

·专家论坛·

经尿道前列腺等离子剝除术与经尿道前列腺等离子电切术治疗前列腺增生的临床价值分析

张翰林*, 赵雯, 孙良坤, 张蕊, 刘珍妮

(烟台市牟平区中医医院 泌尿外科, 山东 烟台 264100)

摘要: **目的** 探讨经尿道前列腺等离子剝除术治疗前列腺增生的临床效果。**方法** 2018年9月至2019年9月期间作者单位泌尿科接收的前列腺增生患者120例作为研究对象, 随机数表法将其分为常规组和观察组。经尿道前列腺等离子电切术干预治疗常规组, 经尿道前列腺等离子剝除术干预治疗实验组, 从并发症发生率、治疗有效率、治疗指标(手术时间、总住院时间、膀胱冲洗时间、术中出血量)、治疗前后Qmax(前列腺增生症状评分量表)和QOL(生存质量测定量表)评分四个方面, 对两组治疗效果进行评价。**结果** 与常规组相比, 观察组住院时间(9.01±0.58)d、手术时间(48.01±1.02)min等均较短, 术中出血量(54.01±2.45)ml较少($P<0.05$), 两组治疗前Qmax和QOL评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 观察组Qmax和QOL评分高于常规组($P<0.05$), 且观察组并发症发生率低于常规组, 治疗有效率高于常规组($P<0.05$)。**结论** 经尿道前列腺等离子剝除术的应用, 对提高前列腺增生治疗的安全性和有效性具有较大意义。

关键词: 前列腺增生; 等离子剝除术; 电切术; 住院时间

前列腺增生属于泌尿系统常见病、多发病。夜尿增加、排尿困难、尿频是前列腺增生疾病的主要表现, 患病期间如果得不到正规科学的治疗, 很容易引起相关并发症, 对患者身心健康、日常工作会造成严重的不良影响, 因此必须给予患者及时有效的治疗^[1]。目前, 临床通常会选择手术方式干预, 不同手术方法治疗效果是不同的。经尿道前列腺电切术, 具有手术时间长、术后恢复进程慢、并发症发生率高高等缺陷, 整体治疗和恢复效果不理想。随着治疗技术的不断发展, 经尿道等离子前列腺剝除术应运而生, 是一种新型的治疗技术, 可达到较高的治疗安全性和有效性^[2]。本研究探讨经尿道前列腺等离子剝除术治疗前列腺增生的临床效果。

1 资料与方法

1.1 患者基本资料 2018年9月至2019年9月, 期间我院泌尿科接收的前列腺增生患者120例作为研究对象, 随机数表法将其分为常规组($n=60$)和观察组($n=60$)。常规组: 年龄51~72岁, 平均(64.01±1.04)岁, 病程5个月~5年, 平均(2.31±0.58)年。观察组: 年龄51~72岁, 平均(64.07±1.12)岁, 病程5个月~5年, 平均(2.28±0.64)年。纳入标准: ①经系统检查, 符合前列腺增生的临床诊断标准^[3];

②年龄在50岁以上; ③身体条件可以耐受手术者; ④对本次研究知情同意。排除标准: ①合并前列腺恶性肿瘤患者; ②治疗前, 伴有性功能障碍者; ③合并重要脏器功能不全者。两组患者基本资料符合本次研究标准, 基本资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。家属、院方伦理委员会同意本次研究开展。

表1 两组患者基本资料比较分析($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	平均年龄(岁)	病程	平均病程(年)
常规组	60	51~72	64.01±1.04	5个月~5年	2.31±0.58
观察组	60	51~72	64.07±1.12	5个月~5年	2.28±0.64
<i>t</i> 值					0.325
<i>P</i> 值					0.761

