

• 临床研究 •

手术治疗良性前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎的效果研究

高 民

南县中医医院 湖南益阳 413200

摘要：目的 探讨手术治疗良性前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎的临床效果。**方法** 选取我院 2016 年 2 月至 2017 年 2 月前列腺患者 50 例为研究对象，而这 50 例患者均采用尿道前列腺电切术进行治疗，治疗结束后对以上患者进行疗效评估，同时与术前的患者情况进行对比。**结果** 所有电切术均实施成功，没有并发症发生。手术之后对所有患者进行检查，结果显示以上的患者均为前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎。平均手术时间大致在 (63.48 ± 3.29) min，患者在手术之后其 I-PSS 评分以及 NIH-CPSI 评分得到明显的下降，患者的尿流率得到明显的提高， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。而在这 50 例患者当中，有 8 例患者出现了尿滞留，但这 8 例患者经过处理治疗之后均痊愈。**结论** 针对良性前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎的患者采取电切术治疗能够有效的消除前列腺症状，同时具有一定的安全性能。

关键词：良性前列腺增生；非炎症性慢性前列腺炎；手术

中图分类号：R699.8

文献标识码：A

文章编号：1009-6647 (2018) 07-061-02

前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎属于临床最为常见的一种病症。据资料显示^[1]，患有慢性前列腺炎不单单只是局限于青年人，更多的则出现于老年患者。而近几年我国经济的不断发展，使得当前我国人民生活水平逐渐提高，从而导致人们的生活发生了翻天覆地的变化，患有前列腺增生发病率的每年呈上升的趋，而患者患有慢性前列腺炎严重的使得患者的膀胱颈梗阻，更严重的则会导致患者的肾脏出现障碍，从而威胁到患者的生命健康。而本次研究将选取我院 2016 年 2 月至 2017 年 2 月前列腺患者 50 例采取电切术手术治疗，其治疗效果甚佳，现将报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2016 年 2 月至 2017 年 2 月前列腺患者 50 例为研究对象，其患者的年龄大致在 58-78 岁，平均年龄为 (65.38 ± 2.33) 岁。在这 50 例患者中，患有合并前列腺结石的患者达到 18 例，而这 18 例患因患有前列腺结石从而导致出现下尿路的症状发生，更有甚者则出现尿路梗阻的症状。以上患者对本次研究都知情同意，并签署知情同意书。

1.2 方法

所有的患者在入院之后进行确诊，医师根据患者的实际情况制定治疗方案，在围手术期后均给予患者进行特拉唑嗪药物治疗，一天一次，一次 4mg。在患者进行手术的过程中先进行麻醉，麻醉均为腰麻，从而采取截石位的方式进行，而手术方法则采取电切术。在手术的过程中，其医师则根据合并有前列腺结石的实际情况进行清除结石^[2]。在手术之后则进行插导尿管，根据患者的实际情况拔去尿管。在患者手术之后，则对患者进行组织学检查，对手术后患者的情况进行评估，将手术后的患者与手术前的患者实际情况进行对比。

1.3 统计学分析

采用 SPSS13.0 统计学软件，采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料及计数资料，行 t 检验 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，表示差异具有显著性。

2 结果

所有的患者均手术实施成功，且平均手术时间大致在 (63.48 ± 3.29) min，患者在手术之后其 I-PSS 评分以及 NIH-CPSI 评分得到明显的下降，其患者的尿流率得到明显的提高， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。有 8 例患者在术后出现了尿滞留症状，经过适当的治疗方式之后则痊愈，无任何的病症出现。具体数据详见表 1

表 1：对比两组患者手术前后的相关指标

时间	例数	I-PSS (分)	NIH-CPSI (分)	最大尿流率 (ml/s)
手术前	50	20.38 $\pm$ 7.34	17.37 $\pm$ 5.34	15.39 $\pm$ 4.38
手术后	50	11.28 $\pm$ 2.38	11.84 $\pm$ 3.92	20.37 $\pm$ 6.93

