

4 蒙海强,王 玲. 新型免疫抑制剂治疗小儿肾病综合征的研究进展[J]. 中国临床新医学, 2009,2(5):488-491.

5 李 冀. 神经钙调蛋白抑制剂、环磷酰胺治疗儿童激素耐药型肾病综合征疗效差异的系统评价[J]. 山东医药,2017,57(20):46-48.

6 张宏文,肖慧捷,姚 勇. 他克莫司治疗小儿肾病综合征致急性肾衰竭 3 例报告[J]. 临床儿科杂志,2017,35(6):409-411.

7 李永珍,何庆南. 原发性肾病综合征免疫发病机制研究进展[J]. 国际儿科学杂志,2016, 43(1):51-55.

8 叶 琨,王浩宇,龚智峰,等. 激素抵抗型肾病综合征患者 T 淋巴细胞亚群及调节性 T 细胞的变化及意义[J]. 中国临床新医学, 2014,7(2):99-103.

9 周优丽,沈增晖,姚 云,等. 他克莫司联合激素对儿童激素耐药难治性肾病综合征的疗效研究[J]. 儿科药科学杂志, 2016,22(3):21-23.

10 罗 丹,姜 红. 儿童激素耐药型肾病综合征的治疗进展[J]. 实用药物与临床, 2013,16(8):731-733.

11 Bock ME, Cohn RA, Ali FN. Treatment of childhood nephrotic syndrome with long-term, low-dose tacrolimus[J]. Clin Nephrol, 2013, 79(6):432-438.

12 Supavekin S, Surapaitoolkorn W, Kurupong T, et al. Tacrolimus in steroid resistant and steroid dependent childhood nephrotic syndrome [J]. J Med Assoc Thai, 2013, 96(1):33.

13 于生友,于 力,郝志宏,等. 他克莫司治疗儿童激素依赖型与耐药型肾病综合征疗效评价[J]. 中国实用儿科杂志, 2013, 28(5):366-369.

14 刘翠华,田 明,李玉柳,等. 激素敏感型肾病综合征患儿复发的预测因素[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, (22):1744-1746.

15 张佳仪,魏素玲,芮淑敏,等. 他克莫司治疗儿童激素抵抗型肾病综合征研究进展[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017,32(5):392-395.

[收稿日期 2018-07-01][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

临床论著

经尿道前列腺等离子剝除术与切除术治疗
前列腺增生的效果比较

李万全

作者单位: 473400 河南,唐河县人民医院泌尿外科
作者简介: 李万全(1978-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:泌尿外科疾病诊治。E-mail:liwanquan2000@163.com

【摘要】 目的 比较经尿道前列腺等离子剝除术(PKEP)与经尿道前列腺等离子切除术(PKRP)治疗良性前列腺增生症(BPH)的临床效果。**方法** 选取 2013-04~2016-04 该院收治的 170 例 BPH 患者,根据手术方式不同分为观察组($n=85$)和对照组($n=85$),对照组患者行 PKRP 治疗,观察组患者行 PKEP 治疗,观察两组围术期各项指标情况、术后并发症情况以及远期疗效。**结果** 观察组膀胱冲洗时间、手术时间、导尿管留置时间、术中出血量及术后住院时间均少于对照组,腺体切除量大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组并发症发生率为 11.8%,对照组并发症发生率为 7.1%,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 90 d,两组最大尿流率(Q_{max})、残余尿量(RUV)、前列腺症状评分(IPSS)和生活质量指数(QOL)比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 对 BPH 的治疗,PKEP 比 PKRP 具有手术时间短、术中出血量少及腺体切除更彻底等优势,且并发症并未显著增加,值得推广应用。

【关键词】 经尿道前列腺等离子剝除术; 经尿道前列腺等离子切除术; 良性前列腺增生; 治疗效果

【中图分类号】 R 697.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2019)11-1233-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.11.22

Comparison of the effects on treatment of benign prostatic hyperplasia between plasmakinetic enucleation of prostate and plasmakinetic resection of prostate LI Wan-quan. Department of Urinary Surgery, the People's Hospital of Tanghe County, Henan 473400, China

【Abstract】 Objective To analyze the clinical effects of plasmakinetic enucleation of prostate (PKEP) and plasmakinetic resection of prostate (PKRP) on benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** One hundred and seventy cases of BPH in the People's Hospital of Tanghe County from April 2013 to April 2016 were divided into observa-

tion group($n=85$) and control group($n=85$) according to different surgical methods. The patients in the control group were treated with PKRP, and the patients in the observation group were treated with PKEP. The perioperative indicators, postoperative complications and long-term outcomes were observed and compared between the two groups.

