



良性前列腺增生患者手术前后尿动力学检查的临床应用价值

王 明

子长县人民医院 陕西延安 717300

【摘要】目的 研究良性前列腺增生患者手术前后尿动力学检查的临床应用价值。**方法** 回顾分析2015年8月至2017年2月期间在我院诊治的54例良性前列腺增生患者临床资料,手术前后均进行尿动力学检查,观察临床治疗和预后效果。**结果** 术前54例患者均伴有膀胱出口梗阻,其中伴不稳定膀胱者34例,占62.96%;低顺应性膀胱者9例,占16.67%;不稳定膀胱伴低顺应性膀胱者8例,占14.81%;逼尿肌收缩功能受损者9例,占16.67%。术后2个月随访,治疗疗效不满意者9例,占16.67%,其中排尿困难6例,尿失禁3例。9例患者术后5个月随访,治疗疗效满意者9例,总疗效满意率100%。术后2个月、5个月最大尿流率、最大膀胱容量明显高于术前,残余尿量明显低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$);术后2个月、5个月前列腺症状评分明显低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 良性前列腺增生患者手术前后尿动力学检查对术前诊断、治疗以及术后疗效判断具有重要的价值,值得临床推广和应用。

【关键词】 良性;前列腺增生;尿动力学

【中图分类号】 R446.12 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 05-062-02

良性前列腺增生的发生主要是由于人体性激素代谢障碍导致腺体、纤维、肌肉组织出现不同程度增生,造成前列腺体积增大,从而对正常前列腺结构引起一系列的功能障碍。良性前列腺增生临床主要表现为排尿困难,是临床困扰男性的常见疾病。目前,临床通常采用经尿道前列腺电切术治疗,手术成功率低,主要原因是术前诊断不确切。相关研究显示,尿动力学检查可反应前列腺增生膀胱出口梗阻、膀胱功能的关系,为临床良性前列腺增生诊断提供可靠的基础。本文作者结合2015年8月至2017年2月期间在我院诊治的54例良性前列腺增生患者临床资料,评价良性前列腺增生患者手术前后尿动力学检查的临床价值。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析2015年8月至2017年2月期间在我院诊治的54例良性前列腺增生患者临床资料,年龄45~73岁,平均年龄(59.10 ± 5.33)岁;前列腺体积18.45~62.0mL,平均体积(40.11 ± 0.27)mL;病程1~5年,平均病程(5.34 ± 0.77)年;均行前列腺电切术。

1.2 临床症状

患者均伴有不同程度的尿频、尿急、夜尿增多、尿线变细、尿滴沥等症状。

1.3 方法

1.3.1 仪器

应用Laboria Dephis尿流动力学检测仪,按标准方法进行尿流率检测。

1.3.2 检查尿动力学

检查时患者取自然站立位排便方式,行充盈性膀胱测压、压力流率检查,患者排尿干净后经尿道插入测压管测残余尿量。尿动力学检查包括:最大尿流率(Q_{max})、最大膀胱容量(VMCC)、残余尿量(PVR)。

1.3.3 手术方法

前列腺电切术54例,术后留置尿管3天拔除,术后2个月、5个月检查尿动力学。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 前列腺症状评分(IPSS):依据国际前列腺症状评分表,分值为0~35分,评分越高症状越严重。

1.4.2 疗效:满意:IPSS评分小于7分, Q_{max} 大于15mL/s,且无尿失禁症状。

1.5 统计学方法

数据分析使用SPSS24.0统计软件包,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用t检验,计数资料采用相对数表示,

两组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术治疗疗效

术后2个月随访,治疗疗效不满意者9例,占16.67%,其中排尿困难6例,尿失禁3例。9例患者术后5个月随访,治疗疗效满意者9例,总疗效满意率100%。

2.2 手术前后尿动力学检查结果

术前54例患者均伴有膀胱出口梗阻,其中伴不稳定膀胱者34例,占62.96%;低顺应性膀胱者9例,占16.67%;不稳定膀胱伴低顺应性膀胱者8例,占14.81%;逼尿肌收缩功能受损者9例,占16.67%。

2.3 手术前后尿动力学参数对比

术后2个月、5个月 Q_{max} 、VMCC明显高于术前,PVR明显低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1:手术前后尿动力学参数对比(n=54)

