

· 临床研究 ·

31 例腹腔镜前列腺癌根治术后尿失禁治疗体会

康 简,俞文洁,苟 欣,赵庆华[△]

(重庆医科大学附属第一医院泌尿外科 400014)

摘要:目的 探讨围术期康复训练结合药物治疗对腹腔镜下前列腺癌根治术后尿失禁恢复的影响。方法 回顾性分析 31 例腹腔镜前列腺癌根治术后尿失禁患者围术期临床资料。结果 91 例接受腹腔镜前列腺癌根治术的患者中拔除尿管后即刻发生尿失禁者 31 例。通过康复训练、药物治疗以及心理辅导,拔管后 7 d 有 9 例恢复尿控功能,拔管后 1 个月有 12 例恢复尿控功能,拔管后 6 个月有 29 例恢复尿控功能。结论 腹腔镜下前列腺癌根治术后早期尿失禁发生率高,围术期尿控功能康复训练结合药物治疗可有效改善患者控尿功能。

关键词:腹腔镜;尿失禁;前列腺癌根治术

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.31.016

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)31-3769-02

The treating experience of 31 patients with urinary incontinence after laparoscopic radical prostatectomy

Kang Jian, Yu Wenjie, Gou Xin, Zhao Qinghua[△]

(Department of Urology, the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400014, China)

Abstract: Objective To analysis influence of perioperative function rehabilitation training combined with drug treatment on urinary incontinence recovery after laparoscopic radical prostatectomy. **Methods** The clinical data of 31 cases of incontinence after laparoscopic radical prostatectomy were retrospectively analyzed. Early functional rehabilitation training, drugs and mental guidance were applied to the patients. **Results** 31 out of 91 cases who receiving the laparoscopic radical prostatectomy immediately suffered from urinary incontinence when removing catheter, 9 cases rehabilitated after 7 days, 12 cases rehabilitated after 1 months, and 29 cases rehabilitated after 6 months. **Conclusion** Urinary incontinence occurs more in the early laparoscopic radical surgery, perioperative function rehabilitation training combined with drug treatment could effectively improve the function of patients with urinary continence.

Key words: laparoscopes; urinary incontinence; prostatectomy

前列腺癌是泌尿生殖系统常见的恶性肿瘤之一,在我国其发病率呈逐年增高的趋势^[1]。根治性前列腺切除术(radical prostatectomy, RP)是治疗局限性前列腺癌的标准手术方式。随着腹腔镜技术的广泛开展,腹腔镜下前列腺癌根治术(laparoscopic radical prostatectomy, LRP)已逐渐替代开放手术^[2]。尿失禁是 LRP 的主要并发症,严重影响患者的生活质量和心理健康^[3]。作者对 2010 年 5 月至 2012 年 11 月本科进行 LRP 患者的临床资料进行了回顾性分析,旨在探讨 LRP 术后尿失禁的发生原因及其对策,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 5 月至 2012 年 11 月本科施行 LRP 91 例,患者年龄 54~74 岁,平均 66.5 岁。病理报告均为前列腺腺癌, Gleason 评分 4~8 分,肿瘤分期 T_{1c}~T_{3a}。所有患者均于术后 30 d 拔出导尿管,平均随访 12 个月。

1.2 手术方法 静脉复合麻醉下,取仰卧头低脚高位,臀部垫枕,参照张旭手术方法建立耻骨后膀胱前间隙^[4]。常规行双侧盆腔淋巴结清扫术,清理耻骨后与膀胱前壁间的脂肪组织,显露并切开盆筋膜并充分游离至肛提肌,暴露耻骨前列腺韧带,用 2-0 可吸收线“8”字缝扎阴茎背深血管复合体。辨别膀胱颈与前列腺连接处,在膀胱颈与前列腺交界处切断膀胱颈,游离精囊及前列腺直达前列腺尖部。于前列腺尖部剪断尿道。以 2-0 适当缩小膀胱颈口,行膀胱颈尿道间断吻合,并置 18F 三腔气囊导尿管,左侧或右侧麦氏点戳口放置耻骨后引流管 1

