

[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 25(5): 103-104.

方法学及可行性的初步研究[J]. 中国输血杂志, 2017, 30(7): 818-821.

[7] 刘祎, 傅立强, 朱守兵. 无偿献血者血液病原体 ELISA 与核酸检测结果分析[J]. 浙江预防医学, 2017, 29(6): 583-585.

(收稿日期: 2018-11-25 修回日期: 2019-02-26)

[8] 任亚娜, 周国平, 王中英, 等. 核酸检测反应性献血者归队

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 12. 042

经尿道前列腺等离子分区剜除术术后并发症的原因分析及防治措施

张 力, 郭 闯, 李旭明, 李 锋, 唐永永, 王清松, 程洪林, 程宗勇[△]

(重庆市长寿区人民医院泌尿外科 401220)

摘 要:目的 探讨经尿道前列腺等离子分区剜除术术后并发症的发生原因及预防和治疗方法。

方法 选取该院 2014 年 1 月至 2017 年 1 月 160 例接受经尿道前列腺等离子分区剜除术的前列腺增生患者为研究对象, 回顾总结其临床资料, 分析术后并发症的发生情况。**结果** 全部患者均顺利完成手术, 并取得良好效果。无电切综合征发生, 无附睾炎, 无膀胱颈挛缩, 术后出血 7 例(4.38%), 术后排尿困难 8 例(5.00%), 术后暂时性尿失禁 5 例(3.13%), 术后尿道狭窄 4 例(2.50%)。**结论** 经尿道前列腺等离子分区剜除术并发症发生原因较多, 分析并发症发生原因, 给予有效的防治方法, 可有效降低并发症发生。

关键词:经尿道前列腺等离子分区剜除术; 并发症; 防治措施

中图分类号:R697.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)12-1758-03

良性前列腺增生(BPH)是中老年男性的多发病之一, 近年来 BPH 的发病率逐渐升高^[1]。前列腺的上皮细胞以及间质增生导致腺体增大从而引起 BPH, 进而引起排尿困难。BPH 的发病机制尚不明确, 但年龄的增长和有功能的睾丸是其发病的两个重要条件^[2]。BPH 的主要临床表现是尿频、尿急、排尿困难、尿线细等, 甚至造成尿路感染、膀胱结石、血尿、肾功能损害等, 严重影响患者的生活质量^[3-4]。BPH 患者如果药物治疗效果不佳, 则选择外科手术。目前经尿道前列腺等离子分区剜除术(PKRP)被广泛用于 BPH 的手术治疗, 是一种治疗效果显著、安全的手术方法, 但患者术后仍然会发生一些并发症^[5-6]。本研究以本院泌尿外科已经施行 PKRP 治疗的 BPH 患者 160 例为研究对象, 回顾分析术后并发症发生的原因及防治方法, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院泌尿外科 2014 年 1 月至 2017 年 1 月接受 PKRP 的 BPH 患者 160 例的资料进行总结分析。患者年龄 57~95 岁, 平均(68.8±8.3)岁; 病程 1~16 年, 平均(8.5±2.37)年。所有患者均行国际前列腺症状评分、生活质量评分, 以及泌尿系统彩超、残余尿量、最大尿流率、直肠指检、前列腺特异性抗原等检查, 确诊患有 BPH, 有 PKRP 的指征, 并已经排除前列腺癌可能的患者。国际前列腺症状评分(23.8±4.3)分, 生活质量评分(5.1±0.9)分, 泌尿系彩超测定前列腺体积(59.5±22.7)mL, 残余尿

量(105±29)mL, 最大尿流率(5.8±1.7)mL/s。伴有高血压病、糖尿病及其他内科疾病的患者术前均得到稳定控制, 口服抗凝药物的患者停抗凝药物至少 7 d 以上, 术前无明显手术禁忌证。

