

个案与短篇

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.03.027

经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症 523 例

张立冬¹, 李 辉², 唐为民¹, 何如钢¹, 李贤英¹, 张志国¹, 刘启祥¹

(1. 重庆市开县人民医院泌尿外科; 2. 重庆市开县人口与计划生育生殖健康中心, 重庆 405400)

【中国图书分类法分类号】R697.3

【文献标志码】B

【收稿日期】2011-07-07

前列腺增生症(Benign prostatic hyperplasia, BPH)是老年男性泌尿系常见病,多发病。随着我国人口老龄化,人均寿命延长,前列腺增生患者越来越多。随着全民医保的开展,患者就医意识增强,更加关注 BPH。近年来腔内技术普遍发展,经尿道前列腺电切术(Transurethral resection of prostate, TURP)痛苦小、恢复快,成为患者易于接受的微创手术。本院自 2008 年 9 月至 2010 年 12 月施行 TURP 治疗 BPH 患者 523 例,临床疗效满意。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 523 例,年龄 51~93 岁,平均 (70.5 ± 2.3) 岁。病程 1~23 年。均有明显尿频、排尿困难症状,根据国际前列腺症状评分(International prostate symptom score, IPSS)、生活质量评分(Quality of life, QOL)、前列腺肛指检、B 超和尿流率检查明确诊断,其中合并有尿潴留病史 213 例,有心、脑、肺疾患 275 例,糖尿病 12 例。82 例合并膀胱结石。前列腺 Madigan 手术后 7 例,直肠癌 Miles 手术后 2 例,左肾肿瘤术后 3 年 1 例,肺癌 1 例。置入心脏起搏器术后 5 年 1 例。其中前列腺 I 度增生 51 例,II 度增生 204 例,III 度增生 189 例,IV 度增生 79 例。IPSS 评分为 (27.60 ± 1.30) 分, QOL 评分为 (5.70 ± 0.30) 分, Qmax 为 (4.10 ± 1.30) ml/s。

1.2 治疗方法

采用连续硬脊膜外麻醉,或腰硬联合麻醉,截石位,采用日本奥林巴斯(Olympus)电切镜 26F,电切功率为 100~120 W,电凝功率为 70~80 W。用 5%甘露醇或 5%葡萄糖液持续低压灌注。动作轻柔直视下进镜,同时可观察尿道外括约肌、精阜的位置,前列腺的增生大小。进入膀胱后观察膀胱壁有无新生物,小梁、小室、结石、血块等。双侧输尿管口位置,与膀胱颈距离。电切方法是:采用“定点切割,分段分区法”。先切除突入膀胱的中叶,再在 5、7 点处,至精阜为界,作一条标志沟,切到前列腺外科包膜,以此为标志,迅速切除增生的前列腺中叶,然后分别将两侧叶切除,再切除前联合,最后修整前列腺尖部及膀胱颈部,充分止血。对高危及高龄患者,主要是建立排尿通道,重点切除 5、7 点之间增生前列腺组织或增

生的中叶,以形成通畅的排尿通道,如时间及术中情况允许,则尽量切除左右侧叶。前列腺增生合并膀胱结石患者,先予经电切镜下钦激光碎石术。术毕以 Ellik 冲洗器负压吸出前列腺碎片或结石。术后排空试验为阳性。留置 20~22F 三腔尿管,气囊注水 40~50 ml。术后牵引导尿管 6~20 h,用生理盐水持续冲洗 1~3 d,颜色变淡后停止冲洗,术后 3~7 d 拔除尿管,观察排尿情况。

2 结果

本组手术时间 30~130 min,平均 70 min。切除前列腺组织重量 15.00~120.50 g,平均 53.50 g。住院时间 5~17 d,平均住院时间 9 d。本组 523 例中,无死亡病例,术后出现电切综合征 1 例,术中大出血 2 例,输红细胞悬液 2~4 U。术后继发性出血 3 例,急迫性尿失禁 11 例,尿失禁 2 例,术后排尿困难 1 例,尿道狭窄 61 例。双侧附睾炎 2 例。术后 6 个月门诊随访,IPSS 评分为 (6.43 ± 1.00) 分, QOL 评分为 (1.08 ± 0.30) 分, Qmax 为 (19.88 ± 4.30) ml/s,与术前相比,IPSS、QOL 明显下降, Qmax 提高显著($P < 0.01$)。

3 讨论

近 20 年来,采用 TURP 治疗 BPH 是成熟的方法, TURP 已被认为是治疗 BPH 的金标准^[1]。TURP 具有安全、痛苦小、康复快、疗效好的优点,已取代了开放手术。因此,是治疗 BPH 的首选手术方法。

3.1 手术操作体会

3.1.1 止血 术中常见:动脉出血多为喷射状;静脉出血压力低,创面渗血;静脉窦出血多为包膜穿孔,难以电凝止血。切除前列腺组织时,分区依次切除,每切一处,有动脉出血,影响视野的必须电凝止血,包膜出血,创面均电凝,必须保持包膜平整,出血少。膀胱颈仔细止血,可能出血喷向膀胱内,不易发现。要保持视野清晰,排空膀胱,看清出血点再行有效止血。动脉大的出血,常在膀胱颈 4 点及 8 点,常在膀胱颈和前列腺窝交界处,首先切除此处可减少出血。有出血量大,可排空膀胱后,从膀胱颈退镜寻找出血点,容易止血^[2]。即时、准确、可靠止血是减少出血的关键。止血技术与手术质量相关。

