

### 【临床研究】

前列腺汽化电切术,手术完成后 2~5 d 依据患者恢复情况拔除尿管,术后口服比卡鲁胺片(英国阿斯利康公司,批准文号 H20020455)50 mg,每日 1 次,1 周后再给予皮下注射醋酸戈舍瑞林缓释剂(英国阿斯利康公司,批准文号 H20100314)3.6 mg,每隔 28 d 1 次,2 种药物均持续用药,每月复查前列腺特异性抗原,了解治疗情况,若转变为去势抵抗性前列腺癌,根据具体病情选择合适的治疗方案。

**1.3 观察指标** (1) 国际前列腺症状评分(international packet switched service,I-PSS)<sup>[9]</sup>:分别在术前及术后 6 月对患者进行 I-PSS 评分;(2) 生活质量:患者出院后 6 个月采用 SF-36 量表<sup>[10-11]</sup>进行生活质量评估,包括躯体功能(physical function,PF)、生理职能(role physiological,RP)、躯体疼痛(body pain,BP)、一般健康状况(general health,GH)、生命力(vitality,VT)、社会功能(social function,SF)、情感职能(emotional function,RE)及心理健康(mental health,MH),评分 0~100 分,评分越高,表示生活质量水平越高;(3) 尿流动力学:术前及术后 6 月行尿流动力学检查,比较手术前后尿流率及残余尿量。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,治疗前后的比较采用配对 *t* 检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

**2.1 患者治疗前后尿流动力学检查结果** 结果见表 1。患者术后 6 个月的最大尿流率、平均尿流率显著高于术前,残余尿量显著少于术前,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 患者手术前后尿流动力学比较  
Tab. 1 Comparison of the results of urodynamic examination before and after operation in all patients

( $\bar{x} \pm s$ )				
时间	$n$	最大尿流率/ ( $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$ )	平均尿流率/ ( $\text{mL} \cdot \text{s}^{-1}$ )	残余尿量/mL
术前	50	5.30 ± 0.45	2.60 ± 0.15	265.08 ± 22.25
术后 6 个月	50	9.13 ± 2.25	6.40 ± 1.50	50.69 ± 12.52
$t$		11.802	17.824	59.378
$P$		0.000	0.000	0.000

**2.2 患者治疗前后 I-PSS 评分比较** 患者术前和术后 6 个月 I-PSS 评分分别为 20.81±2.30、7.56±1.22,术后 6 个月的 I-PSS 评分显著低于术前,差异有统计学意义( $t = 35.986, P < 0.05$ )。

**2.3 患者治疗前后生活质量评分比较** 结果见表 2。患者术后 6 个月生活质量各维度得分均显著高于术前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 患者手术前后生活质量评分比较  
Tab. 2 Comparison of the scores of quality of life before and after operation in all patients

维度	术前( <i>n</i> = 50)	术后 6 个月( <i>n</i> = 50)	<i>t</i>	<i>P</i>
PF/分	62.35±8.05	76.28±7.54	8.930	0.000
RP/分	59.68±8.36	75.66±7.24	10.217	0.000
BP/分	55.68±7.54	70.58±8.58	9.224	0.000
GH/分	43.58±10.28	58.69±10.20	7.378	0.000
VT/分	47.69±8.58	61.24±8.24	8.054	0.000
SF/分	61.25±10.54	74.56±7.58	7.249	0.000
MH/分	49.65±7.23	60.25±7.12	7.387	0.000
HT/分	47.52±8.56	60.58±8.14	7.818	0.000

