

经尿道部分前列腺等离子双极电切术治疗 高龄高危良性前列腺增生(附75例报告)

潘家强¹ 覃展偶² 龚明军¹ 潘其壮²

(1 广西临桂县人民医院泌尿外科、桂林医学院附属医院临桂分院泌尿外科,临桂县 541100;

2 桂林医学院附属医院泌尿外科,桂林市 541001)

【摘要】 目的 探讨经尿道部分前列腺等离子双极电切术(P-TUPKP)治疗高龄高危良性前列腺增生(BPH)的疗效和安全性。方法 应用经尿道部分前列腺等离子双极电切术(P-TUPKP)治疗高龄高危 BPH 患者 75 例,观察患者治疗前后的国际前列腺症状评分(IPSS)、尿残余量(RUV)、最大尿流率(Qmax)、生活质量评分(QOL)。结果 75 例经尿道部分前列腺等离子双极电切术(P-TUPKP)治疗手术时间 40 ~ 100 min,平均 55 min,切除腺体重量 15 ~ 63 g,失血量 50 ~ 360 mL,术后尿道梗阻症状改善明显,无电切综合征(TURS)发生,无死亡病例。75 例随访 6 个月至 2 年,术后 IPSS 平均(7.8 ± 1.2)分、RUV 平均(10.4 ± 2.8) ml、Qmax 平均(18.8 ± 5.1) ml/s、QOL 平均(1.5 ± 0.6)分,均有明显改善。结论 重视围手术期处理,经尿道部分前列腺等离子双极电切术(P-TUPKP)是治疗高龄高危 BPH 有效、安全性高且并发症少的手术治疗方法。

【关键词】 高龄高危;前列腺增生;围手术期处理;等离子双极电切术

【中图分类号】 R 697.3 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2011)01-0041-03

目前高龄高危良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)的诊断标准尚未一致,参考 Muschter 等^[1] 和 Roehrborn^[2] 提出的诊断标准,70 岁以上并伴有心、肺、肝、肾功能不全和脑血管意外后遗症、糖尿病等并发症之一的 BPH 均为高龄高危 BPH。我们对 2004 年 9 月至 2010 年 4 月在我院住院的 BPH 患者进行筛选,采用经尿道部分前列腺等离子双极电切术(P-TUPKP)治疗高龄高危 BPH 患者 75 例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 75 例,年龄 70 ~ 94 岁,平均(81.5 ± 4.0)岁,其中大于 90 岁者 5 例,所有患者均有进行性排尿困难史,病史 2 ~ 18 年,经直肠指检、辅助检查(螺旋 CT、MR、B 超、尿流率测定、IPSS 评分)等明确诊断,均有严重的下尿路梗阻症状。术前国际前列腺症状评分(IPSS) 15 ~ 34 分,平均(27.5 ± 3.0)分;生活质量评分(QOL) 4 ~ 6 分,平均(4.8 ± 0.5)分;剩余尿量(RUV) 65 ~ 450 mL,平均(153 ± 21) mL;最大尿流率(Qmax) 0 ~ 10 ml/s,平均(4.5 ± 2.2) ml/s;前列腺重量(g) = 0.546 × 前后径 × 左右径 × 上下径(经直肠超声测定),为 35.2 ~ 95.0 g,平均(64.5 ± 13.5)g。入院时尿潴留 36 例,均至少合并不同程度高血压、脑血管意外、糖尿病,或心、肺、肝、肾等重要器官的一项,其中 2 种并发症 22 例,3 种 4 例。本组按前列腺 ROUS 标准:前列腺 I 度增生 7 例,II 度增生 44 例,III 度增生 24 例。合并膀胱结石 6 例,合并腹股沟疝 2 例。术前常

规行尿动力学检查,排除神经源性膀胱,及行前列腺特异性抗原(PSA)检查,排除前列腺癌。

1.2 治疗方法

1.2.1 围手术期个体化准备 根据患者具体病情,邀请相关科室医师会诊,协助调整各器官功能,使其基本上能满足手术和麻醉的需要。对于合并肾功能不全的患者可先行留置尿管或膀胱造瘘,待肾功能改善或恢复正常后再予手术;高血压患者应用药物控制血压在 140 ~ 160/90 ~ 100 mmHg,并稳定 2 ~ 3 d;有心肌梗死病史者,病情平稳至少 6 个月以上;慢性支气管炎、肺气肿并肺心病者应使用有效的抗感染、祛痰止咳药物和改善肺通气等治疗;糖尿病患者用正规治疗及经专科会诊,术前空腹血糖控制在 8 mmol/L 及餐后血糖控制在 10 mmol/L 以下;脑中风者经过神经内科治疗病情稳定 6 个月以上;血小板减少及贫血患者应予成分输血至各项指标在正常范围,经常服用阿司匹林者术前应停用 1 周以上。术前与麻醉医师讨论术中及术后可能会出现病情变化,与患者及家属充分沟通,使其对手术风险有充分的心理准备。

