

同期手术治疗痔－前列腺综合征

王吉侯 杨溪林^① 郭红平 孔维民 李留华 冯 敏 彭艳飞 陈 洪

(云南省曲靖市中医院外一科, 曲靖 655000)

中图分类号: R657.1⁺8; R697⁺.3 文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2009)06-0551-02

痔病与前列腺增生症常常同时伴发, 且互为影响, 以往分期手术或者分科治疗。我院 2005 ~ 2007 年对 52 例同时患混合痔及前列腺增生症(文献称痔－前列腺综合征^[1])的病例同期行经尿道等离子体双极汽化电切术(transurethral plasmakinetic prostatectomy, TUPKP)及混合痔外切内扎术, 取得较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 52 例, 年龄 60 ~ 89 岁, 平均 71.5 岁。前列腺增生病程 1 ~ 20 年, 平均 7.2 年。按国际前列腺症状评分标准^[2](IPSS)(25.1 ± 5.9)分, 生活质量评分(QOL)(5.0 ± 0.3)分, 最大尿流率(Qmax)(7.2 ± 3.1) ml/s, 残余尿量(PVR)(67.0 ± 39.8) ml。前列腺特异性抗原 < 8 μg/L。按 ROUS 标准^[3], 前列腺Ⅱ度增生 10 例, Ⅲ度增生 42 例。均有明显的排尿困难症状, 其中 20 例有尿潴留留置尿管史, 符合 BPH 诊断标准。按 2000 年成都会议《痔诊治暂行标准》^[1], 52 例均符合混合痔或内痔诊断, 根据内痔分度, Ⅲ度 33 例, Ⅳ度 19 例。合并心肺疾患 28 例, 上尿路积水 3 例, 糖尿病 3 例。

病例选择标准: 前列腺增生症有手术适应证且混合痔属Ⅲ、Ⅳ度的患者。排除前列腺增生症状较重但痔的症状轻(Ⅰ、Ⅱ度)者, 或混合痔症状较重但前列腺症状轻无手术适应证者。

1.2 方法

有慢性咳嗽(6 例)和便秘(8 例)者, 先治疗咳嗽和便秘, 再进行手术治疗。

TUPKP: 采用英国佳乐等离子体双极内窥镜系统, 切割功率 160 W, 电凝功率 80 W。连续硬膜外腔阻滞麻醉, 术中监测血压、心电、呼吸等指标, 糖尿病患者监测血糖。生理盐水连续冲洗, 直视下置入 F₂₇ 等离子双极内窥镜, 依次观察外括约肌、精阜、前列腺, 了解膀胱情况及输尿管口位置, 膀胱颈口至精阜距离等情况。前列腺体积 < 50 ml 用顺切法^[4], > 50 ml 用剜除法^[5]。切除完毕后清洗出前列腺碎块组

织, 再次检查创面, 仔细止血, 放置三腔导尿管引流, 并接膀胱冲洗, 视出血情况决定是否牵拉固定尿管。

混合痔采用外切内扎术: 前列腺切除完成后固定尿管于腹部, 再次消毒会阴肛门部铺巾, 充分暴露痔核, 检查痔核情况, 将外痔剥离切除, 内痔“8”字贯穿结扎。剪去部分痔组织修整皮缘, 同法处理其他痔核, 一般处理 3、7、11 点位较大的痔核, 各术区间保留皮桥宽度 ≥ 0.5 cm, 黏膜桥宽度 ≥ 0.3 cm, 对环状混合痔则保留相对凹陷处, 并处理其皮下静脉丛或血栓。对较小的痔核, 不需处理。肛内放置凡士林纱布一小块, 塔形纱布覆盖, 胶布固定。

2 结果

TUPKP 手术时间 20 ~ 130 min, 平均 72 min。切除前列腺重 15 ~ 150 g, 平均 60 g。除 1 例术前血红蛋白 70 g/L 输血 400 ml 外, 其余均未输血, 无大出血, 无经尿道电切综合征, 无闭孔神经反射, 无急性附睾炎。冲洗时间 3 ~ 6 天, 拔出尿管时间 4 ~ 7 天, 拔管后排尿均通畅。10 例有尿频、尿急, 1 周后症状改善。随访 6 个月无尿失禁, 5 例尿道外口狭窄, 行尿道扩张后治愈。治疗 6 个月后 46 例复查: IPSS、QOL、Qmax、PVR 均较术前明显改善(表 1)。

表 1 TUPKP 治疗前后(术后 6 个月)疗效比较

组别	IPSS(分)	QOL(分)	Qmax(ml/s)	PVR(ml)
治疗前(n=52)	25.1 ± 5.9	5.0 ± 0.3	7.2 ± 3.1	67.0 ± 39.8
治疗后(n=46)	10.3 ± 4.8	2.3 ± 0.5	18.7 ± 3.2	9.8 ± 5.7
t 值	13.510	32.839	-18.052	9.655
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

