

# 经尿道等离子前列腺电切术和剜除术治疗前列腺增生的效果研究

张义江

(安平网都医院 外科 053600)

**摘要:**目的:分析前列腺增生患者的最佳临床治疗方案。方法:将我院泌尿外科自2021年1月至2023年6月期间收治的120例前列腺增生患者纳入至此次临床研究范畴,首先按照随机性、数字化的临床分组原则,实施如下分组,即对照组60例(经尿道等离子前列腺电切术治疗)与试验组60例(经尿道等离子前列腺剜除术治疗),对比两组患者手术指标、术后并发症情况、手术前后的前列腺症状评分三项数据。结果:试验组患者的手术时间、尿管留置时间及住院时间均较对照组显著减少( $p < 0.05$ )。同时其并发症发生率较对照组明显降低( $p < 0.05$ )。结论:相较于经尿道等离子前列腺电切术,经尿道等离子前列腺剜除术在前列腺增生患者的临床上更具应用价值,不仅有助于改善患者的临床症状,同时也促进临床治疗安全性的提升,发挥了事半功倍的作用。

**关键词:**经尿道等离子前列腺电切术;经尿道等离子前列腺剜除术;前列腺增生

良性前列腺增生作为临床上一种高发的男性生殖系统疾病,有着较高的发病率。临床研究显示:在我国60岁以上的男性中,约有半数均深受前列腺增生疾病的困扰<sup>[1]</sup>。其临床症状为排尿困难、尿频、尿急、尿痛,病情严重者会导致其肾功能显著下降。临床上需及时给予患者手术治疗,以改善其临床症状,恢复正常的生理机能,在众多的临床手术方案中,以经尿道前列腺电切术、经尿道前列腺等离子电切术为常用术式,而对于二者疗效的差异性,则是此次临床调查的重点内容。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院泌尿外科自2021年1月至2023年6月期间收治的120例前列腺增生患者纳入至此次临床研究范畴,首先按照随机性、数字化的临床分组原则,实施如下分组,即对照组60例与试验组60例,具体临床资料分布如下:

对照组:年龄区间为64—76岁,平均年龄为(69.83±0.17)岁,病程均为1—5年,平均病程为(3.26±0.24)年;试验组:年龄区间为65—75岁,平均年龄为(69.75±0.25)岁,病程均为1—5年,平均病程为(3.37±0.13)年。两组入选对象的年龄、病程等临床资料的数据对比经临床证实无统计学意义,可作进一步临床数据比较( $p > 0.05$ )。

入选标准:(1)临床症状、造影检查结果均与《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》中关于前列腺增生疾病诊断标准一致<sup>[2]</sup>;(2)未伴有严重精神障碍、认知功能障碍、沟通交流障碍;(3)首次接受该手术治疗;(4)未伴有严重器质性病变、恶性肿瘤疾病;(5)自愿参与此次临床调查工作。

剔除标准:(1)伴有严重精神障碍、认知功能障碍;(2)沟通能力不佳;(3)有相关疾病史;(3)临床资料不全。

### 1.2 方法

所有患者均做好充分的术前准备工作,具体包含如下:

所用手术器械,设备名称为等离子双极电切镜系统,合理调整仪器参数:电凝功率:100W;电切功率:160W;术前应用生理盐水持续冲洗仪器,所用麻醉方案均为硬膜外阻滞麻醉,采取膀胱截石位,在监视器的指示下入镜。

1.2.1 对照组 手术医生首先标记患者膀胱6点位置至精阜近端,确保其深度至前列腺外科包膜,同时于12点方向予以标记,同时也确保其深度与其深度至前列腺外科包膜。随即应用离子双极系统对增生实施切除治疗,同时予以电凝止血,切除完毕后由手术医生对创面予以修整,并确保手术切除的最大范围至外括约肌。最后清理残余的组织碎块,并予以修整,在确保患者的膀胱处于亏空状态后实施导尿,并注入40—60ml生理盐水并对导尿管予以固定处理。

1.2.2 试验组 由手术医生首先于患者的6点处切除其侧叶近精阜处黏膜、精阜近端尿道黏膜,并借助电切镜逆推法探测其外科包膜与腺体,并应用电切镜剥离增生腺体,在剥离的过程中采取电凝止血,并采取相同的步骤对前列腺外科包膜内侧实施剥离。之后沿着12点的位置,由上至下切除剥离腺体,并借助冲洗器对膀胱进行持续性冲洗,最后清理残余的组织碎块,并予以修整,在确保患者的膀胱处于亏空状态后实施导尿,并注入40—60ml生理盐水并对导尿管予以固定处理。