时间	(mL/s)	(mL)	(mL)
术前	3.50 ± 2.08	267.45 ± 18.70	119.3 ± 20.10
术后2个月	15.41 ± 4.80	341.0 ± 30.13	42.10 ± 15.61
术后5个月	18.58 ± 5.20	378.63 ± 28.10	31.10 ± 14.33
t	5.26	10.90	11.23
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 手术前后前列腺症状评分对比

术后2个月、5个月前列腺症状评分明显低于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2:手术前后前列腺症状评分对比(n=54,分)

时间	前列腺症状评分	t	P
术前	28.45 ± 3.40		
术后2个月	18.10 ± 2.66	4.875	< 0.05
术后5个月	10.17 ± 2.21		

3 讨论

前列腺增生的发生主要是由于膀胱出口梗阻、逼尿肌不稳定以及逼尿肌收缩受损症状组成,临床患者主诉为排尿困难,排尿困难程度有梗阻的程度和膀胱功能状态决定。而膀胱出口梗阻、逼尿肌不稳定以及逼尿肌收缩受损均会产生排尿困难。实践证明前列腺增生大小与膀胱出口梗阻程度不一定成正比,故临床单纯以梗阻症状和前列腺大小判断梗阻程度不准确。所以,术前检查尿流速,可客观的评级排尿情况,

(下转第64页)



免疫功能的影响更易导致其他并发症的发生。

^{125}I 粒子体内植入内放射在结直肠癌的治疗中逐渐得到了广泛应用,其在控制结直肠癌复发、转移和改善患者生活质量的优秀表现已得到临床共识。其杀灭肿瘤细胞的原理包括:①直接作用: ^{125}I 粒子在体内的衰变过程可产生一定量的 γ 射线,对癌细胞 DNA 的杀伤作用能够阻断癌细胞的复制、诱导其凋亡过程,且可通过抑制蛋白分子的合成,影响癌细胞的代谢、增殖;②间接作用。 ^{125}I 粒子体内衰变除产生 γ 射线外,还可产生 X 射线,其继发电子和水分子作用能够产生活性自由基,对癌细胞 DNA 再次造成损伤,进一步阻断繁殖、诱导凋亡。可以发现, ^{125}I 粒子内放射治疗具有较强的靶向性,较常规外放射治疗具有对正常组织损伤小、作用持续时间长等特点,在控制肿瘤的复发转移方面发挥了优秀的作用。然而,关于 ^{125}I 粒子体内植入内放射对患者免疫功能的影响鲜有研究。机体的抗肿瘤机制包括细胞免疫以及体液免疫,其中,细胞免疫是该机制中最为重要的环节,因此,过往研究多围绕患者细胞免疫的变化开展研究,并认为 CD4/CD8 比值失衡是导致患者免疫监视功能下降的重要原因,与本研究结论一致。体液免疫是 B 淋巴细胞产生抗体、保护机体的过程,对于患者免疫功能的保证也发挥了重要作用。一般而言,行外

科手术、化疗治疗后,机体创伤及药物刺激均可导致免疫功能下降,而机体的自我恢复功能有限,因此,及时、有效地平衡患者的免疫功能是改善其预后的重要手段。 ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗 3 周后,患者细胞免疫功能显著恢复,其 IgG 亦得到了明显改善,其机制可能为机体细胞免疫功能的恢复使得 Th 细胞活性增强,对 B 淋巴细胞的活化起到了促进作用,从而使得抗体水平升高,IgG 恢复正常。IgG 是血清中抗体的重要组成部分,可占血清 Ig 的 70% 以上,其水平的升高对患者免疫功能的恢复有着重要意义,有助于促进患者生活质量的提高、预后的改善,并有利于预防感染等不良反应。

综上所述, ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗能够显著改善结直肠癌患者术后细胞免疫功能,并促进其 IgG 水平的提高,对提高患者预后、改善其生活质量均具有重要意义。

参考文献:

- [1] Sermeus A, Leonard W, Engels B, et al. Advances in radiotherapy and targeted therapies for rectal cancer[J]. World journal of gastroenterology: WJG, 2014, 20(1): 1.
- [2] 李彦, 李晓刚, 李波, 等. ^{125}I 粒子体内植入内放射治疗 70 岁及以上结直肠癌患者临床分析[J]. 中华老年医学杂志, 2013, 32(11):1218-1220.

