维普资讯 http://www.cqvip.com

际症状评分平均9.5分。

TUPKVP组:设备为等离子前列腺电切镜。电切功率160 W,电凝功率80 W,不用负极板。用生理盐水冲洗。术中闭孔神经反射仍发生,手术时间40~210 min,平均手术时间83 min。切除组织的重量20~100 g无电切综合症发生。冲洗时间2~4 d,留置尿管5~7 d,大多数的病人术后合并短暂膀胱刺激症状。术后发生尿道狭窄21例,永久性尿失禁3例。术后3个月最大尿流率平均14.5 mL/s。国际症状评分平均10.2分。

2 讨论

通过以上2组病人治疗情况对比,可以看出在手术出血量、平均切除前列腺重量、术后疗效等方面两者差别不大,术后并发症发生率也相似。这说明两种方法都能有效治疗前列腺增生。不同点在于等离子电切采用生理盐水冲洗,在不发生术中穿孔的情况下是不可能发生电切综合症的,所以手术安全性提高。从手术时间上比较可见等离子电切手术时间长,这是因为电切功率小,电切环小。因此单位时间内组织切除量低,造成手术时间长,也相应的增加了麻醉风险。重度前列腺增生多采用单极汽化电切术。此外我们发现在使用等离子电切镜切割小组织时,有时等离子体不发生,无法完成切割,所以有时做前列腺尖部修整很困难,并影响疗效。

(编辑:张天飞)

49例钬激光治疗表浅膀胱癌的护理体会

谢小燕,鄢俊安,宋彩萍,李雪梅 (第三军医大学附属西南医院全军泌尿专科中心,重庆 400038)

[关键词] 泌尿学;膀胱癌;钬激光治疗;护理
[中图分类号] R312 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0146-01

膀胱癌发病率在泌尿系统肿瘤中占首位,且常为多发性,复发率高[1-2]。膀胱癌具有多中心生长特点,任何保留膀胱的手术治疗都会有一定的复发率,不用药物灌注治疗复发率可高达30%~90%[2-3]。我科自2001年以来采用钬激光治疗表浅膀胱癌,术后使用羟基喜树碱膀胱灌注以防止复发,取得较好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例49例,男性32例,女性17例;年龄32~79岁。病程1个月至5年,其中12例为单发,其余则为多发,肿瘤数目2~7个。临床症状:39例患者出现肉眼血尿,其中10例为镜下血尿;13例有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状;无排尿困难,无发热。临床检查:49例均行膀胱及病理学检查、盆腔CT、排泄性尿路造影(IVP)腹部B超检查。膀胱镜提示膀胱新生物,病理活检提示:45例为移行上皮癌。病理分级为Ⅰ-Ⅱ级,4例为腺癌,病理分级为Ⅰ级。盆腔CT显示所有患者双肾及输尿管显影正常。膀胱癌分期按照国家抗癌协会分期为标准。

1.2 治疗方法

采用YAG激光器,波长2 100 nm,可调功率5~60 W,连续输出方式,直径为1.4 mm半硬性接触式光纤,操作镜为日本Olypmpus公司生产F22膀胱尿道镜。通过腔内镜在监视器下观察肿瘤的位置、形态及大小,然后,用接触式光钎将激光由内腔镜导入膀胱,从肿瘤根部切除,据肿瘤根部2.0~3.0 cm直径范围内灼烧。术毕放置尿管引流,术后1周开始行羟基喜树碱膀胱灌注。

2 结果

术中无明显出血及闭孔神经反射,无膀胱穿孔发生。随访1.5~2年,复发率4.1%,45例临床症状均消失,无严重的膀胱尿道炎发生,无骨髓抑制。

3 护理与讨论

术后留置尿管3~7 d,保持尿管引流通畅,注意观察尿液颜色变化,如尿液颜色逐渐变红,表明有活动性出血,必要时行持续膀胱冲洗,同时遵医嘱使用止血药,加强生命体征的监测[2]。密切观察腹部情况,出现腹胀,应正确判断为膀胱穿孔、尿管阻塞所至,根据原因作针对性处理。术后1周使用羟基喜树碱膀胱灌注。灌注液必须经导尿管注入膀胱,选择粗细适中的尿管,以免损伤尿道粘膜,放置尿管时要严格无菌操作,缓慢注入药物。灌注完毕嘱患者分别左侧位、右侧位、仰卧位、俯卧位各15~30 min。膀胱灌注后,严密观察患者有无血尿及膀胱、尿道炎发生[3]。本组有4例患者发生血尿,经治疗后好转。发生38.5 ℃以上的发烧应暂停灌注。由于膀胱癌具有多发性、复发率高的特点,因此术后膀胱灌注化疗很有必要。患者出院叮嘱其按时化疗,并定期行膀胱镜、B超检查。

[参考文献]

[1] 宋碧瑶,张 涛,付玉英,等.高能超声聚焦刀治疗复发性膀胱癌12例护理[J].局解手术学杂志,2003,12(5):360-361.
[2] 冯锦芳,梁爱群.经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术的围手术期护理[J].现代临床护理,2003,1(4):28-30.
[3] 曹 伟,刘齐贵,姚建忠,等.钬激光治疗浅表性膀胱移行细胞癌68例[J].中国肿瘤临床与康复,2006,13(4):329-330.

(编辑:郭光金)

[收稿日期] 2008-01-06 [修回日期] 2008-02-15