根。将完整切除的前列腺置于标本袋中,取出标本。

1.3 拔管后尿失禁发生情况 本组 91 例患者,拔出尿管后有 31 例(34.06%)患者出现尿失禁,均重置尿管,接受盆底肌功能训练、膀胱训练、药物治疗及心理支持治疗。

1.4 尿控功能训练

1.4.1 盆底肌功能训练 31 例患者均采用刘乃波等^[5]的方法进行肛门、会阴部收缩运动。腹部、会阴、肛门同时收缩,屏住呼吸,每天早中晚共锻炼 3 组,每组连续收缩 30 次,每次持续收缩 10 s 以上。评估患者是否掌握锻炼方法是以护理人员手指插入患者肛门内能感觉到有收缩力为正确方法。

1.4.2 膀胱训练 膀胱训练可以增加膀胱容量及排尿间隔时间。术后第 1 天开始定时夹闭导尿管,训练膀胱功能,提高排尿反射。拔出尿管后指导患者保证足够液体摄入量,每日 2 000~3 000 mL。排尿时先站立不动,收缩盆底肌肉直至紧迫感消失再放松,通过此法尽可能推迟排尿时间。渐进性增加膀胱容量,减少排尿次数。

1.4.3 药物治疗 有尿路感染的患者给予抗菌药物控制感染。口服盐酸米多君 5 mg,每天 2 次,或加用托特洛定片口服 2 mg,每天 2 次。

1.4.4 心理支持 LRP 术后患者发生尿失禁,多数患者都有极度焦虑的心情,有的失去进一步治疗的信心,甚至出现一些过激行为。护理人员结合患者情况给予心理疏导,介绍尿失禁的治疗方案和治疗周期等,取得患者的配合,树立康复的信心。

1.5 评价方法 给予患者在治疗前后分别填写国际尿失禁咨询委员会尿失禁问卷简表(ICI-Q-SF)进行评分(满分 21 分);记录术前术后排尿情况,总排尿量(TV)、总排尿次数(TOV)、总漏尿次数(LT)等指标;进行 1 h 尿垫试验(1HP_rV),对尿垫进行称质量;完成尿动力学测定,检查指标包括 Valsalva 漏尿点压(PVLP)和最大尿道闭合压(PMUC)等。门诊追踪观察随访 6~12 个月。

2 结 果

91 例患者术后拔管发生即刻尿失禁为 31 例(34.06%),拔管后 7 d 有 9 例恢复尿控功能,拔管后 1 个月 12 例恢复尿控功能,拔管后 6 个月 29 例恢复尿控功能。

3 讨 论

腹腔镜下术者能准确地识别前列腺尖部尿道,减少尿道周围肌肉组织和尿生殖膈的损伤,在保护控尿功能方面较传统的开放性前列腺根治术具有明显优势。腹腔镜下前列腺癌根治术后尿失禁是最常见的并发症之一,其中尿失禁发病率高达 30%~80%^[6],与本组资料相符。腹腔镜前列腺根治术后一旦出现尿失禁,由于没有任何外科手术能够立即予以纠正,因此仔细分析其发生的原因,给予等待观察+功能训练+药物治疗综合处理是解决 LRP 术后尿失禁的主要手段。发生尿失禁时正确区分尿失禁类型尤为关键,临床上急迫性尿失禁最为常见,与膀胱逼尿肌功能不稳定、留置导尿管引起的膀胱尿道炎症以及盆腔手术创面的炎症刺激等因素有关^[7-9]。如果患者合并感染,则需要积极的抗炎治疗;否则就予以心理辅导,介绍尿失禁发生的转归,同时给予 M 受体阻滞剂托特罗定口服,以减少膀胱的收缩。患者因为焦虑影响睡眠时可口服镇静剂帮助睡眠。通过以上治疗,本组 91 例患者术后拔管发生即刻尿失禁为 31 例(34.06%),拔管后 7 d 尿失禁患者数为 22 例,拔管后 1 个月尿失禁患者数为 19 例,拔管后 6 个月尿失禁患者为 2 例。切除前列腺尿道等因素可以导致尿道阻力降低,压力性尿失禁也是 LRP 术后尿失禁的因素之一^[10-11]。早期对患者进行盆底肌训练、膀胱训练、米多君等增加尿道阻力的药物的运用,可以让这部分患者多数得以恢复控尿。文献报道,LRP 术后 6 个月控尿仍不能恢复,则考虑为真性尿失禁,需要进行人工尿道括约肌治疗^[12]。本组病例中 2 例患者拔管后 6 个月仍有尿失禁,通过植入人工尿道括约肌后恢复控尿。

