

· 国内论著 ·

经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生的临床效果

蔡鑫涛*, 邓艳芳, 江满涛

(广州市白云区第二人民医院 泌尿外科, 广州 510450)

摘要: **目的** 观察良性前列腺增生患者应用经尿道双极等离子电切术的临床效果。**方法** 纳入2020年3月至2021年8月广州市白云区第二人民医院泌尿外科收治的良性前列腺增生患者55例,按手术方式不同分为两组。对照组25例,使用经尿道前列腺电切术治疗;观察组30例,给予经尿道双极等离子电切术治疗。比较两组患者手术时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间、术中出血量、前列腺切除组织质量、术后住院时间,比较两组术前、术后1、3个月时的国际前列腺症状评分(international prostate symptom score, IPSS),比较两组并发症发生情况。**结果** 观察组手术时间、术后住院时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间、术中出血量均少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);前列腺切除组织质量高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术后1、3个月时IPSS评分均低于术前,且观察组术后1、3个月时IPSS评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 相较于经尿道前列腺电切术治疗,经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生患者,更能彻底切除腺体,缩短患者住院时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间,且创伤面损伤小,手术时间较短,出血量也明显减少。

关键词: 前列腺增生;经尿道双极等离子电切术;经尿道前列腺电切术;并发症

中图分类号: R697+.3

文献标识码: A

文章编号: 1674-7410(2021)04-0077-03

良性前列腺增生主要表现为尿频、尿急、夜尿增多及排尿困难等症状,且易发生诸多并发症,如急性尿潴留、血尿、上尿路损害等。高发人群为老年群体,属于老年男性常见疾病之一。一旦患有良性前列腺增生疾病,将会严重影响患者的生活质量^[1-2]。既往临床多应用经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生,有一定的治疗效果,可术后并发症发生风险较高^[3]。随着医学水平的不断进步,经尿道双极等离子电切术开始广泛应用于临床治疗,其具有创伤面损伤小、临床疗效明显、安全性较高等多方面优势^[4]。本研究采用经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生,观察其临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入2020年3月至2021年8月广州市白云区第二人民医院泌尿外科收治的良性前列腺增生患者55例,按手术方式不同分为两组。对照组25例,年龄57~79岁,平均年龄(68.21±10.22)岁;平均病程(4.31±1.42)年;Ⅰ度增生9例,Ⅱ度增生9例,Ⅲ度增生7例;国际前列腺症状评分^[5] (in-

ternational prostate symptom score, IPSS)平均为(26.62±3.06)分;前列腺体积平均为(53.24±12.17) ml,前列腺特异性抗原(prostate specific antigen, PSA)平均为(1.53±0.31) μg/L;基础疾病:反复尿潴留病史3例,明显血尿病史3例,膀胱结石3例,糖尿病5例,心脑血管疾病11例。观察组30例,年龄55~80岁,平均年龄(68.52±10.03)岁;平均病程(4.63±1.25)年;Ⅰ度增生10例,Ⅱ度增生9例,Ⅲ度增生11例;IPSS评分平均为(25.64±4.68)分;前列腺体积平均为(55.52±14.15) ml,PSA平均为(1.91±0.41) μg/L;基础疾病:反复尿潴留病史5例,明显血尿病史5例,膀胱结石4例,糖尿病8例,心脑血管疾病8例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:患者存在膀胱结石、排尿困难、尿频、尿急等临床表现;均符合《良性前列腺增生临床诊治指南》标准^[6];无性功能障碍;具有继发性膀胱结石、血尿、反复泌尿系统感染等手术适应证;能够遵医嘱进行配合治疗,有明显的顺应性;均签署知情同意书。排除标准:存在

