

保留部分尿道黏膜改良经尿道钬激光前列腺剜除术治疗良性前列腺增生病人的疗效观察

王文忠

(潢川县第二人民医院 泌尿外科,河南 潢川 465150)

摘要:目的:研究保留部分尿道黏膜改良经尿道钬激光前列腺剜除术(HoLEP)治疗良性前列腺增生(BPH)病人的效果。方法:选取2017-06~2019-06期间我院BPH病人145例,根据手术方式不同分为B组、A组。B组($n=72$)行经尿道前列腺电切术(TURP),A组($n=73$)行保留部分尿道黏膜改良HoLEP,比较两组手术基本情况、并发症发生率及手术前后前列腺症状(IPSS)评分、最大尿流率(Q_{max})评分。结果:与B组比较,A组术中出血量、手术用时、导尿管置留时间、住院天数、术后6个月IPSS评分、 Q_{max} 、QOL评分、并发症发生率较优($P<0.05$)。结论:BPH病人采用保留部分尿道黏膜改良HoLEP治疗,能减轻症状,减少并发症发生,提高生活质量,促进病人康复。

关键词:经尿道钬激光剜除术;经尿道前列腺电切术;良性前列腺增生

中图分类号:R61

文献标识码: B

文章编号:1673-9388(2020)04-0270-03

良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)属泌尿系统疾病常见病,多发于中老年男性^[1]。临床表现为尿急、尿频、排尿困难等,严重威胁病人健康。临床上多采用“金标准”经尿道前列腺电切术治疗,但术中出血量多且易引起并发症^[2]。随着经济发展、医疗水平的不断提升,微创手术逐渐兴起,经尿道钬激光剜除术(HoLEP)属微创手术,具有安全性且并发症少,逐渐得到临床重视。本研究探讨保留部分尿道黏膜改良HoLEP对BPH病人康复进程的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017-06~2019-06期间我院BPH病人145例,根据手术方式分组。B组72例,年龄46~74岁,平均 60.28 ± 5.44 岁;病程1.5~6.5年,平均 3.84 ± 1.41 年;A组73例,年龄43~76岁,平均 60.41 ± 5.70 岁;病程1.8~7.0年,平均 4.08 ± 1.04 年;本研究符合我院伦理委员会审核批准。且两组基线资料(年龄、病程)均衡可比($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

(1)纳入标准:确诊为BPH者;知情本研究并签署同意书;(2)排除标准:精神障碍者;前列腺肿瘤者;严重肾、肺脏器功能异常者。

1.3 方法

两组均取截石位,行硬膜外麻醉。B组:采用TURP:电切镜经尿道置入,于6点处(精阜近端前缘)依次切除中叶、两侧叶,止血,对前列腺顶部进行修整,吸出病灶组织,放置导尿管。A组:采用HoLEP:生理盐水不断冲洗,经尿道置入电切镜、钬激光光纤,功率为90 W,探查前列腺增生情况,明确精阜至膀胱颈口长度,确定输尿管扣位置,沿5、7点处(膀胱颈)切开精阜至前列腺外科包膜,横向切开上边缘,剜除前列腺,于前列腺外科包膜推剥膀胱颈。光纤直射方式切开膀胱颈扣12点处,逆时针推剥前列腺左叶至膀胱,右侧推剥参照左侧方式。结束后,止血,吸出膀胱内腺体组织,放置导尿管。

1.4 观察指标

(1)比较两组手术用时、导尿管置留时间、术中出血量、住院天数;(2)采用前列腺症状评分、最大尿流量、生活质量评分评估两组手术前后症状改善情况、尿流量、生活质量;(3)并发症发生率。

1.5 统计学分析

收稿日期:2020-04-21;修回日期:2020-07-22

作者简介:王文忠(1970-),男,潢川县第二人民医院泌尿外科副主任医师。

采用SPSS22.0对数据进行分析,计量资料(手术用时、导尿管置留时间、术中出血量、住院天数、IPSS评分、Qmax、QOL评分)以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验,计数资料(并发症发生率)($n, \%$)表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术相关指标

A组术中出血量、手术用时、导尿管置留时间、

住院天数优于B组($P < 0.05$)(见表1)。

2.2 IPSS、Qmax、QOL 比较

术前两组IPSS、Qmax、QOL比较无显著差异($P > 0.05$);术后6个月,A组IPSS评分、Qmax、QOL评分优于B组($P < 0.05$)(见表2)。

2.3 并发症发生率

A组1例膀胱黏膜损伤、2例出血、1例包膜穿孔;B组5例膀胱黏膜损伤、3例出血、4例包膜穿孔、5例尿道狭窄。A组并发症发生率5.47%(4/73)低于B组23.61%(17/72)($\chi^2=9.621, P < 0.05$)。

表1 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量(mL)	手术用时(min)	导尿管置留时间(天)	住院天数(天)
A组	73	98.67 ± 18.29	53.51 ± 5.83	2.31 ± 0.63	5.34 ± 1.09
B组	72	126.63 ± 20.28	62.34 ± 6.42	3.26 ± 0.81	8.02 ± 1.22
<i>t</i>		8.720	8.672	7.889	13.953
<i>P</i>		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

表2 两组IPSS、Qmax、QOL比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	IPSS(分)		Qmax(mL/s)		QOL(分)	
		术前	术后6个月	术前	术后6个月	术前	术后6个月
A组	73	14.28 ± 2.39	4.13 ± 1.01	8.71 ± 1.09	23.22 ± 6.11	56.23 ± 5.36	89.13 ± 5.02
B组	72	14.23 ± 2.34	6.03 ± 1.22	8.66 ± 1.12	17.97 ± 5.19	56.15 ± 5.21	80.66 ± 6.31
<i>t</i>		0.127	10.221	0.272	5.572	0.091	8.951
<i>P</i>		0.898	< 0.001	0.785	< 0.001	0.927	< 0.001

