维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.1

前列腺切除术后排尿异常29例病因分析

邵 杨* 何旭革* 郭宇林*

开放性手术是良性前列腺增生症(BPH)有效的治疗方法之一。但是,部分患者在术后出现不同程度的排尿异常现象,如:尿频、尿急、尿线细、排尿无力、尿失禁等。本文对29例BPH患者术后出现排尿异常的病因进行分析。

一、资料与方法

我院自1995年3月至2000年11月行耻骨上经膀胱前列腺切除术(经病理证实良性前列腺增生)236例,平均年龄64.5岁,病程半年至五年不等,切除腺体平均重量42.8g,术后留置导尿7~14d,并在术后1~3个月内行常规单道程尿流率曲线测定进行筛选,凡尿总量>200ml时,最大尿流率(MFR)<15ml/s者为排尿困难。对排尿困难者进行膀胱压力曲线测定,四道程同步压力-尿流-肌电检查及内窥镜检查。

二、结果

本组术后发生排尿困难共29例,发生率12.3%。其中明确病因者26例,不明原因者3例。29例MFR(10.52±4.13)ml/s,平均尿流率(7.32±3.12)ml/s,T(44.34±10.82)s,V(253.7±53.2)ml,不明病因3例,皆因入镜失败病人拒绝进一步检查。29例中采用尿道扩张治疗8例,采用TUR治疗10例,再次手术2例,药物治疗8例,永久性膀胱造瘘3例。结果:MFR恢复到15ml/s以上者22例。不同程度改善者4例。对26例病因明确者中20例进行内窥镜检查,发现病因为:(1)膀胱颈部瘢痕狭窄3例(10.3%)。主要表现为膀胱颈部瘢痕增生,膀胱内口狭小,组织僵硬,弹性差不宜扩张。(2)膀胱颈或输尿管间嵴过高2例(6.9%)。内窥镜见该部位堤坝样抬高,膀胱内口变形。(3)膀胱窝口缝扎过紧2例(6.9%),内窥镜见腺窝部有孤立隆起的前列腺残块组织,使尿道明显弯曲。后经TUR病理证实为增生的前列腺体。此外,3例因神经原性膀胱功能障碍而出现排尿困难。经检查逼尿肌无力,顺应性膀胱3例。值得注意的是经尿动力学检查确定为不稳定膀胱11例占总发生率的37.9%。

三、讨论

本文认为前列腺摘除术后出现排尿异常的病因从总体上分为:梗阻性病因、动力性病因、神经性病因三大类。

1.梗阻性病因:首先术后反复的尿道感染是导致其狭窄的主要原因。由于尿道的反复感染、出血,上皮不能及时覆盖创面,炎性细胞及纤维渗出造成局部粘连、收缩及狭窄。其次,与手术技巧及经验有一定关系,应强调:(1)前列腺剥离应紧贴外科包膜,并确认无残留腺体。(2)缝和窝口勿大块缝扎,忌过紧、过密。(3)术中尿道内口后唇不应残留过多,防止形成堤坝样。(4)缝合线选用易吸收的肠线。

2.动力性病因:BPH术后排尿困难动力性病因占相当大的比重,却常被临床所忽视。不稳定膀胱(DI)则是主要原因。根据文献报道,DI在BPH患者中占50%~80%,这一现象,并未随前列腺摘除而立即消失。本组结果显示,术后不稳定膀胱并引起排尿障碍的病例占相当大的比例(37.9%)。DI形成的原因主要是BPH患者因长期的尿路梗阻致使局部组织代偿性增生肥厚,如膀胱逼尿肌、膀胱颈部、三角区各层膀胱组织。由于上述区域的神经受体病理性变化造成该区域活动增加,而外括约肌相对抑制,故出现尿频、尿急、急迫性尿失禁等症。前列腺摘除术后,上述区域的高敏性及协调失衡现象仍存在,所以排尿障碍亦不能立即缓解。本组DI引起的排尿功能障碍11例患者,随着排尿出口压力明显降低以及患者本身的排尿训练和药物治疗后,症状逐渐改善,平均恢复期3~5个月,亦印证了此类病因的发生过程。

3.神经性病因:神经原性膀胱功能障碍造成排尿异常应是前列腺摘除术的相对禁忌症,由于术后效果不佳,症状缓解亦不明显,故强调术前应详细诊查和鉴别。此类病人应选择合适的治疗方案为宜。

参 考 文 献

1.王伟,王跃闽,凌桂明,等.前列腺术后排尿异常的尿动力学观察.中华泌尿外科杂志,1990,20(8):501-503.
2.臧奕.前列腺摘除术后排尿困难27例原因分析.临床泌尿外科杂志,1998,13(6):287-289.

(收稿日期:2001-10-23)

* 作者单位:114032 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院外科