

经尿道前列腺电切与前列腺剜除手术在治疗中的对比

赵书林

曲靖市会泽县人民医院 云南会泽 654200

【摘要】目的 分析经尿道前列腺电切与前列腺剜除手术治疗效果。**方法** 将 2017 年 2 月 -2018 年 12 月间入院接受经尿道前列腺电切术治疗的 38 例前列腺增生患者作为 A 组，将同期接受前列腺剜除术治疗的 38 例患者作为 B 组，对比两组患者的治疗效果。**结果** 比较两组前列腺症状评分，无明显差异 ($P > 0.05$)。手术时间以及术中出血量对比显示 B 组更低 ($P < 0.05$)。对比并发症发生率，B 组更低 ($P < 0.05$)。**结论** 经尿道前列腺电切与前列腺剜除术的治疗效果均较为显著，但相较而言前列腺剜除术手术创伤更低。

【关键词】 经尿道前列腺电切术；前列腺剜除术；治疗效果

【中图分类号】 R699

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 02-036-02

经尿道前列腺电切与前列腺剜除手术是临床治疗前列腺增生的常用治疗术式。一般而言前列腺增生主要采用保守治疗，但若保守治疗未能达到理想疗效时则应进行手术治疗。经尿道前列腺电切术是临床治疗前列腺增生的金标准，但较易出现并发症^[1-2]。为比较经尿道前列腺电切与前列腺剜除手术治疗效果，此次研究将选择 2017 年 2 月 -2018 年 12 月间入院接受手术治疗的 76 例患者为对象，并对治疗效果进行比较分析。

1 资料与方法

1.1 病例资料

将 2017 年 2 月 -2018 年 12 月间入院接受经尿道前列腺电切术治疗的 38 例前列腺增生患者作为 A 组，将同期接受前列腺剜除术治疗的 38 例患者作为 B 组。所有患者均确诊为前列腺增生；均符合手术治疗指征；均无其他严重疾病；均为自愿参与研究。A 组：患者年龄：54-81 岁，平均年龄为 (66.7±3.1) 岁。患病时间：1-7 年，平均为 (4.5±1.2) 年。B 组：患者年龄：52-83 岁，平均年龄为 (66.8±3.5) 岁。患病时间：1-8 年，平均为 (4.6±1.5) 年。对比差异不明显 ($P > 0.05$)，研究可行。

1.2 方法

A 组：实施经尿道前列腺电切术治疗，经尿道直视入境，观察患者前列腺以及膀胱，在精阜近端 6 点位置间断性切开，做标志沟。从膀胱颈开始至精阜部。在 12 点部位切开，做另一条标志沟，分开腺体形成侧叶，在 11 点位置以及 1 点位置切除外科包膜，修剪前列腺尖部顶端。将组织碎片吸除。常规留置导尿管。

B 组：实施经尿道前列腺剜除术治疗，经尿道直视入境，在患者精阜远端置入电切镜。在精阜近端 6 点位置向下切割，找到前列腺内外腺，沿着包膜平面钝性向膀胱颈逆推剥离，扩大前列腺包膜，采用顺时针及逆时针方向对侧叶进行剥离，对前列腺滋养血管电凝，阻断供血，对前列腺增生部分进行游离切除，止血，冲洗组织碎片，并常规留置导尿管。两组患者均在术后予以常规抗感染处理。

1.3 观察指标

①手术时间。②术中出血量。③并发症发生几率。④前列腺症状积分^[3]：术后 3 个月采用国际前列腺症状评分量表进行调查，表中设题目 7 道，总分为 35 分，得分越高则表示症

状越重。

1.4 统计学处理

使用统计学软件 SPSS18.0，计数资料使用 χ^2 检验，计量资料用 t 检验， $P < 0.05$ 证明差异显著，有意义。

2 结果

2.1 两组手术时间、术中出血量以及前列腺症状积分的对比与 A 组相比，B 组手术时间更短，术中出血量更低 ($P < 0.05$)，前列腺症状积分对比结果则显示无明显差异 ($P > 0.05$)，见表 1。

