

同期腔内手术治疗输尿管中下段结石合并前列腺增生的有效性及安全性

杨光

(泰安市中心医院分院 山东 泰安 271000)

【摘要】目的 探讨同期腔内手术治疗输尿管中下段结石合并前列腺增生的有效性及安全性。方法 将60例于2020年3月-2021年3月收治的输尿管中下段结石合并前列腺增生患者纳入研究,并以等量电脑随机法均分成AB两组。A组分期展开手术治疗, B组同期展开手术治疗, 并对比疗效。结果 两组IPSS、Q_{max}、PVR指标对比, 以及碎石成功率对比, 差异均无统计学意义(P>0.05)。并发症发生率、住院时间、手术用时B组均低于A组, 对比存在统计学意义(P<0.05)。结论 对输尿管中下段结石合并前列腺增生患者展开同期腔内手术治疗, 可取得与分期手术相同的疗效, 但是其安全性更高, 术后康复速度更快, 值得被推广应用。

【关键词】同期腔内手术; 输尿管中下段结石; 前列腺增生; 有效性; 安全性

【DOI】10.12252/j.issn.2096-6288.2021.04.1948

输尿管结石是肾结石排到输尿管里梗阻所引起的, 其会导致腰部、下腹部疼痛, 并伴有血尿及输尿管梗阻, 从而影响患者肾脏功能。在临床中常见输尿管结石合并前列腺增生, 而前列腺增生为输尿管结石的病因, 输尿管结石仅为前列腺增生的结果, 因此患者需要同时对前列腺增生与输尿管结石进行处理^[1]。而本次纳入研究输尿管中下段结石合并前列腺增生患者60例, 并开展医学研究, 着重分析同期腔内手术的应用效果。现将详细内容进行如下报告:

1 资料和方法

1.1 一般资料

经院内伦理委员会批准, 将60例于2020年3月-2021年3月收治的输尿管中下段结石合并前列腺增生患者纳入研究, 并以等量电脑随机法均分成AB两组, 且均签署知情文件。同时排除沟通及精神异常、手术禁忌症、合并恶性肿瘤及严重器质性病变患者。A组年龄均值(59.65±4.54)岁, 前列腺体积均值(59.69±6.22)ml, 结石直径均值(0.69±0.21)cm。B组年龄均值(60.12±4.59)岁, 前列腺体积均值(59.74±6.35)ml, 结石直径均值(0.70±0.23)cm。对比患者资料差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 治疗方法

1.2.1 经输尿管镜钬激光碎石取石术

采取截石位置入与固定输尿管, 然后更换俯卧位, 并在超声引导下确定肾穿刺点将导丝置入, 留工作鞘置输尿管镜, 同时使用生理盐水冲洗结石位置, 随后开展钬激光碎石。并利用灌注泵和逆行导管的高压水流冲洗出碎石, 较大碎石由取石钳取出。

1.2.2 经尿道前列腺电切术

选择截石位后硬膜外麻醉, 对患者尿道和膀胱进行检查, 4%葡萄糖液完成清洗。将电切镜由尿道置入, 并检查患者的精阜位置、尿道内口形状、前列腺尿道长度等, 之后电切增生前列腺中叶、右侧叶和左侧叶, 并将前列腺尖端位置到精阜余留组织完全清除。从多角度仔细观察患者的前列腺腔具体情况, 对局部出血血管行电凝处理。选择相应导管进行引流, 并连续三天冲洗膀胱。

B组行经输尿管镜钬激光碎石取石术治疗后立即展开经尿道前列腺电切术治疗, A组在经输尿管镜钬激光碎石取石术后进行3-5d的观察, 并行双肾CT平扫, 明确碎石术治疗效果, 然后展开经尿道前列腺电切术治疗, 以清除残留结石。

1.3 指标观察

将两组患以下指标进行观察对比: (1) 症状表现, 以IPSS(国际前列腺症状评分量表)评估, 分数越低状态越好; (2) PVR—残余尿量; (3) Q_{max}—最大尿流率; (4) 碎石成功率; (5) 并发症发生种类及例数。

1.4 统计学分析

SPSS 20.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料, t值与 χ^2 检验, P(0.05为差异有统计学意义)。

2 结果

2.1 对比两组患者手术相关指标

两组IPSS、Q_{max}及PVR指标对比, 差异无统计学意义(P>0.05)。住院时间、手术用时B组均短于A组, 对比有统计学意义(P<0.05)。详见表1:

2.2 对比两组患者术后并发症发生率及碎石成功率

两组碎石成功率对比无统计学意义(P>0.05), 并发症发生率B组低于A组, 对比有统计学意义(P<0.05)。详见表2:

表2 对比两组患者术后并发症发生率及碎石成功率 [n (%)]

组别	例数	并发症发生率				碎石成功率
		发热	腰痛	感染	总发生率	
A组	30	2	3	2	7 (23.33)	29 (96.67)
B组	30	0	1	0	1 (3.33)	27 (90.00)
χ^2					5.192	1.071
P					0.023	0.301

3 讨论

前列腺增生属老年性疾病, 好发生于50岁以上的男性群体, 该疾病原因目前尚未明确, 多考虑与雄激素水平相关, 病发后会出现局部充血、水肿、尿频、尿急、尿失禁, 由于排尿困难还容易导致膀胱肌受损的现象。而针对合并输尿管结石来说, 合并症会增加患者痛苦, 以及增加治疗难度。

现阶段针对前列腺增生常以经尿道前列腺电切术治疗, 而针对输尿管结石常应用经输尿管镜钬激光碎石取石术治疗, 且均有显著成效。然而临床学者对于两种手术是否同期展开却存在不同意见, 部分学者认为分期手术治疗, 可以提升患者耐受及结石清除率。但也有部分学者认为^[2], 同时展开手术治疗可减少反复麻醉及手术操作给患者带来的负面影响, 同时也会降低术后并发症的发生。而本次通过对输尿管中下段结石合并前列腺增生应用同期腔内手术的治疗展开研究, 结果显示两组IPSS、Q_{max}、PVR指标对比, 以及碎石成功率对比, 差异均无统计学意义(P>0.05)。并发症发生率、住院时间、手术用时B组均低于A组, 对比存在统计学意义(P<0.05)。说明同期与分期手术均可取得显著的碎石效果, 但是同期手术却可以减少手术用时及住院时间, 同时也可降低术后并发症的发生, 其安全性更高, 更加适用于输尿管中下段结石合并前列腺增生的治疗。

综上所述, 将同期腔内手术应用到输尿管中下段结石合并前列腺增生的治疗中, 其碎石效果及安全性均较高, 值得被推广应用。

参考文献

[1] 魏汉平、焦志敏、袁晓亮、刘晓武、史红雷. 腔内微创手术治疗输尿管结石合并输尿管远端狭窄的安全性及有效性分析[J]. 中国临床新医学, 2020, v.13(11): 74-77.

[2] 张鲁东、崔丽丽、马勇, 等. 同期腔内手术治疗老年输尿管中下段结石合并前列腺增生的有效性及安全性[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(21): 3624-3627.

表1 对比两组患者手术相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IPSS(分)	Q _{max} (ml)	PVR(ml)	手术用时(min)	住院时间(d)
A组	30	5.44±1.87	18.39±2.07	23.19±6.25	139.27±15.54	14.06±1.44
B组	30	5.38±1.91	19.18±2.23	25.30±6.77	118.17±12.79	9.87±1.05
t		0.122	1.422	1.254	5.742	12.877
P		0.903	0.160	0.215	0.000	0.000