

探讨高危前列腺增生合并较大膀胱结石的微创治疗效果

李晓明 阮殿省

鲁甸县人民医院 云南鲁甸 657100

〔摘要〕目的 探究了微创治疗高危前列腺增生合并较大膀胱结石的临床效果。方法 选取本院 2013 年 8 月-2017 年 8 月收治的 56 例高危前列腺增生合并较大膀胱结石患者, 并按照双盲法分为 2 组, 对照组患者实施等离子电切术联合开放取石术治疗, 观察组实施经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术治疗, 并对两组患者的治疗效果与并发症发生率进行对比。结果 在出血量、手术时间、拔管时间与住院时间方面的对比, 观察组少于对照组 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率 7.14%, 低于对照组的 32.14% ($P < 0.05$)。结论 经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术治疗高危前列腺增生合并较大膀胱结石的临床效果显著, 安全性较高。

〔关键词〕高危前列腺增生; 较大膀胱结石; 微创治疗; 临床效果

〔中图分类号〕R699 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 05-0049-02

前列腺增生在临床上属于一种常见的泌尿外科疾病, 中老年男性的发病率较高。前列腺增生主要症状表现为排尿困难, 若没有得到及时的治疗, 会直接影响患者的生活质量, 还可能导致不同并发症出现。高危前列腺增生合并膀胱结石非常常见, 临床上通常采用手术的方式治疗^[1]。本研究探究了微创治疗高危前列腺增生合并较大膀胱结石的临床效果, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2013 年 8 月-2017 年 8 月收治的 56 例高危前列腺增生合并较大膀胱结石患者, 全部患者都通过肾、输尿管、膀胱摄影检查, 发现存在膀胱结石症状, 结石直径 1-6cm, 前列腺体积 26-130ml。并按照双盲法分为 2 组, 对照组 28 例患者中, 年龄 41-77 岁, 平均年龄 (59.74±2.26) 岁; 膀胱多发结石 13 例, 尿潴留 15 例。观察组 28 例患者中, 年龄 40 岁-78 岁, 平均年龄 (58.86±1.35) 岁; 膀胱多发结石 15 例, 尿潴留 13 例。两组患者病情症状等基本资料的对比差异不显著 ($P > 0.05$), 可以对比。

1.2 方法

1.2.1 等离子电切术联合开放取石术

对照组患者实施等离子电切术联合开放取石术治疗, 患者选择平卧位, 于切口处消毒与铺设消毒巾。将患者的膀胱用传统手术方法切开, 用手术工具将结石与膀胱造瘘小心取

出, 随后用等离子电切术治疗, 注意止血。确定切开顺序后予以电切, 选择 Ellik 排出器将结石排出, 对残留结石认真检查。确认膀胱壁完好后, 用 0.9% 氯化钠注射液予以冲洗, 借助电切镜对前列腺组织再次切除, 同样采用 Ellik 排出器将前列腺碎片排出, 留置尿管冲洗。导尿管于 4-6 天后拔出, 常规开展恢复护理。

1.2.2 经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术

观察组实施经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术治疗, 等离子电切镜于患者尿道置入, 确定结石位置后, 在电切环插孔插入输尿管导管, 随后插入钬激光光纤, 实施钬激光碎石。等离子电切术的操作方法同对照组。导尿管于 4-6 天后拔出, 常规开展恢复护理。

1.3 观察指标

统计两组患者的出血量、手术时间、拔管时间、住院时间以及并发症 (包括术后疼痛与术后感染等) 情况。

1.4 统计学分析

通过统计学软件 SPSS19.0 分析, 计量资料如拔管时间表示用 ($\bar{x} \pm s$)、t 检验, 计数资料如并发症发生率表示用 %、 χ^2 检验, P 不超过 0.05, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果