表 1：两组手术时间、术中出血量以及前列腺症状积分的对比

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	前列腺症状积分
A 组	38	93.2±5.1	64.1±4.7	7.4±1.1
B 组	38	78.1±6.5	51.3±4.8	7.3±1.4
t		11.266	11.745	0.346
P		0.000	0.001	0.730

2.2 两组并发症发生几率的比较

对比并发症发生率，结果显示 B 组更低 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2：两组并发症发生几率的比较

组别	例数	膀胱刺激征	术后出血	尿道狭窄	发生率 (%)
A 组	38	3	2	1	6 (15.8)
B 组	38	1	0	0	1 (2.6)
χ^2					3.934
P					0.026

3 讨论

前列腺增生会导致患者出现排尿障碍，一般而言多见中老年人。有调查发现男性在 40 岁开始出现尿急、尿频、进行性排尿困难等症状的几率会明显上升^[4-5]。且病情会随着患者年龄的增长而不断加重。对前列腺增生保守治疗无效的患者多需要进行手术治疗，以便保证患者身体健康，减轻患者患病痛苦。经尿道前列腺电切术是临床治疗该疾病的金标准，有效改善下尿路症状，但多数患者术后易出现出血、尿道狭窄、膀胱刺激征等并发症，不利于患者康复。而且前列腺电切术需要反复切割并重复止血，故出血量相对较多，手术视野也会受到一定限制，不可避免会延长手术治疗时间，对患者造成的创伤相对较大。经尿道前列腺剜除术是一种新型治疗方法，其以外科包膜为界，找到增生后沿着增生腺体与包膜的

作者简介：赵书林 (1977 年 10 月 -)，曲靖市会泽县，汉族，大专，主治医师，主要从事泌尿外科临床工作。

分界进行逆行剥离,对增生腺体血供进行隔绝,快速切除,止血效果更佳且创伤较小。此次研究结果显示 A 组患者手术时间以及术中出血量均显著高于 B 组。比较并发症发生几率, A 组为 15.8%, B 组为 2.6% 也存在显著差异。比较前列腺症状积分则未见明显差异。以上研究结果可证明经尿道前列腺电切与前列腺剜除术均可达到良好治疗效果,但前列腺剜除术手术操作更为安全,出血量更少,更利于患者康复。

综上所述,经尿道前列腺电切与前列腺剜除术的治疗效果均较为显著,但相较而言前列腺剜除术手术创伤更低,并发症发生几率更低,具有良好推广应用价值。

参考资料

[1] 李永青. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗高危良性前列腺增生的安全性和疗效比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2018,

29(17):2791-2793.

[2] 张成, 刘嘉. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗高危良性前列腺增生的安全性和疗效比较 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(12):61+63.

[3] 张晓辉. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗前列腺增生的临床效果对比分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(38):83-83.

[4] 刘瑞剑. 经尿道前列腺等离子剜除术与电切术治疗前列腺增生症效果对照分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(36):6961-6962.

[5] 楼朝明. 经尿道前列腺剜除术与电切术治疗前列腺增生的临床疗效及安全性分析 [J]. 现代实用医学, 2016, 28(08):1083-1085.

(上接第 33 页)

发患者的治疗依从性明显降低,对患者的预后与生活质量有直接影响,使治疗费用明显增加,进而增加了患者的经济负担。呼吸内科老年抑郁障碍患者采用常规治疗有一定治疗效果,但临床效果不理想,临床症状也没有较大改善。盐酸氟西汀分散片属于新型的治疗心理疾病药物,对患者焦虑与抑郁情绪的治疗效果较好,具有使用便捷、副作用较小等优势,对患者的心血管与呼吸系统没有较大影响^[5]。

本研究结果显示:治疗后两组患者抑郁评分明显低于治疗前;实验组患者治疗后降低程度明显高于对比组;治疗后两组患者肺功能水平明显高于治疗前;且实验组治疗后肺功能升高水平优于对比组,与相关研究结果一致。

总而言之,呼吸内科老年抑郁障碍患者采用盐酸氟西汀分散片治疗的临床效果显著,可使患者的抑郁状态明显减轻,

对患者肺功能水平的提高也有积极影响。

参考文献

[1] 杨志进. 老年脑血管疾病伴抑郁症的临床观察及治疗 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(59):246-246.

