DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.05.027
第25卷第5期 第三军医大学学报 Vol. 25, No. 5
2003年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2003

文章编号:1000-5404(2003)05-0437-02

论著

31例置临时起搏器下高龄心脏病人的前列腺气化结合TURP治疗

张建华[1],张玉红[1],吴永才[2],杨术明[1],赵 涛[1] (重庆市涪陵中心医院:[1]泌尿外科;[2]心内科;涪陵 408000)

提 要:目的 探讨合并严重心脏疾患病人的前列腺气化电切经验。方法 对31例严重心脏疾患病人术前安置临时起搏器后进行前列腺气化(TVP)结合经尿道前列腺电切术(TURP)。结果 31例前列腺增生患者术前安置临时起搏器,经一次电切,术后平均随访1年,排尿通畅。结论 高龄并伴有心脏疾病不是TURP的绝对禁忌症。

关键词:起搏器;前列腺增生
中图法分类号:R318.11;R615;R697.305 文献标识码:A

Prostate vaporation combined with TURP in the treatment of prostatic hyperplasia in aged patients suffering from cardiac disease with temporary pacemakers

ZHANG Jian-hua, ZHANG Yu-hong, WU Yong-cai, YANG Shu-ming, ZHAO Tao (Department of Urology, Fuling Central Hospital, Fuling 408000, Chongqing, China)

Abstract: Objective To explore the experiences in the treatment of prostatic hyperplasia in patients with severe cardiac disease by transurethral electrovaporization of the prostate (TVP). Methods Transurethral resection of the prostate (TURP) combined with transurethral electroresection was performed on 31 cases of patients with severe cardiac disease following the placement of temporary pacemakers. Results Electroresection was performed just once following the placement of temporary pacemakers in patients with prostatic hyperplasia. The average postoperative follow-up was 1 year. Easy and smooth miction was found. Conclusion Age accompanied with cardiac disease is not an absolute contraindiction for TURP.

Key words: pacemaker; prostatic hyperplasia

1997年10月至2001年10月我科共收治前列腺增生症(BPH)患者547例,施行经尿道前列腺电切术(TURP)509例,其中术前检查有较严重心脏疾病安置临时起搏器后施行前列腺气化(TVP)结合TURP的患者31例,占6.1%,手术顺利,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组31例,年龄72~89岁,平均年龄76.4岁。均有典型的前列腺增生症状,进行性排尿困难史2~10年,平均3.8年,并经直肠指检、B超、尿流率测定明确诊断。并发室性心动过缓8例(心率60次/min以下);Ⅱ度房室传导阻滞9例,左束支完全传导阻滞11例,右束支传导阻滞并左前分支传导阻滞3例,合并高血压18例、肺部感染2例、糖尿病2例、肾功能不全1例、冠心病2例。术前均做血、尿常规、尿培养、肝、肾功检查、直肠指检、尿流率测定、B超、24 h动态心电图、肺功能、空腹血糖检查。术前最大尿流率平均为8.8 ml/s,前列腺Ⅰ度增生6例,Ⅱ度增生21例,Ⅲ度增生4例。

安置临时起搏器的适应症为:病态窦房结综合征;Ⅱ度Ⅰ、Ⅱ型房室传导阻滞;Ⅲ度房室传导阻滞;左束支完全传导阻滞;右束支传导阻滞并左前分支或左后分支传导阻滞。除有出血倾向外,置临时起搏器无明显禁忌症。对这类患有严重心脏疾病的病人术前置临时起搏器的意义主要是防止术中出现心脏骤停、猝死。

2 方法

术前均请心内科会诊,按心内科会诊意见安置临时起搏器。采用持续硬膜外麻醉,患者取膀胱截石位,用24F及26F尿道探子扩张尿道后,应用Storz电切镜,用3%甘露醇作为灌洗液,观察前列腺增生情况及后尿道长度。术中常规输3.5%高渗盐水250 ml。常规电切前列腺组织,一般先行5~7点处,用气化电极气化。长度为膀胱颈至精阜处,然后改用电切,电切深度达包膜层,使后尿道形成一明显通道,然后将两侧叶坍塌的前列腺组织作部分切除。边切边凝,最后作前列腺尖部修整,注意不能超过精阜。重点是气化和电切前列腺中叶和突入尿道的两侧叶,以形成一个宽阔的通道。手术时间掌握在1 h内。术后留置22F三腔气囊尿管,并行持续生理盐水冲洗膀胱,常规用抗生素3~5 d预防感染。术后5~7 d拔除尿管。

作者简介:张建华(1957—),男,重庆市人,副主任医师,主要从事泌尿外科方面的研究,发表论文5篇。电话:(023)72234242

收稿日期:2002-08-01;修回日期:2002-10-18

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3 结果

本组31例患者手术时间34~62 min，平均41 min，术中出血应用Desmonol比色法估算约为60~130 ml，平均90 ml[1]。手术切除前列腺腺体组织平均约为16 g(因气化部分腺体，欠准确)。全部病例均未输血。2例患者手术后12 d和15 d在解大便用力时发生继发性出血，经导尿引流、膀胱冲洗、抗感染治疗等处理后治愈。31例患者术中有18例临时起搏器发挥作用工作。本组病人无死亡，术中未发生大出血和低血钠，未发生膀胱或前列腺包膜穿孔，无1例发生尿失禁和尿道狭窄。术后31例患者随访半年以上，最大尿流率由平均8.8 ml/s提高至16.1 ml/s，疗效满意。