Results The time of bladder irrigation, the time of operation, the indwelling time of urethral catheter, and the time of postoperative hospitalization in the observation group was significantly shorter than that in the control group($P<0.05$). The amount of intraoperative bleeding in the observation group was significantly less than that in the control group($P<0.05$). The volume of prostate glands resected in the observation group was significantly larger than that in the control group($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of complications between the observation group(11.8%) and the control group(7.1%)($P>0.05$). There were no significant differences in $Q_{\max}$, RUV, IPSS and QOL between the two groups 90 days after treatment($P>0.05$). **Conclusion** Compared with PKRP, PKEP has the advantages of shorter operation time, less intraoperative bleeding and more thorough resection of the prostate glands for the treatment of BPH, and the complications of PKEP are not increased significantly. It is worth to be applied widely.

[**Key words**] Plasmakinetic enucleation of prostate(PKEP); Plasmakinetic resection of prostate(PKRP); Benign prostatic hyperplasia(BPH); Therapeutic effect

良性前列腺增生症(benign prostatic hyperplasia, BPH)可引起中老年男性下尿路症状(lower urinary tract symptoms, LUTS),严重影响患者的生活质量, BPH的常见症状包括开始排尿困难、尿流细、尿急以及夜尿多,治疗方案主要有药物治疗和传统手术治疗^[1]。药物治疗为一线治疗方案,但长期用药具有不良反应,且大大增加患者的经济压力,随着腔镜技术的发展,经尿道前列腺等离子剜除术(plasmakinetic enucleation of prostate, PKEP)和经尿道前列腺等离子切除术(plasmakinetic resection of prostate, PKRP)在临床上逐渐得到普及^[2]。本研究对我院收治的170例BPH患者分别行PKEP和PKRP治疗,比较

两种手术的治疗效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013-04~2016-04我院收治的170例BPH患者,根据手术方式不同分为观察组和对照组各85例。纳入标准:(1)所有患者均符合《良性前列腺增生临床诊治指南》的诊断标准^[3];(2)所有患者均符合BPH外科治疗的适应证;(3)患者自愿加入研究并签署知情同意书。排除已接受PKEP和PKRP之外的其他治疗方法的患者。两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者基线资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	病程(年)	前列腺重量(g)	残余尿量(ml)	前列腺症状评分(分)	最大尿流率(%)
观察组	85	65.1±2.3	6.4±1.7	64.0±10.2	112.4±12.7	24.7±3.5	5.3±0.9
对照组	85	65.4±2.8	6.1±1.7	64.2±10.5	115.8±12.2	24.9±3.7	5.5±0.6
t	-	0.763	1.150	0.997	1.073	0.978	0.583
P	-	0.446	0.252	0.753	0.824	0.713	0.926

1.2 方法

1.2.1 对照组患者进行PKRP治疗 具体操作如下:(1)患者给予连续硬膜外阻滞麻醉,取膀胱截石位;(2)在6点钟部位沿着膀胱颈至精阜近端做一标志沟,切口深度直至暴露前列腺外科包膜;(3)在12点钟部位做另一标志沟,一边切除增生的前列腺组织一边止血;(4)修整前列腺尖部和整个创面,可见一个较光滑平整的腔隙;注意切割范围勿损伤外括约肌,勿超过精阜;(5)Ellik吸引器吸出切碎的组织块,止血,留置导尿管,在气囊中注入20~35 ml生理盐水,固定导尿管。

1.2.2 观察组患者进行PKEP治疗 具体操作如下:(1)患者给予连续硬膜外阻滞麻醉,取膀胱截石位;(2)在6点钟部位使用电切襻电切近精阜处黏膜以及精阜近端尿道黏膜,找到前列腺增生腺体组织和外科包膜间隙;(3)采用电切镜镜鞘一边沿着外科包膜逆推剥离增生的前列腺腺体组织,一边电凝止血,沿着前列腺外科包膜内侧面向膀胱颈方向按6~12点钟位置逆行剥离;(4)留存5~7点钟部位处前列腺下半部与膀胱颈相连的部分,在12点钟部位从上至下、由浅入深地切除已剥离的腺体,完成切除后冲洗膀胱,Ellik吸引器清除组织碎块,切平、

