

探讨不同手术方法对良性前列腺增生合并膀胱结石的治疗效果

程绍钰珏

昆明市五华区人民医院 云南昆明 650000

〔摘要〕目的 探讨采用不同手术方法治疗良性前列腺增生伴膀胱结石的效果。方法 挑选 2018 年 12 月-2019 年 12 月我院收治的 40 例良性前列腺增生伴膀胱结石患者,随机分成观察组与对照组,每组 20 例。对照组选择前列腺汽化电切除术(TURP)联合经皮肾镜气压弹道碎石术(PCNL)治疗,观察组选择 TURP 联合钬激光碎石术(HLL)治疗,对比两组疗效。结果 同对照组相比,观察组的 IPSS、QOL 评分更优($P < 0.05$)。结论 采用 TURP 联合 HLL 治疗良性前列腺增生合并膀胱结石,可以有效改善症状。

〔关键词〕良性前列腺增生;膀胱结石;TURP;HLL;PCNL;效果

〔中图分类号〕R697 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2021)01-038-02

良性前列腺增生是较为常见的泌尿系统慢性疾病,主要症状是尿急、尿频、尿痛、尿不尽等,很容易诱发尿路梗阻、尿潴留等,导致膀胱中汇集微小结石,最终产生膀胱结石。本文分析不同手术方法治疗良性前列腺增生伴膀胱结石的效果,现报告实验。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 12 月-2019 年 12 月我院收治的 40 例良性前列腺增生伴膀胱结石患者,入选条件:满足良性前列腺增生诊断标准经影像学检查确诊为膀胱结石;患者知情。排除标准:严重器质性功能障碍者;恶性肿瘤者;精神障碍者。观察组男 12 例,女 8 例,年龄 48-75 岁,平均(61.5±3.6)岁;病程 1-8 年,平均(4.5±2.1)年。对照组男 11 例,女 9 例,年龄 46-66 岁,平均(56.2±2.9)岁;病程 2-6 年,平均(4.1±1.8)年。两组一般资料相比,无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采用 TURP 联合 PCNL 治疗。麻醉方式选择持续硬脊膜外腔麻醉,让患者呈截石位,机体略微倾斜 15°~20°。手术中,首先置入 Hawk 汽化电切镜到膀胱中,依据实际情况选择不同的灌洗液,糖尿病患者采取外灌洗,其他患者使用葡萄糖溶液,全部于低压条件下实施灌洗。然后,经尿管置入电切镜,监测泌尿系统总体情况,置入型号 F18 导尿管,于腹壁行横切口,大小 1cm 上下,在行切口前注射 400ml 无菌注射用水到膀胱中,于耻骨上方 2 个横指处,使用 18G 肾穿刺针穿刺膀胱。行切口后,置入斑马导丝,扩充穿刺孔,再利用筋膜扩张器,扩张到 F16,使用金属同轴扩张器扩充到 F24,把 F22Peel-away 鞘置入。探查结石,运用气压弹道碎石探杆粉碎结石,使用鳄嘴钳取出体积大的结石。接着实施 TURP 治疗,按照膀胱颈、前列腺中、前列腺尖的顺序,结合增生状况实施切割,先切割增生两侧叶的 4~5 点、7~8 点,再切割 11 点、1 点与中叶部位,如果中叶过度增长就先行切割,再切割两侧叶,完成切割后,实施冲洗,在没有出血条件下,撤掉电切镜,实施消毒。

观察组采用 TURP 联合 HLL 治疗。采用与对照组一致的手术体位、麻醉手段、Hawk 电切镜置入方法与灌洗流程。然后顺着电切镜置入光纤,调节光纤能力在 1.0J,接着射击结石,粉碎结石尺寸到 20mm×10mm,再冲洗。接着,设定电切设备功率为 120W,电凝设备功率设置为 60W,其他参数设置与对照组一致。依据对照组操作流程实施分区切割,切割中,实施电凝止血,在没有出血条件下,撤除电切镜,实施消毒。

1.3 观察指标

采用前列腺症状(IPSS)量表评估两组治疗前后症状改善情况。使用生活质量(QOL)量表评定两组治疗前后生活质量。

1.4 统计学分析

此次研究使用 SPSS19.0 分析全部研究数据。对计量资料通过($\bar{x} \pm s$)形式来表达,实施 t 检验,计数资料应用(%)形式进行描述,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异显著。

2 结果

2.1 两组 IPSS 评分

对比两组治疗前 IPSS 评分,无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 个月后,观察组的 IPSS 评分较对照组更低($P < 0.05$)。表 1。

