同期治疗前列腺增生症合并腹股沟疝

王能斌 廖军 郭军

(武警水电二总队医院 江西新余 338000)

摘要:目的:探讨经尿道前列腺切除术(TURP 联合 TUVF)同时行无张力疝修补术治疗前列腺增生并腹股沟疝的效果。方法:22 例前列腺增生合并腹股沟疝患者在硬膜外麻醉下 TURP 联合 TUVF 同时行无张力疝修补术。结果:无切口感染,无尿失禁,术后最大尿流率均 >15mL/s,IPSS 评分由术前平均 23.1 分降至术后均 <8 分。随访 1~48 个月,平均 22 个月,无疝复发。结论:TURP 联合 TUVF+ 疝补片同期治疗 BPH 并腹股沟疝,疗效良好,可避免二次麻醉、二次手术的痛苦、风险以及经济负担,特别是对高龄 BPH 并腹股沟疝同时又并其他内科疾患的病人,更显示出其优越性和实用性。

关键词:前列腺增生症;腹股沟疝;经尿道前列腺切除术;无张力修补术

中图分类号:R 697.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)05-0037-02

前列腺增生症(BPH)是男性老年人的常见病,由于长期依靠增加腹压帮助排尿,且老年患者腹壁比较薄弱、肌腱组织萎缩,故常并发腹股沟疝。我科自 2005 年 6 月~2009 年 5 月采用经尿道前列腺汽化切(TUVP)联合电切术(TURP)+ 疝补片同期治疗

BPH 并腹股沟疝 22 例,效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 22 例 BPH 病人,年龄 61~84 岁,平均 71.8 岁。疝均为可复位疝,其中斜疝 18 例,直疝 4 例;单侧 20 例,双侧 2 例。有尿潴留史者 12

10g) 150~200mL,灌肠,1d 2 次,肠鸣音恢复后胃管注入活血承气汤 100mL,闭管 2h,1d 2 次;中药渣打包外敷脐部,并加热水袋恒温热敷 4~6h。同时用血塞通 0.4g 加入 5%葡萄糖 250mL 中静脉点滴,1d 1 次。密切观察病情变化,尤其是腹部体征变化,若出现明显的机械性梗阻,或绞窄性梗阻征象,或腹部平片液平进一步增多、增大时应中转手术治疗。

1.4 结果 28 例患者均经保守治疗治愈,治疗时间最短 3d,最长 10d,平均 6.5d。

2 讨论

术后炎性肠梗阻主要因腹部手术的创伤或腹腔内炎症等因素而导致肠壁的广泛水肿以及炎性渗出形成一种机械性与动力性并存的粘连性肠梗阻,腹膜在受到手术或炎症刺激后,会发生一系列免疫反应,产生细胞坏死因子、转移因子、白三烯等,导致腹腔脏器的粘连^[3,4]。这是一种腹膜的防御反应,随着炎症的消退,渗出液的吸收,肠壁水肿也逐渐减轻,肠功能才能得以恢复,在肠蠕动肠功能恢复初阶段,应以清淡流质、软食为主,配合足三里注射 VB₁、VB₆ 可促进胃肠功能的恢复^[5,6]。

中医认为肠道为传化之腑,“以通为用、以降为顺”,术后肠道气机痞结、气滞血瘀,通降功能失调,导致肠内容物不能顺利通过而引起梗阻,以痞、满、燥、实、瘀为主证,临床治疗予活血承气汤,活血化瘀、通里攻下为主。方中桃仁、红花、血见愁活血化瘀、党参补气配合枳实以行气,气行血则行,从而促进了小承气的通里攻下作用,减少腹膜炎时肠道内细菌和毒素的移动,降低血液中细胞因子水平,升

