



经尿道双极等离子电切治疗高危前列腺增生症的应用效果观察与评估

林盛强

容县人民医院 广西容县 537500

【摘要】目的 探讨经尿道双极等离子电切治疗高危前列腺增生症的应用效果。**方法** 选择90例2016年2月-2018年2月高危前列腺增生症患者据术式分组。对照组开展传统手术治疗, 观察组行经尿道双极等离子电切治疗。比较两组高危前列腺增生症切除效果; 术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间; 手术前后患者生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分; 并发症情况。**结果** 观察组高危前列腺增生症切除效果高于对照组, $P < 0.05$; 观察组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间优于对照组, $P < 0.05$; 手术前两组生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分相近, $P > 0.05$; 手术后观察组生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组并发症少于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 高危前列腺增生症患者行经尿道双极等离子电切疗效肯定, 可有效改善尿动力学和生活质量, 创伤小, 术后并发症少, 康复速度更快。

【关键词】 经尿道双极等离子电切; 高危前列腺增生症; 应用效果

【中图分类号】 R699 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2018) 02-026-02

高危前列腺增生症是一种常见的男性老年疾病, 经尿道切除是治疗高危前列腺增生症的黄金标准, 并且是最广泛使用的临床方法。随着近年来手术技术的发展, 经尿道双极等离子电切逐渐被推广使用, 具有良好的凝血功能和其他优势^[1]。本研究分析了经尿道双极等离子电切治疗高危前列腺增生症的应用效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择90例2016年2月-2018年2月高危前列腺增生症患者据术式分组。观察组年龄53-79岁, 平均(65.24±2.13)岁。发病时间1年-13年, 平均(5.21±0.35)年。合并尿路感染37例, 尿潴留44例, 膀胱结石16例。对照组年龄53-78岁, 平均(65.21±2.11)岁。发病时间1年-13年, 平均(5.25±0.31)年。合并尿路感染36例, 尿潴留44例, 膀胱结石15例。两组一般资料经统计无显著差异。

1.2 方法

对照组开展传统手术治疗, 观察组行经尿道双极等离子电切治疗。采用硬膜外阻滞, 截石位, 切割功率为240W, 凝血功率100W, 用生理盐水灌注, 等离子切除镜直接插入。观察输尿管, 膀胱颈, 尿道外括约肌以及和前列腺中部, 两侧叶, 12点方向等。高危患者在耻骨上一横指部位穿刺进行膀胱造瘘。首先, 在5点和7点, 切割精阜至包膜, 形成下标识沟。然后在点切割切割至包膜, 产生标识沟。然后用取定点切割方法将前列腺上半部分切除, 下半部分再用定终点的切割方法切除, 修整尖部。术中监测血氧饱和度等, 并给予合理处理。术后给予三腔气囊尿管留置并进行膀胱持续冲洗。

1.3 观察指标

比较两组高危前列腺增生症切除效果; 术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间; 手术前后患者生活质量(0-100分, 分值越高生活质量越高)、最大尿流率、国际前列腺症状评分; 并发症。

显效: 症状消失, 增生病变完全切除; 有效: 症状好转, 增生病变基本切除; 无效: 症状、增生病变无改善。高危前列腺增生症切除效果为显效、有效百分率之和^[2]。

1.4 统计学方法

SPSS20.0统计, 两组计量数据开展t检验, 其他数据进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 显示差异显著。

2 结果

2.1 两组高危前列腺增生症切除效果相比较

观察组高危前列腺增生症切除效果高于对照组, $P < 0.05$ 。如表1。

表1 两组高危前列腺增生症切除效果相比较 [例数(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
对照组	45	19	16	10	35 (77.78)
观察组	45	34	11	0	45 (100.00)
χ^2					11.2500
P					0.00080

2.2 手术前后生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分相比较

手术前两组生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分相近, $P > 0.05$; 手术后观察组生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分优于对照组, $P < 0.05$ 。如表2。

表2 手术前后生活质量、最大尿流率、国际前列腺症状评分相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时期	生活质量	国际前列腺症状评分(分)	最大尿流率(mL/s)
观察组	45	手术前	42.13±5.24	32.20±3.13	8.71±1.61
		手术后	88.24±13.11	10.14±2.21	14.13±1.82
对照组	45	手术前	42.12±5.02	32.45±3.21	8.65±1.72
		手术后	61.21±9.25	21.45±2.21	12.24±1.81

2.3 两组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间相比较

观察组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间优于对照组, $P < 0.05$, 见表3。

表3 两组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量(ml)	拔管时间(h)	冲洗膀胱时间(d)	住院时间(d)
对照组	45	131.23±24.52	48.24±20.46	2.41±1.31	6.61±2.59
观察组	45	97.11±20.13	24.24±18.13	1.24±0.38	4.01±1.21
t		8.243	9.064	10.702	5.243
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组并发症相比较

观察组并发症少于对照组, $P < 0.05$, 如表4。



表4 两组并发症相比较 [例数 (%)]

组别	例数	闭孔神经反射	电切综合征	尿路刺激征	发生率
对照组	45	4	5	2	11(24.44)
观察组	45	1	2	1	4 (8.89)
χ^2					3.9200
P					0.0477

3 讨论

目前,经尿道前列腺切除术已成为前列腺增生治疗的金标准,但其最大的缺点是止血效果不佳,容易产生电切综合征,对高龄患者来说手术风险高。而经尿道双极等离子电切的工作原理是具有两个电极同时切割,电极产生的电流环路产生等离子束,能量对靶组织进行作用而促使增生组织破裂汽化^[3-4]。不同于传统经尿道前列腺切除术,经尿道双极等离子电切靶组织表面温度低,有低热渗透作用,凝血组织深度低于1毫米,可显著降低切除综合征的发生率。冲洗液是生理盐水,通常不会导致低钠血症的发生。经尿道双极等离子电切的离子束可使组织产生0.3~1.0mm均匀固化层,切割时止血效果好,可减少出血量。经尿道双极等离子电切切割快速,可缩短手术时间,加速康复^[5-6]。

