

TURP 术后排尿困难的临床分析及处理

唐正严*, 李 杨, 齐 琳, 彭克亮, 祖雄兵
(中南大学湘雅医院泌尿外科, 长沙 410008)

[摘要] 目的:探讨经尿道前列腺电切术(trans-urethral resection of prostate, TURP)后排尿困难的病因及处理。方法:回顾性分析22例TURP术后出现排尿困难患者的临床资料及治疗方法。结果:术后发生腺体及异物残留3例,尿道狭窄5例,膀胱颈挛缩和逼尿肌无力各7例,均经治疗后恢复。结论:腺体残留、尿道狭窄、膀胱颈挛缩、逼尿肌无力是TURP术后排尿困难的主要原因。正确的术前诊断及术中、术后处理是预防TURP术后发生排尿困难的关键。

[关键词] TURP; 术后; 排尿困难

[中图分类号] R697.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-7347(2006)04-0601-03

Cause and treatment of dysuria post trans-urethral resection of prostate

TANG Zheng-yan*, LI Yang, QI Lin, PENG Ke-liang, ZU Xiong-bing
(Department of Urology, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the cause and treatment of dysuria post trans-urethral resection of prostate (TURP). **Methods** The clinical data and the treatment of 22 cases of dysuria post TURP were analyzed retrospectively. **Results** All cases including 3 cases of glandular and extraneous material residual, 5 cases of urethrostenosis, 7 cases of bladder neck contracture, and 7 cases of detrusor muscle weakness, were cured after the treatment. **Conclusion** The main causes of dysuria post TURP were glandular residual, urethrostenosis, bladder neck contracture, and detrusor muscle weakness. Correct preoperative diagnosis and treatment during/post operation are the key to the prevention of dysuria post TURP.

Key words: TURP; postoperative; dysuria

[J Cent South Univ (Med Sci), 2006,31(4):0601-03]

良性前列腺增生(benign prostate hyperplasia, BPH)是50岁以上男性膀胱出口梗阻的最常见病因,而经尿道前列腺切除(trans-urethral resection of prostate, TURP)术仍是目前治疗BPH的最佳方法之一^[1]。熟练掌握TURP技术需要相当长的一段时间,许多并发症常发生在技术不熟练的最初阶段。我院(中南大学湘雅医院)自2001年10月至2004年10月,收治TURP术后排尿困难22例,笔者将其原因及处理方法总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组22例BPH患者,年龄54~76岁,肛门指检前列腺Ⅱ~Ⅲ度增大,B超测定前列腺体积为46~146 mL;术前均有进行性排尿困难病史,其中9例有急性尿潴留病史并留置尿管,13例未留置尿管病例残余尿量为58~214 mL,尿流动力学检查最大尿流率为3~8 mL/s,均提示下尿路梗阻,7例伴逼尿肌收缩无力。

1.2 治疗方法 12例在我院行TURP术后发

生排尿困难,10例在外院行TURP术后发生排尿困难。有3例术后拔除导尿管后即感排尿困难,排尿不成线,给予重新留置尿管,1周后仍无改善,再次置入电切镜。2例可见前列腺尖部腺体残留,再次行TURP术将残留的前列腺尖部腺体切除,术中不作膀胱造瘘,术后排尿通畅;1例在前列腺窝内有导尿管气囊壁残片残留,形成活瓣导致排尿困难,将残片取出后排尿通畅。其余19例TURP术后随访1年,均出现不同程度的排尿困难。经尿流动力学、B超、尿道镜检查提示:(1)尿道狭窄5例,均为尿道外口狭窄,在表面麻醉下行尿道扩张术,每周1次,经6~8次尿道扩张后治愈;(2)膀胱颈挛缩7例,经尿道内口钬激光切开及膀胱颈瘢痕电切术,术后2周拔管,排尿通畅;(3)逼尿肌无力7例,术前尿流动力学检查提示下尿路梗阻伴逼尿肌收缩无力,术后排尿仍不满意,行理疗及 α 1A肾上腺受体(哈乐胶囊,0.2 mg/d,1疗程3~6月)阻滞剂治疗。

