

经尿道前列腺电切术后出血原因分析及处理

余军

(四川省宜宾县人民医院泌尿外科, 宜宾 644600)

【摘要】目的:探讨经尿道前列腺电切术后出血的原因分析及防治对策。**方法:**随机选取2009年10月~2011年5月我院收治的116例经尿道前列腺电切术患者,选取经结合其临床表现诊断为术后出血的16例患者,回顾性分析其原因及防治措施。**结果:**16例经尿道前列腺电切术后出血的患者中,3例疑为纤溶亢进,9例由于切割不全或过切、止血不全等原因主要在术后2d内出血,4例由于腹压增加、伤口感染等原因主要在术后(7~9)d内出血,经及时处理均转危为安,无一例死亡。**结论:**经尿道前列腺电切术后出血的防治工作中,可针对其发生原因采取一定干预措施,达到疾病防治的最终目的。

【关键词】 经尿道前列腺电切术;出血;原因;防治对策

【中图分类号】 R699 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1009-0959(2012)01-0009-02

Analysis and Treatment of the Postoperative Bleeding in Patients with Transurethral Resection of Prostat

Yu Jun

(Department of Urology, Yibin People's Hospital, SiChuan, Yibin 644600, China)

【ABSTRACT】Objective: To evaluate the reasons for postoperative bleeding of transurethral resection of prostate (TURP) and correlative treatment. **Methods:** From October 2009 to May 2011, 116 patients with BPH were performed by TURP in the hospital, the clinical documents of 16 cases occurring postoperative bleeding were reviewed and analysed. **Results:** Among 16 cases, fibrinolytic accentuation of 3 cases, the bleeding period of 9 cases was within 2 days, and that of 4 cases ranged from postoperative 7 to 9 days. The former causes mainly were incomplete incision, perforation of the capsule of prostate, incomplete hemostasia. The latter resulted from increased abdominal pressure, inflammation of residual prostate tissues. All patients were cured after effective treatment. **Conclusion:** operative manipulation, inflammation of residual prostate tissues, and increased abdominal pressure is considered the main cause of postoperative bleeding of TURP. The proficient operation and positive antibiotic treatment is the effective method for controlling the postoperative bleeding of TURP.

【KEY WORDS】 Postoperative bleeding; Transurethral resection; Prostate

为了降低经尿道前列腺电切术患者术后出血的发生率,需要掌握其相关因素,针对性提出防治干预措施,我院随机选取2009年10月~2011年5月我院收治的116例经尿道前列腺电切术实施患者,选取经结合其临床表现诊断为术后出血的16例患者,回顾性分析其原因及防治措施,现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取2009年10月~2011年5月我院收治的116例经尿道前列腺电切术患者,选取经结合其临床表现诊断为术后出血的16例患者,年龄(56~86)岁,平均年龄为(62.5±11.8)岁。术前:主要症状为尿频、血尿偶有血凝块、排尿困难、尿潴留;IPPS得分均高于21分符合手术指征。

1.2 方法

针对16例存在术后的经尿道前列腺电切术患者的病案进行了调查,回顾性汇总和分析其原因,并提出了针对性防治干预措施。

2 结果

16例经尿道前列腺电切术后出血的患者中,3例疑为纤溶亢进,9例由于切割不全或过切、止血不全等原因主要在术后2d内出血,4例由于腹压增加、伤口感染等原因主要在术后(7~9)d内出血,经及时处理均转危为安,无一例死亡。

3 讨论

3.1 经尿道前列腺电切术患者发生术后出血的相关因素

经尿道前列腺电切术是近年来治疗前列腺增生的新方法^[1],它具有视野清晰,创伤小,恢复快、住院时间短,可重复进行等优点^[2~5],但也存在一定的并发症,例如术后出血,术后出血常分为术后2d内的早期出血及术后(7~9)d内后期出血。早期出血与手术技术纯熟程度有关,如切割不全或过切,止血不全及引流不畅等均可导致术后出血;而后期出血与腹压、感染等因素有关^[6]。本组随机选取116例经尿道前列腺电切术患者,结合临床诊断选取16例经尿道前列腺电切术后出血的患者中,3例纤溶亢进者可能与高龄、体质弱、体重轻等原因有关,治疗为输血及凝血因子,而再次手术止血,牵拉压迫,止血药物等方法无效。9例由于切割不全或过切、止血不全等原因主要在术后2d内出血,4例由于腹压增加、伤口感染等原因主要在术后(7~9)d内出血,经及时处理均转危为安,无一例死亡。

