

• 临床研究 •

经尿道前列腺电切术后暂时性尿失禁临床分析

张悦¹, 鄢俊安², 石英¹, 李安国¹, 李国成¹, 李凯¹

(1. 贵州航天医院泌尿外科, 贵州遵义 563003; 2. 第三军医大学西南医院泌尿外科, 重庆 400038)

摘要:目的 探讨与常规经尿道前列腺电切术(TURP)相比,保留前列腺前叶 TURP 的临床疗效。方法 将贵州航天医院收治的良性前列腺增生(BPH)患者 736 例随机均分为两组,观察组采用保留前列腺前叶的 TURP,对照组采用常规不保留前列腺前叶的 TURP,观察两组临床疗效及术后常见并发症的发生情况。结果 观察组手术后最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组术后 2 个月内暂时性尿失禁的发生率为 1.09%,对照组为 5.16%,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后 6 个月以上仍有永久性尿失禁的发生率为 0.27%,对照组为 0.54%,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 保留前列腺前叶的 TURP 能够有效减少术后暂时性尿失禁的发生,值得在临床上大力推广使用。

关键词:经尿道前列腺切除术;前列腺增生;尿失禁

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.28.014

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2013)28-3370-02

Clinical analysis of temporary urinary incontinence after transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia

Zhang Yue¹, Yan Junan², Shi Ying¹, Li Anguo¹, Li Guocheng¹, Li Kai¹

(1. Department of Urology, Guizhou Aerospace Hospital, Zunyi, Guizhou 563003, China;

2. Department of Urology, Southwest Hospital of Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical effect of the transurethral resection of the prostate(TURP) reserving anterior lobe of the prostate. Methods A total of 736 cases of benign prostatic hyperplasia(BPH) patients from Guizhou Aerospace Hospital were averagely randomly divided into the observation group and control group. Control group was treated with traditional TURP with the anterior lobe resected; while observation group was treated with the similar method to the control group, but retained the anterior lobe. The clinical therapeutic effects and postoperative complications were observed. Results The maximum flow rate, residual urine volume and the international prostate symptom score in observation group did not show any statistical significance compared with that in control group after surgery($P>0.05$). The prevalence rate of temporary incontinence in observation group (1.09%) was lower than that in control group(5.16%), with significant difference($P<0.05$). The prevalence rate of permanent incontinence in observation group(0.27%) was similar to that in control the group(0.54%), with no significant difference($P>0.05$). Conclusion TURP reserving the anterior lobe can effectively reduce the incidence of temporary urinary incontinence, therefore, this method could be spread in the clinical practice.

Key words: transurethral resection of prostate; prostatic hyperplasia; urinary incontinence

良性前列腺增生(BPH)是临床上泌尿外科的常见病和多发病,一般常出现在 45 岁以上的男性患者中。有研究显示男性到 60 岁时通过组织学检查约一半左右的患者可出现前列腺增生的改变,而 80 岁以上的患者其发生改变为 83%^[1]。发生增生的前列腺可挤压尿道,造成了一系列排尿障碍性症状,如尿频、尿急、排尿不尽、排尿等待、排尿困难等,严重影响患者的生活质量。前列腺增生治疗不及时可能发生多种严重并发症,给患者的生命安全带来隐患^[2]。经尿道前列腺电切术(transurethral resection of the prostate TURP)^[3]治疗 BPH 具有创伤小、手术时间短、术后恢复快等优点,目前已经广泛应用于临床,但 TURP 术后可能出现尿失禁等并发症,给患者日常生活带来不便,加重患者痛苦。贵州航天医院采用保留前列腺前叶的 TURP 治疗 BPH,有效地减少了手术后早期暂时性尿失禁的发生,有利于患者早期排尿症状的恢复。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2012 年 12 月就诊于贵州航天医院并收治的 BPH 患者 736 例,患者前列腺分度以 B 超测得体积计算得出质量为标准(前列腺质量 25~50 g 为 2 度,前列腺质量 50~75 g 为 3 度)。其中观察组(保留前列腺前叶 TURP)368 例,年龄 58~79 岁,平均年龄(67.19±5.67)岁,病程 1~10 年,平均病程(5.54±2.53)年,前列腺增生 2 度患

