

# 研究经尿道前列腺电切 (TURP) 作为急诊手术解除前列腺增生 (BPH) 并发急性尿潴留 (AUR) 的可行性分析

钱建红

娄底市第一人民医院 湖南娄底 417000

**【摘要】目的** 分析在前列腺增生 (BPH) 并发急性尿潴留 (AUR) 患者中实施经尿道前列腺电切 (TURP) 进行治疗的效果。**方法** 选取在本院接受治疗的前列腺增生并发急性尿潴留患者作为研究对象, 选取时间段为 2016 年 09 月至 2018 年 12 月, 病例数为 55 例。均接受经尿道前列腺电切手术治疗, 分析全体患者的治疗效果。**结果** 全体患者的手术时间在 25min 至 65min 之间, 平均手术时间为  $(33.76 \pm 8.64)$ min, 手术中出血量在 85ml-210ml 之间, 平均出血量为  $(145.27 \pm 10.33)$ ml, 拔除尿管时间在 3 天至 6 天, 平均拔出尿管时间为  $(4.5 \pm 0.32)$  天。对手术前后的 IPSS 以及 QOL 分数进行对比, 术后分数均显著提高 ( $P < 0.05$ )。**结论** 临床上针对前列腺增生导致的急性尿潴留可利用经尿道前列腺电切作为急诊手术解除, 效果良好, 且具有较高的安全性。

**【关键词】** 急性尿潴留; 前列腺增生; 经尿道前列腺电切; 效果; 安全性

**【中图分类号】** R699.8

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1005-4596 (2019) 01-033-02

良性前列腺增生发展到中晚期会出现很多并发症, 急性尿潴留就是较为常见的一种, 我院选取了 2016 年 09 月至 2018 年 12 月间接受经尿道前列腺电切治疗的患者, 并对病例的具体情况进行了归纳总结, 现将报道整理如下。

## 1 临床资料和方法

### 1.1 基础资料

选取在本院接受治疗的前列腺增生并发急性尿潴留患者作为研究对象, 选取时间段为 2016 年 09 月至 2018 年 12 月, 病例数为 55 例。年龄在 58 岁至 78 岁之间, 平均年龄为  $(65.31 \pm 2.59)$  岁。

### 1.2 方法

**术前准备:** 在手术开展前, 要让患者至少禁食 4 个小时, 选取的病例中有超过 85% 都可以顺利留置尿管引流尿液, 剩下大约 15% 的患者插管失败, 而且在接下来的 2 小时之内都不能再次进行手术, 此时就要给予膀胱穿刺造瘘达到减小压力的效果, 静脉滴注适量抗生素预防感染, 待生命体征稳定之后的 5-24 小时可再次开展手术<sup>[1]</sup>。

**手术方法:** 对患者实施硬膜外或者骶管麻醉, 在耻骨上进行常规的穿刺造瘘, 在透视下使用 Storz 电切镜系统电切, 首先采取浓度为 4% 的甘露醇对患处持续灌注冲洗, 注意压力不宜过大, 如果患者同时伴有膀胱结石, 还要在此过程中通过耻骨上的小切口取出, 结石块较小且多时可以使用冲洗球完全冲出再用电切环勾出; 另外对于部分膀胱后唇抬高膀胱颈硬化的病人, 为了提高疗效要加用 5:00、7:00 点膀胱颈切开。手术结束后一律留置三腔气囊导管, 生理盐水冲洗膀胱防止感染等病症的发生, 回到病房后, 护理人员要严密监测各项重要生命体征, 警惕术后综合征的产生, 尿管拔出时间要根据尿管冲洗液转为清亮的时间而决定, 通常为 3-5 天, 待拔出尿管后患者能正常自主排尿即可出院<sup>[2]</sup>。

### 1.3 观察指标

分析全体患者手术时间、手术出血量以及手术前后的 IPSS 值、生存质量评分量表 (QOL) 分数。

### 1.4 统计学方法

研究中全部数据均采用 SPSS18.0 软件进行分析, 计量资料采用均数  $\pm$  标准差表示, 接受 t 检验, 计数资料率接受  $\chi^2$  检验, 在  $P < 0.05$  时提示数据差异具有统计学意义。

## 2 结果

本次研究中全体患者的手术时间在 25min 至 65min 之间,

平均手术时间为  $(33.76 \pm 8.64)$ min, 手术中出血量在 85ml-210ml 之间, 平均出血量为  $(145.27 \pm 10.33)$ ml, 拔除尿管时间在 3 天至 6 天, 平均拔出尿管时间为  $(4.5 \pm 0.32)$  天。对手术前后的 IPSS 以及 QOL 分数进行对比, 术后分数均显著提高 ( $P < 0.05$ ), 详情见表 1。

