

· 论著 ·

经尿道等离子前列腺剜除治疗前列腺增生的效果观察

漯河医学高等专科学校第二附属医院泌尿外科 (河南 漯河 462300)

王冠峰 李海洪 杨晓燕 程璐 张雯

【摘要】目的 观察经尿道等离子前列腺剜除(PKEP)治疗前列腺增生(BPH)的效果。**方法** 选择2017年1月至2018年12月我院收治的78例BPH患者,按照随机数字表法分为两组,各39例,一组给予PKEP治疗(PKEP组),一组给予经尿道前列腺电切(TURP)治疗(TURP组),比较两组围术期指标,手术并发症及术后3个月最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(PVR)、国际前列腺症状评分(IPSS)。**结果** PKEP组手术时间、术中出血量、膀胱冲洗时间、血红蛋白下降水平、留置导尿管时间均少于TURP组($P < 0.05$),并发症总发生率低于TURP组($P < 0.05$),术后3个月Q_{max}大于TURP组($P < 0.05$),PVR和IPSS评分与TURP组均无显著差异($P > 0.05$)。**结论** PKEP治疗BPH效果较好,有术中出血少,术后恢复快,安全性高等优点。

【关键词】 经尿道等离子前列腺剜除; 前列腺增生; 经尿道前列腺电切; 效果

【中图分类号】 R697+.3

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2020.03.022

Effects of Plasma Kinetic Enucleation of the Prostate on Benign Prostatic Hyperplasia

WANG Guan-feng, LI Hai-hong, YANG Xiao-yan, et al., Department of Urinary Surgery, The Second Affiliated Hospital of Luohe Medical College, Luohe 462300, Henan Province, China

[Abstract] **Objective** To observe the effects of plasma kinetic enucleation of the prostate (PKEP) on benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** 78 BPH patients admitted to our hospital from January 2017 to December 2018 were selected for the study and were divided into two groups according to the random number table method, with 39 cases in each group. One group was given PKEP (PKEP group), and another group was given transurethral resection of prostate (TURP) (TURP group). The perioperative indicators, surgical complications and maximum urinary flow rate (Q_{max}), post-void residual volume (PVR) and international prostate symptom score (IPSS) at 3 months after operation were compared between the two groups. **Results** The operative time, intraoperative blood loss, bladder irrigation time, hemoglobin decrease and indwelling catheter time in PKEP group were all lower than those in TURP group ($P < 0.05$), and the total incidence rate of complications was lower than that in TURP group ($P < 0.05$), and the Q_{max} at 3 months after operation was higher than that in TURP group ($P < 0.05$), and there were no significant differences in the PVR and IPSS score compared with those in TURP group ($P > 0.05$). **Conclusion** PKEP has good effects in the treatment of BPH, and it has little intraoperative bleeding, fast postoperative recovery and high safety.

[Key words] Plasma Kinetic Enucleation of the Prostate; Benign Prostatic Hyperplasia; Transurethral Resection of Prostate; Effects

前列腺增生(BPH)主要患病群体为老年男性,且人口老龄化发展使得BPH发病率呈上升趋势^[1]。BPH患者早期无典型症状,随着病情发展,下尿路梗阻加重,尿频、尿急、尿失禁、排尿困难等临床症状也逐渐明显,部分患者还伴有尿路感染、肾功能损害等严重并发症,身心健康均受到重大损害^[2-3]。经尿道等离子前列腺剜除(PKEP)是目前治疗BPH的重要术式之一,本次研究以经尿道前列腺电切(TURP)为对照,探讨PKEP在BPH中的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2014年1月至2018年1月我院泌尿外科收治的78例BPH患者作为研究对象,患者经肛门指检、直肠超声检查及尿动力学检查确诊为BPH,且对本研究知情同意。排除合并恶性肿瘤、尿道狭窄、肾实质不全、脑部损伤、神经源性膀胱、凝血功能障碍及精神系统疾病者。按照随机数字表法将78例患者分为2组,一组给予PKEP治疗(PKEP组),一组给予TURP治疗(TURP组),PKEP组年龄60~84(72.15±5.39)岁,前列腺体积65~103(83.92±8.76)mL,最大尿流率(Q_{max})

作者简介:王冠峰,男,主治医师,本科,主要研究方向:泌尿外科疾病

通讯作者:王冠峰

(7.18±2.04)mL/s, 残余尿量(PVR)(115.84±37.92)mL, 国际前列腺症状评分(IPSS)(25.92±3.43)分。TURP组年龄60~85(72.44±5.80)岁, 前列腺体积67~106(84.51±8.52)mL, Qmax(7.46±2.13)mL/s, PVR(113.97±37.51)mL, IPSS(26.35±3.33)分。两组一般资料比较无统计学意义(P>0.05), 具有可比性。

1.2 方法 PKEP组: 患者腰-硬联合麻醉后取截石位, 经尿道置入德国Wolf电切镜, 观察精阜、输尿管口和膀胱颈部等解剖标志, 探查膀胱及前列腺情况, 在精阜近端5~7点处切近端尿道黏膜, 推切方式确定增生腺体和外科包膜间隙位置, 并顺着外科包膜以电切镜鞘分离前列腺中叶, 切除中叶, 相同方法剥离增生的左右叶, 不完全剥离靠近膀胱颈部4点、8点处前列腺组织, 在12点位置处切开前列腺, 切除其左右叶增生组织, 修整前列腺尖部腺体。TURP组: 患者腰-硬联合麻醉后取截石位, 经尿道置入电切镜, 观察膀胱及前列腺情况, 于膀胱颈部5点和7点位置与精阜上缘进行电切标志, 先切除前列腺中叶, 再依次切除前列腺右侧叶、左侧叶以及12点位置处前列腺组织, 修整前列腺尖部腺体。