[2] 李海聪, 李求兵, 杨毅玲. 抗抑郁治疗对老年高血压合并抑郁障碍患者血压的影响 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2016, 18(2):143-148.

[3] 艾司西酞普兰治疗老年慢性心力衰竭伴抑郁症对患者认知功能和心功能的影响 [J]. 重庆医学, 2017, 46(19):2652-2654.

[4] 张晓调, 林和平, 陈威. 呼吸内科患者抑郁障碍以及治疗分析 [J]. 中国内镜杂志, 2017, 23(1):47-51.

[5] 闫翌君, 马闯胜, 阎琳. 奥沙西洋联合艾司西酞普兰治疗伴躯体疾病的老年焦虑抑郁障碍的疗效及安全性 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19(20):52-54.

(上接第 34 页)

过药物治疗恢复,需要进行手术干预^[2]。传统的外剥内扎治疗,能够起到一定的治疗作用,但由于混合痔往往没有明显的边界,术中保留的皮桥或黏膜桥容易发生水肿,痔体仍有突起,还可能引发肛门狭窄等并发症,治疗效果不够理想。pph 治疗能够不破坏肛管结构,通过手术阻断血流,使痔核萎缩,同时将肛垫上移,起到治疗效果,但该项治疗方法并不能完全清除赘生物,容易复发,单纯使用并不理想^[3]。本文观察组患者接受 pph 联合外剥内扎治疗,与接受单纯外剥内扎治疗的参照组对比,研究结果发现,分析两组患者的手术成功率及复发率,发现观察组患者的手术成功率为 100%,复发率为 2.78%,较参照组的 86.11% 与 27.78% 更优 ($P < 0.05$);分析两组患者的术后并发症率,发现观察组患者的术后并发症率

为 22.22%,较参照组的 47.22% 更优 ($P < 0.05$)。

综上所述,pph 联合外剥内扎治疗混合痔的效果较为理想,手术成功率较高且术后复发几率较低,术后并发症也更少,是一种值得临床推广与借鉴的治疗方式。

参考文献

[1] 刘扬, 刘青, 杨润清, 等. PPH 联合外剥内扎术及皮桥整形术治疗重度环状混合痔的临床疗效观察 [J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(2):297-299.

[2] 韩世万. PPH 联合外痔切除术与外剥内扎术治疗混合痔的对比研究 [J]. 中国实用医药, 2011, 06(14):26-27.

[3] 胡兵, 杨万里, 潘绍雄. PPH 联合外剥内扎肛管整形术治疗重症环状混合痔临床观察 (附 60 例报告) [J]. 结直肠肛门外科, 2013, 19(5):321-322.

(上接第 35 页)

治疗的配合下,观察组患者的并发症率确实得到了有效控制,患者的恢复情况更优,治疗效果也得到显著提升。

综上所述,急性化脓性阑尾炎一旦具备临床手术指征,应及时进行手术,在术后进行药敏试验,尽早进行抗感染治疗,可以有效降低术后并发症率,提升临床治疗效果。

参考文献

[1] 周湛帆, 田德清. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后

抗感染治疗的临床研究 [J]. 中外医学研究, 2012, 10(9):32-33.

[2] 卜崇晔, 何涛, 何庆. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床研究 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(7):928-929.

[3] 黄安喜. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床研究 [J]. 医药前沿, 2012, 10(26):246-247.

[4] 付占文. 急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床分析 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(20):52-53.