*通信作者:蔡鑫涛, E-mail: linyuzhi532@163.com

性功能障碍;对麻醉药物有过敏史;存在肝损害;近30 d内使用吸入性全身麻醉;有麻醉禁忌证;患有严重心脑血管疾病;精神异常;临床资料信息不完善。

1.3 手术方法 患者均采用膀胱截石位,持续性硬膜外腔麻醉,实时监控患者的生命体征,连接监护体系,经尿道探入电切镜,对前列腺增生病情、后尿道长度进行监测。电切时对照组患者采用5%甘露醇溶液低压清洗,设备采用冲洗式前列腺电切镜;观察组患者清洗液采用生理盐水,设备采用等离子电切系统。电切镜放置在直视下进行,对前列腺增生的部位、精阜区域、形状等情况重点注意,在5点、7点处,利用电切镜电切前列腺组织,电切时避免超出精阜范围,从里向外逐步电切,电切深度可至包膜层,切割结束后,调整、止血创面部位,患者左右侧叶前列腺组织切割需根据患者实际情况决定。

1.4 观察指标 ①比较两组患者临床指标,包括:手术时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间、术中出血量、前列腺切除组织质量、术后住院时间。②比较两组患者术前、术后1、3个月的IPSS评分。该评分体系有7个维度,采用5级评分法,重度症状得分

20~35分,中度症状得分8~19分,轻度症状得分0~7分,临床症状越严重,得分越高。③比较两组并发症情况。观察并记录两组发生尿道狭窄、继发性前列腺出血、尿失禁的患者例数。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0统计分析软件,符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用t检验;计数资料以例(%)表示,两组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床指标比较 观察组手术时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间、术中出血量、术后住院时间均少于对照组,前列腺切除组织质量高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者IPSS评分比较 术前两组患者IPSS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后1、3个月时两组患者IPSS评分均低于术前,且观察组评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 两组患者临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后住院时间 (d)	留置导尿管时间 (d)	膀胱清洗时间 (h)	术中出血量 (ml)	前列腺切除组织 质量(g)	手术时间 (min)
对照组	25	7.73±1.85	6.41±1.23	29.25±3.69	343.72±60.26	20.10±2.53	78.37±14.02
观察组	30	6.24±0.96	5.12±1.04	11.27±2.50	230.64±50.88	26.81±4.25	65.79±10.84
t值		14.470	13.880	39.042	18.625	17.051	13.935
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表2 两组患者国际前列腺症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术前	术后1个月	术后3个月
对照组	25	26.62±3.06	16.71±2.65	6.69±0.84
观察组	30	25.64±4.68	13.63±2.27	4.82±0.56
t值		0.660	15.446	13.359
P值		>0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者并发症比较 观察组患者的并发症发生率为6.67%,明显低于对照组的28.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者并发症情况比较[例(%)]

组别	例数	尿道狭窄	继发性 前列腺出血	尿失禁	总发生
对照组	25	2(8.00)	2(8.00)	3(12.00)	7(28.00)
观察组	30	1(3.33)	1(3.33)	0(0)	2(6.67)

注:组间比较, $\chi^2=5.332, P < 0.05$ 。

3 讨论

前列腺增生的具体发病时间难以明确,病程进

展相对缓慢,是男性常见疾病。一旦患病可能会引发诸多症状,如排尿困难、膀胱结石、泌尿系统感染、肾功能损害等,对患者生活影响较大^[7]。现阶段手术治疗是临床治疗前列腺增生的主要手段,经尿道双极等离子电切术、经尿道前列腺电切术是常用手术方法。既往治疗良性前列腺增生的首选是经尿道前列腺电切术,随着临床应用越来越广泛,手术的弊端开始逐渐显露^[8]。相较于经尿道前列腺电切术,经尿道双极等离子电切术的技术水平有了极大提升,进一步巩固了金标准的地位。经尿道双极等离子电切术的切割更加精细,切割效率更高,对增生的前列腺腺体可彻底清除,临床疗效显著优于前列腺电切术^[9]。

本研究数据显示,观察组手术时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间、术中出血量、术后住院时间均少于对照组,前列腺切除组织质量高于对照组,表明经尿道双极等离子电切术治疗可有效缩短

