

# 同期行经尿道前列腺电切术和无张力疝修补术 治疗前列腺增生症合并腹股沟疝 26 例

李进

南京市栖霞区医院泌尿外科, 江苏 南京 210046

**摘要:** **目的** 探讨同期行经尿道前列腺电切术(TURP)和无张力疝修补术治疗前列腺增生症合并腹股沟疝的临床疗效。**方法** 对 2012 年 10 月至 2013 年 12 月良性前列腺增生合并腹股沟疝 26 例患者采用经尿道前列腺电切术的同时行无张力疝修补术,并对临床效果进行分析。**结果** 26 例患者均手术成功,手术时间 65 ~ 130 min,平均 92 min。术中出血量较少,为 30 ~ 150 ml,平均 70 ml。住院时间 7 ~ 9 d,切口愈合良好且无感染。随访 6 ~ 36 个月,26 例患者均无疝复发,排尿通畅,无尿失禁或尿道狭窄等并发症发生。术后国际前列腺症状评分表(IPSS)评分均 < 7 分。**结论** 采用同期 TURP 和无张力疝修补术治疗前列腺增生合并腹股沟疝,避免了患者二次手术的痛苦,具有损伤小、并发症少等优点,疗效满意。

**关键词:** 经尿道前列腺电切术; 无张力疝修补术; 同期治疗; 前列腺增生; 腹股沟疝; 并发症; 国际前列腺症状评分

**中图分类号:** R 699 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674 - 8182(2015)12 - 1656 - 02

前列腺增生症(BPH)是一种以进行性排尿困难为主要症状的常见老年性疾病,常并发腹股沟疝。选择合适正确的治疗方案,可减少患者痛苦,且减少术后并发症。2012 年 10 月至 2013 年 12 月我科对 26 例 BPH 合并腹股沟疝患者同期行经尿道前列腺电切术(TURP)及腹股沟疝无张力修补术,疗效满意。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 10 月至 2013 年 12 月我院良性前列腺增生合并腹股沟疝患者 26 例,年龄 67 ~ 81 岁,平均 73 岁。斜疝 24 例,直疝 2 例;单侧腹股沟斜疝 23 例,双侧腹股沟斜疝 3 例。前列腺大小 30 ~ 60 g,均有膀胱出口梗阻症状。26 例患者术前国际前列腺症状评分表(IPSS)评分均 > 18 分,术前检查排除膀胱肿瘤等疾病。术前控制血压、血糖、呼吸道及尿路感染。均经直肠指诊、血清 PSA、尿道膀胱镜及超声等检查,除外尿道狭窄、神经源性膀胱、前列腺癌等疾患。

**1.2 手术方法** 取平卧位,手术区消毒、铺巾,作腹股沟斜切口,切开腹外斜肌腱膜后,不做广泛腹股沟解剖,找到疝囊后高位游离至疝囊颈部,疝囊一般不作高位结扎。将疝囊回纳入腹腔,将锥状网塞全部塞

入疝环内,使网塞外瓣与疝环平齐,并与疝环或腹横筋膜固定 4 ~ 6 针,将补片置于精索后部并固定于腹股沟韧带、联合腱,补片的下缘圆角要固定在距耻骨缘 1.5 ~ 2.0 cm 的耻骨面腱膜上。依次缝合切口各层,无菌纱布包扎,外贴保护膜保护切口。疝修补术完成后,再取截石位行 TURP。电切功率为 120 ~ 140 W,电凝 60 W,置入 WOLF 电切镜后首先查看膀胱三角区及两侧输尿管口,将电切镜退至后尿道观察前列腺情况,并注意精阜位置及外括约肌的关系。一般先自 6 点处从膀胱颈口至精阜前纵形切开一条标志沟,再从前列腺近段 1 点处开始电切,左侧叶从 1 点向 6 点的方向逐渐切除;右侧叶从 11 点向 6 点的方向逐渐切除,膀胱颈处切至膀胱颈环状纤维,逐渐向深部和两侧及尖部切除各个腺叶,深达纹状结构的被膜层,最后修切前列腺尖部,精阜两侧的前列腺组织及前列腺前联合处;修整创面,创面彻底止血,Ellik 冲洗器冲洗膀胱,吸出前列腺组织碎块,送病理。切除完毕以 F22 号导尿管牵引固定于患者股内侧,生理盐水持续冲洗 2 ~ 3 d。

## 2 结果

本组 26 例均顺利完成手术。手术时间 65 ~ 130 min,平均 92 min。术中出血量为 30 ~ 150 ml,平均 70 ml。无 TUR 综合征及其他并发症发生。术后腹股沟切口沙袋加压 24 h,术后 2 ~ 3 d 停冲洗后即可下床活动。术后腹股沟区疼痛轻,无明显切口及阴