3 讨论

前列腺癌在临床上较为多见,属于泌尿生殖系统恶性肿瘤,以中老年人群较为多见,在我国男性泌尿系统肿瘤中,发病率居第 3 位<sup>[12-13]</sup>。随着人们生活方式的改变,该类疾病的发病率呈逐年增加趋势,且发病年龄逐渐趋向于年轻化<sup>[14]</sup>。该类肿瘤发病早期因与尿道距离较远,临床症状缺乏特异性,当出现相应的临床症状时,通常已经发生了远端转移,病变细胞已经进入到尿道,甚至累及盆腔器官、骨骼等部位,致死率与致残率均较高,导致患者的身体健康受到严重影响,加大了患者的心理负担,降低了日常生活质量。目前,临床上对转移性前列腺癌患者通常选择化学治疗方案,但仅采用单纯化学治疗容易使患者产生耐药性,且可能引发相应的不良反应,不利于疾病的治疗,影响了患者日后的生活质量。所以,采取科学有效的措施进行临床干预,帮助患者提高生活质量意义重大,是临床上关注的重点内容。

有研究指出,年龄 < 39 岁的男性患前列腺癌的概率约为 0.005%,40~59 岁男性患病概率约为 2.2%,60~79 岁男性患病概率约为 13.7%<sup>[15-16]</sup>。对于年龄较高的老年患者来说,由于其机体免疫力较差,发生并发症的概率也较高。目前,临床上对于前列腺特异性抗原的监测工作尚存在较大的局限性,使得许多高龄患者首次入院检查时已伴有骨转移,已不适用前列腺癌根治术。另外,前列腺癌根治术围术期病死率为 0.0%~2.1%,其主要的并发症为直肠受损、严重出血、膀胱尿道吻合口狭窄、尿失禁、勃起功能障碍、深静脉血栓、肺栓塞、尿瘘等,因此,部分患者不愿意接受根治性手术治疗。另外,现阶段我国基层医院的医疗水平参差不齐,导致根治

性手术在临床上的应用受到了限制<sup>[17]</sup>。

多数前列腺癌患者首次至医院接受检查的原因是由于骨痛或者尿路梗阻,其中后尿路梗阻是患者最常见的临床症状<sup>[18]</sup>。对该类症状患者给予经尿道电切术进行治疗安全有效,且不会对患者造成较大的创伤,并发症较轻微,且该类操作技术已经成熟,利于临床推广。本研究中患者均采用经尿道姑息性电切术进行治疗,结果显示,患者的最大尿流率和平均尿流率均较治疗前显著提高,残余量显著减少,治疗后的 I-PSS 评分显著低于治疗前,且治疗后的生活质量各维度评分均明显高于治疗前,说明该项微创手术治疗方式可提高患者的生活质量,提高尿流率,减少残余量,改善尿流动力学。

对于转移性前列腺癌患者来说,采用内分泌治疗方式可延缓疾病的进展,给予经尿道姑息性电切术治疗后给予雄激素全阻断治疗,可获得较为显著的临床疗效<sup>[19]</sup>。对患者病情进行严密观察,若存在前列腺癌特异抗原水平持续增高现象,可采用放射治疗方案,若存在骨痛症状,可联合使用放射治疗与双磷酸盐治疗,有助于提高患者的生活质量<sup>[20]</sup>。

综上所述,伴有膀胱出口梗阻的转移性前列腺癌患者采用经尿道电切术姑息治疗的效果显著,可改善患者的各项临床症状,提高患者的日常生活质量,值得临床推广。

参考文献:

[1] 刘定益,胡桑,楚晨龙,等. 微创经尿道前列腺等离子电切术联合内分泌治疗高龄晚期前列腺癌合并尿潴留[J]. 中国微创外科杂志,2017,17(10):919-921

[2] ROM M,WALDERT M,SCHATZL G,et al. Bladder outlet obstruction (BOO) in men with castration-resistant prostate cancer[J]. *Bju International*,2014,114(1):62-66.

[3] 刘俊峰,刘春晓,谭朝晖,等. 经尿道双极等离子前列腺剜除术与电切术后尿失禁发生率的随机对照研究[J]. 中华男科学杂志,2014,20(2):165-168.

