维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol. 14, No. 3



# 高龄患者耻骨上经膀胱前列腺摘除术(附30例)

徐 刚 (巴南区中医院泌尿外科, 重庆 401321)

[摘 要] **目的** 探讨高龄患者耻骨上经膀胱前列腺摘除术的优缺点。**方法** 30例80岁以上良性前列腺增生患者,行耻骨上经膀胱前列腺摘除术,观察其术后恢复及并发症。**结果** 22例患者术后均恢复良好,8例出现并发症,经治疗后均治愈。**结论** 耻骨上经膀胱前列腺摘除术对高龄患者仍为可选择的手术方式。

[关键词] 前列腺摘除术;高龄患者
[中图分类号]R697 [文献标识码] A [文章编号]1672-5042(2005)03-0163-02

## Suprapubic transvesical prostatectomy for the aged

XU Gang (Department of Urinary Surgery, Banan Chinese Traditional Medicine Hospital, Banan 400000, China)

**Abstract: Objective** To investigate the advantages and disadvantages of the suprapubic transvesical prostatectomy for the aged. **Methods** Thirty cases with benign prostatic hyperplasia underwent the suprapubic transvesical prostatectomy, and the results and complications were observed. **Results** Twenty-two cases recovered well. Eight cases developed complications and were cured ultimately. **Conclusion** Suprapubic transvesical prostatectomy is a choice for the benign prostatic hyperplasia of the aged.

**Keywords**: prostatectomy; aged patient

良性前列腺增生症是老年男性常见病,对于有手术指征的患者,现主要采用腔内治疗,而耻骨上经膀胱前列腺摘除术是前列腺增生症开放手术的经典术式,由于医疗条件及患者社会因素等原因,目前在我国仍有较多单位仍在开展,并有较稳定的手术效果。本文拟重点讨论在2003至1月至2004年12月间,我科收治80岁以上前列腺增生症35例,患者行开放性耻骨上前列腺摘除术时,在术前、术中及术后所应注意的相关问题。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

本组35例,其中30例手术,另5例因有绝对手术禁忌证而放弃。手术的患者年龄最小80岁,最大92岁,均有多次尿潴留病史,并发膀胱结石5例,伴出血3例,伴双肾积水3例,前列腺指检均Ⅱ°以上大小,最大者Ⅲ°。

### 1.2 麻醉及手术方法

25例行硬膜外麻醉,5例行全麻,由术者及麻醉医师依据患者全身情况共同拟定。手术取下腹正中切口,切开皮肤皮下,腹直肌前鞘,钝性分离腹直肌达耻骨后间隙,游离腹膜返折,并上推,显露膀胱前壁,打开膀胱,显露膀胱颈、三角区,观察双输尿管开口及输尿管嵴状况,在膀胱颈后唇弧形切开,直达前列腺包膜内,找到包膜与增生腺体的间隙游离,剜出前列腺增生部分。在前列腺窝内填入热纱布,悬吊膀胱壁,五分钟后,取出热纱布,缝合膀胱颈止血,膀胱颈口缩窄缝合至直径1.5 cm左右,仔细检查前列腺窝无渗血。由尿道外口放置双腔气囊尿管(20 F)入膀胱,注水30 ml,稍牵引、固定,再次检查膀胱颈无渗血,严密缝合膀胱切口外层加固,放置膀胱造瘘管固定,冲洗膀胱无溢液,冲洗液清亮,耻骨后放置引流管一根,缝合其他各层。

## 2 结果

30例80岁以上手术患者,平均住院23 d,一例膀胱漏尿明显,经膀胱修补治愈,5例术后肺部感染,2例电解质失衡,但经有效治疗治愈,患者均治愈出院,随访半年,排尿均正常。

## 3 讨论

80岁以上前列腺增生症的患者,一般病程长,夜尿次数高达10余次,有多次尿潴留的病史,同时并发膀胱结石,出血,双肾不同程度的积水,轻度的肾功能不全,充溢性尿失禁等,而且普通存在全身营养状况较差或差,存在着心脑血管、呼吸系统、消化系统的疾患[1-2],可以决定手术的患者,必须注意下述几个问题。

### 3.1 手术耐受性的评估

耻骨上经膀胱前列腺摘除术,是前列腺开放手术经典术式,对患者的耐受性要求高,手术创伤较大,有时出血量大,加之麻醉等因素,对生理干扰较大,特别是80岁以上的高龄患者,术后更容易出现一系列的并发症,或在原有慢性病基础上加重,在处理难度上有所增加,为了保证手术的安全性,术前手术耐受性的评估十分重要,手术耐受性的评估Ⅱ级以下方可手术[3]。

[作者简介] 徐 刚(1951-),男,重庆市人,主治医师,大专,主要从事泌尿外科、普外科方面的研究。电话:(023)86533007

[收稿日期] 2005-01-08 [修回日期] 2005-3-30

维普资讯 http://www.cqvip.com



3.2 全身情况及其他疾患治疗

患者入院后，经常规的术前检查，了解病人各器官功能状况是否有绝对的手术禁忌证，无绝对手术禁忌证者[4]，调整胃肠功能，鼓励多进食易消化、营养丰富的饮食，改善营养状况，增强抵抗能力，有低蛋白血症多进蛋白饮食，必要时，补入人体白蛋白，有心脑血管疾患的患者，根据所作的检查针对性治疗。肺部疾患的加强抗生素的应用，改善患者肺部通气功能、换气功能，贫血的患者，术前可输入同型全血 200～400 ml，糖尿病患者控制血糖 8 mmol/L 以下。