1.2.2 手术方法 采用腰-硬联合麻醉,患者取截石位,连接英国 Gyrus 等离子双极汽化电切系统,使用 F27 镜鞘及环形切割鞘,无需负极板,电凝功率为 80 W,电切功率为 160 W。在电视监视下用 F27 电切镜进镜操作,用生理盐水灌注液低压灌注,有尿道外口狭窄(小)者,需要行尿道扩张或尿道外口切开处理,观察了解前列腺增生、梗阻情况及双侧输尿管开口位置,精阜距膀胱颈口的距离,了解膀胱内有无肿瘤及膀胱憩室,若发现腺体较大,可先行膀胱穿刺造瘘。手术中以精阜为标志,采用分区切除法电切,先由膀胱颈口 6 点处从内向外切除前列腺增生的腺体组织,再于 3 ~

9 点处将膀胱内口至精阜上方的增生腺体切除,形成一漏斗状平整的通道,并以此为接口自内向外切除两侧叶,最后精细平整切除前列腺尖部,切除后形成一个能够通畅排尿的宽阔通道,即达到手术目的。前列腺上半部不予切除,切除后将电切镜放在精阜远端自尿道向膀胱内观察,视野中无组织阻挡即可结束手术。结束前仔细止血,用 Ellik 冲洗器吸进前列腺切除碎块后,膀胱充水检查排尿是否顺畅。术后留置 F24 三腔气囊导尿管,持续膀胱冲洗 2~4 d,严密监测生命体征变化,术后 5~7 d 拔出导尿管。合并腹股沟疝者,同期行无张力疝修补术;合并膀胱结石者同期行气压弹道碎石术。

1.3 统计学方法 使用 SPSS 11.0 进行统计分析,治疗前后采用配对 *t* 检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

75 例患者采用 P-TUPKP 治疗,手术时间 40~100 min,平均 55 min,切除腺体重量 15~63 g,平均 37.5 g,术中失血量 50~360 mL,平均 110 mL。术后输血 6 例,术后当日明显出血 3 例,经反复冲洗膀胱内积血块、牵拉尿管压迫止血、持续膀胱冲洗、输血、使用止血药后,出血渐止。术中、术后未发生低钠血症,无电切综合征(TURS)病例出现,无真性尿失禁发生。暂时性尿失禁 4 例,经盆底训练后 1 个月后恢复。术后留置导尿管时间为 5~7 d,平均 5.5 d。术后 6 个月 IPSS 评分、RUV、Qmax、QOL 均有明显改善(详见表 1),4 项指标治疗前与治疗后比较 *P* 均 < 0.01,差异有统计学意义。术后随访 2 个月至 2 年,并发尿道狭窄 5 例,经尿道扩张术后治愈,其余 70 例无明显排尿不畅,治疗效果满意。

表 1 75 例患者 P-TUPKP 术前和术后 6 个月各项指标比较

指标	IPSS(分)	RUV(mL)	Qmax(ml/s)	QOL(分)
治疗前	27.5 ± 3.0	153 ± 21	4.5 ± 2.2	4.8 ± 0.5
治疗后	7.8 ± 1.2	10.4 ± 2.8	18.8 ± 5.1	1.5 ± 0.6

3 讨论

BPH 是老年男性的常见疾病,随着我国人口的老齡化,高龄高危 BPH 患者也逐年增多。这类患者的手术风险高,术后并发症发生率也较高,如何有效、安全的处理高龄高危 BPH 是泌尿外科医师所面临的重大难题。

对于高龄高危 BPH 的患者,无论采用经尿道前列腺电切术(TURP)或者 TUPKP 手术治疗,都应该重视围手术期的处理^[3],提高手术成功率和降低死亡率。本组病例我们进行了精心、有效的围手术期处理,无死亡病例及严重并发症出现。另外,我们体会到在围手术期处理中还应当注意以下几点:①高度重视原发疾病的处理,使其基本上能满足手术和麻醉的需要;②通过减少前列腺血管密度而减少术

