

后显著优于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，提示该方案可有效的改善患者的临床指标，有助于矫正后凸成角畸形的情况，促使患者伤椎得到恢复，对患者实施后路手术治疗时，能够降低对患者产生的压迫感，提高脊柱的稳定性，促使患者病情得到恢复。

综上所述，后路手术有助于改善患者临床指标，缩短患者住院时间，提高临床治疗效果，使用价值高。

[参考文献]

(1) 刘继军, 刘鹏, 郝定均, 等. 后路复位椎间植骨融合内固定治疗完全性胸腰段椎体骨折脱位 (J). 中华骨科杂志, 2017, 37(9): 541-546.

(2) 张志敬, 卢一生, 施建东, 等. 脊柱后路椎间隙自体骨植

骨结合长节段固定治疗 C 型胸腰段骨折 (J). 中华创伤杂志, 2019, 35(6): 520-526.

(3) 张宗余, 刘怀莹, 孔祥颖, 等. 后路椎弓根内固定术联合椎体成形术对胸腰段脊柱骨折患者近期功能恢复的影响研究 (J). 国际医药卫生导报, 2018, 24(16): 2487-2490.

(4) 郭瑞, 王宥涵, 昌震, 等. 按不同损伤分级治疗陈旧性胸腰椎骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效 (J). 中华创伤杂志, 2019, 35(8): 700-707.

(5) 王恩梁. Load-sharing 评分应用于胸腰椎段脊柱骨折治疗的可行性及安全性分析 (J). 检验医学与临床, 2017, 14(24): 3682-3684.

(6) 韩纯杰, 马慧勇, 崔晶晶, 等. 前入路与后入路减压治疗胸腰段脊柱骨折合并脊髓损伤效果的比较 (J). 中国临床实用医学, 2018, 9(3): 54-56.

[文章编号] 1007-0893(2021)13-0139-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.066

## 前列腺钬激光剜除和等离子剜除对良性前列腺增生的疗效比较

邱志勇 刘 武 廖仕芬

(惠东县人民医院, 广东 惠东 516300)

[摘要] **目的:** 研究前列腺钬激光剜除与等离子剜除治疗良性前列腺增生 (BPH) 的临床疗效。**方法:** 选取惠东县人民医院 2017 年 6 月至 2019 年 12 月收治的 300 例 BPH 患者, 使用抽签法进行分组, 分为对照组和观察组, 各 150 例。给予前列腺钬激光剜除术治疗的为观察组, 给予等离子剜除术治疗的为对照组, 分析两组患者治疗后临床效果。**结果:** 观察组患者切除前列腺组织重量、术中失血量以及住院总时间均少于对照组, 手术总时间长于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者国际前列腺症状评分表 (IPSS) 评分均明显降低, 生活质量评分表 (QOL) 评分均明显上升, 且观察组患者 IPSS 评分低于对照组, QOL 评分高于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者并发症发生率为 2.00%, 低于对照组的 12.00%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 对 BPH 患者采用前列腺钬激光剜除术治疗可显著改善临床症状, 减少术中出血量, 可适当放宽高龄、高危患者手术指征, 促进治疗进展, 以此提升生活质量。

[关键词] 良性前列腺增生; 等离子剜除术; 钬激光剜除术

[中图分类号] R 699.8 [文献标识码] B

前列腺是男性生殖系统中的一个器官, 良性前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是老年男性常见疾病, 随着我国人口数的不断上升, 老龄化逐渐增加, BPH 发生率也随之上升, 而基于人们生活水平的不断提升, 对医疗效果要求越来越高。目前临床针对 BPH 以手术治疗为主, 多年来, 经尿道前列腺电切术一直是治疗 BPH 的金标准。但治疗后会起多种并发症, 对患者生理、心理等均会造成一定影响。随着微创意识的不断深入, 新的微创手术出现。前列腺钬激光以及等离子剜除术是最常见的两种, 相较于等离