表 1: 两组 IPSS 评分情况($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	手术前	手术后 1 个月
观察组	20	23.68±3.49	8.76±2.63
对照组	20	24.12±4.02	15.71±3.28
t		0.3696	7.3929
P		0.7137	0.0000

2.2 两组 QOL 评分

对比两组治疗前 QOL 评分,无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 个月后,观察组的 QOL 评分较对照组更低($P < 0.05$)。表 2。

表 2: 两组 QOL 评分情况($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	手术前	手术后 1 个月
观察组	20	5.26±2.77	1.52±0.45
对照组	20	5.83±2.36	3.22±1.31
t		0.70049	5.4887
P		0.4879	0.0000

3 讨论

前列腺增生的主要发病群体是中老年人,伴随年龄增加,发病率也随之增加。患病初期症状是排尿困难,伴随下尿路梗阻,病情变重,长时间尿液留存于膀胱中就产生结石。据调查,在良性前列腺增生患者当中,有 10% 患者会产生膀胱结石^[1]。

目前治疗良性前列腺增生的主要手段是前列腺电切术,然而患者伴膀胱结石时,就要联合其他手术清除掉结石。

PCNL 是新型的膀胱结石碎石术,其原理是利用压缩气体驱动实施碎石,对不同压力加以调节,促使压缩气体产生的能量转变成机械能量,进而在不出现热效应的条件下,粉碎膀胱中结石,碎石率高,不会造成太多损伤^[2]。

TURP 原理是借助脉冲式激光,于结石外表产生光热效应,产生高能量和压力,进而粉碎结石。在治疗当中,其产生的 95% 以上的能量可以被四周水介质所吸收,穿透组织能力不到 0.5mm,同其他碎石方法对比,其安全度更高^[3]。

(下转第 43 页)

作者简介:程绍钰珏(1989 年 7 月-),籍贯:云南昭通,民族:汉族,职称:主治医师,学历:本科,主要从事泌尿外科工作。

因为骨痂生长迟缓,患者又丧失大量骨量,加重骨质疏松症,严重影响治疗伤椎体治疗。

目前,临床主要采用后路经椎弓根内固定术治疗老年胸腰段脊柱骨折,此术式可以较好压缩卧床时间,尽早开展功能训练,减少术后不良反应风险。此术式还可以防止老年患者出现肌肉萎缩,提高患者的生存质量。然而此术式存在不足:无法较好修复骨小梁,术后发生椎体内空隙机率大,破坏脊柱早期稳定性,进而影响后期骨折愈合,并有出现骨折再次塌陷的可能。所以,在此手术治疗前提下,再行椎体成形术治疗。

椎体成形术是微创手术,它的特点是创伤小,不会太过疼痛,在依靠前柱支撑,增强受伤脊柱的强度^[2]。此术式联合后路椎弓根内固定术,可以有效弥补后路椎弓根内固定术的缺陷,在发现受损椎体产生内空腔时,将骨水泥注入其中,防止施压,置入异体骨小块可以较好填充椎体内空隙,增强受伤脊柱的支撑力度,

提高疗效^[3]。

本研究,相对对照组,观察组的脊柱指标水平更优,且不良反应率更低($P < 0.05$)。

总结,运用后路经椎弓根内固定结合椎体成形术治疗老年胸腰段脊柱骨折,可以较好改善病情。

[参考文献]

- [1] 周兴,王江华.后路经椎弓根内固定结合椎体成型术治疗老年胸腰段脊柱骨折的疗效[J].中国社区医师,2020,36(12):90-91.
- [2] 李怀伟,阿海,朱斌,等.后路经椎弓根内固定联合椎体成形术治疗老年胸腰段脊柱骨折的临床价值[J].中国综合临床,2017,33(08):726-729.
- [3] 聂晶鑫,尚静波,姜丽.后路经椎弓根内固定结合椎体成形术对老年胸腰段脊柱骨折的治疗价值观察[J].中国医药指南,2017,15(04):106-107.

(上接第 37 页)

偏瘫患者踝背屈障碍的疗效观察[J].针灸临床杂志,2018,34(05):42-45.

[4] 闫艳玲,丁晓曼,吕育洁.低频经皮穴位电刺激对脑卒中后遗症期手和上肢功能障碍的疗效研究[J].中西医结合心血管病

电子杂志,2019,7(12):95-96.

[5] 陈瑶,王莹莹,王传凯.低频经皮穴位电刺激对脑卒中后遗症期手和上肢功能障碍的疗效[J].中国康复理论与实践,2018,24(012):1371-1375.

(上接第 38 页)

本研究,同对照组相比,观察组的 IPSS、QOL 评分更优($P < 0.05$)。针对以上进行归纳,采用 TURP 联合 HLL 治疗良性前列腺增生合并膀胱结石,效果颇佳。

[参考文献]

[1] 赵凯.不同手术方式治疗良性前列腺增生合并膀胱结石的

疗效比较[J].系统医学,2020,5(19):67-69.