修整创面,再修整前列腺尖部;(5)止血处理,留置导尿管,气囊中注入 20~35 ml 生理盐水,固定导尿管。

1.3 观察指标 观察分析两组患者的围术期各项指标情况、术后并发症情况以及远期疗效。围术期各项指标主要包括膀胱冲洗时间、手术时间、导尿管留置时间、术中出血量、术后住院时间及腺体切除量。远期疗效包括最大尿流率($Q_{\max}$)、残余尿量(RUV)、前列腺症状评分(IPSS,总分 35 分,分值越高,前列腺症状越严重)、生活质量指数(QOL,总分 6 分,分值越高,生活质量越低)。

表 2 两组患者围术期各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	膀胱冲洗时间(h)	手术时间(min)	导尿管留置时间(d)	术中出血量(ml)	术后住院时间(d)	腺体切除量(g)
观察组	85	19.1±2.7	55.8±10.3	3.1±0.9	62.4±13.5	5.5±1.2	56.6±4.7
对照组	85	34.6±2.2	87.4±11.0	5.5±0.4	88.9±14.7	8.7±1.6	44.2±5.8
<i>t</i>	—	-41.031	-19.333	-22.466	-12.241	-14.751	15.314
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术后并发症发生率比较 观察组并发症发生率高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者术后并发症发生率比较[$n(\%)$]

组 别	例数	前列腺包膜穿孔	暂时性尿失禁	膀胱痉挛	并发症发生率
观察组	85	2	5	3	10(11.8)
对照组	85	1	3	2	6(7.1)

注:两组并发症发生率比较, $\chi^2=1.104,P=0.293$

2.3 两组患者远期疗效比较 术后 90 d,两组患者的 $Q_{\max}$ 、RUV、IPSS 和 QOL 比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者远期疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	$Q_{\max}(\%)$	RUV(ml)	IPSS(分)	QOL(分)
观察组	85	22.5±3.8	9.6±2.4	5.7±0.9	1.4±0.2
对照组	85	22.3±3.6	9.8±3.2	5.6±0.5	1.3±0.7
<i>t</i>	—	0.352	0.472	1.049	1.266
<i>P</i>	—	0.725	0.552	0.197	0.207

3 讨论

BPH 是前列腺的非癌性增生,80 岁以上男性的患病率约为 90.0%^[4]。根据患者的病情不同,其治疗方式也有差异。若患者无明显症状变化,症状轻且对生活质量暂无影响,可等待观察,密切监测;若在监测过程中发现病情加重,可进行药物治疗;若药物治疗无法控制,可考虑手术治疗^[5]。当前,临

1.4 统计学方法 应用 SPSS19.0 统计学软件分析数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以百分率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围术期各项指标比较 观察组患者膀胱冲洗时间、手术时间、导尿管留置时间、术中出血量及术后住院时间均少于对照组患者,腺体切除量大于对照组患者,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

床上治疗 BPH 的手术方式较多,传统常采用开放手术治疗,但是存在创伤大、术后恢复慢及并发症多的缺陷,在临床上正逐渐被淘汰,而被腔镜手术所替代。在治疗 BPH 的腔镜手术中,PKRP 因疗效确切成为 BPH 治疗的金标准,而由于 PKRP 术中出血量较大、腺体残留导致再梗阻,影响患者预后,导致其在临床上进一步的应用受到限制^[6,7]。近年来,大量研究发现 PKEP 治疗 BPH 具有良好的临床疗效,逐渐应用于临床,PKEP 可以更完整地切除增生的腺体,减少术中出血量,保持膀胱颈完整性,并减少^[8,9]。对于前列腺尖部的处理,通常是经尿道前列腺手术的重点和难点,其手术的关键技巧在于正确找到剥离层面,处理尖部时尽量避免过度撬压腺体,减少对尖部的电凝,这样可有效避免外括约肌损伤,保护外括约肌功能,减少术后尿失禁的发生。传统的手术方法容易导致尖部腺体残留,电切时若伤到尿道外括约肌,会造成术后尿失禁的发生;PKEP 在术中由于先将前列腺尖部的腺体组织剥离后再进行切除,大大减少了对尿道外括约肌的损伤^[10,11]。本研究中发现,当患者前列腺轻度增生并以纤维组织增生为主时,这些患者增生的前列腺与外科包膜粘连明显不易分离,这种情形下应避免行 PKEP 治疗。此外,在前列腺增生合并反复前列腺炎史、前列腺部位做过注射或射频等治疗以及浸润性前列腺癌缺乏外科包膜界限不能作推切动作这几种情形下,也应避免行 PKEP 治疗^[12~15]。在本研究中,观察组患者膀胱冲洗时间、手术时间、导尿管留置时间、