囊血肿或切口感染。拔除尿管后排尿通畅,无尿失禁。术后 7~9 d 出院。随访 6~36 个月,26 例患者均无复发,排尿通畅,无尿失禁或尿道狭窄等并发症发生。患者术后 IPSS 均 <7 分。

### 3 讨论

老年人由于腹肌薄弱致腹壁强度下降,长期排尿困难致腹内压增加,容易并发腹股沟疝,约 5%~12% 的手术治疗者同时伴有腹股沟疝<sup>[1]</sup>。故腹股沟疝为 BPH 患者的常见并发症。老年人行腹股沟疝手术治疗时,需注意是否合并 BPH 并予处理,否则仅行疝修补,未去除病因,易导致疝复发,同时也会使患者经历 2 次麻醉及手术的风险,尤其对一般情况较差,合并症较多的高龄患者风险更大。故有专家认为也可行前列腺切除的同时行疝修补术<sup>[2]</sup>,这样避免了二次手术的痛苦。种铁等<sup>[3]</sup>报道了 TURP 同时行腹股沟疝修补术 30 例,手术过程顺利,术后恢复良好。高颖慧<sup>[4]</sup>报道同期行经尿道前列腺等离子电切术和无张力疝修补术 37 例,损伤小、并发症少、疗效满意。无论腹股沟疝修补术还是前列腺切除术,均有多种手术方式。近年来,无张力疝修补术已在国内广泛开展。自 1989 年 Lichtenstein<sup>[5]</sup>提出“无张力疝修补术”的概念,与传统疝修补术相比因其复发率低、操作简单、术后局部无明显疼痛及牵扯感、术后恢复快等优点,无张力疝修补术已逐渐取代传统疝修补术<sup>[6]</sup>,尤其适合于老年患者。针对 BPH 患者,与开放前列腺摘除手术相比,由于开放手术的创伤大、出血多、术后恢复慢,而 TURP 具有微创、疗效确切、恢复快等优点,是公认的治疗 BPH 的金标准<sup>[7-8]</sup>。有学者主张先行腔内手术,后行疝修补术,主要是考虑到后行疝修补术可防止污染,减少感染的机会<sup>[9]</sup>。李新德等<sup>[10]</sup>主张施行 TURP 术的同时行腹股沟疝修补术,并建议先行腹股沟疝修补术。笔者认为因疝修补术的并发症明显比 TURP 少,TURP 中出现意外情况或并发症可立即终止手术,行 TURP 术时先切除中叶,即先切出

一个通道,若术中发生意外可随时结束手术,保证排尿通畅,以免腹压增高或尿潴留致疝修补术后复发。且疝修补术为无菌手术,先进行无菌手术符合外科手术原则。

通过这两种方式一期手术,患者均取得良好效果,未出现严重并发症及原有疾病加重,使患者免受二次麻醉手术的痛苦和风险,避免了分次手术的相互影响,同时大大降低了腹股沟疝的复发。故同期手术是安全、有效的。本组结果显示,同期行 TURP 和无张力疝修补术具有安全有效,可行性高,手术创伤小,术后恢复好等优点,是一种安全有效地治疗方法。

### 参考文献

- [1] Schlegel PN, Walsh PC. Simultaneous preperitoneal hernia repair during radical pelvic surgery [J]. J Urol, 1987, 137 (6): 1180-1183.
- [2] 魏东,万奔,王建业,等. 良性前列腺增生摘除术同时行腹股沟疝修补 13 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志,2001,22(5):320.
- [3] 种铁,李永启,王子明,等. 良性前列腺增生及其伴发疾病的同期治疗[J]. 中华男科学杂志,2006,12(6):534-536.
- [4] 高颖慧. 同期经尿道前列腺等离子双极电切术与无张力疝修补术治疗前列腺增生并腹股沟疝[J]. 临床泌尿外科杂志,2009,24(8):598-599.
- [5] Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, et al. The tension-free hernioplasty[J]. Am J Surg, 1989, 157(2):188-193.
- [6] 叶金明,房房,王国良,等. 无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝的临床观察[J]. 浙江实用医学,2002,7(1):17-18.
- [7] 顾方六. 现代前列腺学[M]. 北京:人民军医出版社,2002:194-203.
- [8] 沈杰,包卫东,沈俭,等. 同期前列腺电汽化术及疝无张力修补术的治疗体会[J]. 现代泌尿外科杂志,2009,14(2):87.
- [9] 朱军华,王华,沈周俊. 经尿道前列腺汽化术联合疝修补术治疗前列腺增生并腹股沟疝 12 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志,2004,19(4):248-249.
- [10] 李新德,吴海洋,陈岳兵. 经尿道前列腺电切术同时行腹股沟疝修补 28 例报告[J]. 中华男科学杂志,2002,8(2):148-149.

收稿日期:2015-10-20 修回日期:2015-10-30 编辑:王国品