维普资讯 http://www.cqvip.com

183-185

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第3期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 3



# 经尿道前列腺汽化电切术的围手术期处理

关宗杰* 姚长乐*

R697.31

【摘要】 目的 总结30例经尿道前列腺汽化电切术(TUVP)围手术期处理的经验，以便提高前列腺增生症(BPH)的治疗效果。方法 30例BPH病人全部行TUVP治疗。结果 全部病人得到随访2～12个月，一月内残余尿消失共29例，Madson评分平均下降15分，最大尿流率增加9.2ml。无死亡及其它严重合并症。术后继发性出血、睾丸附睾炎、尿道口粘连性狭窄和暂时性尿失禁的治疗效果令人满意。结论 围手术期处理，是BPH治疗过程中的重要一环，手术前后应对病人进行全面观察，了解各重要脏器功能状况，进行整体治疗，才能达到预期效果。

【关键词】 前列腺增生症

经尿道 前列腺 汽化电切术

**Treatment before and after operation with transuretal electrovaporization-ablation of the prostate.** *Guan Zongjie, Yao Changle. Department of urology, The 150th hospital of PLA, Luo Yang* 471031

**【Abstract】 Objective** Enhance the treatment effect of the benign prostatic hyperplasia. **Methods** 30 cases of benign prostatic hyperplasia were treated using transurethral electrovaporization-ablation of the prostate (TUVP). **Results** Followed-up for 2—12 months in all 30 cases, residual urine disapperaed in 29 cases Madson average minute descended 15, peak flow increased 9.2ml. There were no death and other severe complications. Bleeding after operation, epididymitis, narrow of urethal openning, and temporary uroclepsia were effectively treated. **Conclusion** Treatment before and after operation is an important step of treating prostatic hypertrophy. Only if having all over observed the patients, understanded important organs function, carried out synthetical treatment, good curative effective is achieved.

**【Key words】** Benign prostatic hyerplasia

前列腺增生症是影响老年人身体健康的常见疾病之一。目前认为，治疗前列腺增生较理想的方法是经尿道前列腺汽化电切术(TUVP)。从1997年11月至1998年11月，我们应用TUVP治疗前列腺增生症30例。为提高治疗效果，我们加强了围手术期的处理。现将治疗体会报道如下。

## 临 床 资 料

一、一般资料：本组30例，最大年龄86岁，最小年龄52岁，平均年龄67.8岁。经B超测量，前列腺体积小于60ml者18例，大于100者5例，60～100ml者7例，体积最大者为146ml，Madson评分，27分者13例，25分者8例。术前均行B超和肛诊检查，明确诊断。酸性磷酸酶测定值在正常范围。PSA除1例升高外，其余均正常。术后标本送病理检查发现3例前列腺癌。术后合并肾功能不全2例，双肾积水5例，糖尿病2例，慢性支气管炎并肺气肿5例，冠心病14例，高血压4例，尿潴留23例。本组1例重度前列腺增生(146ml)合并肾功能不全，分两次手术治愈。术后并发睾丸附睾炎3例，暂时性尿失禁2例，尿道口粘连性狭窄3例，低氯、低钠血症2例。

二、治疗方法[1]：采用美国Valley Lab公司的Force Fx电源发生器，德国Storz电切镜

* 作者单位：471031 河南省洛阳市解放军第150中心医院泌尿外科

维普资讯 http://www.cqvip.com



(25F)，电汽化输出功率为220～260W，电凝功率60W。在鞍麻下，取膀胱截石位，先行尿道扩张，经尿道插入电切镜。在电视监视系统下，观察膀胱三角区及左右输尿管口位置，了解前列腺形态、后尿道及精阜状况。常规行膀胱穿刺造瘘(SPC)。手术分膀胱颈部、前列腺中部和尖部三步进行。先将电切置于6点钟处，回缩切割，切除中叶腺体，显露膀胱颈部纤维环，然后汽化切割左右侧叶及残留的中叶，最后退至精阜附近，修整创面。此时，从精阜处可直视入膀胱。整个过程结束后，反复冲洗膀胱内组织碎块，直至尿液转清。拔出电切镜，置F20双腔气囊导尿管，接1：5000呋喃西林液持续冲洗6～24小时，常规应用抗菌素。

## 结 果

所有患者术中平稳，有效手术时间30～90分钟，平均54分钟。术中出血少，不需输血。术后留置导尿管48～72小时，冲洗膀胱6～24小时。拔导尿管后均有不同程度的尿路刺激症状，给予解痉、镇静药物治疗后缓解。2例TURP综合症患者，仅有低血钠、低血氯，无异常症状和体征，给予脱水、补充电解质而治愈。术后随访2～12个月。残余尿半月内消失者18例，一月内消失者11例，另1例前列腺体积较大，术前合并尿潴留、肾功能不全。第一次术后尿量增加，但残余尿大于100ml。半年后行第二次电汽化术，术后10天出院，残余尿消失，夜尿2次，生活质量明显改善。本组Madson评分平均下降15分，最大尿流率增加9.2ml/s。

## 讨 论

一、做好围手术期工作的重要性

做好围手术期的工作，是保证手术安全，康复顺利的必要条件。病人术前心、肺、脑及其它系统的慢性疾病，可使其对麻醉和手术的耐受性降低，增加了术中意外和术后并发症的发生率。本组1例前列腺增生合并肾功能不全的患者，因术前留置导尿管时间较长，尿道炎症充血，未彻底治愈，故术中渗血较多，视野不清，被迫中止手术。后经半年的准备和治疗，第二次手术取得成功。在总结以往经验的基础上，我们术前除加强宣教工作、争取病人和家属的配合外，重点放在术前合并症的治疗和术后并发症的防治上。对长期卧床身体虚弱的患者，除调整饮食增加营养外，还采取了其它的支持治疗措施，取得了较好的效果。