如表 1: 在出血量、手术时间、拔管时间与住院时间方面的对比, 观察组少于对照组 ($P < 0.05$), 差异有统计学意义。

表 1: 临床效果 ($\bar{x} \pm s$)

| 分组 | 例数 | 出血量 (ml) | 手术时间 (分) | 拔管时间 (天) | 住院时间 (天) |
|-----|----|-------------|-------------|-----------|------------|
| 对照组 | 28 | 91.21±13.44 | 133.70±2.16 | 8.61±6.14 | 11.52±3.43 |
| 观察组 | 28 | 53.44±16.83 | 81.10±2.44 | 5.37±4.14 | 7.50±5.30 |
| t | - | 9.2794 | 85.4120 | 2.3151 | 3.3695 |
| P | - | 0.0000 | 0.0000 | 0.0244 | 0.0014 |

2.2 并发症

如表 2: 观察组并发症发生率 7.14%, 低于对照组的 32.14% ($P < 0.05$)。

表 2: 并发症 [n (%)]

| 分组 | 例数 | 术后疼痛 | 术后感染 | 并发症发生率 |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|
| 对照组 | 28 | 4 (14.29) | 5 (17.85) | 9 (32.14) |
| 观察组 | 28 | 1 (3.57) | 1 (3.57) | 2 (7.14)* |

注: * 与对照组对比, $\chi^2=5.5434$, $P=0.0186$ 。

3 讨论

作者简介: 李晓明 (1983.12-), 云南宜良, 汉族, 主治医师, 本科, 主要从事临床泌尿外科。

目前,大部分老年前列腺增生患者要求进行手术治疗,而因为此类患者长期下尿路梗阻,常常会合并膀胱结石,症状表现为尿痛以及排尿困难等,直接影响患者的生活质量。再加上老年患者的生理功能下降,对环境的调节能力减退,对手术或其他刺激的应激反应不高,并且多伴随不同器官疾病^[2]。传统治疗方法采用的是经膀胱前列腺摘除术与膀胱切开取石术,有一定治疗效果,但存在手术创伤性大、出血量多、术后恢复时间长、并发症多等不足,且针对老年高危患者来说,有较大风险,存在较大手术禁忌症,不适合采用此种术式^[3]。伴随微创技术的不断提高,经尿道微创手术逐渐被用于本病的治疗,并且逐渐取代传统开放手术,目前 BPH 合并膀胱结石手术多采用 TURP 联合处理膀胱结石的方法,经尿道前列腺等离子电切术由于能够切除增生组织并处理膀胱结石,创伤小,术后恢复快,已经成为治疗 BPH 的“金标准”。经尿道碎石使用方法包括机械、超声、气压弹道、液电和激光碎石。经尿道钬激光碎石术与等离子电切术在临床上被广泛应用,具有非常好的碎石能力,并且不受结石成分的影响,具有较高的安全性,在不同体积与硬度的结石中都可适用,并且脉冲时间较短,对周围组织几乎没有损伤^[4]。等离子电切术切除术在切割时可使术中出血量明显减少,采用 0.9% 氯化钠注射液冲洗,可使术后并发症发生率有效降低^[5]。

本研究表明:经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术的出血量、手术时间、拔管时间、住院时间、并发症发生率均少于等离子电切术联合开放取石术。

总而言之,经尿道钬激光碎石术联合等离子电切术具有手术时间短、术后恢复时间短以及安全性高等特点,其对高危前列腺增生合并较大膀胱结石的治疗效果显著,可减少术后并发症的出现。

[参考文献]

- [1] 吴永, 陈海龙, 黄小松, 等. 经皮膀胱镜钬激光联合经尿道前列腺汽化电切术治疗高危前列腺增生合并膀胱结石的临床疗效分析 [J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(4):697-698.
- [2] 杜国, 白忠原, 张新明, 等. 经皮肾镜气压弹道碎石联合前列腺电切术对良性前列腺增生合并膀胱结石的治疗效果 [J]. 中国性科学, 2016, 25(3):17-20.
- [3] 安森胜, 周克亮. 小切口联合前列腺电切治疗高龄高危前列腺增生合并膀胱结石 [J]. 实用医药杂志, 2016, 33(5):396-398.
- [4] 康继业. 经尿道手术治疗前列腺增生症合并膀胱结石的效果观察 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(13):44-45.
- [5] 姚春根, 谈利金, 徐伟明. 前列腺增生合并膀胱结石患者同期不同手术方式的疗效比较分析 [J]. 浙江创伤外科, 2016, 21(6):1114-1116.

