. Journal of Clinical Urology, 2009, 24(4): 289
- [11] 池晟. 膀胱阴道瘘 14 例的病因与治疗分析 [J]. 中国实用医药, 2010, 23(5): 202-203
- Chi Sheng. Causes and Treatments on Vesicovaginal Fistula [J]. China Prac Med, 2010, 23(5): 202-203
- [12] Tiong HY, Shim T, Lee YM, et al. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula [J]. Int Urol Nephrol, 2007, 39(4): 1085-1090
- [13] 王东文, 曹晓明等. 腹腔镜下膀胱阴道瘘修补术临床初探[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志, 2009, 3(2): 103-105
- Wang dong-wen, Cao Xiao-ming, et al. Effect of laparoscopic repair of vesicovaginal fistula [J]. Chin J Endourology, 2009, 3(2): 103-105
- [14] Ou CS, Huang UC, Tsuang M, et al. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula [J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2004, 14(1): 17-21
- [15] Melamud O, Eichel L, Turbow B, et al. Laparoscopic vesicovaginal fistula repair with robotic reconstruction [J]. Urology, 2005, 65(1): 163-166

(上接第 292 页)

- [8] Gehrs KM, Pollock SC, Zilkha G. Clinical features and pathogenesis of Alport retinopathy [J]. Retina, 1995, 15(4): 305-311
- [9] 黎磊石, 刘志红. 中国肾脏病学. 北京: 人民军医出版社, 2008. 1031-1036
- [10] Mete UO, Karaaslan C, Ozbilgin MK, et al. Alports syndrome with bilateral macular hole [J]. Acta Ophthalmol Scand, 1996, 74(1): 77-80
- [11] Ohkubo S, Takeda H, Higashide T, Io M, Sakurai M, Shirao Y, Yanagida T, Oda Y, Sado Y. Immunohistochemical and molecular genetic evidence for type IV collagen $\alpha 5$ chain abnormality in the anterior lenticonus associated with Alport syndrome [J]. Arch Ophthalmol, 2003, 121(1): 846-850
- [12] Shaw EA, Colville D, Wang YY, et al. Characterization of the peripheral retinopathy in X-linked and autosomal recessive Alport syndrome [J]. Nephrol Dial Transplant, 2007, 22(1): 104-108
- [13] Kashtam CE, Michael AF. Alport's syndrome: from bedside to genome to bedside [J]. Am J Kidney Dis, 1993, 22(2): 627-640
- [14] 朱春华, 黄松明, 吴红梅等. 儿童 Alport 综合征临床与病理分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2010, 12(3): 188-191
- [15] Alves FR, Ribeiro Fde A. Clinical data and hearing of individuals with Alport syndrome [J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2008, 74(6): 8072-8074
- [16] Haas M. Alport syndrome and thin glomerular basement membrane nephropathy: a practical approach to diagnosis [J]. Arch Pathol Lab Med, 2009, 133(2): 224-223