1.3 观察指标 记录两组围术期指标, 手术并发症及术后3个月Qmax、PVRU、IPSS。

1.4 统计学分析 数据采用SPSS20.0软件分析, 计数资料使用百分率(%)表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料使用($\bar{x} \pm s$)表示, 采用t检验; 以P<0.05为差异显著。

2 结果

2.1 两组围术期指标比较 PKEP组手术时间、术中出血量、膀胱冲洗时间、血红蛋白下降水平、留置尿管时间均少于TURP组(P<0.05), 见表1。

2.2 两组手术并发症比较 PKEP组并发症总发生率低于TURP组(P<0.05), 见表2。

2.3 两组术后3个月Qmax、PVR和IPSS评分比较 PKEP组术后3个月Qmax大于TURP组(P<0.05), PVR和IPSS评分与TURP组均无显著差异(P>0.05), 见表3。

3 讨论

BPH是老年男性常见泌尿外科疾病, 会影响患者正常排尿。该病发病率与年龄呈正相关^[4], 病情也呈进行性加重, 长期不解除BPH造成的梗阻会使输尿管、肾脏发生病理性改变, 严重影响患者身体健康。目前临床治疗BPH包括药物和手术治疗, 前者主要针

表1 两组围术期指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(mL)	膀胱冲洗时间(d)	血红蛋白下降水平(g/L)	留置尿管时间(d)
PKEP组	39	99.84±17.50	105.47±22.95	3.06±0.84	7.12±2.06	4.25±0.85
TURP组	39	138.52±23.69	132.66±29.31	4.32±0.95	10.87±2.94	5.06±0.97
t		8.201	4.561	6.205	6.524	3.922
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组手术并发症比较[n(%)]

组别	例数	感染	再出血	暂时性尿失禁	膀胱挛缩	尿道狭窄	总发生
PKEP组	39	1	0	5	1	0	7(17.95)
TURP组	39	4	3	2	3	3	15(38.46)
χ^2							4.052
P							0.044

表3 两组术后3个月Qmax、PVR和IPSS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Qmax(mL/s)	PVR(mL)	IPSS(分)
PKEP组	39	25.25±2.81	3.73±0.94	6.54±1.28
TURP组	39	21.08±2.44	4.11±1.15	7.06±1.40
t		6.998	1.598	1.712
P		0.000	0.114	0.091

对病情程度较轻的患者, 对于BPH增大而出现中重度下尿路症状的患者, 药物治疗难以取得可观效果, 需通过外科手术予以治疗^[5]。

TURP是以往治疗BPH常用的术式, 对机体损伤小, 为现代泌尿外科治疗BPH的“金标准”, 但该术式也有缺陷, 较为常见的是凝血功能不佳, 容易引起术中或术后大出血, 甚至还需给予输血治疗, 此外还对时间有限制, 要求尽量控制在90min以内, 否

则易发生电切综合征^[6-7]。PKEP是在TURP基础上发展起来的用于治疗BPH的重要技术,具有TURP优点,同时集合了开放手术优势,突破了TURP的限制,可防止电切综合征发生,而术中顺着外科包膜剥离前列腺增生组织可以基本达到除去增生腺体效果,对减轻下尿路梗阻症状具有较好效果^[8]。本次研究结果显示,PKEP组手术时间、术中出血量、膀胱冲洗时间、血红蛋白下降水平、留置导尿管时间均少于TURP组,表明PKEP更能够减轻患者术中出血,有益于其术后早期恢复。对比两组并发症,发现PKEP组并发症总发生率低于TURP组,提示PKEP治疗安全性更高。这可能是因为PKEP相较于TURP更能够缩短手术时间,并且该术式在包膜层止血,能够游离增生腺体,并切断其血功能,防止再出血,且不会引起组织水肿。本次结果还显示,PKEP组术后3个月Q_{max}大于TURP组,PVR和IPSS评分与TURP组均无显著差异,究其原因,可能是在相同条件下,PKEP能切除更多的增生前列腺组织。

综上所述,采用PKEP治疗BPH患者,可有效缩短手术时间,减少术中出血和术后并发症发生,促进患者术后早期恢复,安全性高,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 马秀芬, 韩清玲, 李鑫, 等. 经尿道前列腺电切术对老年前列腺增生患者生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(8):2283-2284.
- [2] 何斌, 唐庆生, 倪浩东, 等. 经尿道等离子前列腺电切结合部分剜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):86-87.
- [3] 邓哲宪, 计玲晓, 张奕荣, 等. 宁泌泰胶囊缓解良性前列腺增生下尿路症状的短期临床对照观察[J]. 中华男科学杂志, 2018, 24(1):72-77.
- [4] 王博, 胡兵. 高强度聚焦超声治疗良性前列腺增生现状及进展[J]. 海南医学, 2016, 27(22):3723-3725.
- [5] 梁嘉宇, 卢一平. 前列腺段尿道悬吊术——BPH微创治疗新方法[J]. 中华男科学杂志, 2016, 22(8):735-740.
- [6] 张建, 阿卜力孜·阿塔伍拉, 成文杰, 等. 经尿道等离子前列腺剜除术与经尿道前列腺电切术治疗重度良性前列腺增生症的疗效及安全性比较[J]. 中国男科学杂志, 2015, 29(7):37-40.
- [7] 林升汉, 黄卫, 孙占玉, 等. 经尿道等离子前列腺剜除术和电切术治疗前列腺增生的疗效差异分析[J]. 中国性科学, 2017, 26(3):15-18.
- [8] 刘宏伟, 左玲, 柳建军, 等. 经尿道等离子前列腺剜除术与电切术治疗大体积前列腺增生疗效比较[J]. 中国男科学杂志, 2015, 29(11):45-48.