3.3 术中处理要点

患者 80 岁以上高龄，我们的经验是麻醉后，尽量缩短手术时间，要求手术熟练者主刀，减少手术和麻醉给受手术者带来生理干扰，30 例手术患者，手术时间最短 45 min，最长 1.5 h，平均 1 h。在缝扎前列腺动脉时，我们使用 1/0 薇桥线，减少术后由于羊肠线引起的松解脱落导致的出血[5]。

3.4 术后处理的要点

患者术后严密观察生命体征，血氧饱和度，常规低流量吸氧 24 h，严密观察膀胱持续冲洗通畅，冲洗液色泽情况。术后留置硬膜外麻醉导管，定时推注吗啡，解除膀胱颈痉挛避免出血，术后全身支持，使用有效的抗生素，改善重要器官供血供能，监测血常规，生化肾功等，了解是否有中度以下的贫血，电解质失衡，肾功不全等情况，如有则应及时纠正。患者进食后，要指导患者所进饮食的种类等，鼓励患者多咳嗽，咳出痰液，避免由卧床引起的肺部感染[6]。

在基层医院，有些单位尚未有经尿道前列腺气化电切镜，如果充分注意上述几个问题，对于排尿困难症状明显患者，耻骨上经膀胱前列腺摘除术仍是可行的手术方式。

[参考文献]

[1] Rule AD, Lieber MM, Jacobsen SJ, et al. Is benign prostatic hyperplasia a risk factor for chronic renal failure? [J]. J Urol, 2005, 173(3): 691－696.

[2] 王德富. 80 岁以上高龄前列腺增生症围手术期安全性分析[J]. 广东医学, 1995, 16(12): 864.

[3] Melo EA, Bertero EB, Rios LA. Evaluating the efficiency of a combination of pygeum africanum and stinging nettle (urtica dioica) extracts in treating benign prostatic hyperplasia (BPH): double－blind, randomized, placebo controlled trial[J]. Int Braz J Urol, 2002, 28(5): 418－425.

[4] Ntia IO, Okikiolu OA. Excretory urography before prostatectomy [J]. Afr J Med Med Sci, 1996, 25(1): 75－79.

[5] Ruzic B, Tomaskovic I, Trnski D. Systemic stress responses in patients undergoing surgery for benign prostatic hyperplasia[J]. BJU Int, 2005, 95(1): 77－80.

[6] Deliveliotis C, Liakouras C, Delis A. Prostate operations: long-term effects on sexual and urinary function and quality of life. Comparison with an age-matched control population[J]. Urol Res, 2004, 32(4): 283－239.

（编辑：邱全光）

（上接 160 页）

## 2 防范措施

2.1 术前要做到六查、十二对制度

六查：接病人查（病区、床号、姓名、性别、住院号、诊断、术前准备、术前用药及过敏情况）；病人入手术间查；麻醉前查；消毒皮肤前查，执刀时查；关闭体腔前后查。十二对：对科室、床号、姓名、性别、年龄、手术间号、手术名称、手术部位、所需药品、物品，药物过敏情况、灭菌器械、敷料是否合格，用物是否齐全适用。

2.2 防止病人发生意外

病人接到手术间后，向其解释说明床窄，不要在床上翻身侧卧，特别是小儿卧在手术台上等待手术或手术完毕等待送回病房时，巡回护士应在旁照顾，防止坠床摔伤；电刀使用要根据说明书使用，功率不可太大，要认真检查极板，尽量使用软极板，且粘贴在肌肉丰满处；摆放体位要得当，如截石位，骶尾部和膝关节处均应垫海绵垫，上肢外展不可超过 90°。

2.3 防止用药错误

术中新用药物标志一定要明显，术中用药时必须两核对，用过的各种药物空瓶保留在术后方可处理，并详细记录于病历上。取血时与血库人工作人员认真核对供血者与受血者的血型、采血日期、袋号，检查血液有无变质，无误后方可输入，并观察输血后反应，保留血袋至手术结束。

2.4 防止物品遗留病人体内

严格执行五数制度即数器械、数线卷、数缝针、数纱布、数术中所需的物品，并详细记录于巡回本上，术中添加物品随时准确记录，关闭体腔和缝合伤口前再次核对，以防留在伤口内，核对无误后关闭体腔，并在记录本上签字。

2.5 防止病理标本遗失或混淆

术中新取组织放入病理瓶内，并标明病人姓名、性别、年龄、床号、科室及手术部位，并填好送检登记记录。

2.6 严格执行消毒隔离制度的无菌操作规程

各种器械包要有消毒指示卡，外要有指示带，使用前检查，不符合变色要求或无指示卡不得使用，要定期采样监测消毒效果。消毒液要选用高效消毒剂，且测定浓度，定期更换。同时尽量采用高压灭菌或环氧乙烷消毒。

（编辑：兰阳军）