

## 经尿道前列腺电切术后留置尿管困难的原因分析及处理

李 义, 高继学, 贺晓龙, 白安胜  
(延安大学附属医院泌尿外科, 陕西 延安 716000)

[关键词] 经尿道前列腺电切术; 留置尿管; 原因; 处理

[中图分类号] R695 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 08-0116-02

前列腺增生症 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是老年男性常见病, 多发病, 随着年龄的增长, 排尿困难等症状也随之增加. 大约有 50% 组织学诊断 BPH 的男性有中度至重度下尿路症状<sup>[1]</sup>. 需要手术的患者又占一定比例, 目前 TURP 仍是 BPH 治疗的“金标准”<sup>[2-3]</sup>. 但术后留置尿管困难又是棘手的问题, 笔者回顾分析延安大学附属医院泌尿外科 2003 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 1 426 例良性前列腺增生的患者, 行 TURP 术后出现留置尿管困难 57 例, 进行总结分析, 探讨 TURP 术后留置尿管困难发生的原因及处理方法.

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组 1 426 例, 年龄 58~92 岁, 平均 73 岁, 临床表现: 进行性排尿困难、排尿不畅、夜尿增多、尿潴留等病史及 I-PSS 及 QOL 评分, 体格检查 (直肠指诊), 尿常规, 血清 PSA, 超声检查 (包括残余尿量测定), 尿流率, 诊断为 BPH. 患者取截石位, 采用硬腰联合麻醉, 应用 F27#WOLF 电切镜系统, 电切及电凝功率分别为 160 W 与 80 W, 采用等渗冲洗液, 灌注平面距手术台 60~80 cm. 首先观察膀胱内两侧输尿管开口位置以及后尿道、精阜、前列腺增生的状态, 然后切除腺体, 常规从 6 点处开始电切前列腺, 显露膀胱颈环形纤维和前列腺包膜后, 沿前列腺包膜依次切除左侧叶、右侧叶、12 点处前列腺组织. 电切过程中始终以膀胱颈和精阜作为解剖标志, 原则上切至前列腺包膜. 本组 1 426 例, 术后发生留置尿管困难 57 例, 分析留置尿管困难原因, 其中尿道狭窄 9 例, 膀胱颈部与尿道分离 26 例, 尿道假道形成 13 例, 前列腺组织残留 10 例.

#### 1.2 治疗方法

前列腺电切术后留置尿管困难的 57 例, 根据不同的原因分别选择不同处理方法, 其中尿道狭窄 9 例, 选择扩张尿道或选择较细的尿管插入; 膀胱颈部与尿道分离 26 例, 选择术后留置导尿管遇阻力后气囊注水 3 mL 再插入尿管, 或尿道内留置斑马导丝引导下插入尿管; 尿道假道形成 13 例, 选择尿道内留置斑马导丝引导下插入尿管; 前列腺组织残留 10 例, 选择尿道内留置斑马导丝引导下插入尿管.

### 2 结果

前列腺电切术后留置尿管困难的 57 例, 其中尿道狭窄 9 例, 膀胱颈部与尿道分离 26 例, 尿道假道形成 13 例, 前列腺组织残留 10 例. 选择不同处理方法导尿全部成功.

### 3 讨论

前列腺增生是男性老年人的常见疾病<sup>[4]</sup>. 随着我国人民生活水平的提高和卫生保健工作的进步, 老年人日趋增多, 患者数量也会逐年增加; 经尿道前列腺电切术具有损伤小、恢复快、死亡率低等优点, 现在基本上取代了开放手术. 经尿道前列腺电切术被全世界泌尿外科医师公认为是前列腺增生的最理想手术, “金标准”逐渐向基层推广, 但对于初行 TURP 术应注意各种并发症的发生, 降低手术风险.