子剜除术, 前列腺钬激光剜除术疗效确切、并发症少, 受临床医学专家学者青睐<sup>[1]</sup>。故笔者就本院收治的 300 例 BPH 患者进行分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2017 年 6 月至 2019 年 12 月收治的 300 例 BPH 患者, 使用抽签法进行分组, 分为对照组和观察组, 各 150 例。其中观察组年龄在 57~71 岁, 平均为 (63.41

[收稿日期] 2021-04-27

[作者简介] 邱志勇, 男, 副主任医师, 主要研究方向是泌尿系结石、肿瘤、前列腺疾病。

± 5.19) 岁; 病程 1 ~ 15 年, 平均为 (6.96 ± 1.29) 年。对照组年龄在 56 ~ 73 岁, 平均为 (62.94 ± 5.27) 岁; 病程 1 ~ 16 年, 平均为 (6.08 ± 1.33) 年。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。

纳入标准: (1) 经临床检查符合 BPH 诊断标准<sup>[2]</sup>; (2) 具有尿频、进行性排尿困难等临床表现; (3) 患者知情同意本研究; (4) 有明确手术适应证。排除标准:

(1) 患有肾、肝等其他器官功能障碍疾病; (2) 与患者沟通存有障碍<sup>[3]</sup>。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 给予等离子剝除术治疗, 操作如下: 选用 Olympus 系统, 使用 0.9% 氯化钠注射液进行冲洗, 高度为 60 cm 左右, 功率设置为 280 W, 电凝功率设置为 80 W; 给予患者采取全麻麻醉, 电切镜外鞘 F26.5, 先于精阜近端将前列腺尿道黏膜切开, 使用电切镜外鞘稍作剥离, 即可见前列腺包膜。使用电切镜鞘沿包膜分离, 将前列腺中叶剥离至膀胱颈, 使用电切镜快速清除腺体; 于 12 点处切出一条纵行标志沟达至包膜, 将前列腺进行分割, 分为两叶, 使用电切镜鞘沿外科包膜左侧顺时针、右侧逆时针于前列腺尖端剥离组织, 直至膀胱颈口, 使用电切环将纤维肌肉束切断, 如出现出血, 直接采用电凝止血。手术结束后使用冲洗器将切下的前列腺组织冲洗出来送至病理, 留置 F22 三腔气囊导尿管以及 0.9% 氯化钠注射液持续冲洗膀胱。

1.2.2 观察组 实施前列腺钬激光剝除术, 具体如下: 选用美国 Coherent 公司钬激光机, 选用硬膜外或全麻麻醉, 将 F26 持续灌注内窥镜置入尿道, 插入光纤, 使用 0.9% 氯化钠注射液进行冲洗; 对患者前列腺情况进行观察, 确定精阜至膀胱颈口长度, 设定钬激光功率 90 ~ 100 W (2 ~ 2.5 J, 40 ~ 50 Hz), 选用“三点法”将前列腺剝除, 首先于 5、7、12 点处自膀胱颈口向精阜方向内侧切开前列腺组织, 深至外科包膜处, 做一标志, 使用激光自精阜 5、7 点近侧之间切开前列腺深处, 使用镜鞘边将腺体中叶推向膀胱内侧, 切开底部相连纤维组织, 直至膀胱颈口, 将中叶切开; 使用相同的方式在 5 点、7 点方向分别剝除左右两侧叶腺体, 将膀胱腔内前列腺组织使用组织粉碎器绞碎, 抽吸出来送至病理检查, 留置 F22 三腔气囊导管使用 0.9% 氯化钠注射液持续冲洗膀胱。

