

经尿道前列腺钬激光剜除术和经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生比较

陈华良

河口县人民医院 云南河口 661399

〔摘要〕目的 探究良性前列腺增生采用经尿道前列腺钬激光剜除术和经尿道前列腺电切术治疗的临床效果比较。方法 于 2018 年 12 月至 2019 年 11 月一期间, 随机选取本院收治的 60 例前列腺增生患者, 用数字表法分为 2 组, 对比组予以经尿道前列腺电切术治疗, 实验组予以经尿道前列腺钬激光剜除术治疗, 并比较两组症状评分、生活质量评分、最大尿流率以及并发症。结果 实验组症状评分比对比组低 ($P<0.05$); 实验组生活质量评分与最大尿流率比对比组高 ($P<0.05$); 实验组并发症发生率 3.33%, 比对比组的 20.0% 低 ($P<0.05$)。结论 与经尿道前列腺电切术相比, 良性前列腺增生采用经尿道前列腺钬激光剜除术的治疗效果更好, 可安全性较高。

〔关键词〕经尿道前列腺钬激光剜除术; 经尿道前列腺电切术; 良性前列腺增生; 治疗效果

〔中图分类号〕R699.8 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2020) 03-016-02

良性前列腺增生是一种常见的男科疾病, 表现为排尿困难, 在中老年十分常见。此病长时间没有得到治疗, 会降低患者的肾功能与生活质量^[1]。临床通常采用手术的方式治疗^[2]。现对良性前列腺增生采用经尿道前列腺钬激光剜除术和经尿道前列腺电切术治疗的临床效果比较予以如下报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2018 年 12 月至 2019 年 11 月一期间, 随机选取本院收治的 60 例前列腺增生患者, 用数字表法分为 2 组, 对比组 30 例患者中, 年龄 47-71 (59.52 ± 12.63) 岁; 病程 1-7 (4.25 ± 3.42) 年。实验组 30 例患者中, 年龄 48-71 (59.23 ± 12.42) 岁; 病程 2-7 (4.42 ± 3.65) 年。两组病程等资料经处理差异不显著 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对比组: 实施硬膜外麻醉, 选择膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 在直视作用将电切镜经尿道内插入, 对前列腺增生与精阜位置及形态进行探查, 中叶与两侧增生出现时, 电切镜内在精阜近端前缘 6 点位置插入 6Fr 电切刀做切割标志, 切除深度达到前列腺外科包膜即可, 电切镜顺着切割标志将中叶与两侧叶切除, 电凝止血后对前列腺顶部进行修正, 选择排空器吸出切除病灶组织, 没有显著出血表现后, 选择生理盐水对膀胱冲洗, 常规留置导尿管, 将仪器退出, 手术结束。

实验组: 选择选择大功率钬激光系统与直射钬激光光纤 ($50-1000 \mu\text{m}$) 治疗。于尿道置入操作镜, 在精阜和膀胱颈间 7 点、5 点切开槽到外科包膜, 精阜近侧连通两处切开槽, 将前列腺中叶逆行剜除, 将膀胱推进, 于膀胱 12 点位置切开到外科包膜, 在此平面 5 点方向予以切割, 在此处切开槽予

以汇合, 切除左侧叶, 用相同方法切除右侧叶。创面未有显著出血后将皮肾镜取出, 把组织粉碎器置入, 膀胱充盈, 吸出粉碎剜除组织。术后留置尿管, 持续冲洗膀胱。

1.3 观察指标^[3]

(1) 症状评分: 根据国际前列腺症状评分表对两组患者治疗后半年的前列腺症状予以评定, 总分 35 分, 分数越小, 说明症状越中; (2) 生活质量评分: 根据生活质量评分表 QOL 对两组患者治疗后半年的生活质量予以评定, 总分 100 分, 分数越大, 说明生活质量越好; (3) 最大尿流率: 根据便携式尿流量计对莱昂组患者治疗后半年的最大尿流率进行测量; (4) 并发症: 包括尿道狭窄、出血、包膜穿孔以及膀胱刺激征。

1.4 统计学分析

按照统计软件 SPSS21.0 处理, 计数资料 (如并发症) 与计量资料 (如最大尿流率) 分别表示为 (%)、($\bar{x} \pm s$), 检验选择 χ^2 、t, $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 症状评分、生活质量评分与最大尿流率

