

经耻骨后入路、经腹腔镜入路前列腺癌根治术治疗局限性前列腺癌分析

杨立军* 哈华晶 李炳义
渭南市第二医院, 陕西 714000

摘要:目的: 比较分析局限性前列腺癌应用经耻骨后入路、经腹腔镜入路前列腺癌根治术治疗效果以及安全性。方法: 观察组经腹腔镜入路前列腺癌根治术, 对照组经耻骨后入路前列腺癌根治术, 分析患者手术指标、并发症。结果: 观察组患者术中出血、住院时间、术后NRS评分均小于对照组, 观察组手术时间大于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术后并发症发生率小于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 局限性前列腺癌应用经腹腔镜入路前列腺癌根治术较经耻骨后入路治疗方法, 可提高手术治疗安全性, 优化手术指标, 值得推广。

关键词: 局限性前列腺癌; 经耻骨后入路; 经腹腔镜入路; 前列腺癌根治术; 安全性

一、前言

前列腺癌是一种常见的男性恶性肿瘤, 不同地区前列腺癌流行病学调查存在差异性。随着现代临床诊断技术的发展, 前列腺癌早期检出率不断提高, 对于早期以及中期前列腺癌患者, 可通过前列腺癌根治术切除病灶, 改善症状, 延长患者生存时间^[1]。开放性手术是前列腺癌治疗的主要方法, 但是较多患者为老年人群, 手术耐受性较差, 部分患者开放性手术治疗后存在较多并发症, 影响生活质量。近年来, 腹腔镜技术的发展以及在不同疾病治疗中的应用为前列腺癌治疗提供了新的思路^[2]。为明确局限性前列腺癌使用腹腔镜入路前列腺癌根治术治疗价值, 本文结合我院2018年1月至2019年12月期间接诊的76例前列腺癌患者, 对其采取不同根治术治疗资料报道如下。

二、资料与方法

(一) 一般资料

我院2018年1月至2019年12月期间接诊76例局限性前列腺癌患者, 根据患者治疗意愿不同将其分为对照组与观察组, 每组38例, 对照组: 患者年龄: 51~76岁、平均(63.57±3.16)岁, 血清前列腺特异抗原均值(6.29±3.14) ng/mL; 临床分期: Ct1为20例、Ct2为18例。观察组: 患者年龄: 50~74岁、平均(63.55±3.09)岁, 血清前列腺特异抗原均值(6.31±3.15) ng/mL; 临床分期: Ct1为21例、Ct2为17例, 两组患者一般资料差异较小, 无统计学意义 ($P > 0.05$)。

(二) 纳入标准与排除标准

1. 纳入标准:

- (1) 活检穿刺确诊为局限性前列腺癌。
- (2) 患者知情并签署《知情同意书》^[3]。
- (3) 研究经伦理委员会批准。
- (4) 影像学检查显示无全身病灶转移。
- (5) 预测生存期超过2年。

2. 排除标准:

- (1) 手术耐受性较差患者。
- (2) 有前列腺手术、膀胱颈手术等病史患者。
- (3) 精神异常。
- (4) 麻醉禁忌症。
- (5) 腹腔镜手术禁忌症。

*通讯作者: 杨立军, 1984年11月, 男, 汉族, 陕西渭南人, 现任渭南市第二医院泌尿外科住院医师, 主治医师, 本科。研究方向: 泌尿系结石的镜下治疗及男性不育。

(三) 方法

对照组：患者采用经耻骨后入路前列腺癌根治术，术前全方位检查，仰卧位手术，气管插管下予以全身麻醉，做一正中腹膜外切口，具体位置在脐下耻骨联合上方，切开皮肤完成组织分离，电凝清扫盆腔淋巴结，切除病理组织送病理科实施诊断，对前列腺脂肪组织剥离，保证盆内筋膜、背深静脉浅支等重要组织与血管的显露，按照常规方法瓦城病灶切除与处理，术后设置引流管。

