前列腺增生经尿道等离子切除术后出血原因及处理

Reason analysis and treatment of hemorrhage after transurethral plasma resection for benign prostatic hyperplasia

王增利,赵卫红,孙伍柒 (渭南市中心医院泌尿外科,陕西 渭南 714000)

[**摘 要**] **目的** 探讨前列腺增生经尿道等离子切除术后的出血原因及处理。**方法** 回顾性分析我院 2009 年 12 月至 2013 年 12 月收治的良性前列腺增生经尿道等离子切除术后出血的患者 61 例,探讨术中出血的原因及相应的处理。**结果** 除患者伴高血压等慢性疾病的原因外,直接出血原因包括术中止血不彻底 15 例,术后患者出现躁动不配合治疗,过度活动出血 11 例,尿管脱落出血 7 例,膀胱过度充盈导致出血 10 例,气囊位置不佳导致引流不畅出血 4 例,导尿管受压 1 例,用力排便导致腹腔压力过大出现出血 3 例,慢性咳嗽患者咳嗽导致出血 4 例,患者患膀胱炎导致出血 2 例,其他原因导致出血 4 例。所有患者采取止血措施后均止血,52 例患者出血后经一般措施止血,9 例患者采取镜下止血。**结论** 术前全面检查分析,术中细心熟练操作,术后根据出血原因做好相应的处理措施,必要时及时行二次手术止血是降低经尿道等离子前列腺切除术术后出血的关键。

[**关键词**] 前列腺增生;经尿道等离子切除术;出血原因;分析处理

[**中图分类号**] R697.3 [**文献标识码**] A [**文章编号**] 1672-5042(2015)02-0220-02

随着人们生活习惯的改变,医疗水平的提高及人口老龄化的加剧,良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia,BPH)的发生率逐年升高[1-2]。经尿道等离子前列腺切除术(transurethral plasmakinetic resection of prostate,TUPKRP)是继第一代经尿道前列腺电切术(TURP)、第二代经尿道前列腺汽化术(TUVR)发展而来的第三代技术[3-4],自 2001 年引进我国后迅速推广,是目前治疗各种前列腺疾病,特别是 BPH 的主要方法之一[5]。TUPKRP 虽然治疗效果较好,但仍有一定的术后出血的概率,导致住院时间延长,影响术后恢复,严重的更可影响到手术治疗效果,甚至出现休克,危及患者生命安全[6]。本院回顾性分析我院近年来应用经尿道等离子前列腺切除术后出血的患者,探讨其出血原因及相应处理,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院自 2009 年 12 月至 2013 年 12 月收治的良性前列腺增生经尿道等离子切除术后出血的患者 61 例,年龄 56 ~ 78 岁,平均(69.2 ± 8.7)岁,术前多普勒超声检测前列腺质量为 45 ~ 95 g,平均(65.1 ± 6.5)g,合并高血压患者 14 例,慢性呼吸系统疾病患者 6 例,糖尿病患者 9 例。国际前列腺症状评分(IPSS)为(26.2 ± 2.9)分,生活质量评分(QOL)(5.5 ± 0.5)分,最大尿流率(71. ± 3.9)mL/s,残余尿平均 120 mL。

1.2 治疗方法

所有患者均行前列腺增生经尿道等离子切除术,采取硬膜外麻醉,取截石位后直视下插入电切镜,观察精阜形态及位置,前列腺的形态与大小及膀胱内部的情况。如有膀胱结石需先行激光碎石或碎石钳碎石。术中常规穿刺造瘘,切除从 6 点处开始,按顺序依次切除中叶、两侧叶、前叶。术后放三腔气囊尿管,注水约 60 mL,牵引固定 24 h,术后生理盐水持续冲洗至冲洗液体清亮,5 ~ 6 d 后拔除尿管,常规给予抗生素及止血药物。

