

基层医院不同方法治疗经尿道前列腺电切术后出血的效果分析

谭 力, 苏海深

作者单位: 533500 广西, 西林县中医医院

作者简介: 谭 力(1979-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 泌尿系微创手术及体外震波碎石治疗。E-mail: xlzzy@163.com

[摘要] **目的** 分析基层医院尿道前列腺电切术后出血患者保守治疗和电切镜手术的治疗效果。**方法** 选取 2013-10 ~ 2016-07 期间在基层医院行尿道前列腺电切术后出血的 41 例患者按照止血方式的不同分为 A 组(保守治疗组)21 例, B 组(电切镜手术组)20 例。观察两组的止血效果、再出血发生率、治疗后 7 d 尿隐血实验结果、不同时间的血流动力学指标并进行统计比较。**结果** B 组的止血效果、治疗后 7 d 尿隐血实验以及治疗过程中治疗后即刻的血流动力学指标均优于 A 组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在基层医院尿道前列腺电切术后出血患者应用电切镜治疗效果较好, 安全性也较高。

[关键词] 基层医院; 尿道前列腺电切术; 术后出血; 治疗效果

[中图分类号] R 697⁺.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2017)07-0682-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.07.27

Analysis of the treatment effect of postoperative hemorrhage on patients with transurethral resection of prostate in a primary hospital TAN Li, SU Hai-shen. *Traditional Chinese Medicine Hospital of Xilin County, Guangxi* 533500, China

[Abstract] **Objective** To analyze the treatment effect of postoperative hemorrhage on patients with transurethral resection of prostate in a primary hospital. **Methods** 41 patients with transurethral resection of prostate in a primary hospital were collected from October 2013 to July 2016 in whom 41 cases were divided into group A (received conservative treatment, $n = 21$) and group B (received transurethral resection of prostate, $n = 20$). The hemostasis effect, the rate of rehaemorrhagia, urinary occult blood test results at seventh day after the treatment, hemodynamic indexes at different time points were compared between the two groups. **Results** The hemostasis effect, the rate of rehaemorrhagia, the urinary occult blood test results at seventh day after the treatment and the hemodynamic indexes in group B were better than those in group A ($P < 0.05$). **Conclusion** Transurethral resection of prostate is safe and effective in the treatment of postoperative hemorrhage in the primary hospital.

[Key words] Primary hospital; Transurethral resection of prostate; Postoperative hemorrhage; Treatment effect

良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)是目前中老年人泌尿系统的常见病和多发病, 对患者的生活质量产生严重影响。经尿道前列腺电切术(TURP)具有创伤小、临床疗效确切等优点, 一直被公认为是手术治疗 BPH 的较好方法^[1]。随着前列腺电切技术的普及, 不少基层医院都开展了这项技术, 但 TURP 术后出血是其常见的并发症, 如何有效控制出血成为治疗严重并发症的重点。现将我院自 2013-10 ~ 2016-07 基层医院 41 例经尿道前列腺电切术后出血的患者采取不同治疗方法的效果进

行回顾性分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将住院 BPH 经尿道前列腺电切术后出血患者 41 例按照止血方式不同分为 A 组(保守治疗组)和 B 组(电切镜手术组)。A 组 21 例, 年龄 64 ~ 81 (73.0 ± 6.8) 岁, 前列腺增生病程 1.0 ~ 10.2 (3.7 ± 0.7) 年; 术后近期出血患者 15 例, 远期出血患者 6 例; 术前存在高血压者 5 例, 其他疾病者 3 例。B 组 20 例, 年龄 63 ~ 82 (73.4 ± 6.5) 岁, 前列腺增生病程 1.1 ~ 10.4 (3.8 ± 0.6) 年, 术后近期出

血患者 15 例,远期出血患者 5 例;术前存在高血压者 6 例,其他疾病者 2 例。两组患者的年龄、出血时间及术前疾病情况差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 A 组的 21 例患者进行保守治疗,主要采用止血药物、解痉镇痛,气囊压迫止血及增加导尿管气囊内容积或保持较大张力牵拉膀胱颈,冲洗(快速持续冲洗、双氧水膀胱冲洗)等治疗。B 组 20 例患者则以电切镜手术进行治疗,患者麻醉后以膀胱截石位进行手术,负压吸引将积血进行处理,然后用等离子双极电切镜进行手术,并对血凝块进行冲洗和电凝止血。观察两组止血效果及再出血发生率,治疗 7 d 后尿隐血实验结果、不同时间的血流动力学指标(SBP、DBP 及 HR)等。采用干化学法进行尿隐血实验检测,结果分为(-)、(+)、(++)、(+++)、(++++) ,其中(-)及(+)表示出血情况控制良好^[3]。