二、术前合并症的治疗

1. 尿潴留的处理。尿潴留往往合并尿路感染，术前必须充分引流，同时治疗尿路感染。对于入院时已经有尿潴留并肾积水的患者，常规做耻骨上膀胱穿刺造瘘引流尿液。若入院时已留置导尿，则先拔除导尿管再行膀胱造瘘。所有病人，常规做尿培养，选择敏感抗菌素治疗尿路感染，并用1：5000呋喃西林液冲洗膀胱，以减轻尿道的炎症及充血。残余尿小于150ml无明显尿路感染者，尽量不插导尿管。合并肾功能不全者，经一段时间的准备，待血肌酐、尿素氮恢复正常或接近正常后再安排手术。

2. 心血管合并症的治疗。心血管合并症是造成手术病人死亡的主要原因。万恒麒教授[2] 1991年统计TURP350例，死亡2例，死亡率为0.57%，且均死于心脏病。本组心血管病的发病率为60%(18/30)，主要是冠心病、肺心病和高血压。术前准备中，我们采取了一些改善心肺功能的措施，如控制肺部感染，降血压，应用葡萄糖、氯化钾、胰岛素、硫酸酶和维生素C，必要时加用ATP、辅酶A，根据病情调整用药剂量。我们认为上述措施可改善心肌的血循环，提供更多的能量，减轻心脏负荷，因而改善了心脏的功能，增加了手术的安全性。

3. 糖尿病的治疗。糖尿病或隐性糖尿病易诱发感染，并发症增多，使病情加重。膀胱收缩功能也因此而受损，影响手术效果，所以术前对

维普资讯 http://www.cqvip.com



糖尿病必须进行有效地治疗，控制血糖、尿糖至正常范围或接近正常。我们应用格利苯脲、振源胶囊、黄连素及其它中西医结合的方法进行治疗，依血糖、尿糖变化，随时调整药物剂量，改变饮食品种和进食量。糖尿病均在术前得到控制，全身状况明显改善。

三、术后加强支持治疗

术后6小时，病人可取半卧位，在床上做适量的活动，24～48小时尿液转清后，也可下床稍稍活动。肠道通气后，可让患者进易消化且富于营养的食物，如稀饭、肉汤、鱼汤等。本组病人大部分身体虚弱，合并多种慢性病，单靠进食营养还不够，尚须经静脉补充氨基酸、脂肪乳、能量合剂，及时纠正水、电解质紊乱，必要时输血浆、白蛋白，为机体补充足够的热量和蛋白质。

四、术后并发症的治疗

1. 继发性出血的防治。术后继发性出血多在一周后发生，常与便秘腹压增加、尿路感染有关。本组继发性出血1例(3%)，低于文献报道(5.1%)[3]。均为术后一周因便秘所致，经气囊尿管压迫，冲洗膀胱，输液、止血，三天后尿液转清。为防止继发性出血，除了及早拔尿管，防治尿路感染外，重点放在便秘的防治上。术后第三天，常规让病人口服大黄苏打片或石腊油，多吃水果和蔬菜。消化功能差者，可口服助消化的药物，以增加病人的进食量。三个月内避免久蹲、久坐和大便秘结。

2. 睾丸、附睾炎的防治。睾丸、附睾炎由尿路感染继发而来。表现为发烧，一侧或双侧睾丸附睾肿大、压痛，术后五天左右发病。本组发病率为10%(3/30)。发现上述症状时，要及时检查，做出诊断。除全身应用广谱抗菌素外，局部用周林频谱仪照射，患侧精索以庆大霉素、利多卡因、地塞米松三种药物混合后给予封闭，有止痛消炎作用。为预防睾丸附睾炎，我们选用高质量的尿管留置导尿，尿道口分泌物及时用0.1%新洁尔灭清除，并涂上红霉素软膏。尿液转清后尽早拔除导尿管。这些措施可降低睾丸附睾炎的发病率。

3. 暂时性尿失禁的治疗。有报导TURP术后尿失禁的发病率为2.57%，可能与尿道外括约肌损伤有关。本组两例暂时性、非完全性尿失禁，三个月内均恢复正常。遇有尿失禁者，应做好病人和家属的解释工作，取得他们的配合，积极治疗。我们首先用避孕套给病人做个接尿器，解决尿液收集问题。然后给予膀胱解痉剂、镇静剂，指导病人做肛门括约肌锻炼，促进尿道括约肌功能的恢复。为防止尿失禁的发生，强调术中切除前列腺尖部组织时，要认清精阜的解剖标记，既要切去前列腺尖部组织，解除尿路梗阻，又要避免切除范围过大，损伤括约肌，导致尿失禁。

围手术期处理，是前列腺增生症治疗过程中的重要一环，与手术同等重要。因这类病人大多身体虚弱，并发多种慢性病，所以，全面地检查病人，准确评价各重要脏器的功能状况，进行整体观察治疗十分必要。

## 参 考 文 献

1. 李笑弓，周志耀，郑世广等. 经尿道前列腺电汽化切除术(附100例报告). 中华泌尿外科杂志，1998，19(11)：675.
2. 万恒麟，石涛，刘耀庭等. 前列腺开放手术与经尿道切除术的比较. 中华泌尿外科杂志，1991，12(5)：381.
3. 周梅生，闵志廉，朱有华等. 经尿道前列腺电汽化术治疗前列腺增生症(附59例报告). 临床泌尿外科杂志，1998，13(12)：522.

(收稿：1999-03-01)