1.3 判断方法

以术中手术视野的清晰度,术后灌洗液的颜色及患者生命体征的改变,血常规等实验室检查的变化及患者的临床表现判断是否出血。

2 结果

2.1 出血原因

除患者伴高血压等慢性疾病的原因外,直接出血原因包括术中止血不彻底 15 例,术后患者出现躁动不配合治疗,过度活动出血 11 例,尿管脱落出血 7 例,膀胱过度充盈导致出血 10 例,气囊位置不佳导致引流不畅出血 4 例,导尿管受压 1 例,用力排便导致腹腔压力过大出现出血 3 例,慢性咳嗽患者咳嗽导致出血 4 例,患者患膀胱炎导致出血 2 例,其他原因导致出血 4 例。

2.2 处理措施

所有患者在出血早期均需在保持引流管通畅的基础上加大膀胱冲洗速度,给予静脉止血三联(止血敏、氨苯甲酸和维生素 K),将气囊尿管牵拉至大腿内侧,应用气囊压力压迫膀胱颈部给予止血,随时调整气囊位置及气囊内的注水量,这样有助于膀胱腔与前列腺窝的隔开,避免前列腺反流至膀胱。如形成血凝块可应用膀胱冲洗器械将血凝块吸出;烦躁不配合的患者可适当给予镇静治疗;伴膀胱痉挛患者可直肠内置入吲哚美辛或给予哌替啶肌肉注射;伴导尿管脱落的患者须立即更换导尿管并及时吸出血凝块。如上述治疗措施均无效的患者需采取镜下止血,置入膀胱镜鞘,在拔血器的配合下对血液进行清除,如血凝块与组织粘贴过于牢靠,可在吸除血块后再次应用电凝止血。电凝后继续冲洗,如动脉再次出血,需再次给予电凝

doi:10.11659/jjssx.06E014313

[**收稿日期**] 2014-09-29 [**修回日期**] 2014-10-24

止血。

2.3 止血结果

所有患者采取上述止血措施后均止血,52 例患者出血后经一般措施止血,9 例患者采取镜下止血。

3 讨论

经尿道前列腺电切术距今已有 80 多年的历史,具有长期疗效确切、并发症少、操作简单及创伤小等优点,一直被看做是手术治疗良性前列腺增生(BPH)的"金标准"[5-6]。近年来,治疗 BPH 的新技术不断出现,钬激光和等离子应用亦越来越广泛。钬激光前列腺剜除术对术者操作要求较高,术中的包膜辨认及止血均有一定困难,且设备成本较高,限制了钬激光技术的应用[7-8]。经尿道等离子前列腺切除术(TUPKRP)工作原理主要是应用电切环同时带有回路电极及工作电极,且无需负极板,又被称为双极汽化电切。电流通过工作及回路电极产生相应回路并释放射频能量,将导电介质通过生理盐水转化成为围绕电极的高聚焦等离子体[9-10]。TUPKRP 具有手术创伤小、术后恢复较快的优点,已被广泛应用,但是其术后出血一直是其较为严重的并发症,影响了手术的效果及预后[11-12]。国内研究 TUPKRP 术后出血的文献不多。本研究结果显示,TUPKRP 术后出血的主要原因为术中止血不彻底,术后患者出现躁动不配合治疗,过度活动出血,膀胱过度充盈导致出血及尿管脱落导致出血等。针对出血原因,需积极做好相应的预防措施:①术前需对患者全身状况进行评估,特别是影响凝血功能的药物,术前需暂停服用[13]。②术中需彻底止血。术中止血不彻底,主要由术者操作技术不够熟练,手术过程中止血不完善所致,因此提高术者的操作技术是预防术后出血的重要措施。电切过程中如有动脉出血,需立即止血,即使手术视野不清、寻找困难时亦须耐心寻找[4]。③术中如三腔气囊尿管放置不当,或注水量不适当,可导致气囊进入前列腺窝,需及时调整。④术后及时镇痛,避免患者因疼痛引起烦躁及尿路刺激,引起术后出血。⑤术后要及时检查冲洗液颜色,对于颜色深的患者需常规放入电切镜急性止血。⑥术后出血量较大的患者易导致膀胱填塞症状,需立即制定处理方案,及时监测患者生命体征,防止患者休克。具有休克体征的患者,需立即建立静脉通道输血或补液,采取一般措施止血无效的应立即作出二次手术处理,二次术中应冷静,以免伤及周围组织[14]。