中、术后出血,术前需常规给予 5- α 还原酶抑制剂(非那雄胺片)口服和(或) α 受体阻滞剂 1 周以上^[4];③为预防感染,术前、术后使用广谱抗生素。

传统开放手术因手术创伤大、并发症多、术后恢复慢,已基本被微创外科手术所取代^[5]。经尿道的腔内手术治疗,对于需要手术干预的患者是比较理想的治疗方法。现在 TURP 被认为是治疗 BPH 的金标准^[6],其优点是手术创伤小、疗效确切等,但 TURP 并发症仍较多,如 TURS、暂时性尿失禁、包膜穿孔等,给高龄、高危 BPH 患者的手术治疗带来了很大的风险和困难。为此我们进行了积极的探索,发现 TUPKP 具有热穿透浅、止血效果好、切割精确等优点。其使用生理盐水作冲洗液,可明显降低术中、术后 TURS 的发生。TUPKP 切割时热穿透深度有限,切面组织变性少,不易形成焦痂,可有效保护尿道外括约肌免受热损伤,减少了术后暂时性尿失禁的发生率^[7]。TURS 是 TURP 最严重的并发症,发生率可达 2.0%~29.0%,死亡率为 0.6%~1.6%^[8]。本组病例未出现 1 例 TURS,我们认为 P-TUPKP 术能明显降低术后严重并发症的出现。

有报告认为^[9],采用前列腺部分切除术治疗 BPH 高危患者,关键在于切除腺体的增生部位,以解除膀胱出口梗阻。要求此类手术尽可能地缩短手术时间,减少出血,减少对重要器官功能的影响,最大限度降低术中、术后的风险。由此,我们探索是否可通过减少腺体的切除来缩短手术时间。吴开俊^[10]认为我国成人前列腺增生的速率为 0.5 g/年,这就意味着仅切除 5 g 的前列腺组织,其自然病情就推迟了 10 年,可见前列腺增长速度缓慢,这为 P-TUPKP 提供了理论基础,其术式不会因为腺体切除不全而增加再次手术的发生率。本组资料 75 例患者均采用 P-TUPKP 一次电切成功,术后随访均获得满意的效果。

通过本组病例,我们体会到,对高危 BPH 患者的治疗应注意以下几点:①术前积极处理各种并发症,充分与患者及家属沟通,与相关科室医师及麻醉师、重症科医师做好围手术期处理与观察,最大限度地降低手术风险。②缩短手术操作时间,尽量控制在 60 min 内完成,手术不要以切净前列腺组织为目的,主要将前列腺梗阻部位(3~9 点内)切除,切除后的通道要平整、宽松,形成的通道以在膀胱半充盈时,将电切镜退至精阜处可窥视到膀胱底部,无组织阻挡为准。③在手术时间超过 1 h 时,可给予速尿 10 mg。一旦发生 TURS 先兆时,应尽快结束手术,避免 TURS 发生^[11]。④术后密切监测生命征变化,留置镇痛泵 1~2 d,少数术后膀胱痉挛严重患者,可静脉滴注 1% 普鲁卡因液 300 mL 或减少气囊导尿管内的液体,必要时使用镇静剂,以防止病人躁动不安。⑤为了减少肺部并发症和减少血栓形成,鼓励病人多做深呼吸、咳嗽和下肢活动,按时翻身,防止褥疮发生。⑥术后常规使用通便润肠药物,避免因便秘后腹压增大而导致术后出血。



