

经尿道等离子电切术前行膀胱造瘘治疗巨大前列腺增生伴尿潴留 45 例

吴 岩,丛 军,于得水,李 琛,马 贵,徐新宇,施卫国,程晓冬,顾震华,董 坚

(南京医科大学附属无锡第二人民医院泌尿外科,江苏 无锡 214000)

[摘要] 目的:探讨经尿道等离子电切术前行膀胱造瘘治疗巨大良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)伴尿潴留的手术疗效比较。方法:2007年3月~2010年11月确诊为巨大 BPH 伴尿潴留患者 45 例随机分为 2 组,统计分析患者一般资料、术前国际前列腺症状(international prostate symptom score, IPSS)计分、生活质量(quality of life, QOL)评分、前列腺体积及术中前列腺切除重量、手术时间、术中失血量、留置导尿管时间及住院时间。结果:2 组患者的年龄、病程、前列腺体积、IPSS 及 QOL 评分等指标无差异($P > 0.05$)。手术时间及术中出血量方面均有显著差异($P < 0.05$),留置导尿管时间及住院时间方面无明显差异($P > 0.05$)。结论:对于巨大 BPH 伴尿潴留患者,术前常规行膀胱造瘘,可减少术中出血量、缩短手术时间,提高手术安全性。

[关键词] 前列腺增生;经尿道前列腺等离子汽化电切术;膀胱造瘘

[中图分类号] R697.32

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2013)05-709-02

doi:10.7655/NYDXBNS20130533

随着我国老龄化进程的加快,良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)的发病率呈现明显增加趋势,BPH 已成为我国老年男性最常见的疾病之一,同时也是我国泌尿外科最常见的疾病之一。对于巨大 BPH 患者,以往多采用开放手术,近年来随着电切等设备的发展,腔内微创手术已成为主流术式。本文研究巨大 BPH 伴尿潴留患者行等离子电切术前行膀胱造瘘对手术疗效的影响,现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

2007年3月~2010年11月于南京医科大学附属无锡第二人民医院确诊为 BPH 伴尿潴留的男性患者 45 例。纳入标准:前列腺体积 ≥ 100 ml,诊断明确,无绝对禁忌证者。将术前 3 d 常规行膀胱造瘘的患者设为 A 组共 23 例,将术中造瘘的患者设为 B 组共 22 例。术前均行国际前列腺症状(international prostate symptom score, IPSS)及生活质量(quality of life, QOL)评分,因入院时均伴尿潴留,未测定最大尿流率及残余尿量。

1.2 方法

A 组术前 3 d 拔除导尿管,行 B 超定位下膀胱造瘘。B 组保留导尿至手术。两组均采用标准经尿道前列腺等离子汽化电切术(transurethral bipolar

plasma kinetic prostatectomy, TUPKP),设备为英国 Gyrus 等离子双极内窥镜系统,电切功率 200 W,电凝功率 100 W,冲洗液为生理盐水,B 组术中行膀胱造瘘。术后持续膀胱冲洗 1~2 d,术后 3~5 d 拔除导尿管及膀胱造瘘管。

记录患者一般资料、术前 IPSS 评分、QOL 评分、前列腺体积及术中前列腺切除重量、手术时间、术中失血量(Desmonol 比色法)、留置导尿管时间和住院时间。

1.3 统计学方法

采用 SPSS13.0 软件进行统计分析。数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验, $P \leq 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2 组数据方差齐,年龄、病程、前列腺体积、IPSS 及 QOL 评分经 t 检验,差异均无统计学意义($P > 0.05$,表 1)。45 例患者均由同一泌尿外科医师完成手术,均未输血,未发生电切综合征。2 组在手术时间及术中出血量方面均存在显著差异($P < 0.05$),在留置导尿管时间及住院时间方面无明显差异($P > 0.05$,表 2)。

3 讨论

BPH 主要依靠药物及手术治疗。经尿道前列腺

表1 2组患者一般资料比较

(x ± s)

组别	年龄(岁)	病程(年)	前列腺体积(ml)	IPSS评分(分)	QOL评分(分)
A组(n=23)	71.5 ± 4.3	6.8 ± 8.3	123.6 ± 25.6	29.42 ± 4.70	6.24 ± 0.87
B组(n=22)	70.5 ± 4.2	7.5 ± 9.6	119.7 ± 30.2	28.24 ± 5.92	5.85 ± 1.16

表2 2组患者术中及术后情况比较

(x ± s)