通过本组资料分析,作者认为从护理角度以下几方面可以促进 LRP 术后尿失禁患者的康复。(1)围术期肛提肌锻炼:术前和术后留置导尿管期间进行提肛肌锻炼,可提高对膀胱和尿道的支撑力度,增加尿道内压,可以减少术后发生尿失禁的发生率。(2)膀胱训练:拔除导尿管前进行夹管试验,即术后第 1 天开始定时开放导尿管,训练膀胱功能,提高排尿反射。拔除尿管后对患者进行排尿行为训练,对刚拔除尿管的患者嘱其有尿意时即去排尿,然后再由短时间内定时排尿慢慢养成长时间内定时排尿,最终做到当有尿意时可以抑制尿意再如厕。告诉患者在打喷嚏或咳嗽时,收缩肛门以帮助尿道括约肌收缩,防止尿液外漏。(3)心理护理:术前告知患者对手术过程及注意事项,术后并发症等手术相关知识,让患者对手术过程以及手术后可能出现的尿失禁以及其转归有所了解,强调多数尿失禁

都可完全恢复正常,以便在发生尿失禁时能够积极配合医生护士的治疗。

针对 LRP 术后尿失禁,准确判断尿失禁类型,合理进行围术期功能康复训练,让患者建立信心积极配合治疗,有助于恢复控尿,提高患者生活质量。

参考文献:

- [1] Xia S, Cui D, Jiang Q. An overview of prostate diseases and their characteristics specific to Asian men[J]. *Asian J Androl*, 2012, 14(3): 458-464.
- [2] Bob D, Elisabeth E, Julia F, et al. Oncologic, functional, and cost analysis of open, laparoscopic, and robotic radical prostatectomy[J]. *Eur Urol Suppl*, 2010, 9(3): 371-378.
- [3] 王泽钧, 于德新. 腹腔镜下前列腺癌根治术中尿控保护[J]. *现代泌尿生殖肿瘤杂志*, 2009, 1(4): 242-243.
- [4] Zheng T, Zhang X, Ma X, et al. Oncological and functional results of extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy[J]. *Oncol Lett*, 2012, 4(2): 351-357.
- [5] 刘乃波, 周晓峰, 王建峰, 等. 盆底肌锻炼联合膀胱训练治疗前列腺癌根治术后尿失禁的疗效观察[J]. *中国康复医学杂志*, 2010, 25(7): 659-661.
- [6] Silva LA, Andriolo RB, Atallah AN, et al. Surgery for stress urinary incontinence due to presumed sphincter deficiency after prostate surgery[J]. *Coch Data Syst Rev*, 2011(4): CD008306.
- [7] Azuma H, Ibuki N, Inamoto T, et al. Utility of transrectal ultrasonography guidance and seven key elements of operative skill for early recovery of urinary continence after laparoscopic radical prostatectomy[J]. *Int J Oncol*, 2011, 38(2): 293-304.
- [8] Nishida S, Utsunomiya N, Nishiyama H, et al. Urethral mobility at catheter removal predicts early recovery of urinary continence after radical prostatectomy[J]. *Int J Urol*, 2009, 16(4): 375-378.
- [9] Cornu JN, Sèbe P, Ciofu C, et al. Mid-term evaluation of the transobturator male sling for post-prostatectomy incontinence: focus on prognostic factors[J]. *BJU Int*, 2011, 108(2): 236-240.
- [10] Smith IA, Shaw E, Rashid P. Postprostatectomy stress urinary incontinence-current and evolving therapies [J]. *Aust Fam Physician*, 2009, 38(6): 399-404.
- [11] Bauer RM, Soljanik I, Füllhase C, et al. Mid-term results for the retroluminal transobturator sling suspension for stress urinary incontinence after prostatectomy[J]. *BJU Int*, 2011, 108(1): 94-98.
- [12] 苟欣, 肖明朝. 前列腺疾病的手术治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.