高超氧化物歧化酶水平,促进腹腔的吸收功能,抑制其渗出,保护肠粘连通透性,改善肠黏膜屏障功能,改善小肠组织的血液灌流^[7]。该方能促进病肠功能恢复,排气排便,但不等于术后炎性肠梗阻就痊愈,腹腔炎症越重者,肠道功能完全恢复时间越长,甚至 2~3 个月,所以服用活血承气汤时间要长,使大便次数每天保持 2~3 次。食欲正常,舌苔不腻,无腹胀、腹痛为治愈,但仍要以清淡饮食为主,1~3 个月内禁荤食补品。

血塞通针剂主要成分为三七总皂苷,具有扩张血管、抑制血小板集聚、降低血液黏度、活血化瘀及消炎止痛等作用,早期应用能改善肠壁血液循环,降低通透性,从而减轻肠壁水肿,促进肠蠕动恢复。中西医结合治疗炎性肠梗阻简便易行,安全可靠,无毒副作用,最大程度减少中转手术机率。该方法应用越早,临床效果越好,对腹腔感染严重的腹部手术病人,可术后及时给予预防性用药。

参考文献

- [1]黎介寿.熟悉术后早期炎性肠梗阻的特性[J].中国实用外科杂志,1998,18(7):387
- [2]李幼生,黎介寿.再论术后早期炎性肠梗阻[J].中国实用外科杂志,2006,26(1):38
- [3]蒋申战,高成绩.术后早期炎性肠梗阻 23 例临床分析[J].河北医学,2006,12(2):164
- [4]张晓鹏.肠梗阻 CT 与螺旋 CT 诊断[J].中国实用外科杂志,2000,20(3):190
- [5]Sajja SB, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction[J]. Br J Surg, 2004, 91(6):683-691
- [6]吴伟兵.中西医结合治疗肠梗阻[J].中国临床医生,2003,31(10):40
- [7]朱维铭,李宇.术后早期炎性肠梗阻的诊治[J].中国实用外科杂志,2000,20(8):456

(收稿日期:2009-05-04)

例;前列腺大小为 39.8~90.7g,平均重量为 47.7g;术前最大尿流率(MFR)均 <9 mL/s;国际前列腺症状评分(IPSS)17~29 分,平均 23.1 分;术前直肠指检前列腺增生 I° 6 例,II° 12 例,III° 4 例。合并膀胱结石 4 例,高血压、冠心病 4 例,糖尿病 2 例,慢性支气管炎、肺气肿 8 例。

1.2 材料和设备 疝修补材料选用巴德公司的聚丙烯花朵状网塞和网状补片。TUVF 和 TURP 采用沈大前列腺电切镜、铲状电极、环状电极。

1.3 手术方法 术前治疗合并症,直至评估能耐受手术。连续硬膜外麻醉,取膀胱截石位,先行 TUVF+TURP,后行充填式无张力疝修补术。4 例膀胱结石患者先行经尿道大力碎石钳碎石,而后用汽化切割襻(铲状电极)将前列腺中叶及两侧组织进行切除,直到接近前列腺外包膜及尖部,再以普通电切环对残余焦化组织和精阜周围组织进行精确修切。以 Ellick 抽吸泵将切割下的组织从膀胱内吸出,置三腔导尿管入膀胱,气囊注水 40mL,压迫膀胱颈,固定于大腿内侧,术后生理盐水持续膀胱冲洗。改平卧位行疝修补术。取腹股沟韧带中点上方两横指处至耻骨结节斜切口,术中找到疝囊后游离至颈部,不需高位结扎,将花朵状网塞的锥状顶与疝囊底顶端缝合固定,再将疝囊回纳腹腔,网塞充填于疝环处,将网塞边缘与周围组织缝合固定。测量估计腹股沟区缺损范围,选择并裁剪网状补片(超过缺损范围 1.0~1.5 cm 为宜)置于精索后方,补片一端的圆孔予精索通过,调整圆孔大小适宜后缝合裂口,补片四周与周围组织作缝合固定。

1.4 结果 本组 TUVF+TURP 手术时间 30~75min,平均 45min,疝修补术时间 40~85min,平均 65 min。术后持续膀胱冲洗 1~3d,术后 3~5d 拔除尿管,术后 7d 拆线。22 例病人手术过程顺利,术后恢复快。随访 1~48 个月,平均 22 个月,无切口感染及疝复发等并发症,排尿顺畅,IPSS<8 分,MFR >15mL/s。