观察指标	A组(n=23)	B组(n=22)	t值	P值
手术时间(min)	50.56 ± 21.36	67.86 ± 20.78	5.36	< 0.05
术中出血量(ml)	75.36 ± 49.63	98.36 ± 58.63	-6.31	< 0.05
留置导尿管时间(d)	3.12 ± 1.25	3.32 ± 1.51	0.83	> 0.05
住院时间(d)	4.12 ± 1.78	4.54 ± 1.92	1.50	> 0.05

电切术(transurethral resection of prostate, TURP)患者术后恢复快、疗效确切,已成为目前公认的治疗BPH的金指标,其主要并发症为出血较多及电切综合征,既往主要适用于前列腺质量< 80 g的BPH患者。随着人口结构不断老龄化,BPH特别是巨大BPH患者呈逐年增加趋势。目前,巨大BPH尚无统一的定义。有学者认为前列腺质量超过200 g即称巨大BPH^[1]。对于TURP,Rajbabu等^[2]认为前列腺体积> 100 ml可称为巨大BPH,本文采用此种定义。

巨大BPH的治疗,以往主要以开放前列腺摘除为主,随着电切设备的不断改进和术者的经验积累,特别是TUPKP的应用,使得前列腺手术的安全性大大提高,手术适应证的选择可以不受前列腺体积的限制^[3-4]。TUPKP术中视野清楚,切到前列腺包膜处有阻力感,较少导致包膜穿孔和液体外渗。而且等离子电切高频电流只在局部形成回路,对人体电生理影响较小,可有效防止闭孔反射。等离子刀切割靶组织表面温度仅40~70℃,凝固层薄,热穿透效应较低,切割精细,止血效果好,因此提高了手术安全性,保证了组织切净率^[5-6]。

巨大BPH患者常伴尿潴留。本文体会,BPH伴尿潴留患者术前3 d行膀胱造瘘并拔除导尿管,可降低导尿管相关尿路感染几率,减轻对尿道黏膜的刺激及炎症反应,减少术中出血量,本研究中术前造瘘组的术中出血量及手术时间明显少于术中造瘘组($P < 0.05$)。此外,虽然TUPKP冲洗液为生理盐水,术中出血较TURP少,患者发生电切综合征的几率较低,但高压状态下仍被动吸收较多液体,增加了发生电切综合征的几率^[7]。本文体会,巨大BPH行膀胱造瘘低压电切,节省了高压灌注时的放液间隔时间,同时又可使膀胱处于低压排空状态,膀胱内压低,使电凝更为方便,也避免了组织碎块、血块等堵塞,有效保持术野清晰,从多方面缩短了手术时间。术中低压

灌注减少静脉窦对冲洗液的被动吸收,术中血压波动较小,止血快速有效,增加了患者对手术的耐受能力。

因此,对于巨大BPH伴尿潴留患者,术前常规行膀胱造瘘并拔除导尿管,可减少术中出血量、缩短手术时间,提高手术安全性。

[参考文献]

- [1] Autorino R, De Sio M, D'Armiento M. Bipolar plasmakinetic technology for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: evidence beyond marketing hype? [J]. *BJU Int*, 2007, 100(5): 983-985
- [2] Rajbabu K, Chandrasekara SK, Barber NJ, et al. Photoselective vaporization of the prostate with the potassium-titanyl-phosphate laser in men with prostates of >100 ml [J]. *BJU Int*, 2007, 100(3): 593-598
- [3] Iori F, Franco G, Leonardo C, et al. Bipolar transurethral resection of prostate: clinical and urodynamic evaluation [J]. *Urology*, 2008, 71(2): 252-255
- [4] Huang X, Wang XH, Qu LJ, et al. Bipolar versus monopolar transurethral resection of prostate: pathologic study in canines [J]. *Urology*, 2007, 70(1): 180-184
- [5] 黄圳, 丁建业, 熊萍, 等. 经尿道单极前列腺切除术与经尿道等离子前列腺切除术的疗效及安全性比较 [J]. *中华腔镜泌尿外科杂志: 电子版*, 2011, 5(4): 282-285
- [6] Akgol T, Nuhoglu B, Polar O, et al. An invitro study comparing the coagulation and cautery effects of bipolar and unipolar cutting modalities on prostatic tissue [J]. *Uro Int*, 2009, 83(4): 458-461
- [7] Kong CH, Ibrahim MF, Zainuddin ZM. A prospective, randomized clinical trial comparing bipolar plasma kinetic resection of the prostate versus conventional monopolar transurethral resection of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia [J]. *Ann Saudi Med*, 2009, 29(6): 429-433

[收稿日期] 2012-11-07