DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.06.039

部位，取出凝血块后彻底冲洗胸腔，然后置胸腔引流。目前我们多采用电视胸腔镜行血气胸手术处理，效果满意。

2.2.2 本组有124例在术中将胸腔血通过血液回收机回输给病人。最多量达1 500 ml，平均在500 ml左右。我们回输血的条件必须是无严重污染者。对大气管损伤及消化道损伤者的血禁止回输。本组回输血病从进行观察，除有8例有轻度发热反应外，均无不良反应。

2.3 肋骨骨折

我们采用胸带固定，不仅可以起到固定和减轻疼痛的作用，而且呼吸幅度受限较小，通过呼吸运动和咳嗽还能帮助移位的肋骨复位，减轻畸形愈合后的疼痛，病人可以早期离床活动，有利于防止肺部并发症的发生。我们认为：尤其是多发肋骨骨折，合并血气胸病人，多采用胸带固定法较为适宜。

关键词：胸部外伤；治疗体会

中图法分类号：R655 文献标识码：B

参考文献：

[1] 胡为弟. 外伤性血气胸343例的治疗[J]. 胸心血管外科杂志，1985，(4)：220-221.

（编辑 张大春）

经验交流

文章编号：1000-5404(2003)06-0556-02

经尿道前列腺电汽化术严重并发症的原因分析及防治

The cause analysis and prediction of transurethral electro-vaporization prostatectomy complications

谢小燕 （第三军医大学附属西南医院全军泌尿中心，重庆 400038）

良性前列腺增生为老年男性病，严重影响老年男性的排尿功能。我科采用经尿道前列腺电汽化术Transurethral Vaporization of Prastate，TVP)进行治疗。现将其严重并发症的原因分析及防护报告如下。

1 临床资料

本组1 100例，年龄52～93岁，平均71.8岁，病程6个月至15年。主要症状为进行性排尿困难，夜尿增多，4次/夜以上。48例有耻骨上膀胱造瘘管。

彩超及指肛检查示，前列腺Ⅰ度增大219例，Ⅱ度530例，Ⅲ度310例，另41例前列腺体积不大，但排尿困难明显，尿动力学检查示前列腺压或膀胱颈压增高为35～109 cmH_2O，Q_{max}(8.1±5.2)ml/s，有211例合并有心、肺、肝、肾疾病。所有患者行前列腺电化术下称TVP，术毕置三腔气囊尿管，外用生理盐水冲洗膀胱，24～72 h拔管。

2 结果

1 086例术后拔管后可自行排尿，死亡1例。13例不能排尿，尿动力学检查示逼尿肌无力。术后随访3个月至2年，IPSS降为8.7±2.3，Q_{max}增长至(19.5±3.1)ml/s。严重并发症45例(4.41%)，其中：①迟发性大出血23例(2.1%)；②腹膜外水囊肿8例(0.73%)；③严重尿道狭窄9例(0.82%)；④真性尿失禁3例(0.27%)；⑤膀胱爆炸2例(0.18%)。

3 讨论

3.1 术中并发症原因及护理

3.1.1 大出血 多系凝血机制差、血小板少或高血压所致。①术前了解凝血功能和血小板数量；②控制血压至接近正常水平。③留置导尿管时间较长者，术前加强抗感染治疗，减轻炎症水肿。

3.1.2 包膜穿孔 主要为汽化时电极切入过深造成，预防方法：气化深度以见到环状外科包膜为限。如果切穿包膜，有液体外渗，应立即停止手术，置入三腔气囊尿管，牵引压迫，防止腹膜外水囊肿形成和静脉窦出血。

3.1.3 外括约肌损伤 术中出血、视野不清，识别困难或初学者操作过程中镜鞘固定不稳，滑向外括约肌未能及时发现所致。操作时，应经常辨别精阜和外括约肌，修整前列腺尖端时，用纯电切，避免用汽化，并谨慎小心。

3.1.4 膀胱爆炸 汽化产气过多，引流不畅所致。操作中采用持续灌流设备或作膀胱穿刺造瘘。此外，间断取出操作手件，放空膀胱内气体和水，确保引流通畅。如发生膀胱爆炸，必须立即行膀胱修补术。

3.2 术后并发症原因及护理

3.2.1 术后迟发性大出血 由于汽化创面的焦痂脱落、膀胱痉挛、以及过早的剧烈活动，用力排便致膀胱压力过高，均可引起迟发性大出血。预防与护理：①膀胱持续冲洗并使用止血药，仍不能止血应采用手术止血；②术后嘱病人多食粗纤维蔬菜、水果，多饮水。保持大便通畅；③预防感冒；④2个月内忌搬重物及剧烈活动。

3.2.2 尿道狭窄 创伤及感染是术后尿道狭窄的一个基本因素，感染可加重创伤，同时可引起粘膜的坏死、溃疡，产生瘢

作者简介：谢小燕(1960－)，女，江苏省淮阴市人，主管护师，主要从事泌尿外科方面的研究。电话：(023)68754035

收稿日期：2002-08-25；修回日期：2002-12-20

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

痕而至狭窄[1]。① 视病人尿道粗细，选用不用型号镜鞘操作。尿道外口狭窄可先行切开；②术后导尿管要松弛固定在下腹壁，防止弓弦效应的发生；③ 控制尿路感染；④如有尿道狭窄，早期行尿道扩张。