1.2 方法 常规采用硬膜外阻滞麻醉。采用英国司迈等离子体双极电切系统以及影像系统, 切割功率为 160 W, 电凝功率为 100 W。以等渗冲洗液为膀胱冲洗液。患者取截石位, 电切镜经尿道进入后, 确认尿道括约肌、精阜、膀胱颈口、输尿管口等重要标志, 观察膀胱内有无肿瘤、结石等。采用分区切除法切除增生的前列腺组织。首先于精阜近端 5:00—7:00 位置处以点切法由浅入深逐渐切开尿道黏膜至前列腺外科包膜处, 于前列腺外科包膜与增生腺体之间的间隙内, 用电切镜镜鞘的喙状前端逆推剥离增生的腺体组织至膀胱颈口处, 再快速无血切除剥离的增生腺体组织。前列腺顶叶 11:00—1:00 联合部分, 因增生的前列腺腺体组织较薄弱, 可直接行等离子电切。以剜除中叶的方法, 然后分别切除增生腺体的左侧叶以及右侧叶。最后仔细修整前列腺尖部的残留组织至精阜远端平面, 使精阜处尿道的开口呈圆形。将腺体碎屑组织冲出送病理检查, 然后彻底止血。常规留置 20F 三腔气囊导尿管, 用等渗冲洗液持续膀胱冲洗 1~2 d, 术后 7 d 拔出导尿管。

2 结 果

本组 160 例患者全部顺利完成 PKRP, 并取得良好的效果。平均手术时间(62.3±24.7)min, 切除的

[△] 通信作者, E-mail: 995852483@qq.com。

BPH 组织平均质量(33.5 ± 18.4)g, 平均术中出血量(165.4 ± 72.8)mL。术后患者下尿路症状较前明显改善, 术后患者国际前列腺症状评分以及生活质量评分较前明显好转。术后病理检查证实均为 BPH。无电切综合征发生, 无附睾炎, 无膀胱颈挛缩, 术后出血 7 例(4.38%), 术后排尿困难 8 例(5.00%), 术后暂时性尿失禁 5 例(3.13%), 术后尿道狭窄 4 例(2.50%)。

3 讨论

BPH 是泌尿外科中常见的疾病, 尿频、排尿困难为其主要临床症状, 病情严重者会极大降低患者的生活质量。手术切除是目前治疗良性 BPH 的主要方法。经尿道前列腺电切术(TURP)一直被认为是手术治疗 BPH 的“金标准”, 与传统的耻骨上经膀胱前列腺摘除手术比较, 该术式采用内窥镜电切器械在直视下经尿道切除 BPH 腺体, 具有创伤小、恢复快、效果好等优点^[7]。但 TURP 也存在缺点, 如电切过程中需反复切除腺体并止血, 同时容易切穿外科包膜静脉引起出血; 如术中电切环的局部高温会损伤尿道外括约肌, 致术后尿失禁和尿道狭窄的风险增加; 如术中采用非电解质冲洗液冲洗, 增加中毒的风险^[8]。因此, 有学者对其“金标准”的地位提出质疑^[9-10]。因此, 有必要寻找一种更加有效、安全的手术方法。PKRP 则可避免上述不足, 具备以下优势, 如术中直接剥离增生腺体组织, 切断了病灶处血供, 术中出血量少; 等离子切割时表面温度低, 热损伤轻; 且术中使用生理盐水或等渗冲洗液, 有效防止前列腺电切综合征的发生^[11]。本研究中, 所有患者亦无电切综合征病例发生。研究认为, 经尿道等离子前列腺分区剝除术是治疗 BPH 疾病安全有效手术方法, 值得推广。

本组研究术后无电切综合征发生, 无附睾炎, 无膀胱颈挛缩, 术后出血 7 例(4.38%), 术后排尿困难 8 例(5.00%), 术后暂时性尿失禁 5 例(3.13%), 术后尿道狭窄 4 例(2.50%), 提示 PKRP 术后仍有一定的并发症发生。现将以上并发症的发生原因以及临床预防和处理的方法归纳为下。

术后出血。术后出血多发生在术后 4 周内。出血常见原因: BPH 体积过大; 手术医师技术不娴熟, 前列腺腺体残留, 创面没彻底止血; 术后持续膀胱冲洗不顺畅、膀胱痉挛; 术后患者过早活动或活动量过大, 术后便秘或过于用力咳嗽等。防治方法: BPH 过大者, 术前口服非那雄胺 1 周以上, 必要时可开放手术前列腺摘除; 提高手术医师的操作水平, 尽可能完全切除前列腺腺体, 术中仔细止血; 确保持续膀胱冲洗通畅, 如冲洗不顺畅或冲洗液颜色加深或为鲜红色^[12], 需急诊行膀胱血凝块清除以及电凝止血等; 术后 3 个月内, 禁止剧烈运动, 积极对症处理便秘、剧烈