观察组：经腹腔镜入路前列腺癌根治术，同样在术前进行全方位检查与评估，仰卧位开展手术，全身麻醉后建立人工气腹，气腹压力在15 mmHg，按照5孔法完成手术治疗，分别将5个trocar穿刺进入腹部，不同trocar按照弧形予以分布，于腹腔镜下清扫盆腔淋巴结，同样标本送到病理科，按照Montsouris七步法完成病灶切除与整个手术治疗，术后人工气腹压力减小到5 mmHg，继续对手术区域探查，了解创面有无出血以及出血严重程度，针对性进行止血，支护在左下腹戳口区域引流管置。

所有患者术后做好临床护理工作，积极给予镇痛、抗感染、遵医嘱用药等治疗，加强各项护理工作。

(四) 观察指标

观察指标：

1. 患者手术治疗指标。
2. 术后并发症发生情况。

(五) 评价标准

术后疼痛程度使用疼痛数字评分法(NRS)评价，0-10分，分值高，则对应疼痛越严重。

(六) 统计学方法

利用统计学软件SPSS20.0分析数据，计量资料 $\bar{x} \pm s$ 、*t*检验；计数资料(*n*, %)、 χ^2 检验。差异存在统计学意义：*P* < 0.05。

三、结果

(一) 不同患者手术治疗指标比较

观察组患者术中出血、住院时间、术后NRS评分均小于对照组，观察组手术时间大于对照组，有统计学意义(*P* < 0.05)，数据分析见表1。

表1 两组患者手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$, *n* = 38)

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后NRS评分 (分)	住院时间 (d)
观察组	337.88±109.36	758.31±254.42	2.16±0.46	16.38±0.85
对照组	194.55±60.42	1447.41±460.95	3.72±2.25	24.05±3.96
<i>t</i>	10.883	12.416	6.444	17.965
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000

(二) 两组患者术后并发症发生情况分析

观察组患者术后并发症总发生率小于对照组，差异有统计学意义(*P* < 0.05)，数据见表2。

表2 两组患者术后并发症发生情况分析 [*n* (%)]

组别	例数	漏尿	切口感染	勃起功能障碍	合计
观察组	38	2 (5.26)	3 (7.89)	1 (2.63)	6 (15.79)
对照组	38	5 (13.15)	6 (15.79)	4 (10.52)	15 (39.47)
χ^2	/	/	/	/	5.330
<i>P</i>	/	/	/	/	0.021

四、讨论

前列腺癌在中老年男性中有较高的发病率，确诊的前列腺癌需要应用前列腺癌根治术，即通过手术方法将前列腺、包膜、双侧精囊、双侧输精管壶腹段、膀胱颈、淋巴结等予以清除，相关病灶及其周边切除后，将膀胱与剩下的

尿道重新连接,保证患者术后正常的排尿功能^[4]。前列腺癌的发生同较多因素有关,家族中有前列腺癌病史,其后代出现前列腺癌病的风险更大,是正常人的数十倍。患者日常饮食情况、性生活等也会影响前列腺癌发病率。局限性前列腺癌又称器官局限性前列腺癌,是指肿瘤未穿透前列腺包膜,无淋巴结和远处转移。由于目前缺乏有效的临床和影像学的手段准确判断肿瘤的侵犯范围,尤其是淋巴结转移情况更难以估计,所以,临床上一般将T1-ZNxM,视为器官局限性前列腺癌。非局限性前列腺癌是指肿瘤突破前列腺包膜和(或)出现淋巴结或远处转移,以及局限性前列腺癌治疗后复发和(或)转移的肿瘤。

目前,前列腺癌根治术主要用于局限性前列腺癌患者的治疗,即病灶处于前列腺内,没有出现病灶转移。常规对前列腺癌主要采取经耻骨后路径,通过在患者腹部从脐下到耻骨上缘作一切口,通过切口完成病变区域以及邻近组织的切除。经耻骨后前列腺癌根治术是前列腺癌最常用的手术方式,具有一定的手术经验^[5]。近年来,腹腔镜微创技术的发展为前列腺癌的治疗提供了新的手术可能,治疗过程中通过在患者腹部不同部位作多个小切口,借助腹腔镜实施前列腺癌根治术。