### 1.3 观察指标

对手术各指标进行分析, 比较两组剝除前列腺组织重量、手术总时间、术中失血量以及住院总时间。使用国际前列腺症状评分表 (international prostate symptom scale, IPSS) 对两组患者前列腺增生症状的严重程度进行评分, 该表总评分范围是 0 ~ 35 分, 分值越高症状越严重<sup>[4]</sup>。使用生活质量评分表 (quality of life scale, QOL) 评估两组患者生活质量, 通过观察患者精神、疲乏、疼痛、睡眠、食欲等 12 个因素对患者进行评分, 各项目评分分为 5 个等级, 总分为 60 分,

分值越高生活质量越佳<sup>[5]</sup>。对两组并发症发生率进行比较, 常见并发症有排尿困难、感染、尿道狭窄以及尿失禁。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 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  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者手术各指标比较

观察组患者剝除前列腺组织重量、术中失血量以及住院总时间均少于对照组, 手术总时间长于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者手术各指标比较 ( $n = 150, \bar{x} \pm s$ )

组别	剝除重量 /g	手术总时间 /min	术中失血量 /mL	住院总时间 /d
对照组	31.26 ± 10.52	61.16 ± 18.25	87.16 ± 21.50	7.74 ± 0.79
观察组	53.69 ± 15.87 <sup>a</sup>	76.52 ± 25.57 <sup>a</sup>	63.69 ± 14.58 <sup>a</sup>	5.01 ± 0.49 <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者治疗前后 IPSS、QOL 评分比较

治疗前, 两组患者 IPSS、QOL 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 IPSS 评分均明显降低, QOL 评分均升高, 且观察组 IPSS 评分低于对照组, QOL 评分高于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 IPSS、QOL 评分比较 ( $n = 150, \bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	IPSS 评分	QOL 评分
对照组	治疗前	22.10 ± 5.01	35.62 ± 8.09
	治疗后	13.69 ± 2.19 <sup>b</sup>	40.12 ± 5.36 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	21.54 ± 4.97	36.02 ± 8.10
	治疗后	6.48 ± 0.45 <sup>bc</sup>	52.31 ± 6.77 <sup>bc</sup>

与同组治疗前比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$   
注: IPSS — 国际前列腺症状评分表; QOL — 生活质量评分表

### 2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率为 2.00%, 低于对照组的 12.00%, 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 ( $n = 150$ , 例)

组别	排尿困难	感染	尿道狭窄	尿失禁	发生率 /%
对照组	5	7	4	2	12.00
观察组	0	2	1	0	2.00 <sup>d</sup>

与对照组比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

BPH 是临床常见疾病, 主要发病人群为中老年男性, 随着我国人口老龄化逐渐增加, 该病发病率也随之上升。针对 BPH 临床有 2 种治疗方式, 药物保守治疗虽有一定疗效, 但仅能缓解临床症状, 无法从根本上阻止前列腺腺体增生, 因此采取外科手术剝除增生的腺体是近年来最合理、有效的治疗方式。经尿道前列腺电切术是治疗 BPH 的金标准, 但

治疗期间存有多种不足之处，预后效果差，对患者生活质量会造成一定影响<sup>[6]</sup>。

徐萧龙等<sup>[7]</sup>研究表明等离子剝除术是经过前列腺电切术技术基础上发展而来，与传统手术相比，具有手术时间短、出血量少等优点，可以更加完全切除前列腺。且对于等离子剝除术技术要求较高，要求术者具有良好的前列腺电切基础，手术过程中，应采用 ELLIC 冲洗器来吸出切除的前列腺组织，这个过程中对膀胱内压力会产生较大影响，以此引发一些前列腺窝腔内的血管出血，相较于使用前列腺激光剝除术治疗，预后效果较差。前列腺激光剝除术适用于各种大小的前列腺手术，该手术方式是依据光束将前列腺腺体以及外科包膜间隙切割，主要采取锐性分离，切割中结合使用了组织凝固以及止血，可显著减少出血量<sup>[8]</sup>。本研究结果显示，观察组切除前列腺组织重量、术中失血量以及住院总时间均少于对照组，手术总时间长于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；治疗后，观察组 IPSS 评分低于对照组，QOL 评分高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；相较于对照组，观察组并发症发生率较低 ( $P < 0.05$ )。由此得出，相较于等离子剝除术，前列腺激光剝除术可更完全地清除前列腺组织，且术中失血量少，虽手术时间相对较长，但术后并发症较少，具有一定的安全性，可显著改善预后，提升生活质量。

