解剖性切除前列腺尖部在TURP的临床意义

汤晓晖[1],宋 武[2],赵淮平[1],石 农[2],朱洪祥[1] (1.上海市宝山区罗店医院泌尿外科,上海 201908;2.上海市华山医院宝山分院泌尿外科,上海 201900)

[摘 要] **目的** 探讨解剖性切除前列腺尖部在尿道前列腺电切术(TURP)治疗前列腺增生症(BPH)中的临床意义。**方法** 采用TURP治疗BPH患者350例,按照是否解剖性切除前列腺尖部,分为解剖组150例,普通前列腺电切组200例,比较手术时间、输血量、膀胱持续冲洗时间、导尿管留置时间、术后住院天数、围手术期是否发生并发症及远期效果。**结果** 手术时间、输血量、导尿管留置时间、术后住院天数和围手术期出血两组比较无差异;术后急性尿潴留,解剖组明显较普通组少。普通组4例复发再次手术,解剖组无复发。**结论** 解剖性切除前列腺尖部是掌握TURP的最高境界,有其积极的临床意义。

[关键词] 前列腺增生;经尿道前列腺电切术;前列腺尖部

[中图分类号] R697.32;R699.6 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2009)03-0171-02

Clinical value of anatomically remove apex of prostate in TURP

TANG Xiao-hui, SONG Wu, ZHAO Huai-ping, SHI Nong, ZHU Hong-xiang (Department of Urinary Surgery, Luodian Hospital, Shanghai 201908, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical meaning of surgical removal apex of prostate entirely in transurethral resection, prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** TURP was used to treat 350 patients. All cases were divided into anatomical group(150 cases) and normal TURP group(200 cases) according whether or not remove apex of prostate. Features as the time of surgery, the amount of blood transfusion, the time of bladder sustained flushing, urethral catheter remaining time, the days in hospital after operation, the possibilities of complications such as hemorrhage, urinary incontinence, urinary retention and so on , and the long-term effect were compared in two groups. **Results** The acute urinary retention in anatomical group were obvious less than that in normal TURP group. Of 4 cases in normal TURP group operated again and no in anatomical group. **Conclusion** Anatomically remove apex of prostate is important in TURP and has positive clinical significance.

Keywords: benign prostate hyperplasia; TURP; apex of prostate

经尿道前列腺电切术(TURP)是治疗前列腺增生症(BPH)的金标准。但临床上患者术后排尿困难症状改善不彻底,在排除非梗阻性原因之外,发现腺体残留(尤其是前列腺尖部)是主要原因[1]。2000年10月至2007年1月,我们采用TURP治疗BPH患者350例,将是否解剖性切除前列腺尖部作分组比较,分为解剖组150例,普通组200例,比较其手术效果及围手术期并发症,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组BPH患者共350例,均行直肠指诊、超声检查、国际前列腺症状评分(IPSS)、生活质量评分(QOL)、尿流率检查(Qmax)和血前列腺特异性抗原检查而明确诊断。普通组200例,年龄(73.4±6.2)岁,前列腺体积(57.8±11.5)mL,IPSS为(19.3±7.5)分,QOL为(4.6±1.2)分,Qmax为(7.8±3.8)mL/s。解剖组150例,年龄(73.6±7.3)岁,前列腺体积(58.5±12.3)mL,IPSS为(18.8±8.2)分,QOL为(4.5±1.4)分,Qmax为(8.0±4.2)mL/s。两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。TURP主要仪器为26 F回流式前列腺电切镜,德国Xion公司制造。

1.2 手术方法

采用连续硬膜外麻醉,取截石位,灌注液为5%葡萄糖液(糖尿病人用4%甘露醇),冲洗压力为40~60 cmH_2O(1 cmH_2O=0.098 kPa),均使用环形电切环,电切功率160 W,电凝功率60 W。普通组,按照常规步骤切除前列腺,即远端以精阜为界,两侧叶切至外科包膜,修整前列腺尖部。解剖组,则以精阜为标记,两侧叶切至外科包膜后,观察并分清尿道外括约肌与前列腺尖部界线,彻底切除尖部前列腺与隆起的精阜。

1.3 监测指标

记录手术时间、输血量,术后复查电解质,记录膀胱持续冲洗时间、导尿管留置时间、术后住院天数及围手术期是否发生出血、尿失禁、尿潴留等并发症。术后3个月随访Qmax、IPSS、QOL评分等,术后2年作电话随访。

[作者简介] 汤晓晖(1968-),男,上海市崇明县人,主治医师,本科,主要从事泌尿外科临床方面的研究和医院管理。电话:(021)6867087,E-mail:tang196868@sina.com

[收稿日期] 2009-02-01 [修回日期] 2009-03-25

1.4 统计学方法

所有资料采用 SPSS11.0 统计软件进行统计分析，组间比较采用两样本均数比较的 t 检验，组内采用配对 t 检验，计量数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示，$P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