1.2 方法 常规组: 经尿道前列腺电切术干预治疗。对手术部位进行常规消毒, 硬膜外麻醉和腰麻联合应用。患者取截石位, 以方便手术操作, 使用奥林巴斯电切系统, 将电切镜通过尿道置入, 对前列腺增生的大小、位置等进行明确, 电切镜功率设置: 160 W。电凝功率: 80 W。使用生理盐水, 完成对膀胱的冲洗。由中叶6点处开始进行电切, 从膀胱颈处电切, 直至膀胱颈环状纤维, 逐渐电切至深部、两侧以及尖部, 电切的深度, 要达到纹状结构的被膜层。依次对两侧叶进行电切, 最后对前列腺尖部进行电切后进行创面修整。对创面进行彻底止血处理, 应用ELLIC冲洗器对膀胱进行冲洗, 将前列腺

*通信作者: 张翰林, E-mail: 13665355325@163.com

组织碎块吸出,把22F三腔硅胶导尿管置入尿道,将30 ml水注入囊内,手术结束。观察组:经尿道等离子前列腺剜除术干预治疗。采取与常规组相同的消毒、麻醉和膀胱冲洗方法。术前准确定位尿道括约肌近端前列腺尖部,并于此处做好相应的标记,从尖部开始,先将中叶剜出,再剜出两侧叶,于12点方向回合,对12点方向的前叶前列腺组织,进行逆向切除,边剜出边做止血处理。不要完全离断6点方向膀胱颈位置,防止剜出的腺体掉进膀胱,以增加具体处理难度。将前列腺组织切碎,应用ELLIC冲洗器对膀胱进行冲洗,将前列腺组织碎块吸出,把22F三腔硅胶导尿管置入尿道,将30 ml水注入囊内,手术结束。

1.3 评价指标 ①治疗指标:手术时间、总住院时间、膀胱冲洗时间、术中出血量。②并发症发生率:从尿道狭窄、暂时性尿失禁两方面分析。③治疗前后Qmax和QOL评分(分别于治疗前和治疗后2周评价):分值0~35分,0~7分,为轻度症状;8~19分,为中度症状;20~35分为重度症状。分值越高,症状越严重。QOL评分:总分100分,分数越高,生活质量越高。④治疗有效率(治疗后2周评价):经治疗,尿急、尿频等系列症状消失,尿失禁现象不存在,日常生活未受影响,为显效;尿急、尿频等系列症状有很大程度的缓解,无尿失禁现象,对日常生活有轻微影响,为有效;症状未缓解,且存在尿失禁现象,为无效。治疗有效率=显效率+有效率^[4]。

1.4 数据统计分析 应用SPSS.22统计分析软件,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用t检验;计数资料以率表示,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 治疗指标 实验组手术、住院以及膀胱冲洗时间均短于常规组,术中出血量少于常规组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组治疗指标的比较分析($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	总住院时间 (d)	膀胱冲洗时间 (min)	术中出血量 (ml)
常规组	60	63.25±2.01	13.02±1.14	22.54±0.78	90.21±3.02
观察组	60	48.01±1.02	9.01±0.58	17.94±0.94	54.01±2.45
t值		9.256	11.023	10.149	10.256
P值		0.031	0.007	0.514	0.365

2.2 并发症发生率 实验组并发症发生率低于常规

组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组并发症发生率的比较分析[例(%)]

组别	例数	尿道狭窄	暂时性尿失禁	发生率
常规组	60	3(5.00)	1(1.67)	4(6.67)
观察组	60	1(1.67)	0	1(1.67)
χ^2 值				10.301
P值				0.017

2.3 治疗前后Qmax和QOL评分 治疗前,两组Qmax和QOL评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,两组指标均提高,且实验组指标高于常规组($P < 0.05$),见表4。

表4 两组治疗前后Qmax和QOL评分的比较分析($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	QOL评分(分)		Qmax(ml/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	60	47.45±1.70	72.31±0.25*	6.53±1.99	12.61±1.74*
观察组	60	47.02±1.12	88.45±0.52*#	6.52±2.02	18.12±0.99*#
t值		0.835	11.578	1.031	11.335
P值		0.714	0.031	0.102	0.003