本研究还发现,用力排便或慢性咳嗽患者咳嗽导致腹腔压力过大亦可导致术后出血。因此,对于慢性咳嗽及长期便秘患者应嘱禁烟,采取合理的饮食习惯,调整心态,必要时给予止咳及通便处理[15]。

综上所述,对行 TUPKRP 患者术前进行全面的检查分析,术中认真细心熟练操作,术后及时根据出血原因做好相应的处理措施,必要时及时行二次手术止血是降低 TUPKRP 术后出血的关键。

[参考文献]

[1] 韩宝义,朱世明,李秀玲. 尿道气化电切术治疗老年前列腺增生 80 例的麻醉体会[J]. 局解手术学杂志,2010,19(3):212 – 214.

[2] 张海民,郑军华,许云飞,等. 经尿道等离子前列腺切除术治疗 BPH 术后性功能状况调查[J]. 中华泌尿外科杂志,2010,31(7):486 – 488.

[3] 孙复正,冯 伟,邱海峰,等. 经尿道等离子前列腺切除术[J]. 局解手术学杂志,2008,17(2):145 – 146.

[4] 王 硕,许清泉,黄晓波,等. 两种经尿道等离子前列腺切除术治疗 BPH 疗效比较[J]. 微创泌尿外科杂志,2013,2(1):71 – 73.

[5] 赵彦良,卢慕峻,杨有学,等. 经尿道等离子前列腺切除术治疗良性前列腺增生的临床应用[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2012,6(24):8400 – 8401.

[6] 刘洪新,张爱民,浦金贤,等. 等离子体切除前列腺与电切前列腺的比较[J]. 中华男科学杂志,2007,13(2):181 – 182.

[7] 顾 恒,王昌兵,李 博,等. 经尿道等离子前列腺切除术治疗良性前列腺增生 120 例[J]. 蚌埠医学院学报,2011,36(7):728 – 730.

[8] 刘齐贵,李 新,麻伟青,等. 经尿道钬激光前列腺剜除术治疗症状性前列腺增生症 3162 例分析[J]. 中华外科杂志,2013,51(2):123 – 126.

[9] Michielsen DP, Coomans D, Engels B, et al. Bipolar versus monopolar technique for palliative transurethral prostate resection[J]. Arch Med Sci,2010,6(5):780 – 786.

[10] 杨军昌,董焱鑫,钱云程,等. 经尿道等离子双极电切治疗高危前列腺增生[J]. 中国内镜杂志,2008,14(3):237 – 239.

[11] Sugihara T, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. In-hospital outcomes and cost assessment between bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate[J]. J Endourol,2012,26(8):1053 – 1058.

[12] 卞 军,刘春晓,郑少波,等. 经尿道前列腺等离子腔内剜除术与切除术治疗前列腺增生的临床对照研究[J]. 南方医科大学学报,2008,28(5):742 – 745.

[13] 坎海英. 经尿道等离子前列腺切除术围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(34):4490 – 4491.

[14] 冀 阳,胡新生,郭国营,等. 经尿道前列腺等离子双极电切术与耻骨上经膀胱前列腺切除术治疗良性前列腺增生的疗效比较[J]. 中国老年学杂志,2012,32(21):4638 – 4640.

[15] 李兆璠,冯培刚,麦吉仁,等. 经尿道等离子前列腺电切除术后并发症分析[J]. 临床误诊误治,2013,26(8):62 – 65.

(编辑:杨 颖)