(上接第 47 页)

40 例患者中 2 例发生了尿潴留、1 例发生了血肿、2 例发生了阴囊水肿, 并发症发生率为 5 例 (12.5%); 观察组患者并发症发生率低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2: 两组患者临床治疗效果比较 [% , n]

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|------------|----|----|----|----|------------|
| 观察组 | 40 | 31 | 8 | 1 | 39 (97.5%) |
| 对照组 | 40 | 11 | 23 | 6 | 34 (85.0%) |
| χ^2 值 | - | - | - | - | 3.5017 |
| P 值 | - | - | - | - | < 0.05 |

3 讨论

临床上选择常规方式治疗成人疝时的效果欠佳, 常规手术方式操作复杂, 会较大程度的损伤患者机体生理结构^[2], 并于手术完成时均选择高张力缝合, 患者术后疼痛感强烈, 对其身体创伤亦大, 术后并发症多, 临床上些许患者都不太乐意接受常规治疗方式。

此次依不同治疗方式将所选成人疝患者 80 例分为两组: 对照组用常规疝修补术治疗, 观察组用无张力疝修补术治

疗, 其中无张力疝修补术为新型治疗成人疝的方式, 治疗中是以疝平片将腹股沟管底部位置盖住, 并使补片面积可接触周围组织, 可使得修补术操作后修补处无张力^[3]。实验结果显示: 无张力疝修补术治疗成人疝患者后, 其手术时间 (23.51 ± 0.29 min)、术中出血量 (26.80 ± 6.89 ml)、可活动时间 (5.97 ± 5.20 h)、住院时间 (5.1 ± 0.3 d) 等指标均短于常规疝修补术治疗, 97.5% 的患者经治疗后有效, 而仅有 1 例 (2.5%) 患者出现了并发症, 可见无张力疝修补术治疗成人疝效果显著。

据上述可得, 成人疝患者选择无张力疝修补术治疗后, 临床效果佳、并发症少。

[参考文献]

- [1] 周志斌. 无张力疝修补手术治疗成人疝的临床价值分析 [J]. 当代医学, 2015, 23(25):96-97.
- [2] 宋传健, 张正旭, 姜长滨, 等. 无张力疝修补手术治疗成人疝气的疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 9(16):52-53.
- [3] 许伟刚. 无张力疝修补手术治疗成人疝气的疗效观察 [J]. 医药前沿, 2014, 14(27):209-210.

(上接第 48 页)

量化疗对口腔癌临床治疗价值分析 [J]. 临床合理用药杂志, 2014, 7(10):84-85.

[4] 金晶, 叶茂昌, 王来平, 等. TPF 方案诱导化疗口腔癌后 IV 度骨髓抑制的临床分析 [J]. 上海口腔医学, 2014, 23(2):219-223.

[5] 张志纺, 张桂华, 李农, 等. 心理干预联合术后小剂量化疗对 VI 腔癌临床治疗价值分析 [J]. 临床合理用药杂志, 2014(10):84-85.

[6] 陈英, 李勇, 邱丽华, 等. 口腔癌术后化疗早期血小板升高相关因素研究 [J]. 激光杂志, 2013(6):95-96.

[7] 杨凯, 季平, 张劲松, 等. MT- 埋植式给药装置行口腔癌术前灌注化疗研究 [J]. 临床口腔医学杂志, 2003, 19(7):425-426.

[8] 邱莉, 田少华. 两种漱口液对口腔癌患者化疗所致口腔炎的护理观察 [C]// 全国口腔科护理学术交流暨专题讲座会议论文集汇编. 2005.

[9] 赖振南, 谢忠, 余忠华, 等. 同期放化疗治疗晚期口腔癌的临床观察 [J]. 临床肿瘤学杂志, 2011, 16(3):262-264.

[10] 温清泉, 廖卫国, 漆其光, 等. 同期放化疗治疗晚期口腔癌的临床疗效分析 [J]. 中国医药科学, 2011, 01(24):60-61.