2 结 果

本组22例中20例经相应治疗后均治愈,排尿通畅,症状明显改善,复查最大尿流率为18~24 mL/s。7例逼尿肌无力患者中2例经3~6个月理疗及 α 1A肾上腺受体阻滞剂治疗,症状减轻。

3 讨 论

目前,TURP仍是治疗前列腺增生的有效方法,但TURP术后仍有7%~10%的患者发生排尿困难或其他并发症需进一步处理^[2,3]。综合文献报道并结合本组病例,TURP术后发生排尿困难的常见原因有腺体残留、继发出血、尿道狭窄、膀胱颈挛缩、逼尿肌功能异常等。正确的术前诊断及术中、术后处理是预防术后发生排尿困难的关键。

腺体残留、创面不平整、组织块存留是术后发生排尿困难的原因之一。本组发生腺体残留2例,主要是技术不熟练,切除不够所致。术中担心损伤外括约肌或切穿包膜以及术中出血影响对周围组织辨认,致增生部分切除不够或尖部组织未切除,术后梗阻未能解除。因此,术中应力求切净增生腺体组织,这要求术者必须具备娴熟的切割技术和镜下精确辨认精阜、前列腺外科包膜、真正包膜及静脉窦等组织结构的能力。术者应根据自己TURP技术熟练程度来选择体积或质量适当的BPH作TURP。前列腺尖部增生腺体的切除非常

重要,本组即前列腺尖部腺体残留引起排尿困难,该处少许残留即可影响术后疗效,可用小块薄片削切法彻底切除。TURP对高危前列腺增生患者可以不完全切除增生的前列腺组织,但应完全切除增生的中叶,平整切除从侧叶塌陷下来的腺体以保证流出道平整,缓解排尿困难症状^[4]。一味强调切净增生腺体,则手术时间长、出血多、增加手术危险性^[5]。另外本组有1例因导尿管气囊破裂后气囊壁残片残留于前列腺窝内,为异物导致排尿困难。

虽然本组无继发出血引起排尿困难的病例,但继发性出血是TURP术后最常见并发症,常在术后30 min~7 d发生,2周以后甚至更长时间也有出血的可能^[6]。继发出血在膀胱内形成大量凝血块可堵塞尿道内口引起排尿困难。引起术后出血的原因较为复杂,包括止血不彻底、凝血功能障碍性疾病、前列腺窝感染、无抑制性膀胱收缩、气囊破裂、便秘等。继发出血处理的关键是及时控制活动性出血,如保守治疗有效,膀胱内血块可自行溶解,不会引起排尿困难。对有下列情况者需考虑再次手术:(1)短期内大量出血且伴有休克症状,保守治疗无明显止血效果;(2)间歇出血经积极保守治疗观察2~3 d后仍有出血倾向;(3)膀胱内有大量血块积聚,反复冲洗和抽吸困难,且有活动性出血。术中要认真止血,吸净血凝块和组织碎块,不能依赖术后靠牵引Foley导尿管气囊的压力来止血,解决动脉出血只能依靠电凝。术后应用镇痛泵,保持大便通畅,避免剧烈运动。

尿道狭窄是TURP术后远期并发症。尿道狭窄大多由于术时过度扩张尿道,电切镜型号过大;术后导尿管过粗,留置导尿管时间过久造成^[7]。前列腺汽化电切术尿道狭窄发生率较高,包括前尿道、后尿道狭窄。前尿道狭窄主要发生在尿道外口,由较粗汽化镜损伤所致。后尿道狭窄除汽化镜直接损伤外,操作不当、感染、导尿管选择也是原因。一般而言,多数尿道外口狭窄可以通过尿道扩张治愈,少数需要手术治疗。本组5例均采用Wolf电切镜,外鞘F₂₇,置镜时难以通过尿道外口,经尿道扩张后才能置入。术后1~3月出现尿道外口狭窄,经多次尿道扩张后均治愈。