综上所述,我们认为高度重视患者的围手术期处理, P-TUPKP 是治疗高龄高危 BPH 的一种有效、安全性高且并发症少的手术方法,值得在各级医院开展。

参 考 文 献

- [1] Muschter R, Reich O. Surgical and instrumental management of benign prostatic hyperplasia[J]. Urologe A, 2008, 47(2):155-165.
- [2] Roehrborn CG. Definition of at-risk patients: baseline variables[J]. BJU Int, 2006, 97(Suppl 2):7-11.
- [3] 丁毅,张世革,吴焯. 高龄良性前列腺增生患者经尿道前列腺汽化电切术围手术期处理[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(10):920-922.
- [4] Crea G, Sanfilippo G, Anastasi G, et al. Pre-surgical finasteride therapy in patients treated endoscopically for benign prostatic hyperplasia[J]. Urol Int, 2005, 74(1):51-53.
- [5] 张若愚,罗杰鑫,袁明杰. 经尿道等离子体前列腺切除术的临床应用[J]. 微创医学, 2010, 5(3):205-206.
- [6] 那彦群,郭惠华. 实用泌尿外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:396.
- [7] 李才,乔建国,尉庚昌,等. 经尿道电切、汽化电切及双极等离子电切治疗 BPH 的比较[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(10):789-791.
- [8] 叶敏,朱英坚,王伟明,等. 经尿道前列腺电切术与汽化切除术的并发症分析[J]. 中华泌尿外科杂志, 2006, 27(8):563-566.
- [9] 吴士彬,朱海涛,冀荣俊,等. 低容量经尿道前列腺电切术治疗高危良性前列腺增生的临床观察[J]. 中华泌尿外科杂志, 2004, 25(3):185-186.
- [10] 吴开俊. 中国人前列腺增生治疗现状与展望[J]. 中华泌尿外科杂志, 1993, 15(3):12-14.
- [11] 庞家瑜,何国友,吴品林. 经尿道等离子双极汽化电切治疗前列腺增生 362 例报告[J]. 微创医学, 2008, 3(6):584-585.

(收稿日期:2010-12-15 修回日期:2011-01-18)

胃 肠 镜 室 医 院 感 染 的 管 理

韦宗萍¹ 张勇^{2*}

(1 广西医科大学第一附属医院内镜诊疗部,南宁市 530021;

2 广西南宁市第八医院内科,南宁市 530001)

【摘要】 目的 在卫生部颁布的《内镜清洗消毒技术操作规范》的指导下,加强胃肠镜室管理,预防由胃肠镜检查或治疗所造成的医源性感染,保证医疗安全,提高医疗质量。方法 加大对胃肠镜室及其配套设施的投入与管理,加强胃肠镜操作规范及清洗消毒工作程序培训,制定和完善各项规章制度。结果 我院胃肠镜室内感染管理工作得到进一步提高,感染率得到有效控制,医务人员的安全操作意识得到加强。结论 认真贯彻执行卫生部颁布的《内镜室消毒隔离制度》和《内镜清洗消毒技术操作规范》,规范胃肠镜室医院感染的管理,保证医患双方的身体健康,减少疾病的传播。

【关键词】 胃肠镜室;管理;医院感染

【中图分类号】 R 51 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-6575(2011)01-0043-02

自 20 世纪 70 年代内镜检查传入国内至今,胃肠镜检查作为一种侵入性、微创性的诊疗技术,越来越广泛地应用于临床。随着医学的进步,内镜性能的不不断提高,胃肠镜检查在消化道疾病的诊断和治疗中起到越来越重要的作用。但是随着胃肠镜的广泛应用,胃肠镜所引起的院内感染也引起了人们的重视^[1,2]。胃肠镜是软式内镜,材料特殊,精密度高、结构复杂,用后的消毒灭菌难度大;同时价格昂贵,医院购置数量有限,存在供需矛盾,消毒时间不足。这些因素导致临床内镜消毒工作不到位,加之操作不当,都增加了院内感染的风险。我院内镜诊疗部按照卫生部《内镜室消毒隔离制度》和《内镜清洗消毒技术操作规范》2004 版要

求,加强胃肠镜室管理,强化医务人员操作规范,并对胃肠镜室及胃肠镜的消毒进行了规范,健全制度,完善设施,在控制医院感染方面取得了明显成效。

1 完善设施,改善环境

我院建有独立的内镜诊疗部和胃肠镜操作间,严格划分诊疗区,清洗消毒区、无菌挂镜柜、无菌附件储藏柜等;增加内镜数量,并配置了全自动内镜清洗消毒系统;每日两次卫生清扫,保持空气流通,夜间应用紫外线灯自动定时消毒 1 h;医疗垃圾和生活垃圾分开存放,在治疗中产生的医疗垃圾,严格按照《医疗废弃物管理条例》及《医疗卫生机构废弃物的管理办法》进行分类、收集、贮存、运送并集中处置等管理。

作者简介:韦宗萍(1958~),男,大专,主管技师,研究方向:胃肠镜。
* 通讯作者