

《现代医院》杂志栏目

[现代化纵论](#) [专业技术篇](#)[学科进展](#) [论著·论述](#)[实验与应用研究](#) [临床经验](#)[传统医学](#) [医技诊疗](#)[临床药学](#) [护理技术](#)[心理医学](#) [医改实践](#)[质量管理](#) [应急管理](#)[文化建设](#) [人力资源](#)[后勤支持](#) [信息服务](#)[社区卫生服务](#) [预防保健](#)[医师手记](#) [港澳台链接](#)[科技新知](#) [辞海查新](#)[院刊集锦](#) [医院采撷篇](#)

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

[更多>>](#)

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

经尿道前列腺电切术后排尿异常原因分析

[作者: 刘俊强] 来源: 本站原创 阅读数: 281

(广东省茂名农垦医院泌尿外科 525200)

摘要: 目的 探讨经尿道前列腺电切术后排尿异常原因及防治。方法 对采用经尿道前列腺电切术治疗患者, 术后出现排尿异常原因进行分析及处治。结果 经尿道前列腺电切术后排尿异常患者经治疗病情有所改善。其中, 术后继发出血10例, 尿道感染6例, 尿道狭窄9例, 膀胱颈挛缩8例, 前列腺腺体术后复发6例, 尿失禁5例, 尿道直肠瘘2例。结论 经尿道前列腺电切术后排尿异常原因是可以预防和治疗的。

我院自2006年1月-2009年12月收治的500例良性前列腺增生症患者, 施行经尿道前列腺电切术, 术后46例出现排尿异常需要再入院治疗, 现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料: 本组500例, 年龄50-89岁, 平均69.5岁。根据国际前列腺症状评分(I-PSS), 前列腺指检, 经腹B超检查, 尿流测定, 血清(PSA)检查, 术后病理检查均诊断为良性前列腺增生症。均施行经尿道前列腺电切术, 术后46例出现排尿异常需要再入院治疗, 本院39例, 外院转入7例。合并糖尿病的9例, 心肺脑疾病15例, 肾功能不全6例, 术后时间为5天~2年。入院后经腹B超检查, 膀胱镜检查, 尿流率测定, 尿液三杯测定, 尿道造影。其中, 术后继发出血10例, 尿道感染6例, 尿道狭窄9例, 膀胱颈挛缩8例, 前列腺腺体术后复发6例, 尿失禁5例, 尿道直肠瘘2例(系基层外院转入)。

1.2 治疗方法: 继发出血者量大的患者在电切镜下清除膀胱内积血块, 并适当电凝出血点, 出血者量少的患者留置三腔气囊导尿管, 持续膀胱冲洗, 加止血药物支持对症;尿道感染者实施抗炎治疗。尿道狭窄者, 行尿道扩张疤痕切除, 定期尿道扩张。膀胱颈挛缩者行经尿道膀胱颈切开。前列腺腺体残留或术后复发者, 再行施行经尿道前列腺电切术。尿道直肠瘘者行耻骨上膀胱造瘘, 乙状结肠造口及尿道直肠瘘修补。尿失禁者予括约肌功能锻炼(提肛训练)及相应的药物治疗。

2. 结果

治疗后1个月-1年随访[1], 除2例真性尿失禁患者外, 其余病例经上述处治后, 获得良好的疗效, 排尿异常的情况消失或显著改善。

3. 讨论

经尿道前列腺电切术近年来已广泛在临床上开展, 具有创伤小, 恢复快, 疗效显著等优点, 是治疗良性前列腺增生的金标准。具有与传统手术相比的一系列优越性, 但部分术后患者因不同并发症致排尿异常, 而需要再次入院治疗。

3.1 术后出血原因 (1) 早期原因: ①腺体切除不完全和膀胱颈切除不规则导致术中止血不彻底。②血液凝血机制障碍 糖尿病患者血糖、高血压控制不理想, 肾功能不全, 心脑血管疾病长期服用小剂量阿司匹林、丹参服用未及2周。③导尿管气囊进入腺窝, 致腺窝与膀胱隔绝不全。④导尿管被血凝块堵塞致膀胱和前列腺窝充盈。(2) 后期原因 多发生在术后2-4周。①术后较大创面的焦痂脱落, 暴露出痂下血管。②老年人易于发生便秘。咳嗽等增加腹压的因素引发术后血管破裂或血栓脱落出血。③术后长时间停留尿管刺激尿道, 尿道分泌物不能顺尿道排出, 引起尿道感染, 使切除的前列腺创面水肿, 血管脆性增加。④活动过度, 骑自行车, 长时间坐车, 饮酒等。综合上述情况, 有以下防治体会: 术前应合理有效地控制感染, 给予缓泻药物改善便秘, 前列腺腺体较大的口服非那雄胺片剂, 心脑血管患者需停服抗凝、活血类药物2个星期以上, 肾功能差的患者应采取使肾功能缓解, 糖尿病患者血糖控制理想, 血压控制理想。术中操作熟练规范准确, 结束前创面止血尽可能彻底, 切除组织尽可能冲洗出体外及保持尿管的通畅, 导尿管气囊20-30ml, 使前列腺腺窝与膀胱隔绝完全。术后仍需积极有效地控制感染, 给予缓泻药物预防便秘, 鼓励多喝水及适度活动, 避免饮酒或进食刺激性食物。尽可能减少引起腹压增高的诱因叮嘱患者勿用力逼尿, 适当服用非那雄胺片剂 [2]。

