

应用[J].海南医学,2012,23(23):42-43

3 张慧君,罗仓学,张新申,等.胶原蛋白的应用[J].皮革科学与工,2003,13(6):37-46.

4 陈国锐,王深明.甲状腺外科[M].北京:人民卫生出版社,2004.402-403.

5 赵恩宏,刘志满.甲状腺手术后引流戳口的设计[J].承德医学院学报,2013,30(6):508-509.

6 袁强,孙亮,崔伟,等.一次性闭合高负压引流系统在甲状腺次全切除术引流中的应用[J].临床外科杂志,2015,23(7):505-507.

7 周亚雄,刘海鹏,祝占奎,等.甲状腺术后引流的研究进展[J].医学综述,2017,23(16):3256-3260.

8 许家信,黄孝王,吴伟,等.医用生物蛋白胶在甲状腺叶切除术中的应用观察[J].全科医学临床与教育,2009,7(1):58-59.

9 唐尚权.胶原蛋白海绵在腰椎间盘突出手术中的止血作用[J].中国医药指南,2012,10(9):31-32.

10 俞振立,黄新妍.胶原蛋白海绵在甲状腺手术中的应用[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2013,13(5):318-319.

(收稿日期 2018-01-16)
(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

双极等离子前列腺电切治疗前列腺增生在基层医院中的应用体会

项彬斌 罗鹰 苏钢锋

良性前列腺增生是一种老年男性常见泌尿外科疾患,患者常合并多种慢性内科疾病,微创手术是近年常用手术方法。目前,该疾病治疗的金标准是经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate, TURP),但可能发生经尿道前列腺电切综合征(transurethral resection syndrome, TURS)和出血等较严重的并发症,本次研究探讨双极等离子前列腺电切术治疗前列腺增生在基层医院应用的疗效及体会。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾2014年1月至2017年2月临海市第二人民医院采用双极等离子前列腺电切术治疗的106例前列腺增生患者,年龄62~90岁,平均年龄(76.62±3.46)岁。所有患者均有夜间尿频、进行性排尿困难症状,其中15例因急性尿潴留入

院,合并膀胱结石28例、高血压65例、糖尿病29例,术前常规行泌尿系B超检查,测量出的前列腺体积换算成重量为45~125g,平均重量为(61.31±5.25)g。尿动力学检测结果为最大尿流率4.48~9.31ml/s,平均尿流率(6.93±0.52)ml/s。国际前列腺症状评分(international prostate symptom scale, IPSS)为(25.13±1.82)分。

1.2 方法 采用全麻或持续硬膜外麻醉,使用经尿道等离子双极电切系统(由英国Gyrus Medical公司生产),在影像监视系统下直视插入电切镜进行操作。以0.9%氯化钠注射液为冲洗液,压力不超过60cmH₂O。合并膀胱结石者先行钬激光碎石,一般先切除中叶增生部分,再行两侧叶切除;由颈口逐渐向远端切除至接近精阜,一般不超过精阜,切除深度尽量至包膜水平。术毕冲洗出膀胱内组织碎块,手术创面严格止血,留置22F三腔气囊尿管,适度牵引不超过6h,持续膀胱冲洗不超过24h。组织碎块常规送病理检查。术后留置导尿5~7d。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.03.022

作者单位:317016 浙江临海,临海市第二人民医院泌尿外科

1.3 监测指标 记录所有患者的手术时间、术中出血量、术后并发症发生情况、术后病理结果。术后随访6月,记录每位患者术后IPSS评分和尿流率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0 统计软件分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组全部患者手术均较顺利完成,手术时间50~105 min,平均(78.56±5.25)min,术中出血量50~250 ml,平均(72.87±10.52)ml,术后无TURS发生。术后出现尿路刺激征32例,以尿频为主要表现,轻微肉眼血尿45例,予对症处理后好转;术后继发出血3例患者再次行电切镜下止血;28例尿道狭窄患者行定期尿道扩张,效果满意。术后病理报告2例前列腺癌,Gleason评分为7分,盆腔MRI及ECT检查未见转移病灶,行内分泌治疗,随访至今无明显排尿困难发生。术后随访6月,最大尿流率由术前(6.93±0.52)ml/s增加至(16.43±1.87)ml/s,差异有统计学意义($t=50.39, P<0.05$),IPSS从术前(25.13±1.82)分降至(5.43±1.52)分,差异有统计学意义($t=85.53, P<0.05$)。

