

〔文章编号〕 1007-0893(2020)22-0028-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.011

经尿道前列腺等离子双极电切术对 80 岁以上 高危前列腺增生症患者排尿功能的影响

李国敏 刘昌明 张英娜

(福建医科大学附属闽东医院, 福建 福安 355000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨 80 岁以上高危前列腺增生患者行经尿道前列腺等离子双极电切术或电气化切除术治疗对排尿功能的影响。**方法:** 选择福建医科大学附属闽东医院 2017 年 7 月至 2019 年 12 月期间收治的 82 例高危前列腺增生患者, 根据手术方式分为对照组与观察组, 各 41 例。观察组行经尿道前列腺等离子双极电切术治疗, 对照组行经尿道前列腺电气化切除术治疗, 测定两组患者的相关指标。**结果:** 观察组患者切除前列腺重量大于对照组, 手术时间、术后冲洗、尿管留置、住院等时间低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的术中出血量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗前两组患者的国际前列腺症状评分 (IPSS)、生活质量指数 (QOL)、最大尿流率 (Qmax)、残余尿 (PVR) 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的 IPSS 及 QOL 评分及 PVR 低于对照组, Qmax 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的并发症发生率为 9.76% 低于对照组的 29.27%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 在 80 岁以上高危前列腺增生患者治疗中采取经尿道前列腺等离子双极电切术治疗的创伤小、恢复快。

〔关键词〕 高危前列腺增生; 经尿道前列腺等离子双极电切术; 经尿道前列腺电气化切除术; 老年人

〔中图分类号〕 R 697^{+.3} 〔文献标识码〕 B

前列腺增生属于泌尿外科常见疾病, 中老年群体发病率高, 80 岁以上高危前列腺增生是患者指年龄超过 80 岁, 且合并心、脑、肺等重要脏器疾病, 病情相对更加严重, 手术风险大, 应选择风险小, 安全性高的治疗方案^[1]。经尿道前列腺电气化切除术对组织损伤小, 气化封闭血管, 进一步减少术中出血量。但是, 研究显示^[2], 其适用于较小体积的前列腺增生, 且电气化切除的速度慢, 对于高龄患者而言, 手术时间越久其生命安全的威胁就越大。随着医疗技术的进步, 经尿道前列腺等离子双极电切术属于腔内微创与开放手术的结合术式, 相对传统手术具有创伤小, 并发症少特征。但该术式是否可获得更高的效果需深入研究。为此, 本研究对 80 岁以上高危前列腺增生患者的经尿道前列腺电气化切除术或等离子双极电切术治疗对排尿功能的影响进行了探讨, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2017 年 7 月至 2019 年 12 月期间收治的 82 例高危前列腺增生患者, 根据手术方式分为对照组与观察组, 各 41 例。患者出现尿频、尿多、排尿困难症状, 均经直肠指检、前列腺特异性抗原及等检查确诊, 且伴有心、脑、肺、肝、肾等 ≥ 1 种脏器疾病^[3]。对照组年龄 80 ~ 95 岁, 平均年龄 (88.45 \pm 4.18) 岁, 病程 4 ~ 12 年, 平均病程 (7.11 \pm 1.23) 年,

前列腺重量 45 ~ 120 g, 平均重量 (70.08 \pm 5.44) g; 观察组年龄 80 ~ 94 岁, 平均年龄 (88.15 \pm 4.22) 岁, 病程 4 ~ 12 年, 平均病程 (7.23 \pm 1.41) 年, 前列腺重量 45 ~ 122 g, 平均重量 (70.41 \pm 5.05) g; 排除前列腺癌及合并高级别上皮内瘤患者、不稳定性膀胱、神经源性膀胱、尿道狭窄者, 合并有膀胱肿瘤、结石患者; 合并心肝肾等脏器功能不全患者, 严重尿路感染患者等。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 观察组 行经尿道前列腺等离子双极电切术, 取截石位, 联合腰麻, 经尿道插入电切镜, 功率 120 ~ 150 W, 明确增生位置, 增生程度及精阜位置, 中叶增生经 5、7 点切除动脉血管, 切除部分突入膀胱, 切除全部增生组织, 左叶增生经 1 点或 11 点操作, 切除全部增生组织, 电凝止血, 功率 40 ~ 60 W。0.9% 氯化钠注射液冲洗膀胱。

1.2.2 对照组 行经尿道前列腺电气化切除术, 英国 Gurys 电气化电切镜治疗, 产生高密度电流区, 气化深度 3 ~ 4 mm。取截石位, 联合腰麻, 明确增生位置, 增生程度及精阜位置, 经尿道插入电切镜, 中叶增生经 5、7 点切除标志沟, 切除中叶, 经 12 点切除标志沟, 分隔后沿包膜切除左、右侧叶, 左叶增生经 6 点切除中叶, 经 12 点切除标志沟, 切除左、右侧叶, 清除碎块组织, 0.9% 氯化钠注射