术中出血量及术后住院时间均少于对照组患者,腺体切除量大于对照组患者,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组并发症发生率以及远期疗效与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),从围术期指标上看,PKEP 更具优势,且腺体切除更彻底,可降低疾病复发率。

综上所述,对于 BPH 的治疗,PKEP 比 PKRP 具有手术时间短、术中出血量少及腺体切除更彻底等优势,且并发症并未显著增加,值得推广应用。

参考文献

- 1 卢一平,梁嘉宇.良性前列腺增生微创治疗新进展[J].中华男科学杂志,2016,22(5):387-392.
- 2 彭延慧,李民雄.经尿道等离子前列腺剝除术与电切术治疗前列腺增生症的效果对比[J].中国医药导报,2013,10(11):43-44,47.
- 3 张祥华,王行环,王刚,等.良性前列腺增生临床诊治指南[J].中华外科杂志,2007,45(24):1704-1707.
- 4 高新,庞俊.老年人良性前列腺增生症与内科疾病[J].中华老年医学杂志,2006,25(6):474-476.
- 5 张彬,朱亚宏,王进,等.经尿道等离子前列腺电切术和前列腺剝除术治疗前列腺增生的临床效果对比分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(7):52,54.
- 6 周常宝,游晓青.经尿道前列腺等离子腔内剝除术与切除术治疗良性前列腺增生的对比分析[J].基层医学论坛,2017,21(16):2063-2065.

- 7 王新.分析经尿道双极等离子前列腺电切术和前列腺剝除术治疗良性前列腺增生的疗效[J].中国医药指南,2016,14(35):82-83.
- 8 林宁峰,刘昌明,李国敏.经尿道等离子前列腺电切术和剝除术治疗前列腺增生的临床疗效比较[J].当代医学,2011,17(27):58-60.
- 9 Ran L, He W, Zhu X, et al. Comparison of fluid absorption between transurethral enucleation and transurethral resection for benign prostate hyperplasia[J]. Urol Int, 2013, 91(1):26-30.
- 10 施长荣,王丽波,白树华,等.经尿道前列腺等离子腔内剝除术与切除术治疗前列腺增生的临床分析[J].中国医药指南,2016,14(18):64-65.
- 11 罗彬,李正明,李刚,等.经尿道等离子前列腺剝除术和电切术治疗前列腺增生的效果比较[J].中国医药导报,2014,11(20):28-30,40.
- 12 褚校涵,许长宝,郝斌,等.前列腺双极等离子汽化电切术对心脏起搏器工作的影响观察[J].临床泌尿外科杂志,2012,27(2):146-147.
- 13 王伟清.高危前列腺增生经尿道电切术的安全性及效果探讨[J].临床医学,2014,34(12):82-83.
- 14 李磊,毛敏,李兴斌,等.经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生症的临床观察[J].四川医学,2014,35(8):990-992.
- 15 邱敏捷,庞程,田浩,等.经尿道前列腺剝除术治疗老年前列腺增生的疗效[J].中国老年学杂志,2015,35(3):665-667.

[收稿日期 2018-06-19][本文编辑 韦所苏 刘京虹]

临床论著

结直肠癌患者术后吻合口瘘发生的危险因素分析

曾庆智, 黄启奎, 邓杰建

作者单位: 535300 广西,浦北县人民医院普外科

作者简介: 曾庆智(1971-),男,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:普外科疾病的诊治。E-mail:tangzuoyihc@163.com

【摘要】目的 分析结直肠癌患者术后吻合口瘘发生的危险因素。**方法** 对该院 2006-01~2018-06 行结直肠癌根治术治疗的 459 例患者临床资料进行回顾性分析,采用单因素和多因素 Logisitic 回归分析探讨术后吻合口瘘发生的危险因素。**结果** 吻合口瘘发生率为 9.80% (45/459)。多因素 Logistic 回归分析结果显示年龄($OR = 2.815$)、术前合并糖尿病($OR = 4.872$)、术前合并低蛋白血症($OR = 3.258$)、肿瘤距肛门缘距离($OR = 4.153$)是结直肠癌术后吻合口瘘发生的危险因素。**结论** 年龄、术前合并糖尿病、术前合并低蛋白血症、肿瘤距肛门缘距离是结直肠癌术后吻合口瘘发生的危险因素,围术期应充分考虑这些因素的影响,并采取适当的预防措施。

【关键词】 结直肠癌; 吻合口瘘; 危险因素

【中图分类号】 R 735.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2019)11-1236-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.11.23