

· 临床研究 ·

良性前列腺增生不同时机手术疗效比较

刘 胜, 杨忠新, 余志海, 刘美平, 张 铭
(三峡中心医院泌尿外科, 重庆 404000)

摘要:目的 探讨前列腺增生(BPH)患者经尿道前列腺电切术(TURP)不同时机的疗效。方法 选取 2009 年 7 月至 2011 年 5 月于该院确诊为前列腺增生的患者共 200 例分为 4 组,其中只进行药物治疗的患者 50 例(A 组);药物治疗 3 个月后手术的 50 例(B 组),药物治疗 6 个月后行 TURP 术的 50 例(C 组);直接手术的 50 例(D 组)。结果 A 组治疗有效 35 例;D 组有效的为 37 例,两组的疗效进行比较差异无统计学意义($P>0.05$);B 组有效 37 例;C 组有效 45 例,两组间疗效的比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在药物治疗 6 个月后疗效改善不明显时,可选择手术治疗。

关键词:良性前列腺增生;非那雄胺;坦索罗辛;手术时机

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.018

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)03-0285-02

Comparison of operation treatment efficacy in different phase for benign prostatic hyperplasia

Liu Sheng, Yang Zhongxin, Yu Zhihai, Liu Meiping, Zhang Ming

(Department of Urology, Chongqing Three Gorges Central Hospital, Chongqing 404000, China)

Abstract: Objective To explore opportunity of transurethral resection of the prostate(TURP) for benign prostatic hyperplasia (BPH) patients. Methods 200 patients with BPH during July 2009 to May 2011 from our hospital were divided into 4 groups. Group A: drug treatment group ($n=50$). Group B: operation treatment after drug treatment group ($n=100$), Group B: operation treatment after 3 months of drug treatment ($n=50$), Group C: operation treatment after 6 months of drug treatment ($n=50$). Group D: operation treatment group ($n=50$). Results 35 cases were treated effectively in group A, 37 cases were treated effectively in group D, and the therapeutic effect in two groups was significantly different ($P>0.05$), 37 cases were treated effectively in group B, 45 cases were treated effectively in group C, and the therapeutic effect in two groups was significantly different ($P<0.05$). Conclusion If there is no significant improvement of efficacy in drug treatment after 6 month, operation could be an effective treatment for BPH.

Key words: benign prostatic hyperplasia; finasteride; tamsulosin hydrochloride; operating opportunity

前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)是泌尿系统常见病。经尿道前列腺电切术(TURP)一直被认为是治疗男性下尿路症状(lower urinary tract symptom, LUTS)、急性尿潴留、复发性感染、血尿、前列腺梗阻引起氮质血症的最有效的治疗方式,但术中术后伴随大量的并发症^[1]。临床发现前列腺症状评分(IPSS)8~19分,前列腺质量为25~50g的部分患者单纯服药及单纯手术治疗疗效均差^[2]。作者选取于本院就诊的此类良性前列腺增生患者200例,对不同治疗方式的疗效进行比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选 2009 年 7 月至 2011 年 5 月前列腺增生患者共 200 例,年龄 60~85 岁,平均 73 岁;病程为 0.5~31 年。纳入标准:IPSS 8~19 分,前列腺质量 25~50 g。排除标准:有手术禁忌证、前列腺癌、神经性病变患者,排除可引起排尿障碍的其他疾病及剔除 6 个月内有口服药物史患者。治疗前均针对性尿常规、血生化、泌尿系统彩超、膀胱镜、尿流动力学、前列腺特异性抗原、前列腺穿刺活检。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 将 200 例患者分为 4 组,每组 50 例。药物治疗组(A 组)给予口服非那雄胺 5 mg/d,坦索罗辛 0.2 mg/d,口服药物时间为 6 个月;B 组:患者予以口服非那雄胺及坦索罗辛治疗 3 个月后,予以经 TURP 术治疗;C 组:患者予以口服非那雄胺及坦索罗辛治疗 6 个月后,予以 TURP 治疗;D