1.3 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组止血效果及再出血、治疗后 7 d 尿隐血实

表 2 两组不同时间的血流动力学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	例数	治疗前			治疗过程中			治疗后		
		SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	HR (次/min)	SBP (mmHg)	BP (mmHg)	HR (次/min)	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	HR (次/min)
A 组	21	136.75±8.82	91.21±6.52	72.85±6.82	137.62±6.68	90.72±5.87	76.26±8.13	136.28±8.71	90.46±5.40	76.45±7.88
B 组	20	135.29±8.58	92.15±5.86	71.92±6.48	132.71±6.54	87.32±4.56	70.28±6.86	131.16±6.25	86.82±5.38	71.16±6.92
t	-	0.537	0.485	0.447	2.377	2.064	2.539	2.153	2.161	2.279
P	-	0.594	0.631	0.657	0.023	0.046	0.015	0.038	0.037	0.028

3 讨论

3.1 TURP 普遍认为是治疗前列腺增生的主要手段^[2],但是,该方法存在一定不足,比如手术时间长、术中失血量多、并发症尤其是术后出血发生率高^[3,4]。当前对术后出血的治疗有保守治疗、开放式治疗及电切镜下手术等^[5,6]。据邵敬伟等^[7]报告,分析认为前列腺电切术后出血常见原因:(1)自身原发因素(合并高血压、糖尿病、便秘、慢性咳嗽、凝血功能障碍、肝肾功能异常及剧烈活动)等;(2)手术因素(TURP 术后远期出血,主要是未能完全切除腺体,残留腺体感染出血);(3)焦痂脱落出血(术中腺体未切至包膜,行过度电凝止血;术后 1~4 周内脱痂出血);(4)术后性冲动(前列腺及尿道海绵体充血、血管或静脉窦破裂出血)。本组病

验结果比较 A 组的 21 例患者进行保守治疗后 14 例出血完全控制,4 例 3 d 后采用电切镜手术进行止血治疗,2 例继续保守治疗后缓解,1 例转上级医院治疗。B 组的 20 例患者采用经尿道等离子双极电切镜手术进行止血治疗后 19 例出血完全控制,1 例 3 d 以后再出血,经保守治疗后缓解。B 组止血效果优于 A 组($P<0.05$),治疗后 7 d 尿隐血实验结果差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组止血效果及再出血、治疗后 7 d 尿隐血实验结果比较 [$n(\%)$]

组 别	例数	止血效果		尿隐血实验结果		
		出血控制	出血未控制 (再出血)	(-~+)	(++~++++)	(++++) 及以上
A 组	21	14(66.67)	7(33.33)	12(57.14)	6(28.57)	3(14.29)
B 组	20	19(95.00)	1(5.00)	19(95.00)	1(5.00)	0(0.00)
χ^2	-	-	-	-	2.816	
P	-	-	0.020*	-	0.005	

注: *Fisher 确切概率法

2.2 两组不同时间的血流动力学指标比较 治疗前两组患者的血流动力学指标(SBP、DBP 及 HR)比较差异均无统计学意义($P>0.05$),而治疗过程中及治疗后 A 组的血流动力学指标差于 B 组,差异有统计学意义(P 均 <0.05)。见表 2。

例前列腺电切术后出血主要原因为手术因素,这与基层医院开展前列腺电切术时间不长、例数较少、手术经验欠缺(术中切割创面止血欠彻底或过度电凝止血)有关。基层医院主要使用传统单极 TURP,其工作电极处于电切环位置,回路电极处于患者体表所贴附的负极板位置,术中接触面组织温度高达 400℃ 以上,对周围组织造成一定程度的热损伤,且创面凝固层较薄,止血效果不太理想,影响手术视野^[8,9],另外基层医院由于术前检查条件及手术设备有限等,都是增加术后出血的潜在因素。

3.2 本组 41 例电切术后出血患者分为保守治疗止血与电切镜手术止血,结果显示,电切镜手术治疗术后出血患者相对优势更为突出,在控制出血效果,降低再次出血率及治疗后 7 d 尿隐血试验以及对患者

血流动力学不良影响方面都明显优于保守治疗^[10]。所以我们认为在基层医院前列腺电切术后出血用电切镜手术治疗的效果确切,安全性较高。

参考文献

1 Liu C,Zheng S,Li H,et al. Transurethral enucleation and resection of prostate in patients with benign prostatic hyperplasia by plasma kinetics[J]. J Urol,2010,184(6): 2440-2445.

2 赵 勇,初铭彦,丁军平,等. 经尿道等离子切除术治疗良性前列腺增生合并前列腺结石[J]. 中华临床医师杂志,2011,5(17): 5220-5221.