TURP术后膀胱颈挛缩的发生率为2.7%~10%,多在术后4~6周出现^[8]。常见原因有:前列腺体积较小,常合并有膀胱颈挛缩和肥厚,术后肥厚的膀胱颈创面易形成瘢痕愈合;术中动作粗

暴,过多地反复推拉镜鞘,尤其当镜鞘与身体长轴成一定角度时,更易损伤尿道,致术后组织瘢痕挛缩;术中电流强度过大,尤其当使用汽化电极时,直接灼伤尿道;术中创面不平整,或切除过深,造成外科包膜断裂,上皮爬行覆盖创面困难;术后留置尿管过粗或时间过长,压迫尿道壁,或尿管质量差,刺激性大,引起局部炎症反应致瘢痕形成。本组7例术后4周出现排尿困难,直视下尿道镜检查提示膀胱颈挛缩,在输尿管导管的引导下用钬激光将狭窄处12点切开,然后用电切攀彻底将瘢痕切除,疗效均满意。笔者体会在狭窄处12点切开不易损伤尿道后壁和直肠,充分切除瘢痕组织,使新尿道表面光滑平整,以利于尿道黏膜生长覆盖,可有效防止术后复发。电切时要作360度圆形切除,即重新切出一个新的膀胱颈部。后唇必须平整,使后尿道与三角区处于同一平面,彻底消除“门槛”。

膀胱逼尿肌功能异常亦是TURP术后排尿困难的主要原因之一。膀胱逼尿肌功能异常包括逼尿肌不稳定、逼尿肌无力和膀胱顺应性的改变。据报道50%~80%的BPH患者出现逼尿肌不稳定,而在TURP术后,大部分患者恢复^[9]。BPH所致的逼尿肌功能受损是一个由代偿到失代偿的过程。如到失代偿期再行手术治疗,逼尿肌功能已不能完全恢复。本组有7例行术前尿流动力学检查,确定存在逼尿肌收缩无力,术后留置尿管时间较长,拔出尿管后经3~6个月理疗,配合 α 1A肾上腺受体阻滞剂治疗,效果均较理想。因此尿流

动力学检查对术前合理选择病例,判断术后疗效有较高价值。

参考文献:

- [1] 程文,高建平,张征宇,等. 术前尿流动力学检查对TURP术后疗效预测的研究[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(3): 207-209.
- [2] Blaivas JG. Obstructive uropathy in the male[J]. *Urol Clin North Am*, 1996, 23(3): 373-384.
- [3] Hald T. Review of current treatment of benign prostate hyperplasia[J]. *Eur Urol*, 1994, 25(Suppl 1): 15-19.
- [4] 邓若平,周芳坚. TURP术后疗效不佳原因分析及再处理体会[J]. 中国内镜杂志, 1998, 4(3): 23-25.
- [5] 张祖洪,肖劲逐,许海波,等. 经尿道部分前列腺电切治疗高危前列腺增生症((附27例报告)[J]. 临床泌尿外科杂志, 1999, 14(7): 283-284.
- [6] 何志新,温天奋,彭晓东,等. 经尿道前列腺切除(TURP)术后大出血的原因和处理[J]. 中国临床医学, 2004, 11(4): 610-611.
- [7] 叶敏,陈建华,孔良,等. 经尿道前列腺电切术的并发症及其防治[J]. 中华泌尿外科杂志, 1997, 18(6): 362-364.
- [8] 李泓,米振国,李开选,等. TURP术后膀胱颈挛缩的临床分析及处理[J]. 现代泌尿外科杂志, 2001, 6(3): 45.
- [9] Elbadawi A, Yalla SV, Resnick NM. Structural basis of geriatric voiding dysfunction IV bladder outlet obstruction[J]. *J Urol*, 1993, 150(11): 1681-1695.

(本文编辑 陈丽文)