IPSS, 国际前列腺症状评分; QOL, 生活质量评分; Qmax, 最大尿流率; PVR, 残余尿量

混合痔手术时间 5 ~ 20 min, 平均 13 min。疗效按中医病症诊断疗效标准^[6]: 治愈, 症状消失, 痔核消失或完全萎缩; 好转, 症状改善, 痔核缩小或萎缩不全; 未愈, 症状、体征无变化。术后 2 周, 治愈 48 例, 好转 4 例。6 个月复查 46 例, 治愈 44 例, 好转 2 例。

① (云南省马龙县中医院外科, 马龙 655100)

3 讨论

痔-前列腺增生症综合征病名首见张东铭《痔病》一书^[1],有散在文献报道^[1,7,8],但是在泌尿科和肛肠科门诊中,是最常见的疾病之一。多为 40 岁以上的老年男性,45 岁以上患者占 23%,60~85 岁占 78%^[1]。往往专科只治专病,造成疗效欠佳,或二次手术,既给患者增加了痛苦,又增加了经济负担^[3]。适当掌握治疗时机,尤其是既患前列腺增生症又有重度痔病的患者,治疗前列腺增生的同时也治疗痔,使两种疾病同时得到治疗,达到根治疾病的目的。

前列腺与肛门直肠在胚胎期共同起源于泄殖腔。成人的终末直肠是肛垫的所在地,其前方与前列腺紧邻,二者有共同的血管、神经分布。因此,前列腺增生症与痔病常常同时发病,且互为因果,前列腺增生后可向后位突出,压迫直肠前壁,有时可导致排便困难或便秘,或者病人排尿困难,增加腹压,加重直肠肛门静脉丛的淤血,扩张成痔,或肛垫下移,不能回纳而成痔。又因解剖学上痔静脉丛与前列腺静脉丛相互交通,痔反复充血致使前列腺增生加重^[7],有研究认为晚期混合痔是引起前列腺疾病的主要原因之一,而前列腺疾病只是包括晚期混合痔在内的直肠、肛门、周围炎性疾病加重的主要促进因素^[8]。

掌握治疗指征:同期手术治疗痔-前列腺综合征主要针对前列腺增生症状较重,经前列腺症状评分等检查符合前列腺增生症诊断、有手术适应证,且混合痔属Ⅲ、Ⅳ期者。对于前列腺症状轻,症状评分等检查无手术适应证,但混合痔症状较重必需手术治疗者,可单纯行外切内扎术治疗混合痔,同时服用 5 α 还原酶抑制剂与 α 受体阻滞剂并中药辨证施治

治疗。若前列腺症状评分等检查,有手术适应证而混合痔症状较轻,属Ⅰ度、Ⅱ度者,可单纯行前列腺切除术配合消痔灵注射及痔疮外用药物治疗。

随着微创泌尿外科新技术的发展,经尿道前列腺电切术(TURP)已被公认为是治疗前列腺增生症的金标准,TUPKP 是使用等离子体双极汽化电切系统,并以与单极 TURP 相似的方式进行经尿道前列腺切除手术,采用生理盐水冲洗,术中出血及经尿道电切综合征(TURS)发生减少^[2],具有视野清晰,创伤出血少,恢复快等特点。外切内扎术是治疗混合痔的主要方法。通过本组病例的疗效观察,采用 TUPKP 同时行混合痔外切内扎术,治疗痔-前列腺综合征,取得较好的疗效,避免二次手术的痛苦,减少二次手术的风险,同时微创手术的应用,对患者全身功能影响较少,手术时间短,能减少病人的医疗费用,是一种值得推广方法。

参考文献

- 1 张东铭. 痔病. 北京:人民卫生出版社,2004. 145-153,310-315.
- 2 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南. 北京:人民卫生出版社,2007. 105-106,113-114.
- 3 吴阶平,马永江. 实用泌尿外科学. 北京:人民军医出版社,1991. 207.
- 4 袁志强,王强,宣枫. 经尿道等离子双极电切术治疗前列腺增生症 100 例. 中国微创外科杂志,2006,6(8):556.
- 5 郑少波,刘春晓,徐亚文,等. 腔内剜除法在经尿道前列腺汽化切除术中的应用. 中华泌尿外科杂志,2005,26(8):558-561.
- 6 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病症诊断疗效标准. 1994 年. 132.
- 7 邹志琨,吕俊江. 痔前列腺增生症的关系. 山东医药,2000,40(9):59.
- 8 金虎,杨少勃,张东铭,等. 混合痔与前列腺疾病相关性研究. 中国肛肠病杂志,2003,23(3):4.

(收稿日期:2008-10-06)

(修回日期:2009-01-12)

(责任编辑:王惠群)