表 1: 对比手术前后的 IPSS 以及 QOL 分数

| 时间段       | IPSS             | QOL             |
|-----------|------------------|-----------------|
| 术前 (n=55) | $26.54 \pm 5.01$ | $17.6 \pm 0.54$ |
| 术后 (n=55) | $6.32 \pm 2.01$  | $5.43 \pm 0.76$ |
| t         | 27.779           | 29.194          |
| P         | $< 0.05$         | $< 0.05$        |

## 3 讨论

本文提到的尿潴留虽然是良性前列腺增生的一种并发症, 但也是膀胱功能失代偿的最重要表现, 数据显示 60 岁以上的良性前列腺增生患者发生急性尿潴留的概率约为 23%, 而 70 岁以上的患者则为 1.3%-2.5%。在一项长达 4 年的跟踪随访调查中发现, 发生尿潴留的患者中还有少量需要接受外科手术。目前临床上最常使用的治疗该病症的方法为留置尿管, 一般留置 3-7 天即可恢复正常, 如果病情比较严重, 尿管拔除后仍旧没有恢复, 则要及时安排手术<sup>[3]</sup>。

经尿道前列腺电切是公认的疗效显著的一种手术方式, 随着社会的不断发展, 医疗水平得到了显著的进步, 电切技术的应用越来越广泛和熟练, 采取电切开展手术能够很大程度上提高安全性, 减小创口, 已经得到了广泛的医疗工作者和患者的一致认可。Chader 等人曾经做过一项研究, 选取了部分前列腺增生患者在入院当天就进行经尿道前列腺电切手术; 而周芳坚等也曾报道过该术式处理大出血的症状, 都取得了十分满意的效果。本文对在我院接受治疗的患者进行了回顾性的总结, 也得出了同样的结论。

本次选取患者着重于高龄和同时伴有其他内科疾病的情况, 手术开始前护理人员要做好身体的全面评估, 对心肺功能进行检查, 保证患者的身体状况能够安全顺利的接受手术。手术进行中要严密监测各项重要生命体征, 及时调整血糖血压, 如果发现有肌酐升高的现象发生, 不用特别注意, 在梗阻解除后会自行恢复正常。此外还要使用超声检查对患处进行扫描, 判断是否有前列腺癌发生的可能, 对于 75 岁以上的患者因为预期寿命较少, PSA 高于正常水平也能继续实施电切,

(下转第 36 页)

差异不大 ( $P>0.05$ )，在不同时间接受手术治疗后对照组与观察组的神经功能缺损评分分别为 ( $15.6\pm1.6$ )、( $8.6\pm1.1$ )，经比较观察组的神经功能缺损评分更低，组间对比存在统计学差异 ( $P<0.05$ )。如表 2 所示。

表 2：两组高血压脑出血患者手术前后神经缺损功能比

| 分组  | 例数  | 术前           | 术后 1 个月      |
|-----|-----|--------------|--------------|
| 对照组 | 110 | $22.7\pm2.7$ | $15.6\pm1.6$ |
| 观察组 | 110 | $23.6\pm2.5$ | $8.6\pm1.1$  |

### 3 讨论

高血压脑出血是一类突发危重症，残疾率、病死率都非常高，该病症多容易伴发出现颅内高压以及脑水肿，对患者生命安全形成直接影响。开颅手术是一种常用于治疗高血压脑出血的手术方式，因为该种手术视野清晰，操作方便，所以手术效果较高，患者病死率明显下降，颅内压能够得到有效控制。不过患者必须实施全麻，整个手术完成所需时间较长，对患者耐受度有较高要求，且手术会形成非常明显的创伤，术后出现各类并发症的可能性更大。如果为深部血肿，开颅手术治疗止血存在较大难度，可能导致脑组织出现继发性出血，另外这类手术会有比较明显的术中出血，可能导致重要脏器出现暂时性的血容量缺乏。

微创脑出血清除术作为一类微创手术不会形成明显创伤，

能够帮助患者术后更快恢复，有助于减少后遗症遗留，并且手术操作简单，能够保证较高安全性<sup>[3]</sup>。同时该种手术方式能够保证精准定位，引流管可以准确至设定好的靶点位置，同时能够对置入管的深度、位置合理调整。因为属于一类微创手术，所以不会形成明显创伤，患者术中不会有明显出血，因而术后出现并发症的风险更低<sup>[4]</sup>。