者 298 例,前列腺增生 3 度患者 70 例;对照组(不保留前列腺前叶 TURP)368 例,年龄 59~78 岁,平均年龄(67.25±5.45)岁,病程 2~9 年,平均病程(5.87±2.28)年,前列腺增生 2 度患者 302 例,前列腺增生 3 度患者 66 例。两组患者年龄、病程、疾病程度等一般资料组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。所有患者均经 B 超、尿动力学检查,排除尿道狭窄、神经源性膀胱、逼尿肌无力、膀胱占位等病变。其中有高血压、糖尿病均在得到控制后手术治疗。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 对照组:患者取截石位,连续硬膜外麻醉,使用 WOLF F25.5 电切镜,单纯电切电极。置入电切镜行后观察膀胱,按照中叶、左侧叶、右侧叶及前叶的顺序进行切除前列腺增生组织,直到外科包膜,同时对前列腺尖部进行修剪,让其尖部光滑没有梗阻,当止血效果满意后冲出前列腺碎块,同时留置 F22 三腔气囊尿管,在球囊内注水 30 mL,进行适当牵拉固定,术后 4~5 d 拔除尿管^[4]。观察组:手术方法及麻醉处理均和对照组相同,术中主要是保留膀胱截石位 10-2 点的前列腺组织,术后的处理和对照组相同。

1.2.2 观察指标 观察两组患者术后最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分情况,同时记录两组患者术后发生尿失禁的情况及发生的时间,随访尿失禁患者 4 个月到 5 年。

1.3 统计学处理 应用 SPSS15.0 软件分析,计量数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用百分比表示,数据对比采取 χ^2 校验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者术后最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分情况 观察组最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分与对照组比较差异无统计学意义($t = 0.891\ 6, P = 0.372\ 6; t = 0.390\ 8, P = 0.372\ 6; t = 0.365\ 0, P = 0.715\ 1$),见表 1。

表 1 两组患者术后最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分比较($\bar{x} \pm s, n = 368$)

组别	术后最大尿流率 (mL/s)	残余尿量 (mL)	国际前列腺 症状评分(分)
观察组	19.87±3.21	21.09±7.27	8.33±2.68
对照组	19.66±3.18	20.88±7.31	8.26±2.52

2.2 两组患者出现暂时性及永久性尿失禁情况 暂时性尿失禁发生率与对照组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 31.942\ 9, P = 0.000\ 0$)。永久尿失禁发生率与对照组比较差异无统计学意义($\chi^2 = 1.742\ 9, P = 0.723\ 1$)。见表 2。

表 2 两组患者术后发生尿失禁情况 [$n(\%)$], $n = 368$

组别	暂时性尿失禁	永久性尿失禁
观察组	4(1.09) *	1(0.27)
对照组	19(5.16)	2(0.54)

*: $\chi^2 = 31.942\ 9, P < 0.01$,与对照组比较。

3 讨 论

TURP 被认为是泌尿外科治疗 BPH 的金标准,已在临床中广泛使用^[5]。TURP 治疗能够明显增加患者最大尿流率,降低残余尿量,降低前列腺症状评分,有效改善患者的临床症状,提高患者的生活质量^{[6]1203}。如何让这种术式更加安全,减少并发症,减轻患者痛苦,是本研究的方向。

TURP 有造成患者尿失禁的可能,尿失禁可分为暂时性尿失禁和永久性尿失禁^{[6]1389}。由于前列腺腺窝感染、不稳定膀胱、尿道括约肌轻微电烧灼伤及术后持续过度的尿管牵引等均可能造成术后暂时性尿失禁,而当出现尿道括约肌的严重损伤时可能造成永久性尿失禁,临床治愈较为困难。男性的控尿机制主要依靠尿道内括约肌和外括约肌,后者是指环绕在尿道膜部的环状括约肌,对控尿起到主要作用,而该括约肌上缘的标志是精阜。常规的 TURP 一般切至精阜即停止,理论上是不会发生永久性尿失禁的。但是近年来的研究发现^[7-9],男性尿道外括约肌实际上是从膀胱颈口水平以下即开始,一直延伸至尿道球部的后尿道横纹括约肌复合体,在精阜水平以上紧贴前列腺腹侧呈半月形,其逐渐增厚并渐向精阜平面延续,在近前列腺尖部水平最厚,在精阜水平呈环形环绕精阜。在精阜水平以下呈马蹄形(Ω 形),包绕在尿道前方和两侧,同会阴的中心腱相融合,至尿道球部近端又以半月形状终止,精阜水平之下的整个尿道后方并无肌纤维。因此,在实际的手术操作中,保护前列腺部尿道前方的后尿道横纹括约肌复合体的组成之一半月形括约肌与保护精阜以下的 Ω 形括约肌同样重要。BPH 一般表现为两侧叶和中叶的增大,前叶相对较薄,甚至一般没有腺体覆盖。因此保留前列腺前叶的 TURP,对于解除尿路梗阻没有明显负面影响,同时还可以防止电切部位距离括约肌太近,引起半月形尿道括约肌的电流刺激及热损伤。本研究发现在手术操作过程中,尿道外括约肌 6 点方位定位有精阜作为标志,而 12 点方位只能靠手的稳定旋转。因前列腺尿道纵径狭长,这样在上缘的定位容易导致误差,进而损伤膀胱截石位 10-2 点处的外括约肌。同时电切组织时本身会产生 3 mm 以

