

经尿道前列腺等离子剝除术联合综合护理 对前列腺增生患者的影响

曹伟娟, 曹滨*

(靖江市人民医院泌尿外科, 江苏 泰州 241500)

【摘要】目的 研究经尿道前列腺等离子剝除术联合综合护理对前列腺增生患者尿流动力学、前列腺功能的影响。**方法** 选取2020年9月至2022年9月于靖江市人民医院就诊的前列腺增生患者60例,根据随机数字表法分为两组,对照组(30例,采用经尿道前列腺等离子电切术)和研究组(30例,采用经尿道前列腺等离子剝除术),两组患者围术期均进行综合护理干预,并于术后定期随访3个月。比较两组患者围术期相关指标,术前与术后3个月尿流动力学指标、国际前列腺症状评分表(IPSS)评分及KOLCABA舒适状况量表(GCQ)评分,术后并发症发生情况。**结果** 与对照组比,研究组患者手术时间、膀胱冲洗时间、尿管留置时间、住院时间均显著缩短,术中出血量显著减少;与术前比,术后3个月两组患者最大尿流率(Qmax)、膀胱最大储尿量(VMCC)及GCQ评分均显著升高,且研究组升高幅度更大;膀胱残余尿量(RUV)、IPSS评分显著降低,且研究组降低幅度更大(均 $P<0.05$);两组患者并发症总发生率(20.00% vs 3.33%)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 前列腺增生患者采用经尿道前列腺等离子剝除术联合综合护理干预,有利于缩短其手术时间,减少术中出血量,促进前列腺功能、尿道功能及膀胱功能的恢复,缩短患者住院时间,同时还可提高患者舒适度,术后安全性良好。

【关键词】 前列腺增生;经尿道前列腺等离子剝除术;经尿道前列腺等离子电切术;尿流动力学;膀胱功能

【中图分类号】 R697+3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.12.0123.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.12.040

前列腺增生是泌尿科常见疾病,临床症状主要表现为尿细无力、排尿困难、尿频等,严重影响患者的正常生活和工作。临床对于前列腺增生的发病机制尚无统一论,但主要与上皮细胞、间质细胞的过度增殖,细胞凋亡调控失调有关。经尿道前列腺等离子电切术一直作为治疗该疾病的金标准,但该手术方法因腺体切除不全面会增加远期复发的风险,导致患者预后不良^[1]。经尿道前列腺等离子剝除术是在经尿道前列腺等离子电切术的基础上形成的新型前列腺手术,其可将前列腺组织彻底切除,降低了复发率,也减少了对机体的损伤,具有切除彻底、恢复快等优点^[2]。此外,综合护理从术前、术中、术后进行护理干预,尤其是术后对患者预防尿失禁的干预,可辅助促进患者恢复健康^[3]。基于此,本研究旨在探讨经尿道前列腺等离子剝除术联合综合护理对前列腺增生患者的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2020年9月至2022年9月于靖江市人民医院就诊的前列腺增生患者60例,根据随机数字表法将其分为两组。对照组(30例)患者年龄50~75岁,平

均(64.13 ± 5.12)岁;病程1~5年,平均(2.85 ± 0.42)年;腺体体积30~105 mL,平均(64.39 ± 9.21) mL。研究组(30例)患者年龄51~76岁,平均(64.55 ± 5.08)岁;病程1~4年,平均(2.79 ± 0.59)年;腺体体积35~110 mL,平均(65.02 ± 9.05) mL。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间可比。纳入标准:符合《良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)》^[4]中的相关诊断标准;符合手术指征者;具有明显膀胱出口梗阻与下尿路症状等。排除标准:伴有其他泌尿系统疾病;前列腺癌;入院前服用抗凝药物等。本研究经院内医学伦理委员会审核并批准,且患者及其家属均签署知情同意书。

1.2 手术与护理方法

1.2.1 手术方法 对照组患者行经尿道前列腺等离子电切术:连续硬膜外麻醉,患者取膀胱截石位,通过尿道将电凝电切系统(浙江天松医疗器械股份有限公司,型号:DQ)置入,设置电切功率160 W,电凝功率80 W,以精阜为远端标志,以膀胱颈为近端标志,于病灶5~7点方向建立标志沟;由颈部开始直至近精阜部位,切割深度至腺体包膜,沿膀胱颈口12点方向,按照右侧叶、左侧叶、

作者简介: 曹伟娟,大学本科,主管护师,研究方向:泌尿外科疾病的护理。

通信作者: 曹滨,大学本科,副主任医师,研究方向:泌尿外科疾病的诊治。E-mail: 18961033228@189.cn

中侧叶的顺序依次切除前列腺增生组织，修整创面及前列腺尖部，将膀胱内前列腺碎屑吸出，创面修整后进行电凝止血。研究组患者行经尿道前列腺等离子剝除术，麻醉、体位选择、电切镜置入方法均同对照组，于膀胱颈部近端约 6 点方向，以点状切开尿道黏膜及前列腺部分组织，电切镜逆推找到外科包膜的间隙，沿该包膜进行镜性剥离，让前列腺包膜平面逐渐显露清晰；剥离后将电切镜逆推至膀胱颈，切除粘连纤维韧带并剥离至膀胱颈环形，之后快速将增生腺体切除，创面修整后进行电凝止血。术后均常规留置三腔导尿管，持续冲洗膀胱，直至冲洗液清亮后停止，并于术后定期随访 3 个月。

