

[文章编号] 1000-2200(2008)01-0037-02

· 临床医学 ·

经尿道电切治疗小体积前列腺增生 30 例

左泽平^{1,2}, 方 军², 张勋初², 琚建军^{1,2}, 宇洪涛²

[摘要] 目的:探讨小体积前列腺增生的有效治疗方法。方法:应用经尿道前列腺电切加膀胱颈切开术(TURP + BNI)治疗小体积前列腺增生症 30 例。结果:30 例平均随访 22 个月,一次性治愈 28 例,2 例术后再发膀胱颈梗阻,经尿道扩张治愈。一次性手术治愈率 93.3%,无严重并发症。结论:TURP + BNI 治疗小体积前列腺增生具有良好的安全性和确切的疗效。

[关键词] 前列腺增生;经尿道前列腺切除术;膀胱颈切开术

[中国图书资料分类法分类号] R 697.31 [文献标识码] A

Transurethral electro resection for prostatic hyperplasia with small volume: A report 30 cases

ZUO Ze-ping^{1,2}, FANG Jun², ZHANG Xun-chu², JU Jian-jun^{1,2}, YU Hong-tao²

(1. Graduate Student on the Job, Anhui Medical University, Hefei Anhui 230032;

2. Department of Urology, Tongling People's Hospital, Anhui 244000, China)

[Abstract] Objective: To investigate the curative effects of transurethral electro resection of the prostate plus bladder neck incision (TURP + BNI) for the treatment of benign prostatic hyperplasia with small volume. Methods: The data of endoscopic treatment relevant to small-size benign prostatic hyperplasia with small volume was analyzed and reported. Results: Thirty patients were followed-up for 6 to 38 months with a mean of 22 months. The success rate was 93.3%. No patients suffered from the serious complications. Conclusions: The transurethral resection of the prostate plus bladder neck incision is effective and safe to treat the benign prostatic hyperplasia with small volume.

[Key words] prostatic hyperplasia; transurethral prostatic resection; bladder neck incision

良性前列腺增生症(BPH)是老年男性的常见病,临床上多采用经尿道前列腺电切(TURP)或开放手术治疗,但对于小体积良性前列腺增生行开放手术或单纯经尿道电切术效果欠佳,术后膀胱颈挛缩发生率较高。为探讨治疗小体积前列腺增生有效方法,2003年2月~2006年12月,我院对30例小

体积前列腺增生症患者应用经尿道前列腺电切加膀胱颈切开术(TURP + BNI)治疗,取得良好疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 病例选择 (1)排尿困难、膀胱出口梗阻症状明显而药物治疗无效者;(2)B超检测前列腺重量≤35g;(3)膀胱残余尿(RU)≥60ml;(4)有完善的尿流动力学检查;(5)并发反复尿路感染、膀胱结石、急慢性尿潴留或肾功能减退者;(6)术前均经膀

[收稿日期] 2007-03-20

[作者单位] 1. 安徽医科大学在职研究生,安徽合肥 230001; 2. 安徽省铜陵市人民医院 泌尿外科,244000

[作者简介] 左泽平(1970-),男,主治医师。

[10] 刘德纯,林清森. 艾滋病相关卡波西肉瘤 32 例尸检材料的病理学研究[J]. 蚌埠医学院学报,1997,22(3):146-148.

[11] 张国丽,苏慧勇,尹光芝,等. 艾滋病合并结核病 58 例临床分析[J]. 中国艾滋病性病,2006,12(3):261.

[12] 沈银忠. HIV/AIDS 合并深部真菌感染[J]. 中国艾滋病性病,2006,12(4):379-381.

[13] 章俊,王培光,杨森,等. HIV 感染者相关皮肤表现[J]. 中国艾滋病性病,2006,12(5):481-483.

[14] Collazos J. Opportunistic infections of the CNS in patients with AIDS: Diagnosis and management [J]. CNS Drugs, 2003, 17(12):869-870.