350 例手术均顺利，术后排尿通畅，痊愈出院后 3 个月获随访。普通组和解剖组导尿管留置时间、手术时间、输血量比较差异无统计学意义。术后 3 个月，普通组和解剖组 Qmax、IPSS 自身术前与术后比较有显著性差异（$P<0.05$），两组间术后 Qmax、IPSS 比较差异无统计学意义（$P>0.05$）。术后 2 年，普通组有 116 例获随访，有 4 例排尿困难再次手术治疗；解剖组有 98 例获随访，无再次手术病例，见表 1。

表 1 两组手术效果及围手术期并发症比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	急迫性尿失禁(例)	尿潴留(例)	围手术期出血(例)	Qmax(mL/s)	IPSS(分)	QOL(分)	术后复发(例)
普通组	9	6	5	25.2 ± 7.2	7.0 ± 1.5	7.3 ± 1.5	4
解剖组	5*	1*	3	26.2 ± 6.8	7.1 ± 1.8	7.2 ± 2.3	0*

*：与普通组比较，$P<0.05$

3 讨论

TURP 具有创伤小，术后恢复快，费用比传统开放手术少，住院时间短等优点，患者易于接受。目前临床所用的半环形金属电极直径细，切割组织快，切面整齐平坦[2]。但由于操作者手术方法和理念不同，往往电切前列腺尖部不够彻底，对尖部和精阜的处理不够完美，致使较多腺体残留，创面水肿，影响了患者术后近期和远期效果。娴熟的 TURP 技术应该解剖性切除前列腺，即切除前列腺至外科包膜，彻底切除尖部前列腺，切除隆起的精阜，尽可能减少腺体残留，减少了创面水肿感染出血的机会，使 TURP 达到最佳效果[3]。本组资料显示，普通组和解剖组在手术时间、输血量、导尿管留置时间、急迫性尿失禁等比较无明显区别。而术后急性尿潴留普通组较解剖组为多，主要原因是尖部前列腺增生所致，考虑为手术后腺体残留引起。同时，围手术期急性尿潴留及出血，亦考虑与腺体残留有关。解剖性切除前列腺是熟练掌握 TURP 的最高境界。解剖性切除后残留腺体组织明显减少，尤其在前列腺尖部，故残留腺体的水肿、感染、出血机会大大减少[4]。

在 TURP 时应注意：①切割时，先切除中叶，以侧叶为主，即先切割 6 点处，再切割 12 点处，然后再汽化切割侧叶腺体，这样解剖位置清楚，视野清晰，更易切除。②准确切除前列腺尖部是 TURP 的难点，应以精阜近端位置为定点，完成尖部切割，同时避免对尿道括约肌的损伤，引起真性尿失禁。③使用合理电切功率，汽化功率为 240 W，尖部电切为 120 W，电凝为 60 W，电极移动速度为 0.4 ~ 1.0 cm/s，采用上述切割参数，汽化切割过程顺利进行，手术效果良好[5]。④采用 TURP 治疗高危及高龄前列腺增生症时，对前列腺尖部增生的前列腺组织，一定要作适当的切除，避免形成“活瓣”，影响术后的排尿[6]。

尽可能减少腺体残留是手术关键。良性前列腺增生虽然有包膜，但在电切操作中尽可能切尽腺体而不破坏包膜，需要操作者不断用心学习体会。熟练的手术操作技术对手术疗效有着重要的影响，但理念更为重要[7-8]。由于尿道外括约肌损伤是不可逆的并发症，许多操作者对精阜远端的前列腺敬而远之，认为精阜是不可逾越的，致使尖部前列腺残留较多而致排尿困难症状复发[9]。作者认为娴熟掌握 TURP 技术的标志是操作者能否顺利切除尖部前列腺，这对临床有重要意义。

[参考文献]

[1] 徐建平，徐光云，朱 斌，等. 经尿道等离子体汽化电切术治疗前列腺良性增生的临床应用 - 附 67 例报告[J]. 昆明医学院学报，2008，29(2B)：51 - 53.

[2] 卓 见，夏术阶，刘海涛，等. 铥激光前列腺剥橘式切除术与经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生的比较研究[J]. 中华泌尿外科杂志，2007，28(1)：38 - 41.

[3] 陈 潜，时俊伟，韩健乐，等. 经尿道手术治疗良性前列腺增生三种术式的疗效比较[J]. 中华泌尿外科杂志，2007，28(1)：42 - 45.

[4] 李小娟. 100 例高龄经尿道前列腺汽化电切术患者的术后护理体会[J]. 局解手术学杂志，2007，16(2)：108.

[5] 李爱华，施丽君，叶华春，等. 经尿道前列腺电气化术中长期疗效评估[J]. 临床泌尿外科杂志，2002，17(5)：215 - 217.

[6] 王明生，翟崎昌，孙文功，等. 经尿道前列腺电切术前列腺尖部的处理体会[J]. 实用医学杂志，2002，19(2)：109 - 110.

[7] 陈 韬，陈俊勇，余荣伦. 经尿道前列腺汽化电切术 448 例临床报告[J]. 中国基层医药，2002，9(6)：502 - 503.

[8] 梁世民，潘 翔，冯 钢. 经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症[J]. 中国航天医药杂志，2002，4(5)：27 - 29.

[9] 崔晓会，刘建平，唐化勇. 经尿道前列腺电切 46 例[J]. 第四军医大学学报，2002，23(8)：727 - 723.

（编辑：郭光金）