3.2 尿道感染及急性附睾炎 其原因有术前泌尿系感染未控制, 术前尿潴留长期留置尿管, 术中无菌操作不严格, 术后冲洗液导致感染, 术后留置尿管管径太粗, 堵塞尿道分泌物不能顺尿道排出, 引起尿道感染增加尿道感染机会, 同时尿道感染经射精管及输精管逆行感染附睾引起附睾炎。综合上述情况, 有以下防治体会: 长期留置尿管术前术后应合理应用抗生素, 术中严格遵守无菌操作, 术后加强尿管护理保持尿管的通畅冲洗顺畅, 留置合适管径尿管, 留置尿管的时间不宜过长一般3-5天。

3.3 排尿困难 ①. 前列腺腺体残留、复发。通常腺体残留位于前列腺尖部和膀胱颈部, (一)术者技术不熟练致腺体切除不够, 局部立体定位差, 不能辨别前列腺腺窝各部的切面所见, 术中惧怕损伤包膜或外括约肌而未切割到前列腺包膜。(二)创面活瓣形成。未能修平前列腺创缘特别是前列腺尖部上缘12点, 形成创面活瓣。② 膀胱功能障碍。膀胱逼尿肌无力或膀胱逼尿肌括约肌功能失调导致排尿困难。③. 尿道狭窄。(一)前尿道狭窄主要原因与解剖及器械操作

有关,外尿道口小,置镜操作时粗暴,镜鞘长时间压迫反复进出,致尿道黏膜损伤如穿孔、假道、黏膜撕脱,长期留置尿管。(二)后尿道狭窄主要为感染及疤痕纤维化[3],术中过分电凝前列腺创面致术后疤痕明显增生纤维化,创面愈后不良感染。④.尿道感染,由于尿道感染引起膀胱颈或尿道充血水肿,造成尿道横截面减少。⑤膀胱颈挛缩,多发生在前列腺体积较小的患者,合并患有慢性前列腺炎,电切时电流地损伤,电切操作的不等。⑥.术后出血。术后体力劳动致膀胱内大量积血堵塞。综合上述情况,有以下防治体会:根据病例采取合适的手术方式,尿道外口狭窄可在术前用刀片在尿道外口6点处切开偏小的尿道外口环[3],术中直视下进镜,尽可能避免尿道粘膜破损,穿孔及假道形成,避免重复出入镜,术中电凝止血功率不宜过高,时间不宜过长,范围不宜过大[4]。术后尿道狭窄发生在1-2月内的可定期尿道扩张或疤痕切除,术后短期应用皮质激素。

3.4尿失禁 ① 急迫性尿失禁[5],前列腺腺窝局部炎性水肿刺激外括约肌关闭机制失灵和存在不稳定膀胱或膀胱顺应性降低。②充盈性尿失禁[5],腺体残留或复发的增生腺体长期压迫梗阻,使外括约肌处于过度伸长状态收缩力低下。③压力性尿失禁[5],术中损伤括约肌。和Foley导尿管的球囊压迫括约肌。尿道瘢痕性狭窄的形成。综合上述情况,有以下防治体会:熟练掌握电切技术,术中切割腺体时不要随意更换切割面,更换切割面时要保持术野的清晰,切割界面要清晰尽量平整。熟悉局部解剖结构,术中牢记精阜的位置,避免损伤外括约肌。假性尿失禁一般不需要特殊处理,数天内可自愈,若症状较重可通过提肛训练增加外括约肌收缩力及服用钙离子或受体阻滞剂放松膀胱逼尿肌治疗。完全损伤外括约肌致真性尿失禁不可逆治疗效果差,需要重点关注。

3.5.尿道直肠瘘 主要原因电切时操作不当,切除前列腺腺体切除过深切穿前列腺包膜,直接切穿直肠。术后尿管留置 处理不当使尿道局部缺血坏死,前列腺腺窝感染而引起。综合上述情况,有以下防治体会:熟悉局部解剖结构,特别是前列腺尖部5点至7点范围处,电切时不要切穿前列腺包膜,尿管放置恰当,合理有效地控制感染,

总之,尿道前列腺电切术是治疗前列腺增生安全有效的外科治疗方法。尿道前列腺电切术后排尿异常原因明确,只要每一位腔内泌尿外科医师不断提高技术操作水平,熟悉解剖标志,保持对并发症的高度重视,加强术前准备。术中的监测和术后的随访,发现并及时处理并发症。尿道前列腺电切术后排尿异常是可以防治。

参 考 文 献

1. 那彦群.主编.孙则禹,叶章群等中国泌尿外科疾病诊断治疗指南.[M].2007版.5(5):114.
2. 徐亚文.刘春晓.郑少波等前列腺电切术后膀胱内大量积血的腔内处理及预防.中国内镜杂志[J].2005;5(13):490-494.
3. 李义.叶敏.王加强,等。经尿道前列腺电汽化切术后尿道狭窄的防治.中华泌尿外科杂志.[J].2005;26(2):121-124
4. 张良.经尿道前列腺电汽化切术后膀胱颈部挛缩的治疗.中华男科学杂志.[J]2008;6(22).27-28
5. 郭骏.潘铁军等经尿道前列腺电切术后尿失禁原因的尿流动力学分析.中华男科学杂志.[J].2004;2(10):115-116