综上所述，对高血压脑出血患者实施超早期小骨窗微创颅内血肿清除术，能够提高患者的治疗总有效率，同时还能有效改善患者的神经功能，值得推广。

### 参考文献

- [1] 朱明启. 超早期小骨窗微创脑出血清除术应用在高血压脑出血治疗中的疗效分析 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(7):17-19.
- [2] 王旭军. 小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血临床疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(2):68-69.
- [3] 阿迪力江·玉素甫, 库尔班江·努尔. 超早期小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血效果分析 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(16):293-294.
- [4] 于森, 孙连秋. 超早期小骨窗微创脑出血清除术对高血压脑出血的治疗效果分析 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(20):75-76.

(上接第 33 页)

切下的所有组织都要立即送往实验室病理检查<sup>[4]</sup>。该术式的急诊手术并不会加大难度，本次选取的患者中无一发现大出血等严重并发症。

综上所述，治疗因前列腺增生导致的急性尿潴留可以采取急诊经尿道电切治疗，在保证安全有效的基础上还可以减轻痛苦，大大缩短住院时间，缓解家庭的经济负担，但是不可盲目选用，即便条件允许也要在技术成熟的医院进行，这样能起到最佳的治疗效果，也是对病人的负责。

### 参考文献

- [1] 杨玉春. 经尿道前列腺电切术治疗良性前列

腺增生伴发急性尿潴留临床研究 [J]. 河南医学研究, 2017, 26(13):2369-2370.

[2] 何宗海, 官润云, 杨旷平, 等. 经尿道前列腺等离子电切术与 2mm 钬激光汽化切除术治疗良性前列腺增生症的并发症对比 [J]. 广东医学, 2017, 38(14):2202-2205.

[3] 王文振, 刘玉强, 俎树禄, 等. 良性前列腺增生并发急性尿潴留患者的逼尿肌收缩功能 [J]. 山东大学学报 (医学版), 2018, 56(3):66-71.

[4] 孙文龙. 观察经尿道前列腺电切术 (TURP) 对良性前列腺增生 (BPH) 患者的治疗效果 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(27):147-148.

(上接第 34 页)

表 3：对比两组患者 1 年生存率 (n, %)

| 小组       | 例数 | 生存率        |
|----------|----|------------|
| 对照组      | 53 | 44 (83.02) |
| 研究组      | 53 | 47 (88.68) |
| $\chi^2$ |    | 1.7473     |
| P        |    | > 0.05     |

段，而且此治疗方式已经得到美国 NCCN 指南的认可<sup>[2]</sup>。有相关研究表明：二维放疗剂量不够会使治疗失败，如果盲目提升放疗剂量可能会使正常组织受到过量的放射剂量暴露<sup>[3]</sup>。一般平均剂量为 25-35Gy 出现放射性肺炎的风险为 23%-25%<sup>[4]</sup>。

调强放疗和三维适形放疗是新型的治疗方法，可提升肿瘤剂量的时候降低对正常组织的照射剂量。通过此次研究得知：对局部晚期非小细胞肺癌应用动态调强放疗与三维适形放疗治疗，得知调强放疗在靶区适形指数与靶区指数方面优于三维适形放疗治疗<sup>[5]</sup>。

综上所述：对局部晚期非小细胞肺癌患者实施动态调强放

疗与三维适形放疗均有一定临床价值，但是调强放疗综合疗效更高，可减少对正常器官照射剂量，降低对机体损伤，提高预后效果。

### 参考文献

- [1] 付贵. 三维适形放化疗联合治疗中晚期非小细胞肺癌临床观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38 (8) : 939-940.
- [2] 弓健, 余荣, 吴昊, 等. 中心型肺癌快速旋转调强与固定射野动态调强放疗的剂量学比较 [J]. 中华放射医学与防护杂志, 2015, 30 (4) : 448-451.
- [3] 孙建湘, 莫清华, 周隆军, 等. 三维适形加量放疗联合化疗治疗非小细胞肺癌的临床观察 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2014, 14 (24) : 1889-1890.
- [4] 张敏, 戈伟. 三维适形放疗联合化疗同步治疗非小细胞肺癌晚期局部复发的近期疗效 [J]. 实用癌症杂志, 2016, 31(2):242-245.
- [5] 何学军, 崔林, 王露 [1] 等. 三维适形放疗同步 TP 化疗联合细胞免疫对Ⅲ期非小细胞肺癌的临床治疗效果 [J]. 实用癌症杂志, 2016, 31(6):944-946.