组:患者直接予以 TURP 术治疗;各组治疗前后均予以行 IPSS 症状评分、尿流动力学检测。

1.2.2 疗效观察评价 治疗前、后观察以下指标。(1)尿流动力学检测:最大尿流率(Qmax),排尿量在 150 mL 以上时有效;(2)临床症状的评定:IPSS 评分;(3)前列腺质量(g)=0.546×左右径(cm)×前后径(cm)×上下径(cm)。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计学处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间采用两样本均数比较的 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗结果 A 组治疗有效 35 例;D 组有效的为 37 例,两组的疗效进行比较差异无统计学意义($P>0.05$);B 组有效 37 例;C 组有效 45 例,两组间疗效的比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 A、D 组治疗前、后各项指标比较 A 组与 D 组治疗后各项指标比较,IPSS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),Qmax 比较差异有统计学意义($P<0.05$),前列腺质量差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.3 B、C 组治疗前、后各项指标比较 IPSS 评分、Qmax、前列腺质量两组治疗后比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.4 C、D 组治疗前、后各项指标比较 IPSS 评分、Qmax、前列腺质量两组治疗后组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见

表 3。其中 D 组治疗后有 6 例患者下尿路症状改善不明显,患者再行口服药物治疗,后行 IPSS 评分,4 例患者获得满意疗效。

表 1 A、D 组治疗前后各项指标比较($\bar{x} \pm s, n=50$)

组别	IPSS(分)	Qmax(mL/s)	前列腺质量(g)
A 组			
治疗前	16.7±4.3	8.1±5.2	33.7±10.3
治疗后	11.4±3.3	11.1±4.5	26.0±4.8
D 组			
治疗前	15.9±4.8	7.5±4.9	35.6±9.4
治疗后	10.9±2.5	13.6±3.2 [#]	10.0±3.2 [#]

[#]: $P<0.05$,与 A 组治疗后比较。

表 2 B、C 组治疗前、后各项指标比较($\bar{x} \pm s, n=50$)

组别	IPSS(分)	Qmax(mL/s)	前列腺质量(g)
B 组			
治疗前	16.1±3.8	7.9±5.9	36.4±9.1
治疗后	10.4±3.7	12.0±4.7	33.6±7.8
C 组			
治疗前	16.5±4.2	8.6±4.7	37.2±8.2
治疗后	7.8±4.9 [#]	13.7±4.3 [#]	28.2±6.3 [#]

[#]: $P<0.05$,与 B 组治疗后比较。

表 3 C、D 组治疗前、后各项指标比较($\bar{x} \pm s, n=50$)

组别	IPSS(分)	Qmax(mL/s)	前列腺质量(g)
C 组			
治疗前	16.9±4.2	8.6±4.7	37.2±8.2
治疗后	7.8±4.9 [#]	13.7±4.3 [#]	28.2±6.3 [#]
D 组			
治疗前	16.7±4.3	8.1±5.2	33.7±10.3
治疗后	11.4±3.3	11.1±4.5	10.0±3.2

[#]: $P<0.05$,与 D 组治疗后比较。

2.5 不良反应 200 例患者共有 31 例患者出现药物不良反应,A 组中有 12 例患者出现药物不良反应,B、C 组中共 19 例患者出现药物不良反应,主要为轻度的头痛、口干、心悸、体位性低血压,性欲低下等,患者可以耐受,未退出药物治疗。