[4] LIBERMAN D,JAROSEK S,VIRNIG B,et al. Mp27-18 bladder outlet obstruction after prostate cancer treatment: a population-based analysis[J]. *J Urol*,2015,193(4):e310. DOI:10.1016/j.juro.2015.02.1180.

[5] 张宇,张峰渡,朱一辰,等. 经尿道前列腺电切术治疗膀胱出口梗阻的前列腺癌患者的生存状况分析[J]. 临床和实验医学杂志,2017,16(17):1749-1752.

[6] 王新,宋洪飞,万齐福,等. 内分泌治疗联合经尿道前列腺电切术治疗晚期前列腺癌的临床观察[J]. 解放军医药杂志,2017,

29(6):55-57.

[7] CROUZET S,CHAPELON J Y,ROUVIÈRE O,et al. Whole-gland ablation of localized prostate cancer with high-intensity focused ultrasound: oncologic outcomes and morbidity in 1 002 patients [J]. *Eur Urol*,2014,65(5):907-914.

[8] 何岩,吴春磊,朱峰,等. 经尿道前列腺电切术联合间歇性内分泌治疗晚期前列腺癌的疗效分析[J]. 中国现代医药杂志,2016,18(7):10-12.

[9] 李涛,魏乔红,傅崇德,等. 经尿道前列腺电切联合内分泌治疗晚期前列腺癌膀胱出口梗阻疗效的荟萃分析[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2017(5):295-301. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-3253.2017.05.002.

[10] HEIDENREICH A,PFISTER D,PORRES D. Cyto-reductive radical prostatectomy in patients with prostate cancer and low volume skeletal metastases: results of a feasibility and case-control study [J]. *J Urol*,2015,193(3):832-838.

[11] 黄桂晓,甘露,曾静,等. 三种前列腺电切术对老年前列腺癌致膀胱梗阻患者超敏 C 反应蛋白和肌钙蛋白 I 的影响[J]. 实用癌症杂志,2016,31(10):1713-1715.

[12] WITJES J A,COMPÉRAT E,COWAN N C,et al. EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2013 guidelines [J]. *Eur Urol*,2014,65(4):778-792.

[13] 钟锦卫. 经尿道前列腺电切术与汽化电切术的并发症比较[J]. 中华腔镜泌尿外科杂志:电子版,2013,7(1):55-58. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-3253.2013.01.015.

[14] GRATZKE C,BACHMANN A,DESCAZEAUD A,et al. EAU guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction [J]. *Eur Urol*,2015,67(6):1099-1109.

[15] MOHLER J L,KANTOFF P W,ARMSTRONG A J,et al. Prostate cancer, version 2. 2014 [J]. *J Natl Compr Canc Netw*,2014,12(5):686-718.

[16] 闻竹,马成民,张超,等. 经尿道钬激光前列腺剜除术与前列腺电切术近期疗效的对比分析[J]. 现代泌尿外科杂志,2014,19(4):230-232.

[17] JAROSEK S L,VIRNIG B A,CHU H,et al. Propensity-weighted long-term risk of urinary adverse events after prostate cancer surgery, radiation, or both [J]. *Eur Urol*,2015,67(2):273-280.

[18] 刘俊峰,谭朝晖,李三祥,等. 经尿道双极等离子前列腺剜除术与经尿道双极等离子电切术比较治疗前列腺增生的临床研究[J]. 中国循证医学杂志,2013,13(12):1405-1408.

[19] 杨彬,王靖宇,王晋垚,等. 筋膜内与筋膜间保留双侧神经的腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术安全性和疗效的 Meta 分析[J]. 临床泌尿外科杂志,2017,32(9):688-694.

[20] 李晓京,魏艳红,沈司京,等. 非那雄胺治疗良性前列腺增生症的安全性及疗效评价[J]. 中国医院用药评价与分析,2016,16(1):58-62.

( 本文编辑:孟 月 英文编辑:孟 月 )