〔收稿日期〕 2020-09-04

〔作者简介〕 李国敏, 男, 副主任医师, 主要研究方向是泌尿系结石, 前列腺疾病诊治及泌尿系其他疾病。

液冲洗膀胱。

1.3 观察指标

记录手术时间、切除前列腺重量、出血量、术后冲洗时间、尿管留置时间、住院时间等。术前、术后 3 个月评价排尿功能及生活质量，排尿功能采取国际前列腺症状评分 (international prostate symptom score, IPSS) 评价 [4]，共 7 个关于排尿症状问题，每个问题 0~5 分，总分 35 分，分数越高症状越严重；测定最大尿流率 (the maximum flow rate, Qmax)、残余尿 (post-void residual volume, PVR) 等尿动力学指标。生活质量采取生活质量指数 (quality of life, QOL) 评价，分值 0~6 分，分数越低越满意。统计两组继发性出血、尿路感染、尿路狭窄、急性附睾炎、暂时性

尿失禁等并发症率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术操作及术后恢复指标比较

观察组患者切除前列腺重量大于对照组，手术时间、术后冲洗、尿管留置、住院等时间低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。两组患者的术中出血量比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术操作及术后恢复指标比较 (n = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间/min	切除前列腺重量/g	出血量/mL	术后冲洗时间/h	尿管留置时间/d	住院时间/d
对照组	80.03 ± 10.72	55.95 ± 4.92	112.34 ± 12.51	58.42 ± 6.04	6.34 ± 1.75	8.12 ± 1.03
观察组	68.79 ± 5.38 ^a	68.75 ± 5.42 ^a	112.32 ± 8.66	48.12 ± 5.52 ^a	4.11 ± 1.02 ^a	6.82 ± 0.94 ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后 IPSS、QOL、Qmax、PVR 比较

治疗前两组患者的 IPSS、QOL、Qmax、PVR 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者的 IPSS 及 QOL 评分及 PVR 低于对照组，Qmax 高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 IPSS、QOL、Qmax、PVR 比较 (n = 41, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IPSS/分	QOL/分	Qmax/mL·s ⁻¹	PVR/mL
对照组	术前	28.94 ± 4.84	5.78 ± 0.42	7.50 ± 1.60	143.08 ± 34.11
	术后	10.07 ± 2.39	1.92 ± 0.31	16.20 ± 1.04	40.41 ± 9.15
观察组	术前	29.33 ± 5.02	5.84 ± 0.45	7.45 ± 1.52	142.29 ± 32.34
	术后	6.51 ± 1.22 ^b	1.48 ± 0.25 ^b	18.85 ± 1.22 ^b	32.35 ± 8.58 ^b

与对照组术后比较，^b*P* < 0.05

注：IPSS—国际前列腺症状评分；QOL—生活质量指数；Qmax—最大尿流率；PVR—残余尿

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组患者的并发症发生率为 9.76% 低于对照组的 29.27%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较 (n = 41, n (%))

组别	继发性出血	尿路感染	尿路狭窄	急性附睾炎	暂时性尿失禁	发生率/%
对照组	3(7.32)	4(9.76)	2(4.88)	1(2.44)	2(4.88)	29.27
观察组	2(4.88)	1(2.44)	1(2.44)	0(0.00)	0(0.00)	9.76 ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

3 讨论

前列腺增生属于老年男性群体常见疾病，发病机制认为多种因素综合作用有关，主要由于雄激素及其受体作用、细

胞增殖与凋亡失衡的作用，导致前列腺间质及上皮增生，继而引发尿频、尿急、急迫性尿失禁等症状 [5]。经尿道前列腺等离子双极电切术在治疗 80 岁以上高危前列腺增生中受到重视，考虑到此类患者全身并发症问题，要求手术时间短，止血效果好，保证安全性。等离子双极电切术中采用工作电极与回路电极均位于电切环内，高频电流释放出射频能量，将导体介质转化为围绕电极的等离子体区，这一等离子体是由高电离颗粒构成，其能量将组织内的有机分子大段，靶向组织化为基本分子和低分子，随即破碎、气化，从而达到理想的治疗效果。同时，在操作时，可严格控制靶组织表面温度，仅仅 40~70 °C，切割更加精准，止血效果更加理想。但手术中，为获得最佳手术效果，应尽量控制手术时间在 1 h 内，强调手术切除部位，确保突入膀胱内腺切除干净，精细修整前列腺尖部，减少残留腺体组织，并采取低压冲洗，而且避免过多止血。本研究结果显示观察组切除前列腺重量显著高于对照组，手术时间、术后冲洗、尿管留置、住院等时间显著低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；术后，观察组 IPSS 及 QOL 评分及 PVR 降低且显著低于对照组，Qmax 升高且显著高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组并发症率比较，观察组 9.76% 显著低于对照组 29.27%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，提示经尿道前列腺等离子双极电切术适用于 80 岁以上高危患者治疗中，促使患者术后快速恢复，进一步减少术中损伤，且术后并发症少，安全性高，治疗价值较高。