如表 1: 实验组症状评分比对比组低 ($P<0.05$); 实验组生活质量评分与最大尿流率比对比组高 ($P<0.05$)。

表 1: 症状评分、生活质量评分与最大尿流率 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	症状评分 (分)	生活质量评分 (分)	最大尿流率 (mL/s)
对比组	30	6.01 ± 1.22	80.63 ± 6.30	17.96 ± 5.19
实验组	30	4.13 ± 1.00	89.12 ± 4.99	23.19 ± 6.08
t 值	-	6.5277	5.7861	3.5835
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0007

2.2 并发症

表 2: 并发症 [n (%)]

分组	例数	膀胱刺激征	出血	尿道狭窄	包膜穿孔	并发症发生率
对比组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	2 (6.67)	1 (3.33)	6 (20.0)
实验组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33) *

注: * 与对比组对比, $\chi^2=4.0431$, $P=0.04435$ 。

如表 2: 实验组并发症发生率 3.33%, 比对比组的 20.0% (下转第 19 页)

作者简介: 陈华良 (1976 年 10 月 -), 籍贯: 云南富源, 民族: 汉族, 职称: 主治医师, 学历: 本科, 主要从事: 泌尿外科。

所有研究对象的骨髓抑制及急性放射性肠炎发生率均无显著差异 ($P > 0.05$)，见表 2。

3 讨论

临床治疗中晚期宫颈癌患者的主要措施就是放疗，此治疗方法的标准模式为体外照射联合腔内后装放疗^[4]。以往临床一般是采取二维图像进行治疗，同时将 A 点当做参考点，以制定处方剂量。常规腔内后装放疗虽可发挥出一定的消灭肿瘤功效，但其具有靶区给量盲目性的缺点，增加小肠、膀胱及直肠受照量，从而提高毒副反应发生率，而在照射量小时，则可导致治疗效果下降^[5]。因此，临床必需在确保靶区照射量的同时降低病灶周围健康组织的受照射剂量，以降低毒副反应发生率，达到理想的治疗效果。

有相关研究发现^[6]：在中晚期宫颈癌治疗中应用 CT 引导下三维腔内后装放疗可将总缓解率提高至 100.00%，且不会提高毒副反应发生率。本文研究发现：治疗 B 组的总缓解率显著高于治疗 A 组 ($P < 0.05$)，提示 CT 引导下三维腔内后装放疗可有效提高中晚期宫颈癌患者的治疗效果。这是由于 CT 引导下三维腔内后装放疗可精确的显示出肿瘤靶区的形状及走势，并可准确显示出肿瘤靶区、三维剂量分布及其危及器官的关系，从而制定最佳的给药剂量，最终达到提高治疗效果的目的。本文研究亦发现：所有研究对象的骨髓抑制及急性放射性肠炎发生率均无显著差异 ($P > 0.05$)，说明 CT 引导下三维腔内后装放疗还具有较高的安全性，与上文所述基本一致。此方法在有效提高靶区剂量的同时并不会明显提高

直肠与膀胱的受照剂量，可将危及器官的放射剂量有效控制，在正常耐受范围之中，对于患者的预后十分有利。

综上所述，CT 引导下三维腔内后装放疗在中晚期宫颈癌治疗中具有积极影响作用，其可有效提高患者的总缓解率，且不会提高毒副反应发生率。

【参考文献】

- [1] 肖艳, 成慧君, 王莉, 等. 三维与二维后装放疗治疗局部晚期宫颈癌临床疗效分析 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2019, 33(10):1005-1007.
- [2] 周勇, 杨勇, 燕平, 等. 局晚期宫颈癌在 CT 引导下二维以及三维腔内后装放疗的治疗效果及副作用比较 [J]. 中南医学科学杂志, 2017, 45(4):394-396.
- [3] 张汝婷, 徐玥靓, 周菊英, 等. 基于 CT 引导分析宫颈癌不同后装治疗方案的剂量学差异 [J]. 中国血液流变学杂志, 2017, 27(4):453-456.
- [4] 古力米热布然江, 热孜亚库尔班, 艾力克木阿不都玩克, 等. 三维调强放疗配合 CT 引导三维插植腔内后装治疗中晚期宫颈癌的临床疗效 [J]. 实用癌症杂志, 2019, 34(2):227-230.
- [5] 孟凡旭, 左雅芳, 欧健, 等. CT 图像引导下三维腔内后装治疗宫颈癌的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 9(4):870-871.
- [6] 傅志超, 林贵山, 李东石, 等. CT 引导下三维腔内后装放疗在中晚期宫颈癌治疗中的临床应用 [J]. 实用妇产科杂志, 2013, 29(9):707-709.