2 讨论

BPH 是男性老年人的常见病,由于患者长期排尿困难,腹压升高,容易并发腹股沟疝。BPH 并发腹股沟疝的治疗原则是解除尿路梗阻及进行疝修补术,既可以分两期手术,先解除尿路梗阻,再进行疝修补,也可以同期手术,临床上大多采用同期手术治疗。以往解除尿路梗阻多采用开放手术摘取前列腺增生组织,目前随着微创技术的发展和普及,开放性手术在许多国家和地区已被腔内微创技术如经尿道前列腺电切术、经尿道前列腺汽化切术所取

代。当前 TURP 被公认为治疗 BPH 的“金标准”,TUVF 则被誉为“金标准”的延续^[1,2]。TURP 的优点是切除组织速度快,切除面解剖标志清晰,能够进行精细操作,切除部位热损伤小,术后创面易于愈合,但也有出血较多、操作时间过长、易发生电切综合征等缺点。TUVF 的优点是有切割、汽化双重作用,能快速汽化切割组织,可在创面下形成具有屏障作用的脱水组织带,止血效果好,术野清晰,减少电切综合征的发生,缺点是汽化切割术后创面不平整,有坏死组织脱落,易并发较重较长时间的排尿刺激症状、尿路感染、继发性出血,且在处理前列腺尖部时易灼伤尿道外括约肌导致尿失禁^[3]。将 TUVF 与 TURP 联合治疗 BPH 可以起到取长补短作用,较开放手术具有适应证宽、切除增生腺体彻底、痛苦少、出血少、恢复快、并发症低、疗效显著、易于掌握等优点,明显优于单纯 TURP 或 TUVF 治疗 BPH。

腹股沟疝的手术治疗包括传统的疝修补术和现代的填充式无张力疝修补术。传统的腹股沟疝修补方法多样,有 Bassin 法、McVay 法、Halsted 法等等,但不论那种方法,都存在组织结构被不合理改变和局部高张力等弊病。由于此类手术是用丝线将组织拉拢,不可避免存在缝合张力大、术后手术部位疼痛、牵拉紧缩感及修补的组织愈合差等缺点。为了防止疝复发,术后较长时间不能参与体力活动及运动,影响了生活质量。疝环充填式无张力疝修补术作为新一代腹股沟疝修补术,因其无张力修补,符合人体的了解剖结构,操作简单,术后疼痛少,复发率低,原发性疝复发率仅 0.1%^[4],成为老年患者的最佳选择,已逐渐代替传统的疝修补术^[5]。我们将这两种手术方式结合起来同期治疗 BPH 并腹股沟疝,取得了良好的疗效,既避免二次麻醉、二次手术的痛苦,又减少了二次住院所增加的费用和时间,特别是对高龄 BPH 并腹股沟疝同时又伴有其他内科疾患的病人,更显示出其优越性和实用性。

参考文献

- [1]Mc Allister WJ,Karim O,Plail RO,et al.Transurethral electrovaporization of the prostatic: is it any better than conventional transurethral resection of the prostate[J]? BJU Int,2003,91(3):211
- [2]Hammadeh MY, Madaan S, Hines J,et al.5-year out come of a prospective randomized trial to compare transurethral electrovaporization of the prostate and standard transurethral resection[J].Urology,2003,61(6):1 166
- [3]周凤昌,蔡先球,陈桥志,等.经尿道前列腺电切汽化术治疗前列腺增生 568 例报道[J].临床泌尿外科杂志,2002,17(8):387-388
- [4]马颂章,李燕青.疝环充填式无张力疝修补术[J].临床外科杂志,1998,6(4):234
- [5]刘胜利,尹福君,肖元廷,等.疝环充填式无张力疝修补术的应用[J].中国实用外科杂志,2002,20(12):741-742

(收稿日期:2009-05-09)