注:与治疗前相比,*: $P < 0.05$ 。与常规组相比,*#: $P < 0.05$ 。

2.4 治疗有效率 实验组治疗有效率高于常规组($P < 0.05$),见表5。

表5 两组治疗有效率的比较分析[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
常规组	60	23(38.33)	24(40.00)	13(21.67)	47(78.33)
观察组	60	35(58.33)	22(36.67)	2(3.33)	58(96.67)
χ^2 值					11.149
P值					0.024

3 讨论

前列腺增生发病人数最近几年呈现不断增加的趋势,属于泌尿生殖系统中发病率比较高的一种疾病^[5]。患病期间,如果得到及时、正规、科学的治疗,预后效果会较好。针对前列腺增生疾病,目前主要应用手术方案进行治疗,不同手术方案的干预,其治疗效果有很大的差异^[6]。经尿道等离子前列腺剜除术,是一种新型的治疗技术,具有操作简单、病灶组织清除彻底、创伤小、术后恢复快等具体优势,因此手术、膀胱冲洗以及住院时间会相对较短,术中出血量较少,对于缓解患者心理压力、提升预后效果具有重要的意义。除此之外,还可以最大限度地降低对尿道括约肌的损伤,防止术后出现尿失禁现象^[7]。在电切镜的辅助下,对增生的前列腺腺体有较高的可见度,包膜穿孔的发生率会降低。经尿道前列腺等离子电切术的应用,会对患者

造成比较大的损伤,整个手术操作时间会比较长,术中的失血量会比较多,治疗的有效性和术后恢复的安全性均得不到保障^[8]。本次研究结果显示,与常规组相比,观察组住院时间、手术时间等均较短,术中出血量较少。观察组生活质量评分较高,且观察组并发症发生率低于常规组,治疗有效率较高。证实了经尿道等离子前列腺剜除术的应用对提高前列腺增生治疗效果的价值。

综合以上分析和阐述得知,与经尿道前列腺等离子电切术相比,经尿道前列腺等离子剜除术的应用,对治疗前列腺有更大的应用价值。可减少住院、手术、膀胱冲洗时间,减少术中出血量,降低术后并发症发生率,提高恢复效果和生活质量,价值大,值得借鉴应用。

参考文献:

- [1] 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(07):27-30.
- [2] 何海填,罗锦斌,张新明,等.经尿道等离子电切联合膀胱颈内切开术治疗小体积前列腺增生的临床观察[J].中国现代手术学杂志,2019,23(03):232-235.
- [3] 王刚,姚丽霞,杨涛,等.三种不同腔内技术治疗重度前列腺增生的比较研究[J].临床泌尿外科杂志,2019,34(06):478-482.
- [4] 侯淑均,刘红珍,高博,等.经尿道柱状水囊前列腺扩开术与经尿道前列腺电切术的对比研究[J].中华全科医学,2017,15(03):542-544.
- [5] 刘宁,陈恕求,许斌,等.经尿道前列腺电切+膀胱颈电切术治疗小体积前列腺增生的疗效观察[J].中华男科学杂志,2016,22(05):474-476.
- [6] 刘洪明,田野,苏志勇,等.前列腺总体积及移行带体积对良性前列腺增生症经尿道前列腺电切术疗效的影响[J].中华医学杂志,2021,101(02):137-141.
- [7] 林阳彦,邱春明,杨勇,等.保留前叶经尿道前列腺剜除术治疗前列腺增生的5年疗效分析[J].实用医学杂志,2020,36(24):3394-3398.
- [8] 王政昊,白云金,张兴明,等.不同手术方式治疗大体积良性前列腺增生的有效性和安全性的网状Meta分析[J].中国循证医学杂志,2020,20(12):1413-1420.