[15] 刘彦春,王怀劼,回会文,等. 275 例艾滋病患者的临床资料及皮肤表现[J]. 中华皮肤科杂志,2005,38(9):583-584.

[16] 李兴旺,程荷荷,何云,等. 艾滋病 482 例临床分析[J]. 中国抗感染化疗杂志,2001,1(3):129-132.

[17] 刘德纯. 人体弓形虫病的病理学表现和病理学诊断[J]. 中国

人兽共患病杂志,1995,11(6):82-85.

[18] Oksenhendler E, Cadranel J, Sarfati C, et al. Toxoplasma gondii pneumonia in patients with the acquired immunodeficiency syndrome [J]. Am J Med, 1990, 88(5):18-21.

[19] 刘德纯,林清森. 获得性免疫缺陷综合征的肺部病变(151 例尸检材料的病理学研究)[J]. 蚌埠医学院学报,1997,22(2):77-80.

[20] 张可,董培玲,徐斌,等. AIDS 合并肺部感染 90 例分析[J]. 中国艾滋病性病,2003,9(4):202-204.

[21] 刘德纯,林清森. 艾滋病患者淋巴结病的病理学观察[J]. 中国性病艾滋病防治,1998,4(Suppl):191-193.

[22] 马韵,何如崑. 艾滋病相关淋巴结病的病理诊断[J]. 中华病理学杂志,2005,34(12):776-779.

[23] 郎振为,马佩卿,赵红心,等. 艾滋病相关淋巴结病理改变及其与淋巴结中 CD4+CD25+ 调节性 T 细胞的相关性[J]. 中国医学科学院学报,2006,28(5):622-625.

胱尿道镜检查并排除前列腺癌、神经源性膀胱等。

1.2 一般资料 本组 30 例, 年龄 54 ~ 83 岁, 病程 5 个月 ~ 10 年余, 前列腺重量 18 ~ 35 g; 国际前列腺症状评分 (IPSS) 22 ~ 35; 最大尿流率 (Q_{max}) 4 ~ 13 ml/s; 残余尿量 (RU) 60 ~ 320 ml。

1.3 手术方法 持续性硬膜外麻醉或腰麻, 截石位, 采用德国 KARL · STORZ 公司产全套电切镜, 5% 甘露醇作灌注液, 电切功率 160 ~ 180 W, 电凝功率 60 ~ 80 W。先用切割电极对膀胱颈部至精阜之间的增生腺体作充分切除, 再修切前列腺尖部靠近精阜的增生组织, 注意勿损伤外括约肌组织, 最后做膀胱颈部 5 ~ 7 点处切除或用钩形电极做膀胱颈部 5、7 点处切开, 使膀胱颈部环形的内括约肌纤维大部分或完全切断, 甚至可见脂肪组织。手术结束时切口底部和三角区外侧在同一平面, 从精阜下方向上看, 原来两侧叶之间前后向的缝隙已改变成一条圆形通道, 前列腺窝充分敞开, 膀胱颈部后唇平坦。充分止血后 Ellick 冲洗出组织碎块。术后常规留置气囊导尿管, 气囊注水适当力量牵引压迫止血, 膀胱冲洗。翌晨解除牵引, 2 ~ 5 天内拔除导尿管, 酌情应用抗生素防治感染。

2 结果

手术时间 40 ~ 90 min, 无一例输血, 无电切综合征发生。30 例拔管后均排尿通畅。病理检查示前列腺增生, 术后随访 6 ~ 38 个月。术后 6 个月时 IPSS 评分 ≤ 13 , $Q_{max} \geq 16.2$ ml/s, 残余尿减少或消失。早期 1 例患者出现轻度尿失禁, 3 个月内恢复。有 2 例分别于术后 15 个月和 2 年再发膀胱颈梗阻, 内镜检查膀胱颈挛缩, 经间歇性尿道扩张治疗后排尿满意。