3 讨论

在引起中老年男性排尿障碍的病因中,前列腺增生最为常见,发病率随年龄的增长而增加。随着我国社会老龄化的到来,在基层医院的泌尿外科临床工作中,前列腺增生患者往往占据了较大的比例,且较多患者存在明确的手术指征。目前治疗前列腺增生,除了使用药物外,出现了包括使用激光剜除^[1]、汽化电切^[2]等各种方法和技术,但TURP仍是目前公认的外科治疗良性前列腺增生的金标准^[3]。TURP有一定的并发症,特别是TURS的发生^[4]。TURS主要是因为电切过程中,前列腺组织创面血窦大量开放,非电解质冲洗液迅速大量进入血循环,引起循环血量增加,血钠下降,表现为循环、神经系统的功能异常。而双极等离子前列腺电切术中,因为其使用的冲洗液为等渗0.9%氯化钠溶液,不会引起稀释性低钠血症,可明显减少TURS的发生率^[5]。当然,如果冲洗液吸收过多,仍可能增加心脏及循环负荷^[5]。因此,对心肺功能欠佳的老年患者,尽量缩短手术时间能降低术中风险。本组患者术后无TURS发生,与文献报道相符。和TURP一

样,行双极等离子前列腺电切术时操作亦需动作轻柔,有序行进,注意不要损伤包膜及尿道外括约肌,对于前列腺增生超过精阜平面者,要注意防止损伤括约肌,以免术后发生真性尿失禁。本组患者术后无真性尿失禁发生。术中应注意严格止血,本组3例出血病例发生较早,均发生于膀胱颈5、7点处,术后牵拉导尿管局部压迫止血效果欠佳,与手术经验不足,止血不够彻底有关。一般前列腺窝、精阜周围渗血予导尿管牵拉、局部压迫等处理后效果较好,建议退镜前应关闭冲洗液,仔细观察膀胱颈一周是否存在活动性出血点。本组患者术后发生尿道狭窄例数偏多,与文献报道相差较大^[6],可能与手术操作欠熟练、手术时间过长、腺体部分残留、术后留置导尿时间过长等存在一定关系,有报道认为:术后留置尿管时间是导致尿道狭窄的主要危险因素,缩短停留尿管时间,避免局部炎症继发的水肿甚至缺血坏死,可能会减少术后尿道狭窄的发生率^[6]。本组尿道狭窄患者目前仍继续随访中,尚未发现有加重病例。

综上所述,在基层医院中,比较于激光手术的高费用,双极等离子前列腺电切术在治疗良性前列腺增生上费用相对低廉,且具有较高的安全性及疗效。

参考文献

- 1 马明,龚彬彬,杨小荣,等.经尿道等离子剜除术与经尿道等离子电切术治疗良性前列腺增生的Meta分析[J].中国老年学杂志,2017,37(1):144-147.
- 2 朱长云,谢欣,蔡林林,马建国.2 μm 钪激光治疗良性前列腺增生的临床研究(附35例报告)[J].中国男科学杂志,2017,31(6):54-56.
- 3 邵圣城,范祎,钟达川,等.经尿道钪激光前列腺切除术与经尿道前列腺电切术的比较研究[J].全科医学临床与教育,2015,13(3):314-316.
- 4 范俊.大体积前列腺增生的不同微创手术治疗的疗效对比研究[J].临床泌尿外科杂志,2018,33(1):67-70.
- 5 陈小敏,刘全明,王子良,等.经尿道双极等离子电切治疗重度前列腺增生症[J].全科医学临床与教育,2007,5(4):296-297.
- 6 毛宗林,钟海虎,汤志威,等.经尿道前列腺电切、双极等离子电切与2 μm激光治疗前列腺增生术后并发症尿道狭窄的相关因素分析[J].中华腔镜泌尿外科杂志(电子版),2015,9(4):278-281.

(收稿日期 2018-03-29)

(本文编辑 蔡华波)