注： $P < 0.05$

3 讨论

据相关资料表明^[3]，良性前列腺增生以及前列腺炎合并并不单单局限于青年人，更多的发生于老年人身上。追究其主要原因，在老年人前列腺增生的发生率异常之高，其主要原因在于老年人的年龄相对比较大，从而使得免疫力大大降低。加上老年人因前列腺增生导致尿路不通畅，从而发生尿路感染的现象。这大大的影响到了前列腺。据相关资料显示^[4]，前列腺中的慢性炎症情况相对比较普遍，并且与当前前列腺增生的相关性较前列腺癌，在诊断前列腺增生症状时，往往容易忽略了前列腺增生合并前列腺炎的诊断。前列腺增生以及前列腺增生合并前列腺两种疾病相互诱导。在这几年我国发展当中，患有前列腺增生以及前列腺炎每年得到增加，对此，对于患有前列腺增生以及前列腺炎的患者通常在临床中往往采取电切术的手术方式将结石彻底的清除。

有资料显示^[5]，前列腺增生有将近一半的患者有前列腺增生的过去病史，但在诊断时会忽略前列腺增生合并前列腺炎，而本文采取的电切术能够成功实施，其手术时间平均为 (63.48 ± 3.29) min，患者的 I-PSS 评分以及 NIH-CPSI 评分得到明显的下降，且尿流率大大上升，这个数据结果表明了手术对于合并前列腺增生的非炎症性慢性前列腺炎患者有极佳的治疗效果，同时还能将结石彻底的清除，其术后则可采取药物治疗。针对以上结果，结果表明当前的前列腺增生有非炎症性慢性前列腺炎和并发的患者要及时积极的采取治疗，其主要目的在于能够避免前列腺增生从而导致尿路梗阻，从而加大感染的风险。除此之外，在临床当中，若患者出现了炎症，则会产生一系列不良反应，会导致患者出现水肿以及充血的现象，能够使得患者的尿路出现了感染的作用，从而反复循环，不利于患者的健康。一旦患者就诊的不及时或是诊疗却错，会导致患者的增生，从而对尿路造成梗阻，使得梗阻感染风险不断加大。良性前列腺增生合并慢性前列腺炎同时发生时，会出现极大的感染率，使得当前的感染风险大大增加，从而引发严重的后果，对此需得重视当前诊断疾

(下转第 63 页)

都发挥了一定的治疗作用^[4]。尤其是经皮肾镜碎石或取石术,因为微创、术后康复快等优势,而在临床治疗肾结石患者中,得到了广泛应用。

王磊,徐学军,尹海军^[5]研究中对 90 例复杂性肾结石患者进行对照分析,比较开放性手术(对照组)与经皮肾镜碎石术(实验组)的治疗效果,报道指出,实验组手术时间(55.3 ± 11.2) min、术中失血量(61.2 ± 11.3) ml、术后下床时间(6.4 ± 2.3) d、住院时间(11.2 ± 2.1) d 均优于对照组(96.7 ± 16.5) min、(137.2 ± 20.2) ml、(15.6 ± 3.3) d、(18.6 ± 4.4) d,组间差异显著($p < 0.05$)。而在本文中,对照分析复杂性肾结石患者 96 例行经皮肾镜与开放手术治疗效果,实践证实,研究组手术时间(72.7 ± 15.5) min、手术切口长度(3.9 ± 0.4) cm、术中失血量(110.9 ± 6.6) ml、术后尿管撤除时间(2.9 ± 0.3) d、住院时间(5.9 ± 1.3) d 等观察指标均优于常规组(93.5 ± 21.2) min、(18.9 ± 1.4) cm、(171.5 ± 5.5) ml、(3.4 ± 1.1) d、(6.9 ± 0.6) d,组间差异显著($p < 0.05$)。除此之外,研究组术后感染率 4.17%、复发率 2.08% 也明显低于常规组 14.58%、12.50%,组间差异显著($p < 0.05$)。与国内学者奚晓龙,邴建勇,曹福华^[6]报道的观察组术后并发症 6.67% 少于对照组 16.00% 的研