1.2.2 护理方法 所有患者均进行综合护理，①术前。掌握患者的病情、治疗情况及营养状况，为患者制定个体护理方案，告知术前需要准备的事项和施术全程的配合要点等。②术中。优化手术室环境，使手术室保持适宜的温度、湿度；优化麻醉方法，合理控制麻醉药物的剂量；提前对冲洗液和药液等进行加温和保温处理，减少术中低体温发生风险。③术后。去枕，患者保持平卧 6 h，之后可转为半卧。对患者膀胱引流液的性质、引流量进行监测；同时监测患者生命体征变化，及时了解患者疼痛程度，配合按摩、心理暗示、转移注意力等方法帮助患者止痛，重视保暖，确保患者体温正常。加强术后尿失禁的护理，术后拔出尿管后，尽早辅助患者进行提缩肛肌训练，促进恢复。

1.3 观察指标 ①围术期指标。包括手术、尿管留置、膀胱冲洗、住院时间及术中出血量。②尿动力学指标。采用尿动力学分析仪（成都维信电子科大新技术有限公司，型号:Nidoc 970A）检测患者术前、术后 3 个月最大尿流率（Qmax）、膀胱残余尿量（RUV）、膀胱最大储尿

量（VMCC）。③前列腺功能。采用国际前列腺症状评分表（IPSS）评分评估，包含 7 个项目，单项评分 0~5 分，满分 35 分，分值越高，症状越严重^[5]。④舒适度。采用 Kolcaba 舒适状况量表（GCQ）评估，包含 28 个项目，每个项目 1~4 分，满分 112 分，分值与舒适度成正比^[6]。⑤并发症。统计逆行射精、短暂性尿失禁、出血等并发症发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 24.0 统计学软件分析数据，计量资料符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验；计数资料以 [例 (%)] 表示，行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围术期指标比较 与对照组比，研究组患者手术、膀胱冲洗、尿管留置、住院时间均显著缩短，术中出血量显著减少，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者尿动力学指标比较 与术前比，术后 3 个月两组患者 Qmax、VMCC 均显著升高，且研究组升高幅度更大；RUV 显著降低，且研究组下降幅度更大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者 IPSS、GCQ 评分比较 与术前比，术后 3 个月两组患者 IPSS 显著降低，且研究组显著低于对照组；GCQ 评分显著升高，且研究组显著高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

2.4 两组患者并发症发生情况比较 两组患者并发症总发生率（20.00% vs 3.33%）比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 4。

表 1 两组患者围术期指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	膀胱冲洗时间 (d)	尿管留置时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	30	77.25 ± 16.42	235.14 ± 54.10	1.42 ± 0.24	4.12 ± 0.29	12.03 ± 1.15
研究组	30	59.15 ± 15.01	126.34 ± 32.04	1.04 ± 0.15	2.03 ± 0.85	8.23 ± 1.34
t 值		4.456	9.478	7.354	12.746	11.787
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者尿动力学指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	Qmax(mL/s)		RUV(mL)		VMCC(mL)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
对照组	30	9.62 ± 3.02	20.05 ± 3.52*	99.32 ± 25.32	26.13 ± 0.55*	233.68 ± 20.15	355.19 ± 30.86*
研究组	30	9.55 ± 3.23	23.25 ± 4.15*	100.22 ± 24.66	23.01 ± 0.43*	239.64 ± 20.46	398.47 ± 30.25*
t 值		0.087	3.221	0.139	24.478	1.137	5.486
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与术前比，* $P < 0.05$ 。Qmax：最大尿流率；RUV：膀胱残余尿量；VMCC：膀胱最大储尿量。

表 3 两组患者 IPSS、GCQ 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IPSS 评分		GCQ 评分	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
对照组	30	25.25 \pm 3.98	10.25 \pm 2.03*	60.19 \pm 6.23	80.13 \pm 4.38*
研究组	30	25.88 \pm 3.75	6.15 \pm 1.59*	60.22 \pm 6.15	91.28 \pm 5.48*
t 值		0.631	8.709	0.019	8.705
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,* $P<0.05$ 。IPSS:国际前列腺症状评分表;GCQ:Kolcaba 舒适状况量表。

表 4 两组患者并发症发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	逆行射精	短暂时尿失禁	出血	总发生
对照组	30	2(6.67)	3(10.00)	1(3.33)	6(20.00)
研究组	30	0(0.00)	1(3.33)	0(0.00)	1(3.33)
χ^2 值					2.588
P 值					>0.05