本研究显示,观察组高危前列腺增生症切除效果高于对照组, $P < 0.05$; 观察组术中出血量、膀胱冲洗时间、拔管时间、住院时间优于对照组, $P < 0.05$; 手术后观察组生活质量、

最大尿流率、国际前列腺症状评分优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组并发症少于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,高危前列腺增生症患者行经尿道双极等离子电切疗效肯定,可有效改善尿动力学和生活质量,创伤小,术后并发症少,康复速度更快。

参考文献:

- [1] 陈永江, 李强, 卓辉, 张红宇. 经尿道双极等离子电切术治疗高危前列腺增生效果观察 [J]. 人民军医, 2017, 60(01):43-44.
- [2] 柳东辉, 孙森, 王贻兵, 等. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生症临床观察 [J]. 临床军医杂志, 2016, 44(12):1293-1294.
- [3] 李中华. 高危前列腺增生症采用经尿道双极等离子电切治疗的临床意义分析 [J]. 大家健康 (学术版), 2016, 10(06):115-116.
- [4] 李健, 郑敏莉, 黄裕清, 等. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生 97 例 [J]. 岭南现代临床外科, 2014, 14(02):182-185.
- [5] 张宇政. 经尿道双极等离子电切术治疗高危良性前列腺增生 26 例分析 [J]. 交通医学, 2013, 27(04):381-382.
- [6] 戴枫, 祝黎洁, 吴升, 等. 肾镜下经尿道弹道碎石联合双极等离子电切治疗高危前列腺增生合并膀胱结石 [J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(23):92+99.

(上接第24页)

神经细胞膜,对人体脑内阿片受体产生作用,使得垂体中内源性阿片样物质被释放,乙醇的代谢产物乙醛能够与巴胺缩物质合成内源性吗啡衍生物,直接或间接的抑制阿片受体的产生,使得患者产生中枢神经抑制的现状,危害性极大,应及时进行救治,醒脑静联合纳洛酮的应用,能够有效改善患者的症状,提升治疗效果,应用价值极高,值得选用^[5]。本研究中,观察组治疗后酒后清醒时间、酒后症状消失及留观时间,均短于对照组 ($P < 0.05$); 观察组的总有效率 97.67% 高于对照组的 75.17%, 统计学有意义 ($P < 0.05$)。提示:醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒有助于缩短症状改善时间,提高临床疗效,利于患者早期恢复。

综上所述,醒脑静联合纳洛酮治疗急性酒精中毒的应用效果显著,症状得到改善,提高了治疗效果,醒脑静联合纳洛酮值得急性酒精中毒患者应用。

(上接第25页)

术防止阑尾穿孔并发弥漫性腹膜炎的发生。

急性阑尾炎患者只要确诊,则应该马上实施阑尾炎切除术。在临床中,急性阑尾炎的传统治疗往往选择开腹手术,虽然临床疗效获得了一定的认可,但是长期以来也存在着很多的问题,比如肠梗阻、切口感染以及肠粘连等^[4]。而腹腔镜手术具有以下优点:1、手术创伤小,仅需2-3个切口,瘢痕较小,更符合现代人们对外科手术的美观需求。2、手术为腹腔镜窥探监视下操作,降低了周围组织损伤,腹腔视野开阔,便于吸净脓液,降低术后感染,减少术后发生粘连。3、切口小,减少术中及术后出血量、疼痛感,降低了不良反应,缩短住院时间,促进患者痊愈,也为患者节省了治疗时间和医疗成本,不耽误患者工作学习^[5]。本研究结果显示,研究组手术时长、出血量、疼痛时间、进食时间、并发症发生率等指标均优于

参考文献:

- [1] 高劲梅. 醒脑静注射液联合盐酸纳洛酮注射液治疗急性重度酒精中毒临床效果 [J]. 医学信息, 2015, 28(52):29-30.
- [2] 尹翠萍. 急诊血液透析联合纳洛酮治疗急性重度酒精中毒 86 例的护理及临床分析 [J]. 航空航天医学杂志, 2016, 27(4):506-507.
- [3] 秦辛, 陈永洪. 醒脑静注射液联合古拉定治疗急性酒精中毒的疗效及对患者血清 β 内啡肽、超氧化物歧化酶及丙二醛水平的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(17):142-144.
- [4] 杨珩钦, 顾浩铨. 探讨醒脑静注射液对急性酒精中毒患者氧代谢及氧化应激的影响 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(26):247-248.
- [5] 付俊鲜, 杨光路. 醒脑静注射液联合高压氧治疗病毒性脑炎疗效及对血清 SOD 活性、MDA 含量及脑神经损害的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(32):3606-3608.

对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,在普外科临床中展开阑尾炎急性患者的医疗诊治时,应以腹腔镜辅助性手术为首选治疗手段。

参考文献:

- [1] 刘东旭, 刘桂英. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治方法探讨 [J]. 大家健康旬刊, 2017, 11(5):116.
- [2] 宗学营. 普外科临床治疗中急性阑尾炎临床诊治分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(50):9893-9893.
- [3] 赵铁清. 普外科临床中急性阑尾炎临床治疗效果分析 [J]. 饮食保健, 2017, 4(17):4-6.
- [4] 苏晋. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治分析 [J]. 养生保健指南, 2017(8):1-2.
- [5] 裴岩. 普外科临床中急性阑尾炎临床诊治研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017(71):13916-13916.