究结果高度一致。

由此说明,复杂性肾结石患者予以经皮肾镜微创手术治疗效果更为突出,安全可靠,值得临床借鉴。

参考文献

- [1] 徐汉军,单勇.开放性手术与经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石的疗效分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(09):34-35.
- [2] 黄超,胡俊东.经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效体会[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(21):77.
- [3] 张龙金.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗中的对比[J].中外医学研究,2017,15(17):143-144.
- [4] 贾巍伟,张继仁,贾书雷.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗效果的对比研究[J].中国现代药物应用,2016,10(21):36-37.
- [5] 王磊,徐学军,尹海军,等.微创经皮肾镜钬激光碎石术与开放性肾切开取石术治疗复杂性肾结石临床疗效比较[J].中国内镜杂志,2014,20(01):72-75.
- [6] 奚晓龙,邴建勇,曹福华.经皮肾镜与开放性手术在复杂性肾结石治疗效果的对比研究[J].中国医药指南,2013,11(01):191-192.

(上接第 59 页)

果,因此我们需要采取保守治疗结合手术治疗的方法对患者进行治疗。手术导致患者出现的死亡率较高,在患者手术过程中应积极采取必要的医护干预手段,提高患者治疗效果。

本院对 58 例上消化道患者进行对阵治疗,治疗有效率为 100%。因此在对上消化道患者治疗应以患者病情和患者出血严重程度为基础,优先采取保守治疗方法对症治疗,对于难以通过保守方法治疗的患者采取手术方法治疗。

参考文献

- [1] 念陈,黄玉红.肝硬化合并上消化道出血的临床治疗进展[J].临床医学研究与实践,2017,2(03):196,198.
- [2] 吴涛.奥曲肽联合凝血酶治疗肝硬化合并上消化道出血的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(02):121-122.
- [3] 李海霞.分析肝硬化门静脉高压症并上消化道出血的治疗现状[J].中国现代药物应用,2015,9(07):262-263.

(上接第 60 页)

26-27.

[4] 张智辉.新生儿败血症的临床治疗[J].中国伤残医学,2015,23(9):133-134.

[5] 曹香叶.新生儿败血症并发化脓性脑膜炎临床分析[J].临床医学,2011,31(7):90-91.

(上接第 61 页)

病的价值。在临床中,一旦出现前列腺增生合并慢性前列腺炎时则应该先控制前列腺炎,之后再做手术,手术之后仍然需得治疗,为了防止疾病的再次发生,应当在手术前彻底的将结石清除,而这类操作,除使前列腺管道阻塞解除之外,且有利于当前患者病情的改善。

在本次研究当中,虽在手术当中采取电切术的治疗方式,但电切术治疗可能会出现并发症,患者有可能逆行射精的情况发生,采用电切术还能够对患者的性功能产生一定的影响,且术后的效果不确切,对此不应当采用电切术。在本次研究当中患者大多数有重度下尿路的症状,且有大量的结石,对此将结石清除之后则会有大量乳白色前列腺液而流出,那么则可以显示结石对当前的前列腺管道造成一定的阻塞,同时将结石清除则可有效的使得梗阻得到缓解,对此,在进行电

切术之前应当先处理结石。

参考文献

- [1] 尉庚昌.手术治疗良性前列腺增生合并非炎症性慢性前列腺炎的效果[J].医学理论与实践,2016,29(9):1189-1190.
- [2] 黄珍林.高迁移率组蛋白 1(HMGB1)参与良性前列腺增生合并慢性前列腺炎的发生[D].郑州大学,2017,8(3):89-90.
- [3] 张延兵.良性前列腺增生合并慢性前列腺炎的临床分析[J].医药前沿,2016,6(26):233-234.
- [4] 黄国山,李云最,张华旦,等.良性前列腺增生合并慢性前列腺炎患者的临床特点分析[J].中国临床新医学,2016,9(4):329-332.
- [5] 秦锁炳.非那雄胺治疗良性前列腺增生症伴慢性前列腺炎 140 例疗效观察[J].医药卫生:文摘版,2016,5(10):245.