咳嗽等。本组研究中术后出血 7 例(4.38%), 对症治疗后好转, 无输血病例。

排尿困难。术后排尿困难缓解不明显, 或短期内再次排尿困难, 生活质量无法改善, 在患者中较为常见, 约占 7.64%^[13]。发生原因: 术后尿道以及膀胱颈发生感染水肿或损伤后狭窄; 术后残余腺体过多; 残余组织或血凝块堵塞尿道。防治方法: 积极控制感染; 电切镜进入尿道前要充分润滑镜鞘, 动作要轻柔, 避免损伤尿道; 前列腺部位尿道要电切至平整光滑, 避免有组织形成活瓣; 彻底止血, 将碎片组织冲洗干净; 出现排尿困难, 可采用尿道扩张术联合药物治疗等。本组术后暂时性排尿困难 8 例(5.00%), 对症治疗后明显好转。

尿失禁是电切术后常见并发症, 严重影响患者的生活质量。分为短暂性尿失禁以及永久性尿失禁, 发生率约 6.0%^[14]。发生原因: 膀胱尿道功能障碍, 术中损伤尿道外括约肌, 留置尿管时间过长, 前列腺窝以及尿道局部感染水肿。防治方法: 术前行尿动力学检查, 对不稳定膀胱者行盆底肌功能训练, 逼尿肌过度活动者以保守治疗为主; 术中以精阜为界, 精准切割, 确保尿道外括约肌完整性, 不宜过长时间留置尿管; 发生尿失禁后, 鼓励患者放松心情, 积极配合治疗, 如盆底肌训练、膀胱训练、电刺激治疗或抗感染等治疗。本组术后尿失禁 5 例(3.13%), 均为暂时性尿失禁, 对症治疗后 3 个月内全部恢复正常排尿。

尿道狭窄多发生于电切术后 2~6 个月内, 研究报告, 其发生率为 1.78%~7.00%^[15]。尿道狭窄可发生于尿道各个部位, 常发生于尿道外口、悬垂部、膀胱出口等。发生原因: 术前有泌尿道感染; 手术操作粗暴, 电切镜强行插入尿道, 损伤尿道外口; 术中镜鞘反复进退、旋转致尿道外口以及膜部尿道黏膜损伤; 术后留置尿管太粗, 导致继发性尿道狭窄; 导尿管过度牵拉后对尿道外口的黏膜压迫时间过长, 导致尿道黏膜缺血坏死以及瘢痕形成。防治方法: 积极治疗泌尿道感染; 电切镜进入尿道前, 充分润滑镜鞘, 进镜要温柔, 尽量在直视下旋转缓慢进镜; 术中操作轻柔, 避免暴力损伤尿道组织; 术后留置的尿管不宜过粗, 不宜过度牵拉尿管, 尿管保留时间不宜过长; 如有尿道狭窄, 要及早行尿道狭窄扩张术, 严重者行尿道狭窄内切开术等。本组研究术后尿道狭窄 4 例(2.50%), 经扩张尿道等治疗后排尿通畅。

参考文献

- [1] 徐国法. 研究经尿道前列腺电切术后并发症的发生原因及防治措施[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(33): 37-38.
- [2] 蔡纪秋. 经尿道前列腺电切术后并发症的预防及护理

