

• 临床研究 •

经尿道等离子双极电切术治疗良性前列腺增生的应用效果及并发症发生率评价

王先义

永州市第四人民医院泌尿外科 湖南永州 425000

摘要：目的 探讨经尿道等离子双极电切术治疗良性前列腺增生的应用效果及并发症的发生率。**方法** 选取 2016 年 1 月—2017 年 12 月的良性前列腺增生的患者 78 例作为研究对象，采用随机分组的形式对其进行分组，平均分为两组，每组各 39 例患者，分别为实验组与对照组。对实验组患者采用经尿道等离子双极电切术进行治疗，对对照组患者采用经尿道前列腺电切术进行治疗，对两组患者的治疗效果及并发症发生情况进行对比分析。**结果** 实验组患者治疗效果显著优于对照组，且实验组患者并发症发生率显著低于对照组，差异明显，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论** 采用经尿道等离子双极电切术对患者进行治疗，能够缓解患者的临床症状，提升治疗的有效性，减少患者并发症发生情况，具有显著的治疗意义。

主题词：经尿道等离子双极电切；良性前列腺增生；经尿道前列腺电切术

中图分类号：R699

文献标识码：A

文章编号：1009-6647 (2018) 07-053-02

良性的前列腺增生属于慢性疾病的一种，其临床表现为排尿困难，病症在老年群体中发病几率比较大，其患病原因主要是因为患者上皮组织与自身的间质细胞增殖和细胞死亡之间缺少平衡性，或者由于炎性细胞侵扰、雄性激素与雌性激素之间的作用等多种原因形成的，采取必要的手段对患者进行治疗是十分重要的，下文就经尿道等离子双极电切术的治疗效果展开论述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月—2017 年 12 月的良性前列腺增生的患者 78 例作为研究对象，采用随机分组的形式对其进行分组，平均分为两组，每组各 39 例患者，在实验组患者中，年龄 46—82 岁，平均（71.62±4.83）岁，患病时间 2—11 年，平均患病时长为（4.39±1.87）年；对照组患者中年龄 43—85 岁，平均（72.31±5.08）岁，患病时间 1—12 年，平均患病时长为（4.19±2.07）年。经比较，两组患者在基线资料上无显著区别，具有可比性。

1.2 手术方法

对对照组患者插入电切镜后采用经尿道前列腺电切术进行治疗，首先对患者进行硬膜外麻醉，进而将电切镜置入患者体内，并采用浓度为 5% 的甘露醇对患者进行低压灌洗，在影像学下对患者的膀胱内部情况、输尿管开口情况、前列腺增生的位置及状态、尿道长度、括约肌及精阜情况进行把握，进而采用电凝技术从患者精阜位置进行电凝，对患者膀胱颈部的 5 点—7 点位置处开始进行电切，电切长度应以切至患者精阜位置为宜，切口深度应以切至患者的前列腺包膜位置为宜，深度能够在患者体内形成标志沟，最后沿标志沟对患者

前列腺增生的左右两叶进行切除，切除完成后对患者进行止血处理。观察组患者采用经尿道等离子双极电切术进行治疗，手术过程中采用双极等离子电刀系统对患者进行治疗，采用等渗盐水对患者进行灌洗，切割方式同对照组，都需要对患者的膀胱、输尿管等重要组织进行观察，切割过程中应首先选定切割的终点，切割应遵循浅层切割的原则，且需要注意在切割过程中不能对患者的括约肌和精阜造成损伤，切割完成后需要对两组患者的切割创面均进行止血处理。

1.3 观察指标

对两组患者的治疗效果进行观察，主要包括患者手术过程中的失血量、手术时长进行记录。对两组患者并发症发生情况进行观察记录，主要包括排尿困难、电切综合征、尿道狭窄、膀胱痉挛、性功能障碍。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 统计学分析软件对患者的治疗效果及并发症数据进行分析，计量资料采用 t 进行检验，计数资料采用卡方进行检验。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

实验组患者术中出血量（102.12±11.56）ml，手术时长（60.11±3.25）min 均低于对照组（182.45±21.44）ml、（71.31±6.89）min，失血量比较 $t=20.595$ ， $P=0.000$ ；手术时长比较 $t=9.181$ ， $P=0.000$ ，差异明显，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2.2 两组患者并发症情况

实验组患者并发症发生率显著低于对照组，差异明显，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组患者并发症比较（n，%）

组别	n	排尿困难	电切综合征	尿道狭窄	膀胱痉挛	性功能障碍	总发生率
实验组	39	1	0	1	0	0	2 (5.13%)
对照组	39	4	3	1	2	2	12 (30.77%)
χ^2							8.705
P							0.003

3 讨论

随着患者年龄的加大，患者前列腺增生的症状会越来越明显，日常生活中经常会出现尿频、尿急和尿失禁等症状，在夜间患者排尿的次数也会随之增多，大部分患者还会出现排

尿困难的状况，也给患者正常生活造成严重影响。临床领域经常采用药物治疗或者手术治疗方式对患者进行治疗，随着医学技术水平的提升，采用经尿道等离子双极电切术对患

（下转第 58 页）

时间长等不足,导致其在临床上的广泛应用受到限制^[4]。

腹腔镜手术作为一种微创手术,具有多种优势,如创伤性小、疼痛程度轻以及术后恢复时间短等。腹腔镜手术在对患者手术指征充分掌握下,对胆结石的治疗具有较强的安全性与可行性,可使患者的临床症状显著改善,促使患者快速恢复^[5]。

本研究结果显示:腹腔镜组患者手术时间、术中出血量、切口长度以及肠鸣音恢复时间、并发症发生率均优于开腹组,说明腹腔镜手术治疗效果高于开腹手术。

总而言之,与开腹手术相比,腹腔镜手术对胆结石的治疗效果较高,并发症发生率更低。

参考文献

[1] 马云涛,田宏伟,王芳,等.腹腔镜联合胆道镜与传

统开腹手术比较治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床研究[J].甘肃医药,2016,35(6):426-428.