3 讨论

BPH属临床常见男性疾病,患病率、发病率高,临床表现为排尿困难、尿频、尿急、尿不尽、尿后滴沥等,严重威胁病人身心健康,需给予重视^[3-5]。TURP是临床治疗BPH的常规手术方式,具有术后恢复快、创伤性小等特点,能利用高频电流破坏前

列腺组织内有机分子键,阻止病变组织生长、发育,提升治疗效果^[6,7]。但其应用于BPH,术中出血量大、易损伤包膜,甚至造成机体电解质紊乱,严重威胁病人健康。因此,积极探索更为合理、可靠且安全的手术方式成为临床治疗BPH的重要研究课题。

等^[8]报道中表明,HoLEP应用BPH治疗中能强化手术治疗效果,促进临床症状改善。在此基础

上,本研究尝试采用保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 与 TURP 对比治疗,结果显示,A 组术中出血量、手术用时、导尿管置留时间、住院天数优于 B 组 ($P < 0.05$),说明保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 可减少术中出血量,缩短病人手术时间、导尿管置留时间、住院天数。与 TURP 对比,保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 具有以下优势^[9-11]:(1)通过大功率钬激光、组织粉碎器,能彻底切割增生组织,快速止血;(2)脉冲式近红外线激光,降低人体组织穿透程度,且能被水吸收;(3)术热损伤深度为 0.4mm,能减少结痂厚度,降低术后感染等并发症发生率;(4)采用推剥方式剝除,能提高手术效果,减少术中出血量,缩短导尿管留置时间;(5)该术式在解除病变的同时,尽最大限度保留部分尿道黏膜,有利于促进术后恢复,加快康复进程。另外,A 组术后 6 个月 IPSS 评分、Qmax、QOL 评分优于 B 组 ($P < 0.05$),提示保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 可改善病人临床症状,增加尿流量,提高其生活质量。本研究进一步发现,A 组并发症发生率 5.47% 低于 B 组 23.61% ($P < 0.05$),可见 HoLEP 能有效降低并发症发生率。分析原因,主要在于保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 术中操作对周围组织干扰较少,尽可能保留部分尿道黏膜,减轻手术损伤,能降低相关并发症发生风险,加之术热损伤深度较浅,进一步减少术后感染相关并发症,有利于保障手术安全性^[12,13]。

但在临床实际应用中需注意以下几点:(1)手术前深入了解、观察前列腺包膜血管分布情况,谨慎决定术中操作方式,确保尽可能减少术中出血量,采用点对点方式止血;(2)科学、合理选择解剖层次,确定解剖平面,以确保手术效果与安全性;(3)根据病人病情、病变位置及身体状况合理选择手术方式,避免一概而论,造成不良事件^[14,15]。

综上所述,保留部分尿道黏膜改良 HoLEP 应用于 BPH 可提高手术效果,能有效缓解临床症状,且并发症发生率较低,值得临床推广。

参考文献

[1]何斌,唐庆生,倪浩东,等.经尿道等离子前列腺电切结合部

分剝除法治疗大体积前列腺增生症疗效分析[J].实用临床医药杂志,2017;21(24):86

[2]侯军萍.经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生患者有效护理措施分析[J].中国药物与临床,2017;17(7):1099-1101

[3]钟文龙,熊耕砚,张雷,等.上尿路尿路上皮癌患者性别差异与预后分析:单中心 942 例报告[J].中华泌尿外科杂志,2017;38(12):901-904

[4]王玉琳,阮振旭,李微,等.电针疏密波治疗良性前列腺增生 22 例临床观察[J].江苏中医药,2018;50(1):53-55

[5]王冠群,刘毅东,孙杰,等.坦索罗辛与索利那新在轻、中度良性前列腺增生合并膀胱过度活动症患者中的应用效果[J].检验医学与临床,2018;15(9):45-48

[6]陈深泉,苏玖雄,黎鉴飞,等.十一酸睾酮联合索利那新治疗经尿道前列腺电切术后早期出现下尿路症状的效果[J].中国医药导报,2018;15(24):58-62

[7]高卫军,成慧霞,贺艳峰.经尿道前列腺电切术与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比较[J].西北国防医学杂志,2018;39(5):332-334

[8]王建峰,陈星,刘乃波,等.经尿道前列腺纽扣式等离子电极汽化剝除术治疗前列腺增生的疗效观察[J].微创泌尿外科杂志,2017;6(6):364-367

[9]陈卓,袁晓亮,张亚杰.经尿道前列腺钬激光剝除术和经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生比较[J].中华老年多器官疾病杂志,2018;17(1):61-65

[10]黎礼元.经尿道钬激光前列腺剝除术[J].现代泌尿外科杂志,2017;22(6):481-486

[11]胡彬.钬激光前列腺剝除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的临床对比分析[J].中国性科学,2019;28(2):23-25

[12]肖洪廷,吴江,奉静.经尿道钬激光前列腺剝除术和经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生的临床比较研究[J].中国性科学,2020;29(1):34-37

[13]杨俊,高彦俊,李冲,等.钬激光前列腺剝除术与开放前列腺切除术治疗重度前列腺增生的 Meta 分析[J].临床泌尿外科杂志,2016;31(9):797-802

[14]陈彦博,陈其,谷猛,等.经尿道前列腺钬激光剝除术日间手术 24 例临床报告[J].现代泌尿外科杂志,2017;22(5):331-335

[15]刘可,肖春雷,潞林.钬激光前列腺剝除术治疗良性前列腺增生的自学习曲线[J].中国微创外科杂志,2016;16(1):31-34