

前列腺电切术后急性尿潴留的临床研究

区向新¹

[摘要] 目的:分析前列腺电切术后急性尿潴留的发生原因,总结其治疗经验,有效降低前列腺电切术后急性尿潴留的发生率,提高治疗效果。方法:对 50 例发生前列腺电切术后急性尿潴留的患者进行原因分析,并对其治疗方法进行回顾性总结。结果:50 例患者发生尿潴留原因各异,均能通过相应治疗恢复排尿。结论:通过相应治疗,能够有效降低前列腺电切术后急性尿潴留的发生率,提高治疗效果。

[关键词] 良性前列腺增生;前列腺电切术;尿潴留

[中图分类号] R697 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2012)03-0235-02

自 1998 年 6 月~2010 年 12 月,我院为 680 例 BPH 患者施行经尿道前列腺电切术,其中术后拔除尿管出现急性尿潴留 50 例,占 7.3%,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 BPH 患者共 680 例,年龄 50~90 岁,平均 65.3 岁。术前出现急性尿潴留需要留置导尿管者 450 例,术前曾经行保守治疗超过 3 个月者 150 例,并有膀胱结石者 180 例。

1.2 治疗方法

本组均采用 TURP 术或 TURP+TUVP 术联合治疗。行持续硬膜外麻醉,取截石位,采用 Circon ACMI(F_{25.6})尿道电切镜、电切环和铲状汽化电极,在电视监视下进行操作,汽化电切功率 250~280 W,电切功率 180~200 W,用 5%甘露醇为冲洗液。经尿道入镜后观察膀胱各壁、后尿道、膀胱颈、输尿管开口位置,确定精阜标志,测定颈口至精阜的距离,了解前列腺大小、形态。采用分隔切除法(改良 Silber 法),先安装汽化电极,于 6 点处切取纵行标志沟,从膀胱颈开始,远端止于精阜,深达前列腺包膜,再于 12 点切除另一条纵行标志沟,达到包膜,将腺体分隔两叶(中叶增生者例外),向两侧(1 点,11 点)沿包膜将腺体间切一纵沟达到接近 6 点处,前达精阜,后达膀胱颈,将两侧叶分隔孤立,转换电切环,将隔离的两侧叶(几乎是无血情况下)切除。中叶增生者先于中叶与两侧叶之间切取纵沟隔离中叶,切除中叶,再切取 12 点纵沟,余下步骤同前,最后修整尖部,止血,将镜鞘退至精阜远端处,观察颈口及腺窝通畅情况。吸出膀胱内碎块组织后,重新入镜检查创面,彻底止血,膀胱充水测试排尿是否通畅,术后留置三腔尿管 3~5 天^[1]。

2 结果

680 例 BPH 患者术后 3~5 天拔除尿管,其中出现急性尿潴留 50 例,占 7.3%。50 例患者发生

尿潴留原因各异,但均能通过相应治疗恢复排尿。

3 讨论

经尿道前列腺电切除术因为其创伤小、术后恢复快、并发症少而被公认为治疗 BPH 的金标准^[2]。随着前列腺电切设备的不断完善和手术水平的提高,TURP 的治疗地位已经得到公认,但术后出现急性尿潴留仍时有发生,以往对这一问题均未够重视,常常认为是术后尿道水肿而重新留置尿管,1 周后再次拔除。笔者认为术后出现急性尿潴留的原因各异,进行针对性治疗,往往会收到更好的效果。具体原因归纳为:①前列腺切除不够,突出膀胱部分前列腺残留较多,精阜双侧有前列腺组织残留,前列腺窝内高低不平,有较多垂片,未能有效地解除梗阻。②术后伤口感染,尿道炎症、水肿。③逼尿肌收缩无力,神经源性膀胱,逼尿肌括约肌协同失调。④术后创面继发性出血,脱痂,血块堵塞。⑤尿道狭窄,尤其是尿道口狭窄。⑥不稳定膀胱,创面未完全愈合,受尿液刺激,膀胱颈、前列腺尿道部不自主的痉挛、收缩。⑦精神因素^[3]。以上原因可以作如下针对性治疗:①重新入镜修整前列腺创面,排尿试验有助判断手术效果。前列腺切除术能有效地解除梗阻^[4]。②术后加强消炎,必要时可用地塞米松 10 mg 静注,以减少尿道水肿。③重新留置尿管,定时夹闭,锻炼膀胱。④重新留置尿管,吸出血块,冲洗膀胱,应用止血药,必要时重新电凝止血。⑤定时清洗尿道口,防止分泌物残留,造成尿道口粘连,手术操作时动作轻柔,要保证足够润滑,减少黏膜损伤,出现狭窄时可行尿道扩张。⑥术后应用 α 受体阻滞剂,改善膀胱颈、前列腺尿道部不自主痉挛、收缩,如盐酸坦索罗辛。盐酸坦索罗辛为高选择性 α_1 肾上腺素能受体阻滞剂,对主要分布于前列腺及膀胱颈周围平滑肌组织中的 α_{1A} 受体作用最强,可以松弛前列腺平滑肌,降低后尿道的压力^[5]。因前列腺创面愈合需要 1~3 个月,建议使用该药物至少术后 1 个月,必要时加用止痛药。⑦拔出尿管后嘱患者精神放松,顺其自然,克服心理障碍。