4 讨论

高龄及心、肺、脑等重要器官的合并症一直被视为BPH开放手术的禁忌症[2]。本组病例患者年龄均大于70岁，均合并有较严重的心脏疾病，以前对这类患者多只采用膀胱造瘘加去势手术。术后需终身换药和定期更换膀胱造瘘管，并易发生造瘘口感染、膀胱结石、尿路感染等，严重影响患者生活质量及给家属带来不便。为此，对本组心脏疾患的病人我们采取术前安置临时起搏器，并采用TVP结合TURP治疗前列腺增生，在较短时间内去除大部分前列腺组织，解除尿路梗阻，达到了提高其生活质量的目的。

TVP、TURP是泌尿外科治疗BPH最常用的方法，近年来的发展，使前列腺手术治疗的适应症明显扩大。以前开放手术列为禁忌的很多疾病均可采用TVP、TURP予以解决[3]，手术死亡率也由20世纪60年代的2.5%下降到80年代的0.2%[4]。已经成为了治疗BPH的主要的、行之有效的方法。

出血是TURP的主要并发症，本组每例平均失血90 ml，最多1例失血130 ml，无1例输血。其主要原因是我们先对前列腺组织采用气化。高频电流通过气化电极时在电极槽面突隆部分的边缘产生高密电流区，电极与增生的前列腺接触通电后，集中的电能可使组织迅速加热至300~400 ℃而气化。使深层3~5 mm组织动、静脉凝固闭塞，此时再行TURP时，即可减少出血量。

TURP的另一严重并发症是TUR综合征。本组无一例发生，其原因一是气化过程中动、静脉凝固，血管闭塞，手术时间短(本组最长一例62 min)，减少了冲洗液的吸收；二是术中常规应用了3.5%高渗盐水250 ml静脉滴注，并术中水电解质监测，随时调整高渗盐水的进药速度；三是我们常规用3%甘露醇作为冲洗液，保证了手术野高清晰和利用甘露醇的利尿作用。另外，气化前列腺组织后产生凝固层，而凝固层组织坏死脱落时间相对较长，故TVP后患者都有不同程度的尿痛症状，短者1~2周，长者可达数月。而我们在气化后再行电切，基本将凝固层切除，避免和减轻了术后尿痛症状。

Berry等[5]认为70岁以上老人前列腺增大1倍需要100年的时间。对高危、高龄BPH患者，TVP加TURP的目的不是将前列腺组织完全切除，而是提高手术的安全性和让患者能够恢复较满意的排尿功能，从而达到提高其生活质量的目的。我国成年人前列腺增生的速度为0.5 g/年[6]。从理论上讲，切除10 g增生前列腺组织，病程就可推迟20年。我们切除的组织应是对排尿影响最明显的部位，膀胱颈至精阜处的切除一定要达到外科包膜，并对坍塌的两侧叶作了大部切除，使前列腺部尿道形成了一条相对宽阔的通道，避免了术后水肿、感染、排尿困难的发生。

有严重心脏疾患的前列腺增生患者的手术并发症本应增加，由于我们术前安置了临时起搏器，增加了手术的安全性，并应用TVP结合TURP，术中术后无严重出血、无TUR综合征的发生。未加重心脏负担，术后尿路梗阻症状改善，最大尿流率明显提高，达到了提高患者的生活质量的目的。因此，术前安置临时起搏器下TVP结合TURP，对严重心脏疾患BPH的患者是适用的。需要强调的是，对这类病人应有充分的术前准备，术中监护和术后处理均应周密。除心脏疾患外，术前还应对肺、脑、肝、肾重要器官的功能有充分的了解。同时，请相关内科会诊、治疗，待到内科疾病病情稳定后再施术。手术操作要轻、膀胱灌注压要低、止血要彻底、切除前列腺组织要适度，不必追求“完全切除”，手术时间严格控制在1 h以内。及时处理各种危及患者生命的事件发生。术后加强监护，及时防止并发症，以达到这类严重心脏疾病的患者安全度过围手术期。

参考文献：

[1] 杨 荣，印志良. 经尿道电切术[M]. 上海：学林出版社，1989. 108－109.

[2] 吴阶平，裘法祖，黄家驷. 外科学[M]. 第6版. 北京：人民卫生出版社，1999. 1702－1710.

[3] 付杰新，陈德川. 经尿道前列腺气化结合电切治疗高危前列腺增生80例报告[J]. 临床泌尿外科杂志，2000，15(8)：370.

[4] Wiston K. Surgical management of benign[J]. Obstruction Urology，1988，32(1)：12－14.

[5] Berry S J，Coffey D S，Walsh P C，*et al*. The development of human benign prostatic hyperplasia with age[J]. J Urol，1984，132(3)：474－479.

[6] 吴开俊. 中国人前列腺增生症治疗现状与展望[J]. 中华泌尿外科杂志，1993，14(1)：12－14.

(编辑 张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net