综上所述，80 岁以上高危前列腺增生患者行经尿道前列腺等离子双极电切术治疗对排尿功能恢复有积极的作用。

[参考文献]

- (1) 蔡志强, 冷欣. 经尿道前列腺激光剜除术治疗高危前列腺增生的临床效果观察 (J). 中国现代药物应用, 2020, 14(12): 59-60.
- (2) 黄增广, 彭晓东, 石家敏, 等. 经尿道双极等离子前列腺解剖性剜除术治疗高危前列腺增生 (BPH) 的有效性分析 (J). 吉林医学, 2020, 41(6): 1438-1439.
- (3) 唐泽丽. 经尿道前列腺柱状水囊扩开术治疗高龄高危前列腺增生患者的护理观察 (J). 心理月刊, 2020, 15(13): 114.
- (4) 王竞, 时少显, 和学强, 等. 等离子电切与激光汽化治疗良性前列腺增生临床效果及对 IPSS、QOL、Qmax、PVR 的影响 (J). 河北医科大学学报, 2019, 40(2): 169-173.
- (5) 周欢, 雷志培, 陈结能, 等. 经尿道前列腺等离子电切术治疗高危良性前列腺增生的疗效观察 (J). 中国现代药物应用, 2020, 14(9): 75-77.

(文章编号) 1007-0893(2020)22-0030-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.012

单孔腹腔镜手术对子宫内膜异位症患者应激反应及复发的影响

叶健文 吴玲

(福建医科大学附属福州市第一医院, 福建 福州 350000)

[摘要] **目的:** 探讨单孔腹腔镜手术 (LESS) 对子宫内膜异位症 (EMT) 患者应激反应及复发的影响。**方法:** 收集 2017 年 6 月至 2019 年 3 月福建医科大学附属福州市第一医院收治的 88 例 EMT 患者临床资料, 将采用四孔腹腔镜微创手术治疗的 43 例患者纳入对照组, 将采用 LESS 治疗的 45 例患者纳入观察组。比较两组术后应激反应指标 [皮质醇 (Cor)、去甲肾上腺素 (NE)] 水平、围术期指标 [手术时间、术中出血量、肛门排气时间、住院时间、术后视觉模拟评分法 (VAS)] 水平、免疫球蛋白 G (IgG) 水平、术后 6 个月美容指数 CORHORT 评分及术后 1 年内复发率。**结果:** 术后, 两组 Cor、NE 水平均较术前升高, 但观察组水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术中出血量、住院时间较对照组短, 术后 VAS 评分较对照组低; 术后, 两组 IgG 水平均较术前降低, 但观察组水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组美容指数 CORHORT 评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.001$); 观察组复发率与对照组相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 与四孔腹腔镜微创手术相比, EMT 患者采用 LESS 治疗虽然时间较长, 但对机体应激反应、免疫功能等影响较小, 具有术中出血量少、及住院时间短、疼痛感小、复发率低、美容效果良好等优点。

[关键词] 子宫内膜异位症; 单孔腹腔镜; 四孔腹腔镜; 应激反应

[中图分类号] R 711.71 [文献标识码] B

子宫内膜异位症 (endometriosis, EMT) 为临床常见多发于育龄期妇女的异质性疾病, 多表现为不孕、慢性盆腔痛等症状, 严重危害女性身心健康。目前临床治疗 EMT 多采用手术方式, 包括传统开腹手术及腹腔镜手术, 因腹腔镜手术具有创伤相对较小、术中出血量少等优点, 利于减少对患者损伤, 缩短其术后康复进程, 故腹腔镜手术治疗已在妇科手术中占主要地位^[1-3]。目前腹腔镜手术+药物为 EMT 的“金标准”治疗, 腹腔镜为首选手术方法。单孔腹腔镜手术 (laparoendoscopic single-site surgery, LESS) 及四孔腹腔镜为临床常用腹腔镜手术方法, 在 EMT 治疗方面关于二者报道较少。鉴于此, 本研究探讨腹腔镜微创手术对 EMT 患者

应激反应及复发的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2017 年 6 月至 2019 年 10 月本院收治的 88 例 EMT 患者临床资料, 将采用四孔腹腔镜微创手术治疗的 43 例患者纳入对照组, 将采用 LESS 治疗的 45 例患者纳入观察组。观察组年龄 23~42 岁, 平均年龄 (32.51 ± 3.16) 岁; 病程 1~4 年, 平均病程 (2.54 ± 0.21) 年。对照组年龄 24~41 岁, 平均年龄 (32.54 ± 3.09) 岁; 病程 2~3 年, 平均病程 (2.56 ± 0.19) 年。两组患者年龄、病程等一般资料比较,

[收稿日期] 2020-09-13

[作者简介] 叶健文, 女, 副主任医师, 主要研究方向是妇产科临床。