### 1.3 观察指标

1.3.1 手术指标 统计两组患者的手术时间、尿管留置时间及住院时间。

1.3.2 术后并发症 统计两组患者中出现包膜穿孔、尿道狭窄、暂时性尿失禁三种并发症类型的患者占比。

1.3.3 前列腺症状评分 借助前列腺症状评分量表(IPSS)开展专项评分,评分标准为0—35分,且分值与临床症状呈负相关,即

随着分值的增加,其临床症状呈加重型进展<sup>[3]</sup>。

#### 1.4 统计学方法

此次临床调查所得两组患者手术指标、术后并发症情况、手术前后的前列腺症状评分三项数据的统计学处理均借助 SPSS22.0 版本的统计学软件来完成,计量资料为( $\bar{x} \pm s$ );计数资料为%,分别以 T 与  $\chi^2$  作为其临床检验工具,数据统计比较标准:  $p < 0.05$ 。

### 2. 结果

#### (1) 两组患者手术指标比较结果

据统计,试验组的手术时间、尿管留置时间及住院时间均较对照组显著减少( $p < 0.05$ )。

表 1: 两组患者手术指标比较结果 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	数量	手术时间 (min)	尿管留置时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	60	186.47 ± 0.53	6.34 ± 0.16	8.21 ± 0.29
试验组	60	102.85 ± 0.15	4.39 ± 0.21	6.47 ± 0.53
T	-	1175.920	57.212	22.308
p	-	0.000	0.000	0.000

#### (2) 两组患者的术后并发症情况比较结果

据统计,对照组的并发症发生率为 11.67%,试验组的并发症发生率低至 1.67%,数据结果的比较显而易见,试验组的并发症发生率显著低于对照组( $p < 0.05$ )。

表 2: 两组患者的术后并发症情况比较结果 n (%)

组别	数量	包膜穿孔	尿道狭窄	暂时性尿失禁	并发症发生率
对照组	60	2 (3.33)	1 (1.67)	4 (6.67)	7 (11.67)
试验组	60	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.67)	1 (1.67)
$\chi^2$	-	-	-	-	4.821
p	-	-	-	-	0.028

#### (3) 两组患者干预前后的前列腺症状评分比较结果

干预前,两组患者的前列腺症状评分比较结果无统计学意义( $p > 0.05$ ),干预后,试验组的前列腺症状评分较对照组明显降低( $p < 0.05$ )。

表 3: 两组患者干预前后的前列腺症状评分比较结果( $\bar{x} \pm s$ )

组别	数量	干预前	干预后
对照组	60	24.14 ± 0.26	9.47 ± 0.23
试验组	60	24.17 ± 0.23	7.11 ± 0.09
T	-	0.669	74.015
p	-	0.504	< 0.001

### 3. 结论

前列腺是男性人群特有的器官,其生理机能在于控制尿液、输

送精液。而前列腺增生作为临床上一种常见的疾病类型,也是影响我国广大男性泌尿生殖健康的主要临床疾病。相比于中青年男性,合并脏器损伤的老年男性,其患有前列腺增生的风险显著提升。

在医疗技术快速发展的社会形势下,前列腺增生疾病的临床诊疗体系也愈发成熟。以经尿道等离子切除术、经尿道等离子前列腺切除术为常用的术式。前者充分利用电环内的工作电极与回路电极之间的高能量,并借助其产生的能量切割止血,该术式有着穿透力强、损伤低的优势,能够迅速止血。而随着其在临床上的广泛应用,一些临床工作者发现该术式尚且存在相应的弊端,因为出血量大,再加上其安全性不足,在一定程度上增加了患者的并发症风险。随着临床诊疗技术的快速发展,经尿道等离子前列腺切除术逐步取代了经尿道等离子切除术,并成为前列腺增生患者的首选诊疗方案,实践证明,经尿道等离子前列腺切除术凭借其操作便捷、安全性高、疗效确切、预后快等优势获得了众多临床工作者及患者的高度认可。

通过此次临床调查工作的开展,深入分析了经尿道等离子切除术、经尿道等离子前列腺切除术两种手术治疗方案在前列腺增生临床上取得的不同效果,结果得知:采取经尿道等离子前列腺切除术治疗的患者,其手术时间、尿管留置时间、住院时间均显著缩短,同时其并发症发生率也由 11.67%降低至 1.67%。

综上所述,相较于经尿道等离子前列腺电切术,经尿道等离子前列腺切除术在前列腺增生患者的临床上更具应用价值,促进临床治疗安全性的提升,是广大前列腺增生患者的首选诊疗方案。

#### 参考文献:

[1]徐柳,胡俊杰,多吉扎西等.经尿道等离子前列腺电切术与经尿道等离子前列腺切除术联合电切术在高原地区治疗良性前列腺增生的临床疗效和安全性比较[J].临床泌尿外科杂志,2023,38(12):961-965.

[2]黄玉清,张良,魏胜红.经尿道等离子前列腺切除术与电切术治疗高危良性前列腺增生症的临床效果[J].中国当代医药,2023,30(31):72-76.

[3]舒震宇,杨国联.钬激光前列腺切除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生患者的效果比较[J].中国民康医学,2023,35(20):156-158.

作者简介:姓名:张义江,性别:男,出生年月日:1981年6月20日,籍贯:河北省唐山市,职称:副主任医师,学历:本科,毕业院校:河北医科大学。