3.2 经尿道前列腺电切术后出血的处理

术后出血患者膀胱冲洗速度须达到100滴/min以上,长期留置导尿管或置膀胱造瘘管的出血患者,冲洗采取(200~300)ml/次,次数要达到2次/天以上,若有明显血尿,冲洗次数可增加^[7~9];同时用三腔气囊导尿管控制前列腺窝出血,不得随意活动或坐起,维持牵引时间为(8~10)小时,密切观察导尿管引流的血尿情况,血尿明显时,应检查气囊内充盈情况[一般应保留液体(20~30)ml]及牵引是否松脱;全身

应用止血剂,必要时手术止血;遵医嘱给患者口服缓泻剂预防便秘,手术后1周内禁止灌肠或肛管排气,以免刺激前列腺窝出血。经上述处理仍有凝血块,且颜色未见变淡甚至红色加重,需要实施膀胱镜检。

3.3 经尿道前列腺电切术后出血的预防措施

每日询问患者排尿情况^[10],密切观察生命体征^[11]、意识状态。嘱患者食用粗纤维、易消化、高营养食物,忌饮酒及辛辣食物,多饮水,严禁憋尿。对于严重排尿困难或急性尿潴留患者,应及时施行导尿或留置导尿,必要时行耻骨上膀胱造瘘术;对留置导尿或膀胱造瘘患者,每日膀胱冲洗(1~2)次,冲洗原则为无菌、微温、低压、少量、多次。严防术后反复插尿管致前列腺窝感染,还要保持伤口敷料清洁与干燥,术后常规使用抗生素,尿道口护理早晚各1次。经尿道前列腺电切术后(3~5)天尿色变浅可拔管,拔管后勤解小便,保持大便通畅,避免增加腹压。出院3个月内避免大运动量、酗酒、精神刺激,定期复查尿流率,加强营养改善全身。

总之,经尿道前列腺电切术后出血一直是医务人员及患者担心的问题,是影响手术效果的一个重要原因,有必要针对术后创面感染、腹压等多方面原因采取有效防治措施,提高手术的效果,达到疾病防治的最终目的,延长患者

的生命,提高患者的生活质量。

参考文献

- 1 吕绍勋,徐雪花.经尿道前列腺电切除术治疗良性前列腺增生160例临床体会.中外医疗,2010;29(25):47~48
- 2 赛圣红.老年前列腺增生患者行汽化电切术的护理.中国医药导刊,2011;13(3):531~532
- 3 奚鹏山,倪浩东,唐庆生,等.前列腺增生电切术与传统手术的优越性的探讨.中国医药导刊,2011;13(7):1154~1155
- 4 李有元,胡啸天,胡志全,等.经尿道前列腺电切术后出血原因分析及处理.河南职工医学院学报,2005;17(5):270~272
- 5 张清贤,田培芳.经尿道良性前列腺增生电切除术后的护理体会.中国社区医师:医学专业,2011;1:162~162
- 6 吴宪伟.经尿道前列腺电切术后出血的原因及处理.现代中西医结合杂志,2011;20(27):3452~3453
- 7 梁银连,林雪红,赖土群,等.经尿道前列腺电切术后出血原因分析及护理.国际医药卫生导报,2011;17(14):1754~1756
- 8 覃建雄,黄桂平,吴定涛.经尿道前列腺电切术后出血的原因及防治.微创医学,2011;6(5):458~459
- 9 李卫华,唐玲.经尿道前列腺电切术后近期出血的治疗与预防.中外医学研究,2011;9(14):115~116
- 10 任虎,杨中伟.经尿道前列腺电切术后出血的原因及治疗临床研究.中国健康月刊,2011;30(5):14~15
- 11 李斌初.经尿道前列腺电切术出血原因及止血体会.中外医疗,2011;30(5):92~92