3 王厚清,徐立新,吴新海,等. 经尿道前列腺电切术后应用硬膜外麻醉自控微泵防治术后膀胱痉挛性疼痛及因疼痛而导致的出血[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志,2015,7(6):340-342.

4 Mohyelden K,Ibrahim H,Abdel-Kader O,et al. Post-Transurethral Resection of the Prostate Inflation of Pressure-Controlled Endorectal Balloon-Impact on Postoperative Bleeding: A Preliminary Experimental Pilot Study[J]. J Endourol,2016,30(2):223-228.

5 米韦达. 良性前列腺增生症患者行前列腺经尿道电切术后出血原因分析与防治[J]. 河南外科学杂志,2014,20(5):63-64.

6 Ong WL,Koh TL,Fletcher J,et al. Perioperative Management of Antiplatelets and Anticoagulants Among Patients Undergoing Elective Transurethral Resection of the Prostate—A Single Institution Experience[J]. J Endourol,2015,29(11):1321-1327.

7 邵敬伟,李丽娟,宋宏伟. 前列腺电切术后出血45例分析[J]. 中国误诊学杂志,2012,12(9):2165-2166.

8 Gupta N,Sivaramakrishna,Kumar R,et al. Comparison of standard transurethral resection,transurethral vapour resection and holmium laser enucleation of the prostate for anaging benign prostatic hyperplasia of >40 g[J]. BJU Int,2006,97(1):85-89.

9 吴 健,舒 适,李 霜,等. 老年良性前列腺增生患者电切术后并发症原因分析[J]. 中华老年医学杂志,2011,30(5):425-426.

10 张俊强. 探讨前列腺增生患者经尿道前列腺电切术后出血的原因以及对策[J]. 中国实用医药,2014,9(22):56-57.

[收稿日期 2017-02-20][本文编辑 韦所苏]

脑桥中央髓鞘溶解症误诊脑桥梗死一例

• 病例报告 •

滕晓茗, 董艳玲, 林慧琼, 李瑶宣

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院星湖门诊部神经内科(滕晓茗),住院部神经内科(董艳玲,林慧琼,李瑶宣)
作者简介: 滕晓茗(1963-),女,大学本科,学士学位,主任医师,研究方向:脱髓鞘疾病的诊治。E-mail:tengwu@sohu.com
通讯作者: 董艳玲(1967-),女,硕士,主任医师,研究方向:脱髓鞘疾病的诊治。E-mail:dylly3528@sina.com

[关键词] 脑桥中央髓鞘溶解症; 脑桥梗死; 低钠血症; 误诊
[中图分类号] R 742 [文章编号] 1674-3806(2017)07-0684-03
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2017.07.28

1 病例介绍

患者,男,79岁,因“纳差,乏力6d”于2016-04-14收入心理科住院。既往史:经常睡眠差,有抑郁焦虑状态。患高血压10多年,一直服伲福达,入院前1个月血压不稳,在心血管内科住院20多天于4月6日带拜新同、钠催离、富马酸比索洛尔、厄贝沙坦出院。无嗜酒史。入院查体:体温36.5℃,呼吸18次/min,脉搏60次/min,血压145/76 mmHg,神清,精神萎靡,对答切题,言语尚清,心肺听诊无特殊。神经系统检查:鼻唇沟对称,伸舌居中,四肢肌力5级-,病理征(-)。入院后给予支持疗法,静滴能量合剂、补钾,奥氮平及地西泮抗焦虑抑郁治疗,患者病情未见好转,并逐步加重,嗜睡,仍不思饮食,行走乏力。入院后4d化验血白细胞 $15.54 \times 10^9/L$,N 92.6%;电解

质紊乱:血钾2.01 mmol/L,血钠110.4 mmol/L,血氯68.2 mmol/L,血钙1.16 mmol/L。拟诊为白细胞升高查因,电解质紊乱(低钠、低氯、低钾、低钙血症)于4月18日17:00转入重症监护室,转入后给予抗炎、补钠、补氯、补钾等支持疗法。次日凌晨6点多钟,患者双肺布满痰鸣音,即气管插管灌洗、上呼吸机。4月19日床边胸片:拟两肺感染。22日复查胸片仍为两肺渗出性病变。先后用抗生素美罗培南、利奈唑胺和莫西沙星治疗,肺部感染未能控制。4月26日肺CT检查示双肺炎性病变,胸腔积液。加用卡伯芬净抗炎。转入时患者低钾、低钠、低氯血症,每天给予补钾、补钠、补氯治疗1周后于4月23日血钠、血氯恢复正常。于4月26日~5月2日每天化验为高钠、高氯血症,血浆渗透压高(见表1)。