3.2.3　腹膜外水囊肿　　术中切破前列腺包膜未及时发现，冲洗液外漏所致。防护措施：① 气囊尿管牵引压迫，确保引流通畅，防止引流液继续外漏；② 严密观察腹部、心、脑、肺的情况，给予利尿剂；③ 准确记录出、入量；④必要时作下腹部切开膀胱外引流。

3.2.4　膀胱爆炸　　因修补缝合后膀胱容量变小，护理中要保持引流通畅，行膀胱冲洗每次注入液体量不宜过多、压力不易过高。

3.2.5　尿失禁　　因尿道约肌损伤、尿管支撑以及膀胱无抑制收缩所致。大多是一过性尿失禁。可给予抑制膀胱收缩药物，提高膀胱的顺应性，指导患者进行盆底肌肉的收缩训练，少数真性尿失禁，可用阴茎夹和尼龙粘带包绕阴茎，控制排尿。

前列腺电汽化术是目前治疗良性前列腺增生的新方法，它具有：①无手术创口，病人痛苦少，术后不需止痛药；② 因无开放的静脉窦，避免了 TUR 综合征[2]。同时出血少，术中、术后都不用输血；③对内环境干扰小，恢复快；④无电切综合征。但因术后有 2.1%迟发性大出血，此外还有腹膜外水囊肿，严重尿道狭窄，膀胱爆炸，尿失禁等并发症。若术中谨慎操作，术后密切观察，精心护理，作好健康教育，可大大减少并发症的发生率。

关键词：经尿道前列腺汽化电切术；并发症；护理
中图法分类号：R697.3；R699.4　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 李露霞，王　娟. 经尿道切除前列腺候尿道狭窄预防和护理[J]. 实用护理杂志，1997，13(2)，92－93
[3] 苏　秦，陆秀浦. 经尿道前列腺气化治疗良性前列腺增生症 38 例[J]. 人民军医，2000，43(2)76.

（编辑　冷怀明）

文章编号：1000-5404(2003)06-0557-02

经验交流

心脏机械瓣膜置换术后抗凝治疗的临床分析

Clinical analysis of anticoagulant therapy after mechanical heart valve replacement

秦　川，肖颖彬，陈　林，王学锋，钟前进　　（第三军医大学附属新桥医院心血管外科，重庆 400037）

收集我院2000年7月至2001年7月期间100例资料完整的心脏机械瓣膜置换术病例，对其术后抗凝治疗进行临床分析，现报告如下。

1　资料与方法

本组100例病人中男35例，女65例，年龄12～61岁，平均42.5岁。行二尖瓣置换术53例，双瓣置换术30例，主动脉瓣置换术17例。应用国产机械碟瓣5例，St. Jude双叶瓣62例，Carbomedics双叶瓣33例。术后为房颤心律的49例，窦性心律的51例。

患者均于体外循环下接受常规心脏机械瓣膜置换术，术后3 d或4 d，引流量明显减少时，开始口服华法林抗凝治疗，未应用其他抗凝药和抗血小板药物。抗凝标准为INR 1.5～2.0，首剂华法林1.25～3.75 mg，维持量1.2～4.5 mg/d，平均(2.72±0.65)mg/d。住院抗凝时间12～30 d，平均14.6 d。

统计学方法　　数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示，行 t 检验。

2　结果

2.1　术后抗凝相关并发症

3例发生脑栓塞，表现为肢体运动及语言功能障碍，均为二尖瓣或双瓣置换术病人，术后均为房颤心律。发病时复查INR，分别为1.27、1.47、1.67，经调整华法林剂量及对症治疗后好转。5例术后抗凝治疗期间有轻度出血(皮下出血1例、血尿1例、牙龈出血2例、月经过多1例)，复查INR，为5.34、2.18、1.75、1.30、2.87，经暂停华法林或减低华法林用量后好转。

2.2　换瓣术后凝血状态的变化，见表1

表1　心脏机械瓣置换术后凝血状态的变化($\bar{x}\pm s$，$n=100$)

	INR	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)
手术前	1.24±0.37	31.73±5.37	14.80±1.93	2.63±0.81
手术后				
3 d	1.18±0.23	30.00±5.19	14.03±2.41	3.91±1.71 #
抗凝				
3 d	1.22±0.19	31.38±4.43	14.18±2.03	4.33±1.76 #
6 d	1.78±0.66 *#	31.75±5.05	14.10±1.86	4.17±1.61 #
9 d	1.85±0.94	30.22±4.31	13.94±1.99	4.33±1.51 #
12 d	1.68±0.65	32.15±4.79	14.27±2.22	3.89±1.14 #

#：$P<0.01$ 与手术前比较；*：$P<0.01$ 与手术后3 d比较

2.3　置换瓣膜的位置对凝血状态的影响

根据置换瓣膜的位置，将本组病人分为3组，分别为主动脉瓣置换术(AVR)组，二尖瓣置换术(MVR)组和双瓣置换术(DVR)组，术后凝血指标比较结果见表2。

作者简介：秦　川(1976－)，男，四川省新津县人，硕士，医师，主要从事心脏机械瓣膜置换术后抗凝治疗方面的研究。电话：(023)68755114-74607

收稿日期：2002-04-29；修回日期：2002-07-15

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