- [J]. 医学信息, 2016, 29(29): 205-206.
- [3] 施长荣, 白树华, 王正会. 经尿道钬激光碎石术与等离子电切术联合治疗前列腺增生并膀胱结石的疗效分析[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2015, 15(82): 71-72.
- [4] 陆兆祥, 梁法政, 江墩勤, 等. 经尿道等离子电切术治疗高龄高危前列腺增生患者的疗效[J]. 安徽医学, 2016, 37(4): 438-440.
- [5] 程洪林, 郭闯, 李旭明, 等. 经尿道前列腺等离子切除术治疗高危超大前列腺增生[J]. 重庆医学, 2017, 46(9): 1201-1202.
- [6] 王俊. 经尿道前列腺等离子切除术治疗前列腺增生的精细化护理对疗效与并发症的影响[J]. 中国社区医师, 2017, 33(24): 136-137.
- [7] MARTIN S, LANGE K, HAREN M T, et al. Risk factors for progression or improvement of lower urinary tract symptoms in a prospective cohort of men[J]. J Urol, 2014, 191(1): 130-137.
- [8] LIN Y, WU X, XU A, et al. Transurethral enucleation of the prostate versus transvesical open prostatectomy for large benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. World J Urol, 2016, 34(9): 1207-1219.
- [9] 刘春晓. 传统经尿道前列腺电切术不应再是前列腺增生腔内治疗的金标准[J]. 现代泌尿外科杂志, 2012, 17(3): 298-299.
- [10] ROCCO B, ALBO G, FERREIRA R C, et al. Recent advances in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia[J]. Ther Adv Urol, 2011, 3(6): 263-272.
- [11] 罗艳军, 李玉玲, 张水根. 经尿道等离子电切术治疗前列腺增生效果及并发症分析[J]. 上海医药, 2017, 38(20): 15-16.
- [12] 胡中祥, 韦超, 龚毅, 等. 经尿道前列腺等离子电切术后出血原因及预防[J]. 现代医药卫生, 2017, 33(16): 2462-2464.
- [13] 晋继忠, 刘润, 梁正, 等. 经尿道前列腺电切术后排尿困难的原因及防治[J]. 河南医学研究, 2018, 27(7): 1236-1237.
- [14] 安信, 贾麟. 经尿道前列腺电切术后并发症的原因分析及防治对策[J]. 临床合理用药, 2018, 11(20): 172-173.
- [15] 景光远. 经尿道前列腺电切术后并发尿道狭窄 79 例的预防与治疗[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(85): 91.

(收稿日期: 2018-11-20 修回日期: 2019-02-25)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 12. 043

针对性护理对冠心病合并高血压老年患者血脂相关指标的影响

刘善敏

(山东省立第三医院心内科, 济南 250031)

摘要:目的 探讨针对性护理对冠心病合并高血压老年患者血脂相关指标的影响。方法 选取 2016 年 7 月至 2017 年 7 月该院心内科收治的 94 例冠心病合并高血压的老年患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组($n=45$)和观察组($n=49$)。对照组采用常规护理模式进行护理, 观察组采用针对性护理, 比较两组患者治疗前后一般情况、血脂水平的变化, 以及对健康知识掌握程度。结果 护理后两组患者体质指数(BMI)、血压、血脂水平均有下降, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组健康知识得分高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。护理后观察组复发率为 10.20%, 显著低于对照组的 26.67%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 针对性护理能够改善冠心病合并高血压患者的血脂、血压水平, 增加患者对疾病知识的了解, 减少疾病复发, 值得临床推广应用。

关键词:针对性护理; 冠心病合并高血压; 血脂**中图分类号:** R543**文献标志码:** A**文章编号:** 1672-9455(2019)12-1760-04

冠心病全称冠状动脉粥样硬化性心脏病, 是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄、阻塞、和(或)因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺氧或坏死而引起的心脏病, 也称缺血性心脏病^[1-3]。其主要危险因素包括年龄、性别、血脂异常、高血压、吸烟、糖尿病等^[4]。而高血压既是心血管疾病的危险因素, 同时又是心血管疾病之一^[5]。据研究表明, 60%~70%的冠状动脉粥样硬化患者合并高血压, 高血压中 3%~5%患者合并冠心病, 两种疾病之间相互促进, 加剧冠心病的发展, 导致急性心肌梗死、心脏性猝死等事件的

发生^[6-7]。而冠心病合并高血压是中、老年人的常见病、多发病, 这类患者对疾病的掌握知识较少, 增加了护理难度, 从而影响疾病的治疗, 降低了护理质量, 因此针对性护理显得尤为重要^[8]。本研究对冠心病合并高血压的老年患者进行针对性护理, 观察患者临床疗效, 以及对患者血脂水平的影响情况。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 7 月至 2017 年 7 月本院心内科收治的 94 例冠心病合并高血压的老年患者