3 讨 论

BPH 治疗方法主要为手术和非手术治疗两类^[3]。其中药物治疗最易于患者接受。联合使用 α 受体阻滞剂(坦索罗辛)与 5α 还原酶抑制剂(非那雄胺)被临床治疗指南所推荐^[4],且二者联合应用疗效比单一用药好,对缓解 LUTS 及改善疾病预后均具有长期效应。口服药物治疗能让 BPH 患者 LUTS 迅速缓解,对前列腺体积较大及 LUTS 较重患者有更明显效果^[5],通常用于治疗难治性 LUTS 症状的 TURP 手术适应证已经转向口服药物治疗^[6],药物治疗 BPH 明显地降低了 TURP 手术比率,延缓或者消除了 TURP 手术干预^[7]。国内外的很多学者实施 TURP 术后发现:依然有患者在围术期出现各类意外,或者患者在术后排尿困难症状得不到明显缓解等情况^[8-9]。TURP 治疗 BPH 在以下几种情况下仍然是被推荐的,包括:难治性尿潴留,膀胱结石,持续的肉眼血尿,复发性的尿路感染,继发于前列腺增生的肾功能不全^[10]。虽然药物治疗及手术治疗都能有效的减缓 LUTS 的进展,但只有 TURP 据报道治疗后能明显的降低 LUTS 及尿失禁^[11]。

作者对 200 例 BPH 患者的临床研究,验证了患者如口服药物治疗 6 个月后 IPSS 评分及尿流动力学检测,LUTS 仍改善不明显,可选择手术治疗;联合应用非那雄胺及哈乐药物治

疗 6 个月后行 TURP 手术减少了术中、术后出血^[12],相应缩短了手术时间,并进一步缓解 LUTS;手术后 LUTS 改善不明显的患者仍可应用联合口服药物治疗,部分患者 LUTS 仍得到改善;高龄、全身并发症多而情况差的前列腺增生患者,这些患者围术期易发生并发症^[13],TURP 并非惟一的选择,药物治疗无严重不良反应,尤其对年龄偏大、合并心肺等严重疾患而不能耐受手术的患者无疑是一条理想的治疗途径。联合用药可以逆转前列腺增生,从而提高排尿效能。本研究验证了药物及手术治疗的疗效,以及前列腺增生的治疗时机,并为应用于临床打下基础。

参考文献:

- [1] 张翊,张家模,吴小候.经尿道前列腺等离子电切剝除术与电切术治疗良前列腺增生安全性和疗效的比较[J].重庆医学,2010,39(22):3054-3058.
- [2] 吴阶平.泌尿外科[M].山东:山东科学技术出版社,2004:1159-1235.
- [3] Wein AJ,Kavoussi LR,Novick AC,et al.Campbell-Walsh urology[M].9th ed.Amsterdam:Elsevier Science Health Science div,2007:2803-2844.
- [4] Chung DE,Kaplan SA.Current role for combination therapy in male LUTS[J].Arch Esp Urol,2010,63(5):323-332.
- [5] Greco KA,McVary KT.The role of combination medical therapy in benign prostatic hyperplasia[J].Int J Impot Res,2008,20(3):33-43.
- [6] Mayer EK,Kroeze SG,Chopra S,et al.Examining the 'gold Standard': a comparative critical analysis of three consecutive decades of monopolar transurethral resection of the prostate(TURP) outcomes[J].BJU Int,2012,110(11):1595-1601.
- [7] Clarke JC,Clarke H Jr.Combination 5-alpha-reductase inhibitors and alpha-blockers for treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia[J].Curr Urol Rep,2008,9(4):291-294.
- [8] 朱德才.经尿道前列腺气化电切术后并发症的防治体会[J].中华腔镜泌尿外科杂志,2010,4(2):152-154.
- [9] 刘永胜,侯新会,王鹏,等.TUVP 术后并发症临床分析及治疗[J].河北医药,2008,30(5):659-660.
- [10] AUA Practice Guideline Committee.AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia[S].USA:UA Practice Guideline Committee,2011:16-22.
- [11] Krambeck AE,Jacobson DJ,McGree ME,et al.Effectiveness of medical and surgical therapies for lower urinary tract symptoms in the community setting[J].BJU Int,2012,110(9):1332-1337.
- [12] 朱育春,钟玲,魏强.非那雄胺治疗经尿道前列腺切除术中出血的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2008,8(6):456-460.
- [13] 杨寓林,余晓东.TURP 治疗高龄高危前列腺增生症[J].重庆医学,2007,36(14):1363-1364.