[2] 唐浩,伍智慧,吕玉华,等.不同手术方法治疗老年前列腺增生合并膀胱结石患者性功能的影响[J].临床医学工程,2019,26(09):1165-1166.

[3] 陈昆,李云祥.两种不同手术方法治疗老年前列腺增生合并膀胱结石对患者性功能的影响[J].中国性科学,2018,27(12):14-17.

(上接第 39 页)

基础疾病,身体状况不佳,进一步增加了手术难度,让患者及家属更是手足无措。麻醉作为保证手术顺利进行的关键要素不容忽视,尤其是在老人的手术治疗中。专家表示,建立高效安全的麻醉,能给予患者良好镇痛,保证手术顺利进行的同时,也能帮助患者术后实现理想预后。腰硬联合麻醉作为一种从腰部棘突之间的空隙进入的麻醉方式,在脊髓部位注射麻醉药物,能帮助患者出现麻木以及感觉的逐渐丧失,从而达到镇痛效果,为手术的顺利进行保驾护航^[5]。研究表明,相对于单一的硬膜外麻醉而言,腰硬联合麻醉能够实现在较少麻醉药物的应用条件下,达到理想的麻醉效果,且患者麻醉后恢复速度快,对于患者的活动能力恢复及生活质量提升具有积极作用^[5]。本文结果显示,观察组的麻醉起效及术后恢复时间短于对照组,且麻醉用量少于对照组,差异 $P < 0.05$ 。观察组的麻醉总有效率为 91.89%,高于对照组(70.27%),

差异存在显著性($P < 0.05$)。

综上所述,腰硬联合麻醉应用至老年人下肢骨折手术中,麻醉效果理想,值得拓展应用范围。

[参考文献]

- [1] 杨寿娟.腰-硬联合麻醉在老年人下肢骨折手术中的应用价值研究[J].心理月刊,2019,14(15):210.
- [2] 张桂菊,闫宏宇.腰-硬联合麻醉在老年人下肢骨折手术中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(38):66,73.
- [3] 李运繁,梁敏,龙家棋,等.腰-硬联合麻醉在老年人下肢骨折手术中的应用价值[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(20):104-105.
- [4] 林东照.老年人下肢骨折手术采用全身麻醉与腰硬联合麻醉临床效果对比分析[J].中外医疗,2019,38(7):41-43.
- [5] 张磊.小剂量等比重腰麻-硬膜外联合麻醉对老人下肢骨折手术的应用价值[J].双足与保健,2019,28(15):138-139.

(上接第 40 页)

存在统计学意义($P < 0.05$),证实腹腔镜子宫肌腺瘤剔除术对患者生化指标的影响更小。

综上所述,基于子宫肌腺瘤患者病情的手术干预,腹腔镜将子宫肌腺瘤剔除术有着良好的病情干预效果,同时对患者社会化指标影响较低,应用价值显著。

[参考文献]

[1] 肖福龙.腹腔镜下子宫肌腺瘤剔除术对卵巢功能和创伤指标的影响[J].数理医药学杂志,2020,33(08):1120-1122.

[2] 范志娟.腹腔镜子宫肌腺瘤剔除术与开腹子宫肌腺瘤剔除术治疗子宫肌腺瘤疗效观察[J].山西卫生健康职业学院学报,2019,29(06):19-21.

[3] 金丽兴.腹腔镜下子宫肌腺瘤剔除术对患者卵巢功能及血清创伤反应指标的影响[J].中国医药指南,2020,18(05):90-91.

[4] 顾金梅,李永好.采用腹腔镜子宫肌腺瘤剔除术治疗子宫肌腺瘤的优势及预后分析[J].中外女性健康研究,2019(12):95-96.

[5] 杨凯利.腹腔镜下子宫肌腺瘤剔除术对患者卵巢功能及血清创伤反应指标的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(40):31.

(上接第 41 页)

[2] 王子娜.腹腔镜手术联合药物治疗卵巢子宫内腺异位症的临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(69):86.

[3] 单海欧.腹腔镜微创手术与开腹手术治疗卵巢子宫内腺异

位囊肿的效果比较[J].中国民康医学,2020,32(4):33-35.

[4] 魏颖.腹腔镜手术联合药物治疗卵巢子宫内腺异位症的临床分析[J].系统医学,2020,5(21):131-133.

[5] 高莹莹.腹腔镜及开腹两种手术方式治疗卵巢子宫内腺异位囊肿伴不孕的对比观察[J].中国保健营养,2020,30(13):341-342.