3 讨论

前列腺增生是泌尿科常见疾病,主要以良性增生为主,临床症状为排尿困难、前列腺体积增大等,临床尿动力检查显示膀胱出口有梗阻情况。对于良性前列腺增生患者,一般药物治疗效果不佳,后期均需要进行手术治疗。经尿道等离子电切术是目前临床治疗前列腺增生的有效的术式之一,虽然该手术避免了传统手术的缺点,但极易造成止血困难,且易引发多种并发症发生,影响预后。

经尿道等离子前列腺切除术能够彻底清除病灶,且手术操作时间短,可通过电切镜观察术中各种组织,其以最大限度达到操作精确化,且该手术在切割剥离的腺体组织之前会中断血液供应,使剥离的前列腺包膜平面光滑、平整,进行简单的止血操作,可减少出血量;同时经尿道等离子切除术是通过前列腺外科包膜间隙进行逐渐将增生腺体剥离,操作者可清晰观察包膜情况,避免将包膜切穿,有效降低包膜穿破的发生率;在切除术的过程中,镜鞘将增生组织切除,缓解患者的膀胱梗阻情况,也可减轻患者尿道括约肌的损伤情况,预防尿失禁出现,极大程度上提高了手术的安全性和患者的舒适度^[7]。此外,综合护理工作的开展,可从术前、术中、术后全程帮助患者提高耐受能力,改善心理状态,也有利于改善预后,更快促进患者康复^[8]。本研究结果显示,研究组患者围术期相关指标优于对照组,IPSS 评分均低于对照组,GCQ 评分高于对照组,而两组并发症总发生率比较,差异无统计学意义,提示前列腺增生患者使用经尿道等离子前列腺切除术联合综合护理进行治疗,可缩短手术时间,减少术中出血量,促进前列腺功能恢复,提高治疗舒适度,安全性良好。

临床通常以尿动力学来诊断前列腺增生,其中 Qmax、

VMCC、RUV 均为尿动力学指标,可反映患者尿流情况与膀胱压力情况,当前列腺增生发病后会压迫患者尿道、膀胱,使 Qmax、VMCC 下降,RUV 升高,导致尿道功能与膀胱功能减退。经尿道前列腺等离子切除术可对增生的腺体组织进行完整性剥离,术中可清晰显示包膜血管纹理,减少对尿道括约肌收缩功能的损伤,可保留少许腺体组织,减少增生腺体残留,有效清除增生组织对患者尿道和膀胱的压力,从而可改善尿道功能与膀胱功能^[9]。再加上综合护理术后及早对尿失禁情况的护理,也避免了长时间高压气囊对前列腺窝的压迫,减轻尿道括约肌的松弛^[10]。本次研究结果显示,研究组患者 Qmax、VMCC 显著高于对照组,RUV 显著低于对照组,提示前列腺增生患者使用经尿道等离子前列腺切除术联合综合护理治疗,可改善尿道功能与膀胱功能,加快病情恢复。

综上,相较于经尿道前列腺等离子电切术,经尿道前列腺等离子切除术联合综合护理对前列腺增生患者进行治疗,可缩短手术和住院时间,减少术中出血量,促进前列腺功能、尿道功能及膀胱功能的恢复,同时还可提高患者舒适度,术后安全性良好,值得临床推广。

参考文献

- [1] 张国顺,杨川,王凯,等.经尿道等离子前列腺电切术和剜除术治疗前列腺增生的临床疗效对比分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(12):2745-2746.
- [2] 韩峰.经尿道等离子前列腺剜除术治疗大体积前列腺增生的效果观察[J].中国医疗器械信息,2021,27(11):126-127.
- [3] 努尔古丽·莫明.经尿道前列腺增生电切术 50 例围手术期护理分析[J].吉林医学,2013,34(23):4820-4821.
- [4] 中国中西医结合学会男科专业委员会.良性前列腺增生中西医结合诊疗指南(试行版)[J].中华男科学杂志,2017,23(3):280-285.
- [5] 陈洪振,刘小池,程钰.经尿道前列腺等离子电切术联合膀胱颈内切术对小体积前列腺增生患者术后 IPSS 评分及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(14):59-61.
- [6] 朱丽霞,高凤莉,罗虹辉,等.舒适状况量表的信效度测试研究[J].中国实用护理杂志,2006,22(13):57-59.
- [7] 王庆联.经尿道前列腺等离子剜除术治疗前列腺增生的临床价值分析[J].基层医学论坛,2020,24(35):5078-5080.
- [8] 曹长英,刘志侠.经尿道等离子前列腺剜除术的护理[J].泰山医学院学报,2014,35(11):1203-1204.
- [9] 苏运强,王杨.经尿道双极等离子前列腺剜除术对前列腺增生患者尿流动力学、血清 IL-6、CRP 水平的影响[J].医学综述,2017,23(3):565-568.
- [10] 唐玉蓉,谢敏,陈昌珍,等.经尿道前列腺等离子剜除电切术的围手术期护理效果观察[J].医药前沿,2016,6(30):213-214.