[2] 徐峰.腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床比较[J].医药前沿,2016,6(34):66-67.

[3] 游勤建,袁发秀,宋平.腹腔镜联合胆道镜与传统开腹手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的疗效对比[J].河北医学,2016,22(5):721-724.

[4] 赵俊立,马伟琳,宋媛媛.腹腔镜胆囊切除术与开腹手术治疗胆结石的临床效果对比分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(11):2111-2112.

[5] 杨贵江,胡晓芳.对比分析腹腔镜胆囊切除术与传统开腹切除术治疗胆结石的临床效果[J].中国卫生标准管理,2016,7(11):75-76.

(上接第 53 页)

者进行治疗取得了显著的效果,不仅创伤小,有利于患者术后恢复,且能够对患者增生部位进行汽化切除^[3]。

研究表明,实验组患者术中出血量(102.12 ± 11.56) ml 及手术时长(60.11 ± 3.25) min 显著低于对照组,实验组患者并发症发生率 5.13% 显著低于对照组 30.77%,差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$)。可见,采用经尿道等离子双极电切治疗这一病症治疗效果显著。

综上所述,经尿道等离子双极电切治疗良性前列腺增生的应用效果显著,能够降低并发症发生率。值得在临床中推广应用。

(上接第 55 页)

治疗组仅仅依靠盆腔侧枝循环回流的患者,常伴有下肢静脉高压的情况,其 PTS 发生率、血栓复发率随之升高,而支架置入的患者可以明显缓解静脉高压,主要通过维持长期髂静脉通畅从而降低 PTS 发生率和血栓复发率。

综上所述,足背静脉溶栓、深静脉置管接触式溶栓、全身抗凝等方法综合治疗后能有效治疗急性下肢 DVT,髂静脉支架置入组患者治疗效果明显,通畅率良好,同时能有效减低 PTS 的发生率和血栓复发率,建议在临床上推广应用。

参考文献

[1] Comerota AJ, Kamath V. Thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2013, 11(12):

1631-1638.

[2] 李晓强,段鹏飞,钱爱民,等.介入联合手术治疗急性下肢深静脉血栓形成[J].中华普通外科杂志,2006,21(9):660-661.

[3] 段鹏飞,肖璋生,李晓强.导管溶栓联合髂静脉介入治疗急性下肢深静脉血栓形成[J].中华普通外科杂志,2012,27(3):193-196.

[4] 张玉超,李维敏,黄英,等.腔内介入治疗髂静脉受压综合征[J].中国血管外科杂志:电子版,2013,5(1):35-37,50.

[5] 薛冠华,黄晓钟,梁卫,等.髂静脉受压综合征的支架治疗[J].中国血管外科杂志:电子版,2014,6(1):19-22.

(上接第 56 页)

缝合,关闭残端。将残端予以包埋。如盲肠壁水肿严重,残端可以不包埋,可将周围大网膜或脂肪组织拉拢覆盖^[6]。术中不需使用钛夹及可吸收夹,全部用“慕丝”编织丝线结扎,丝线性质稳定,无致热源,安全可靠,且丝线结扎不受阑尾根部水肿、粗细所限,无术后金属异物长期残留体内的顾虑。

3.2 腹腔内脓液的处理及放置引流管

先吸净脓液,阑尾处理完毕后可用生理盐水和甲硝唑溶液彻底冲洗,右侧结肠旁沟及盆腔底处理干净。本组全部放置腹腔引流管,均从右下腹穿刺孔引出。术后清醒半卧位,6~12h 下床活动,能有效防止发生腹腔脓肿形成及肠粘连的发生。腹腔镜阑尾切除术需要镜下显露阑尾,要求术者不仅有缝合结扎的熟练技术,更要有较强的责任心和足够的耐心。随着腹腔镜技术的普及及器械不断的完善,急性坏疽性穿孔

性阑尾炎将成为腹腔镜手术的适应证。

参考文献

[1] 宁宁,马冰,彭勃,等.腹腔镜技术在上消化道穿孔中的应用.腹腔镜外科杂志,2014,19(7):537-540.

[2] 车军.腹腔镜与开腹手术治疗急性阑尾炎的临床对比分析.腹腔镜外科杂志,2014,19(2):138-140.

[3] 徐刚潮,郑周红,陈勇平.复杂性阑尾炎的腹腔镜手术经验与体会(附 220 例报告).腹腔镜外科杂志,2014,19(2):141-143.

[4] 张震波,主编.实用腔镜外科技术理论与实践.西安:陕西科学技术出版社,2011.69-81.

[5] 张永康,王玉珍,杜明国,等.腹腔镜阑尾切除术阑尾残端荷包包埋与 Hemo-lok 的比较.中国微创外科杂志,2014,14(6):512-515.