¹ 南方医科大学附属新会医院泌尿外科(广东江门,529100)
通信作者:区向新, E-mail: ouxiangx666@hotmail.com

总之,经尿道前列腺电切除术是治疗 BPH 的有效方法,但术后仍会出现不能排尿症状,患者反应较为强烈,我们应该重视这一问题。造成尿潴留的原因可以是单个,也可以是多个,及时找出原因并作出针对性治疗,有助于减少尿潴留的发生率,提高治疗效果。

参考文献

[1] 区向新,任宗琅,吴国定,等. 经尿道气化电切术治疗前列腺增生症[J]. 医学临床研究,2003,2:107-108.

- [2] 吴阶平主编. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:1187-1197.
- [3] 梅骅,陈凌武,高新主编. 泌尿外科手术学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2008:1.
- [4] 徐亚文,刘春晓,郑少波,等. 经尿道前列腺剜除切割法不同层面组织病理分析[J]. 广东医学,2008,1:107-109.
- [5] 张杰,蔡宪安. 盐酸坦索罗辛单药治疗良性前列腺增生疗效观察[J]. 临床医学,2010,4:79-80.

(收稿日期:2011-10-24)

超声引导经皮肾镜气压弹道联合超声碎石术 治疗输尿管上段结石

程全科¹ 郭念湘¹ 吴国英¹ 王凯¹

[摘要] 目的:探讨超声引导经皮肾镜气压弹道联合超声碎石术治疗输尿管上段结石的可行性和安全性。方法:回顾性分析我院自2007年1月~2011年11月采用超声引导下经皮肾镜联合超声碎石清石系统治疗59例输尿管上段结石患者的临床资料,并对治疗效果及并发症进行总结。结果:59例患者中,57例一期单通道取石;2例合并严重感染患者一期行经皮肾穿刺造瘘,二期从原通道取石;清石率100%,无气胸、腹腔脏器损伤、出血等并发症。结论:超声引导下经皮肾镜气压弹道联合超声碎石术治疗输尿管上段结石具有创伤小、治愈率高、操作安全、疗效可靠的优点。

[关键词] 输尿管结石;经皮肾镜;气压弹道碎石;超声碎石

[中图分类号] R693 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1001-1420(2012)03-0236-02

临床上对于输尿管上段结石,一般采用传统的体外冲击波碎石及输尿管镜下碎石的治疗方法。而对于大的输尿管结石,特别是大于2 cm的结石及合并重度肾积水的患者,尤其是与输尿管黏膜相互嵌入并伴息肉包裹的结石,复震次数多,潜在危害大,周期长,残石率高;而行输尿管肾镜碎石容易将结石冲入肾内,导致残石率增高。2007年1月~2011年11月,我们采用超声引导下经皮肾镜气压弹道联合超声碎石清石系统(EMS)治疗输尿管上段结石患者59例,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组59例,男35例,女24例,年龄21~76岁,平均43.6岁。结石位于左侧输尿管上段37例,右侧输尿管上段22例。合并糖尿病者15例,有高血压者5例,2例有脑梗塞病史。同侧重度肾积水29例,其余均有轻中度积水。曾行ESWL者33例。患者术前均行彩超、腹部平片、CT确诊,48例患者行IVP检查。

1.2 治疗方法

所有患者均采用连续硬膜外阻滞麻醉。麻醉成功后,患者首先取截石位,经膀胱镜患侧输尿管逆行插入F_{5~7}输尿管导管,并固定于双腔气囊导尿管上,输尿管导管连接40~60 cm高度生理盐水持续滴入造成“人工肾积水”。然后患者取俯卧位,腰腹部垫高,常规消毒铺巾,彩超确定最佳穿刺点。采用二步法建立穿刺通道,首先用18G穿刺针在彩超引导下穿刺进入目标肾盏,一般取后组肾中盏或上盏穿刺。进入目标肾盏后,拔出针芯,见有尿液溢出或用10 ml注射器抽出尿液后证实穿刺成功。从穿刺针置入专用0.889 mm金属引导导丝,使用德国产肾穿刺造瘘套装筋膜扩张器,按顺序从F₁₀~F₁₆隔号逐步扩张通道并置入peel-away鞘,然后用R. Wolf套叠式金属扩张器顺导丝逐号扩张至F₂₄,再推入Wolf F_{20,8}镜鞘。进镜通过肾盂输尿管移行处进入输尿管上段,发现结石后,采用第三代瑞士EMS公司产的Swiss Litho Clast Master弹道超声波碎石清石系统(包括合二为一的气压弹道碎石与超声碎石系统、负压吸引装置),首先用超声探针将结石击碎并吸出(对于较硬结石,则使用气压弹道将结石击碎成直径<0.5 cm小结石),再联合使用超声碎石清石系统进一步将结石粉碎吸

¹解放军第152中心医院泌尿外科(河南平顶山,467000)
通信作者:程全科, E-mail:chengquanke@126.com