上的凝固层,这种热效应可能导致外括约肌的损伤^[10]。因此采用保留前列腺前叶的手术使操作更加简便,在保证手术效果的同时,可避免前列腺前外侧组血管神经束受损,减少出血发生,保护控尿和性神经,避免半月形尿道括约肌的直接损伤和热效应刺激,从而降低尿失禁的发生。这种改良手术还可以有效的保留患者的后尿道长度,便于维持膀胱颈部的形态,同时还保留了尿道起始部位和前列腺部的部分移行上皮组织,利于术后尿道完整性的恢复,对于患者术后生活质量的提高具有重要的意义^[11]。本研究显示,观察组手术后最大尿流率、残余尿量及国际前列腺症状评分与对照组比较,均无统计学差异,表明保留前列腺前叶的手术改良并没有导致手术疗效的下降和改变。但从两组术后早期尿失禁发生率的结果分析,观察组早期暂时性尿失禁发生率仅为 1.09%,而对照组暂时性尿失禁发生率高达 5.16%,两组比较差异有统计学意义,表明保留前列腺前叶的 TURP 手术改良可明显降低 BPH 患者手术早期暂时性尿失禁的发生率,从而有利于患者早期症状的恢复和改善。而观察组术后 6 个月以上仍有持续性尿失禁的发生率为 0.27%,与对照组持续性尿失禁的发生率 0.54% 比较,差异无显统计学意义,表明两种手术方式所导致的发生永久性尿失禁的可能性并无差异。

综上所述,保留前列腺前叶的 TURP 能够有效减少术后暂时性尿失禁的发生,且并不影响 TURP 本身的疗效,因而值得在临床工作中推广使用。

参考文献:

[1] 侯希奎.30 例经尿道前列腺电切术在前列腺增生中的治疗效果研究[J].中国现代药物应用,2010,4(17):76-77.
[2] 刘琦,曹林升,周辉良,等.经尿道前列腺腔内剜除术与耻骨上前列腺切除术治疗良性前列腺增生对比观察(附 106 例报告)[J].中国男科学杂志,2009,23(2):57-59.
[3] 那彦群,孙光,叶章群,等.中国泌尿外科疾病诊断指南[M].北京:人民卫生出版社,2009:116.
[4] 王彦,许锋,梁国标,等.经尿道前列腺电切术后发生尿道狭窄 23 例临床分析[J].海南医学,2010,21(20):68-69.
[5] 邓治林,蒋炜,陈勇,等.前列腺增生经尿道电切术后出血原因临床分析[J].浙江临床医学,2010,12(10):1055-1057.
[6] 吴阶平,顾方六,郭应禄,等.吴阶平泌尿外科学[M].山东:山东科学技术出版社,2004.
[7] Koraitim MM. The male urethral sphincter complex revisited;an anatomical concept and its physiological correlate [J]. J Urol,2008,179(5):1683-1689.
[8] Yucel S,Baskin LS. An anatomical description of the male and female urethral sphincter complex[J]. J Urol,2004,171(5):1890-1897.
[9] 郭霖森.经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的临床分析[J].中国健康月刊,2011,4(30):53-54.
[10] 郑少波,刘春晓,徐亚文,等.腔内剜除法在经尿道前列腺汽化电切术中的应用[J].中华泌尿外科杂志,2005,2(8):558-562.
[11] 魏学斌,徐留玉,黄世明,等.两种经尿道前列腺切除术的疗效比较[J].中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2009,3(2):26-29.