(上接第 60 页)

酸、吸附消除胆汁酸等方面作用明显^[5]。本研究中,观察组的治疗总有效率为 97.8%,对照组的治疗总有效率为 73.9%,差异有统计学意义($P < 0.05$),数据说明,两种药物联用,临床治疗效果更显著,且两组患者治疗过程中不良反应对比无统计学差异($P > 0.05$),数据说明,两种药物联用,不会增加显著不良反应,临床用药安全性高。

综上所述,铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡,治疗效果显著,且用药安全,值得在临床上推广使用。

参考文献:

- [1] 肖湧, 张洪. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 心理医生, 2016, 22(25):196-198.
- [2] 李洪伟. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(4):82.
- [3] 雷德. 雷贝拉唑联合瑞巴派特治疗 Hp 感染活动期胃溃疡的效果观察[J]. 中国医药指南, 2015, 13(34):173.
- [4] 何琦. 铝碳酸镁联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的临床分析[J]. 中外医学研究, 2017, 15(23):133-135.
- [5] 张传扬. 抗生素联合奥美拉唑治疗活动期胃溃疡的疗效观察[J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2(4):32-34.

(上接第 61 页)

[2] 雒荣昌, 袁西岐, 周世超等. L 型锁定钢板加植骨微创疗法用于 II 型及 III 型胫骨 Pilon 骨折治疗临床疗效评价[J]. 中国实用医药, 2016, 11(20):90-92.

[3] 周勃志. 克氏针软骨下排钉辅助支撑在复杂胫骨 Pilon

骨折治疗中的应用探讨[J]. 医学信息, 2015, 28(04):235-236.

[4] 李宗高. 两种不同固定方式在胫骨 Pilon 骨折治疗中的应用价值比较[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 07(04):64-64, 65.

[5] 李贝, 区广鹏, 黄瑞良等. 小腿前外侧单切口在胫骨 Pilon 骨折治疗中的应用[J]. 实用骨科杂志, 2013, 19(03):267-269.

(上接第 62 页)

进一步准确判断膀胱功能和前列腺增生梗阻程度。

临床手术治疗后,前列腺增生患者多存在术后恢复不满意现象,发生原因较为复杂,临床处理较为困难。而进行尿动力学检查可提供可靠的参考依据。若患者术后仍然存在排尿困难,经尿流速检查明确病因,通过膀胱功能训练后,获得满意的疗效。而术后出现尿失禁患者,主要分为膀胱压过高、尿道压过低、膀胱压高合并尿道压低。临床患者术后如果不能查明尿失禁原因,盲目给予抑制逼尿肌收缩药物治疗或进行盆底肌锻炼治疗,不仅无效,而且会加重尿潴留和膀胱高压,引起逼尿肌和上尿路功能损害。而进行尿动力学检查可明确发病原因,为临床治疗提供参考。由此,良性前列腺增生患者手术前后进行尿动力学检查,对术前确定膀胱出口梗阻、明确诊断、确定梗阻部位和程度、评价逼尿肌功能、术后评价疗效以及治疗并发症均具有重要的价值,可作为临床良性前列腺增生围手术期的重要检查。

总之,良性前列腺增生患者手术前后进行尿动力学检查,对治疗、疗效评定、并发症处理等具有至关重要的作用,值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1] 颜海标, 莫曾南, 黄伟华, 等. 尿动力学对症状性前列腺增生的临床诊疗价值探讨[J]. 吉林医学, 2015, 34(25):5104-5105.
- [2] 肖辉. 尿流动力学在前列腺增生症的临床应用[J]. 特别健康: 下, 2015, (11):67-68.
- [3] 曲树新, 刘洋, 王长林, 等. 尿动力学检查对良性前列腺增生症患者诊治意义[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2014, 48(4):335-337.
- [4] 文建国, 朱文. 动态尿动力学检查的临床应用进展[J]. 中华泌尿外科杂志, 2016, 34(4):317-320.
- [5] 贾利民, 张晨光, 王艳凤. 尿动力学检测在前列腺增生患者中的意义[J]. 中国性科学, 2014, 23(4):62-64.