(上接8页)

3 讨论

3.1 高龄孕产妇发生率的现状

医学上大多以35岁作为高龄产妇的年龄界限,由于生活压力增大和生育观念的变化,我国高龄孕产妇逐年增加,国家统计局在(2004~2005)年对所有育龄妇女的生育年龄进行的统计调查显示,目前我国高龄孕妇比例呈逐年上升趋势^[3]。高龄孕产妇年龄、生理、心理因素等方面的影响,妊娠并发症、合并症以及剖宫产发生率的风险性明显增加,严重威胁着孕产妇及围生儿的生命健康。因此高龄孕妇的妊娠与分娩应引起广大医务工作者的重视。

3.2 高龄孕产妇妊娠并发症及合并症发生的原因

随着产妇年龄的增加,血管壁的反应性下降,心脏收缩期和血管容量降低,主动脉储备能力下降,导致收缩压升高^[4]。同时,妊娠期总血容量增加,心排出量增加,明显增加了心脏负担,以上因素使妊娠高血压综合症、妊娠期合并心脏病的发生率明显增多。同时,由于妊娠后孕妇对葡萄糖的摄取量增加,肾小球滤过率增加,肾小管再吸收减少,使孕妇糖的排出量增加,从而妊娠期糖尿病的发生^[5]。另外,由于孕妇年龄增大,体内雌激素水平的增高,子宫肿瘤发生率增高。因子宫肿瘤可引起流产,肿瘤扭转变性、早产、产道阻塞以及产后出血等一系列并发症^[6,7],以上妊娠合并症都会导致产后出血、早产、胎儿窘迫、胎盘早剥等妊娠并发症的发生率增加^[8,9]。妇女到中年后,坐骨、耻骨、髂骨和股骨的结合部骨化基本完成,形成了固定的盆腔,使胎

儿产出时易发生生产困难,导致产程延长或难产^[10]。

3.3 高龄初产妇的保健指导

由于高龄初产妇的危险性增加,所以做好产前保健,做好妊娠期糖尿病、妊娠合并心脏病等合并症的防治工作。在怀孕早期进行全面的体检,给予充份的心理指导,孕中期做好妊娠高血压综合征监测和治疗,控制病情发展,孕晚期定期进行产前监护,必要时应住院治疗,以降低妊娠合并症的发生率,预防并发症的发生,降低母婴死亡率。

参考文献

- 1 褚水莲.95例高龄初产妇临床分析[J].中国妇幼保健,2008;23(16):2218~2220
- 2 章小唯,郭明彩,杨慧霞.高龄初产妇对妊娠结局的影响[J].中国实用妇产科杂志,2005;21(2):111~112
- 3 张建平,祝丽琼.我国高龄孕妇的现状及相关因素分析.中国实用妇科与产科杂志,2006;22(10):725
- 4 郝欣君.141例高龄初产妇的临床观察分析[J].中国医疗前沿,2010;5(18):46
- 5 Gilbert WM,Nesbitt TS,Anielsen B.Childbearing Beyond age 40 pregnancy outcome in 24032 cases.Obster gynecol,1999;93(1):9
- 6 蔡月娥,虞荷莲,潘琢如.高龄孕妇多种高危因素476例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2003;19(5):297~298
- 7 张莉,吴乃文,刘明君,等.754例高龄初产妇妊娠与分娩的临床分析[J].中国妇幼保健,2008;23:2512~2513
- 8 申志茜.98例高龄初产妇妊娠与分娩分析[J].中国生育健康杂志,2003;14(1):43~44
- 9 李巍,罗永红.高龄初产妇妊娠与分娩状况的临床分析和处理对策[J].皖南医学院学报,2008;27(2):110~112
- 10 郭华,王维,罗永红,等.深圳市宝安区1020例高龄初产妇妊娠及分娩情况分析[J].中国妇幼保健,2010;25(3):317~319