综上所述，两种手术方式治疗 BPH 患者均有一定疗效，

但给予前列腺激光剝除术疗效更佳，并发症少，可适当放宽高龄、高危患者手术指征。

[参考文献]

- (1) 潘杰, 梁健峰, 陈举峰, 等. 经尿道前列腺激光剝除术与经尿道前列腺双极等离子剝除术治疗良性前列腺增生的近期疗效比较 (J). 中国临床新医学, 2019, 12(2): 158-161.
- (2) 陈国晓, 李政含, 张祥生, 等. 经尿道激光剝除术与等离子前列腺剝除术的比较 (J). 中国微创外科杂志, 2017, 17(9): 803-807.
- (3) 王建文, 张孟冬, 平浩, 等. 前列腺等离子剝除术和激光剝除术治疗良性前列腺增生疗效分析 (J). 中华男科学杂志, 2018, 24(12): 1084-1088.
- (4) 杨学刚, 郭勇. 经尿道前列腺激光剝除术与经尿道前列腺等离子电切术治疗前列腺增生的效果对比 (J). 当代医药论丛, 2019, 17(15): 76-78.
- (5) 王康扬. 用两种不同的手术方法治疗良性前列腺增生的疗效对比 (J). 当代医药论丛, 2018, 16(11): 162-163.
- (6) 刘宴伸. 经尿道等离子剝除术治疗良性前列腺增生合并结石的临床效果 (J). 世界临床医学, 2019, 13(4): 30.
- (7) 徐萧龙, 丁宏毅, 姜书传, 等. 激光剝除术与前列腺电切术及等离子电切术的疗效对比 (J). 国际泌尿系统杂志, 2019, 39(5): 829-833.
- (8) 易明, 董自强, 侯毅, 等. HoLEP、PKRP 治疗良性前列腺增生症临床效果比较 (J). 山东医药, 2017, 57(31): 79-81.

(文章编号) 1007-0893(2021)13-0141-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.067

## 中长链丙泊酚联合盐酸戊乙奎醚对 无痛人流麻醉效果观察

曾凡辉 张玉花

(广州市从化区妇幼保健院, 广东 广州 510900)

[摘要] **目的:** 探讨在无痛人流中应用中长链丙泊酚联合盐酸戊乙奎醚的麻醉效果。**方法:** 选取广州市从化区妇幼保健院 2018 年 9 月至 2019 年 9 月收治的 74 例无痛人流孕妇，数字奇偶法分为对照组和观察组，各 37 例。对照组采用中长链丙泊酚麻醉方法配合实施无痛人流术；观察组采用中长链丙泊酚联合盐酸戊乙奎醚麻醉方法配合实施无痛人流术；比较两组孕妇的口腔分泌量、平均呼吸暂停时长、宫颈口松弛发生率、呛咳反应发生率、心率水平、苏醒时长以及麻醉起效时长。**结果:** 观察组孕妇口腔分泌量明显少于对照组，平均呼吸暂停时长明显短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；观察组孕妇宫颈口松弛发生率高于对照组，呛咳反应发生率均明显低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；麻醉前，观察组孕妇心率水平同对照组比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )；麻醉后，观察组孕妇心率水平明显高于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )；观察组孕妇苏醒时长以及麻醉起效时长均明显短于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中长链丙泊酚联合盐酸戊乙奎醚药物的应用，可使得无痛人流孕妇口腔分泌量

[收稿日期] 2021-04-11

[作者简介] 曾凡辉, 男, 副主任医师, 主要研究方向是临床麻醉。