3 讨论

多年来临床上发现虽然有严重的膀胱颈梗阻症状, 但直肠指检、B 超检查前列腺增大并不显著, 其梗阻原因常为双重因素: 前列腺增生和膀胱颈共济失调^[1], 此时膀胱颈挛缩与 BPH 同时存在。一般认为膀胱颈共济失调多继发于前列腺和膀胱的慢性炎症性病变^[2], 尤其是有前列腺炎症病史者, 病理可见导管与腺泡内有嗜中性粒细胞浸润, 炎性渗出物, 上皮部分变性、坏死、脱落, 间质内有大量淋巴细胞浸润, 纤维结缔组织增生^[3]。膀胱颈部平滑肌亦被结缔组织所代替, 合并不同程度的膀胱颈肥厚和纤维化, 尿流动力学检查显示膀胱颈部梗阻。膀胱镜检查

时, 可看到尿道内口处较僵硬, 不像正常组织那样柔软有弹性, 黏膜苍白, 血运差, 膀胱颈后唇抬高。由于增生腺体与外科包膜之间有紧密粘连分界不清, 致开放性手术剥离和切除困难^[2], 采用锐性剥离, 可能撕裂前列腺包膜和尿道外括约肌, 甚至误伤直肠, 术后易反复出血和尿路感染, 形成前列腺窝、膀胱颈部瘢痕挛缩, 再发排尿困难甚至加重等^[4]。这类患者选择开放性手术应慎重, 而选择经尿道电切术较为适宜, 适用的术式有经尿道前列腺电切术或经尿道膀胱颈切开术^[2]。但在以往的多数手术中, 由于仅注意切除增生的前列腺组织, 未处理膀胱颈部, 致使术后膀胱颈挛缩的发生率较高, 影响了手术疗效, 故单纯采用 TURP 治疗小体积前列腺增生不是理想的手术方法^[5]。耿进成等^[6]认为开放手术不能彻底切除前列腺组织以及切断膀胱颈环状纤维, 是影响疗效的主要因素, TURP + BNI 治疗小前列腺增生所致膀胱出口梗阻明显优于开放性前列腺切除术。Blandy 认为在 2 点、10 点和 6 点处切开, 可避免损伤阴茎的血管和神经^[7]。笔者认为, 应用 TURP + BNI, 可以有效解除前列腺部尿道和膀胱颈的梗阻, 消除膀胱内残余尿的存在, 减少了继发性尿路感染的因素, 从而收到较满意的治疗效果。我们行本手术的体会主要有: (1) 尽可能彻底切除增生的前列腺组织; (2) 切平膀胱颈后唇; (3) 大部或完全切断膀胱颈部环状纤维; (4) 切割的终点不超过精阜, 修切尖部时尽可能使用切割电极, 避免过多使用凝固电流, 否则会损伤尿道外括约肌; (5) 可以保留后尿道 12 点位黏膜条, 有利于术后切除区域的上皮化, 减少膀胱颈挛缩的发生^[8]。

【参 考 文 献】

- [1] 韩见知, 庄乾元主编. 实用腔内泌尿外科 [M]. 广州: 广东科学技术出版社, 2001: 123 - 129.
- [2] 吴阶平主编. 泌尿外科 [M]. 济南: 山东科技出版社, 1993: 938 - 948.
- [3] 刘丹华主编. 诊断病理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 474 - 477.
- [4] 韩振藩, 李冰清主编. 泌尿外科手术并发症 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 295 - 309.
- [5] 潘柏年, 陶然, 杨勇, 等. 经尿道治疗小体积前列腺增生引起的膀胱出口梗阻 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(5): 291.
- [6] 耿进成, 冯连成, 宋国宏, 等. 小前列腺增生引起膀胱出口梗阻两种术式疗效分析 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2004, 25(7): 462 - 464.
- [7] Blandy J, Notley R. *Transurethral resection* [M]. 4th edition. Boston: Isis Medical ltd, 1998: 162 - 169.
- [8] Pansadoro V, Emiliozzi P. Iatrogenic prostatic urethral strictures: Classification and endoscopic treatment [J]. *Urology*, 1999, 53(4): 784 - 789.