(上接第 16 页)

低 ($P < 0.05$)。

3 讨论

经尿道前列腺钬激光剜除术的工作介质为钬，钬激光属于一种新型高能脉冲激光，磁介质包含于石榴石晶体内，将固体激光发射处，波长与持续时间可达到 2140nm、0.25ms，激光传送通过软光纤^[4]。此项技术借助激光能量，无电活化，基本可以达到无血切割，使手术出血量有效降低，临床应用价值较高。钬激光组织穿透深度很浅，对组织深层防止造成伤害，使热损伤明显减少。机体细胞含水量较好，钬激光照射可快速升温，使病变处切割汽化，实现手术目的。另外，此项手术可细微处理病变区域，完整切除增生前列腺，对其他组织不会造成损伤，使其对机体损伤明显减少，确保手术安全性^[5]。本研究显示：实验组患者症状评分、生活质量评分、最大尿流率、并发症发生率均优于对照组，与相关研究结果一致。

总之，良性前列腺增生采用经尿道前列腺钬激光剜除术

治疗，可改善患者的临床症状，减少并发症的出现，提高患者的生活质量。

【参考文献】

- [1] 孙晓峰. 经尿道前列腺钬激光剜除术治疗良性前列腺增生的临床效果 [J]. 医学信息, 2019, 32(20):108-109.
- [2] 陈卓, 袁晓亮, 张亚杰. 经尿道前列腺钬激光剜除术和经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生比较 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2018, 17(1):61-65.
- [3] 酒全帅, 牛志宏, 黄涛涛, 等. 经尿道前列腺钬激光剜除术治疗良性前列腺增生临床效果观察 [J]. 青岛医药卫生, 2018, 50(6):404-406.
- [4] 林宁峰, 刘昌明, 翁吴斌. 经尿道钬激光剜除和等离子电切术治疗良性前列腺增生的对比研究 [J]. 中外医疗, 2018, 37(22):36-39.
- [5] 舒震宇, 朱继文. 经尿道前列腺钬激光剜除术治疗良性前列腺增生的效果 [J]. 河南医学研究, 2019, 28(16):2916-2917.

(上接第 17 页)

而导致结晶。因此，在冬天运用该药需要做好预热来促使结晶的消除控制，减少对使用构成的影响。甘露醇大剂量使用会导致肾小管有一定结晶物质，由此来导致肾损害与急性肾衰问题。小剂量甘露醇相对而言可以减少药物对机体构成的损害，在脑出血早期 10h 之内轻度情况中使用不适宜做甘露醇进行脱水治疗，防控血肿的严重化。为了谨慎处理，需要在急性出血后的 24h 进行甘露醇使用，可以减少再出血风险，降低肾损害问题。也有人认为对于颅内压过高者，小剂量甘露醇使用效果不理想，具体情况，可能需要依据不同患者情况合理调控。

综上所述，脑出血采用不同剂量甘露醇治疗可以有效的改善脑血肿病灶状况，脑卒中评分情况更为理想。

【参考文献】

- [1] 李英琴, 薛莉娜. 不同剂量甘露醇治疗脑出血的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(15):23-25.
- [2] 赵玉书. 不同剂量甘露醇在不同部位脑出血治疗中的应用 [J]. 中国农村卫生, 2018, (24):10.
- [3] 李艳芳. 探讨不同剂量甘露醇在脑出血治疗中的应用效果 [J]. 北方药学, 2019, 16(2):112-113.
- [4] 陈娜. 脑出血治疗中不同剂量甘露醇的应用 [J]. 中国保健营养, 2018, 28(23):106-107.