经尿道前列腺电切并发症有尿道损伤, 出血, 穿孔, 经尿道电切综合征, 尿失禁, 尿道狭窄, 附睾炎, 性功能障碍等<sup>[5]</sup>. 前列腺电切术后留置尿管困难在初行 TURP 时常有发生. 本组留置尿管困难

[作者简介] 李义 (1971~), 男, 陕西佳县人, 医学学士, 副主任医师, 主要从事泌尿外科临床工作.

的57例,根据病因分类有尿道狭窄;膀胱颈部与尿道分离;尿道假道形成;前列腺组织残留.分析发生原因,多数发生于开展手术初期,对前列腺整体观念了解不足,切除范围分布不均匀,出现组织残留;在手术操作过程中,插入镜鞘遇到阻力盲目用力容易导致假道形成;切除前列腺颈部时,显露膀胱颈环形纤维,切除太深,待两侧叶切除后失去牵拉会出现膀胱颈部与尿道分离,表现膀胱颈部有一裂隙,会影响导尿管的插入.

笔者遇到前列腺电切术后留置尿管困难患者,根据不同原因选择不同的处理方法.尿道狭窄9例,选择尿道扩张和选择更细的尿管便于插入;尿道假道形成13例选择经电切镜置入斑马导丝,在导丝引导下置入导尿管;膀胱颈部与尿道分离26例,选择留置尿管遇阻力后气囊注水3 mL使尿管头抬高再插入,或在经电切镜置入导丝引导下插入尿管;前列腺组织残留10例,选择经电切镜置入导丝引导下插入尿管.

为了预防经尿道前列腺电切术留置尿管困难的发生,要求操作轻柔,遇阻力不可盲目用力,应直视下置入镜鞘防治尿道假道形成;对于尿道外口术前有狭窄者,术中尿道外口切开,在靠包皮系带一侧中线处做尿道内仅切开黏膜与黏膜下结缔组织即可,不要缝合,亦不需要特殊处理.F27镜鞘置入困难,改为F25内鞘并膀胱穿刺造瘘保证低压冲洗.切除腺体开始首先观察膀胱内两侧输尿管开口位置以及后尿道、精阜、前列腺增生的状态,然后按自己的习惯切除腺体,常规从6点处开始电切前列腺,不要切除过深,显露膀胱颈环形纤维和前列腺包膜后,沿前列腺包膜依次切除左侧叶、右侧叶、12点处前列腺组织.

经尿道前列腺电切术留置尿管困难处理及时

合理,可获得痊愈.否则,近期出现出血及膀胱周围冲洗液外渗,甚至腹腔积液;远期并发尿道狭窄,出现排尿困难.会给患者带来身心痛苦和经济损失.因此,为了避免或减少术后留置尿管困难的发生,应该认真做好防治工作,充分认识前列腺电切术后留置尿管困难原因,在治疗过程中加以预防,最大程度地减少发生.同时,不断提高操作的熟练程度和手术技巧,提高手术效果.经尿道前列腺电切术后留置尿管困难的原因很多,根据不同的原因采取不同的治疗方法,术后留置尿管2周,定期复诊3月.是治疗术后留置尿管困难常用而有效的方法,可以获得满意的疗效.

#### [参考文献]

- [1] ROWHRBORM C G, MCCONNELL J D. Etiology, pathophysiology, epidemiology and natural history of benign prostatic hyperplasia. *Campbell's Urology* [M]. Philadelphia: PAWB Saunders Company, 2002, 38: 1 297 - 1 330.
- [2] BORBORGLU P G, KANE C J, WARD J F, et al. Immediate and postoperative complications of transurethral prostatectomy in 1990s [J]. *J Urol*, 1999, 162: 1 307 - 1 310.
- [3] WASSON J H, REDA D J, BRUSKEWITZ R C, et al. A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia [J]. *New Engl J Med*, 1995, 332: 75 - 79.
- [4] 吴德库, 邵继寿, 廖朴, 等. 经尿道前列腺部分切除术治疗高龄前列腺增生86例报告[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2002, 2: 97 - 98.
- [5] 郭应禄. *泌尿外科内镜诊断治疗学* [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 84 - 88.

(2012 - 05 - 03 收稿)