手术时间、术后住院时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间,减少术中出血量,提高前列腺切除组织质量。分析原因可能为,经尿道双极等离子电切术治疗,热损伤较轻,能够同时切断浅层组织静脉血管及深部组织动脉血管,出血量较少,前列腺腺体能够完整切除,全程不会影响手术视野,手术开展更顺利,手术时间更短^[10]。而在切除增生的前列腺组织时,前列腺电切术不能最大程度切割,每次只能取较少的组织量,导致残余组织较多,出血量较多,一定程度上影响到手术视野,使手术时间延长^[11]。本研究数据显示,两组患者术后1、3个月时IPSS评分均低于术前,与对照组相比,观察组术后1、3个月时IPSS评分均更低,表明经尿道双极等离子电切术治疗更能良好地改善患者的尿道功能。分析原因可能为,前列腺增生组织使用经尿道双极等离子电切术治疗后能够被彻底清除,使增生组织所致的刺激、梗阻得到有效解除,从而极大降低前列腺症状评分。

本研究还存在一定的不足,如纳入样本量较少,研究时间较短,可能存在结果误差,在今后的研究中,将会加大样本量,延长研究时间,继续深入研究,以保证研究成果的准确性。

综上所述,相较于经尿道前列腺电切术治疗,经尿道双极等离子电切术治疗良性前列腺增生患者,能更彻底地切除腺体,缩短患者住院时间、留置导尿管时间、膀胱清洗时间,且创伤面损伤小,出血量减少,手术时间较短。

参考文献:

[1] MINH TD, THANH HT, DUY TN, et al. Linh Phu

Khang Tue Tinh inhibited prostate proliferation in rats induced benign prostatic hyperplasia by testosterone propionate [J]. J Ethnopharmacol, 2021,279(3):114388-114389.

- [2] 吴定涛,陈远波,刘豫.半导体激光汽化术与经尿道前列腺双极等离子电切术治疗良性前列腺增生的效果比较[J].中国医药,2020,15(9):1432-1435.
- [3] 王烈刚,尤洪平,周庆.经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生导致的膀胱出口梗阻的影响因素分析[J].微创泌尿外科杂志,2019,8(6):404-408.
- [4] JOHNSTON MJ, GUILLAUMIER S, JAAFARI FA, et al. The 'urological stethoscope': an essential aide for the modern benign prostatic hyperplasia specialist? [J]. BJU Int, 2020,125(5):632-633.
- [5] 邵胜,梁朝朝,叶元平,等.良性前列腺增生患者对中文版国际前列腺症状评分理解能力的调查[J].安徽医学,2009,30(1):9-12.
- [6] 张祥华,王行环,王刚,等.良性前列腺增生临床诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(24):1704-1707.
- [7] 张浩,俞洪元.经尿道前列腺等离子双极电切术治疗大体积良性前列腺增生的临床研究[J].中国性科学,2019,28(5):19-23.
- [8] 吴俊雁,潘杰,肖玉玲,等.经尿道前列腺等离子电切术治疗前列腺增生症的疗效及其对患者生活质量的影响[J].海南医学,2019,30(1):57-59.
- [9] 章尹岗,刘文.经尿道前列腺等离子电切术与经尿道前列腺电切术对良性前列腺增生患者治疗效果及预后性生活质量观察[J].中国性科学,2019,28(7):27-30.
- [10] 夏宗禹,王琴,刘胜.经尿道前列腺双极等离子电切术和前列腺电切术治疗良性前列腺增生的效果[J].临床与病理杂志,2019,39(11):2444-2450.
- [11] 孟庆利,江彬,侯旭,等.经尿道前列腺等离子双极电切术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的临床疗效比较[J].贵州医药,2019,43(1):62-64.

消息

《泌尿外科杂志(电子版)》网站的域名为mnwz.cbpt.cnki.net。为了加快稿件的处理速度,本刊实行系统投稿,作者投稿请登录本刊网站(mnwz.cbpt.cnki.net)主页,点击左上角“作者投稿系统”进入,第一次投稿需完成作者注册,专家审稿请点击“专家审稿系统”进入。

为便于广大作者、读者查阅本刊文献,本站提供从2009年起所有期刊的全文,有需要的作者和读者请前往本刊主页查阅。