3.1.2 修整 膀胱颈部先保留少许组织,防穿孔,最后切至

膀胱颈环状纤维,不过度显露。修整膀胱颈部至精阜前列腺包膜平整,无残留腺体。尽可能在低压灌注下观察。前列腺尖部修整为圆形,无腺体悬留,以免形成活瓣,影响排尿。前列腺体积大的往往超过精阜,残留仍会引起梗阻。腺体已超过精阜,术中要注意观察尿道外括约肌位置,用低功率电切,仔细辨认腺体,精细的薄层切除,保持好电切镜定点位置,以避免损伤尿道外括约肌。

3.1.3 视野不清的处理 视野不清,影响操作。清洁摄像头,保持干燥;摄像头聚焦清晰,景深好;调节光源亮度适合,中心聚光;术中分区切割,即时、可靠止血,防大出血;观察流出通道引流情况,即时清除镜鞘中血凝块,保持连续灌洗通道畅通。视野才能清晰,保证切割准确。

3.2 术后并发症的处理

3.2.1 电切综合征(Transurethral resection syndrome, TURS)防治 TURS是术中冲洗液吸收过多,形成稀释性低钠血症(水中毒)。术中穿孔静脉窦开放,水吸收;手术时间长;冲洗液高度>60 cm,压力大;冲洗液用蒸馏水、糖水;水吸收多,术后易出现电切综合征。若手术时间超过 60 min,可用速尿 20 mg 静推,或 10%高渗盐水 50 ml 加入 100 ml 生理盐水中快速静滴,预防 TURS 的发生。缩短手术时间。术后换用生理盐水冲洗。监测血钠,吸氧等对症治疗,早发现,早纠正电解质。电切综合症关键是早期发现和预防。

3.2.2 术后出血 是术后常见的并发症。早期出血常为切面不光滑,止血不彻底,或切穿静脉窦过多,前列腺癌等引起。术中应切平包膜,止血时注意准确、可靠,有效止血;并大范围电凝止血,不过度电凝。晚期出血一般于术后 7~21 d 发生。术后 1 周再次出血多为血痂脱落,或组织坏死脱落引起。术后保持大便通畅,防止剧烈咳嗽,适当活动。防前列腺窝受压^[3],减少出血。本组有 2 例术后 3 月反复少量出血,经病理复查为前列腺癌,1 例伴骨转移。

3.2.3 尿道狭窄 本组尿道外口狭窄 52 例,球部尿道 7 例,膜部尿道 2 例,术后导尿管过度牵拉,或以纱布结扎于导尿管,将阴茎缩短造成尿道黏膜的皱缩和缺血损伤,是构成尿道狭窄的高危因素^[4]。尿道外口是最狭窄处,镜鞘较大,进镜鞘时容易损伤,注意润滑;不能进镜的,不能强行;可行尿道外口切开并 U 成形。本组 1 例阴茎部尿道狭窄,从球部尿道横断,完成手术。2 例膜部尿道狭窄的发现在早期开展电切时,与前列腺尖部腺体处理有关。本组尿道狭窄均尿道扩张,反复 1~5 次后排尿通畅。

3.2.4 尿失禁 本组拔尿管后急性尿失禁 11 例,均在 2 d 内恢复,真性尿失禁 2 例,1 例为早期开展时病例。1 例术后为前列腺癌,随访 11 个月后消失。术中保持视野清晰,找准

确解剖位置,认清腺体,定点切割。避免损伤外括约肌,是预防术后尿失禁的关键。切除镜插入也可发生尿道损伤,造成假道,括约肌损伤^[5]。

3.2.5 排尿困难 主要是膀胱颈挛缩、尿道狭窄、腺体残留等引起。膀胱颈挛缩是因为小前列腺腺窝腔小、康复期纤维瘢痕增生挛缩所致,术中保留 9~3 点位尿道及黏膜可预防膀胱颈挛缩^[6]。行电切镜切开挛缩瘢痕可治愈。本组 1 例术后排尿困难,因患者长期留置尿管 3 年入院,并膀胱多发结石,术后 7 d 拔除尿管不能排尿,留置尿管回家,白天夹闭尿管,训练排尿意识,随访 3 个月后正常排尿。

老年患者逐渐知晓了 TURP 治疗 BPH, TURP 已成为患者的首选术式。TURP 是操作较简易、出血少、安全性高、疗效确切的手术,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 许纯孝,赵升田.临床泌尿外科[M].济南:山东科学技术出版社,2007:594-596.
- [2] Xu C X, Zhao S T. Clinical urology [M]. Jinan: Shandong Science & Technology Press, 2007: 594-596.
- [3] 吴阶平.泌尿外科[M].济南:山东科学技术出版社,1993:1276-1290.
- [4] Wu J P. Urology[M]. Jinan: Shandong Science & Technology Press, 1993: 1276-1290.
- [5] 马腾骧.实用泌尿外科手术技巧[M].天津:天津科学技术出版社,2002:837-842.
- [6] Ma T X. Practical operation techniques of urology [M]. Tianjin: Tianjin Science & Technology Press, 2002: 837-842.
- [7] 李义,叶敏,王加强,等.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):122.
- [8] Li Y, Ye M, Wang J Q, et al. Treatment and prevention of urethral stricture complicated by transurethral vapo-resection of prostate[J]. Chinese Journal of Urology, 2005, 26(2): 122.
- [9] 郭应禄.腔内泌尿外科[M].北京:人民军医出版社,1992:142-160.
- [10] Guo Y L. Endoscopic Urology [M]. Beijing: People's Military Medical Press, 1992: 142-160.
- [11] 季惠翔,贾晋伟,宋彩萍,等.良性前列腺增生术后膀胱颈挛缩的诊治[J].重庆医学,2008,37(13):1399.
- [12] Ji H X, Jia J W, Song C P, et al. Treatment of bladder neck contracture or atresia after benign prostatic hyperplasia operation[J]. Chongqing Medicine, 2008, 37(13): 1399.

(责任编辑:冉明会)