结合本次研究结果,通过对局限性前列腺癌患者采取不同手术方法,从手术治疗指标角度分析,观察组术中出血量、术后NRS评分以及住院时间均小于对照组,显示出了经腹腔镜入路前列腺癌根治术在前列腺癌治疗方面具有微创治疗优势^[6-7]。观察组患者手术时间较长,分析是因为该手术缺乏大量的临床经验,且腹腔镜下部分区域视野受到显著,而经耻骨后入路前列腺癌根治术治疗应用较多,有丰富的手术经验以及临床医疗团队,相应的可保证手术进度。从手术安全性角度分析,观察组术后相关并发症发生率15.79%,小于对照组39.47%,提示经腹腔镜入路前列腺癌根治术的治疗安全性更高,分析是因为该手术方法创伤较小,同时,术后住院时间短,可在短时间内恢复,相对而言,开放性手术术后住院时间较长,术后恢复慢,患者在接受护理过程中更易发生并发症,影响总体恢复效果。

需要注意的是,前列腺癌根治术治疗后需要对标本进一步实施病理学检查,从而根据病理检查结果决定对患者是否需要继续进行其他辅助治疗,延长患者生存时间^[8]。后续研究中需要不断总结经腹腔镜入路前列腺癌根治术治疗前列腺癌的手术经验,掌握手术要点,减少腹腔镜下对患者造成的损伤,进一步降低术后并发症,使其更加符合老年患者的治疗特点。

笔者认为局限性前列腺癌应用经腹腔镜入路前列腺癌根治术治疗期间,还需要重视以下几点:

(一)术前做好患者腹腔镜治疗风险评估,了解患者实际情况,比如病灶大小、患者耐受性、麻醉风险等。

(二)术中操作尽可能由经验丰富医生负责,且不同操作均需要符合规范要求,手术过程中还需要不断总结经验,便于不断优化治疗方法,逐步缩短手术时间。

(三)术前完善各类准备工作,比如血常规检查、前列腺功能评分、排尿症状等,便于合理选择手术时间,及时帮助患者改善症状。

(四)加强对患者术后的护理干预。

五、结论

综上所述,局限性前列腺癌应用经腹腔镜入路前列腺癌根治术较经耻骨后入路治疗方法,可提高手术治疗安全性,优化部分手术治疗,具有重要的应用与推广价值。

参考文献:

[1]张浩,夏海波,包国昌,刘晓宇.耻骨后入路治疗前列腺增生症合并膀胱结石[J].内蒙古医学杂志,2010,42(S3):39-41.

[2]彭家银,黄长青,高绍青,蔡智仁,黎昭冠.腹腔镜前列腺癌根治术不同入路的临床效果及对患者性功能的影响[J].中国实用医药,2020,15(10):33-35.

[3]李家兴,张琦,谢剑伟,殷波.腹腔镜前列腺癌根治术中双针倒刺缝合合法行膀胱尿道吻合术后早期尿控恢复的效果观察[J].现代肿瘤医学,2020,28(10):1703-1706.

[4]刘聪,陈冰,周文杰,胡振兴.开放手术与腹腔镜下前列腺根治术对早期前列腺癌患者的生活质量及尿流动力学影响[J].实用癌症杂志,2020,35(02):248-251.

[5]杜浩,于广海,王艳龙,任宇.新辅助内分泌治疗配合腹腔镜手术治疗高危前列腺癌的疗效及对控尿功能的影响[J].中国现代药物应用,2019,13(24):176-177.

[6]张晨辉,陈海文,李黔.腹腔镜筋膜内前列腺根治术对不同年龄前列腺癌患者控尿能力及性功能恢复的影响[J].实用癌症杂志,2019,34(12):2040-2043.

[7]陈石景.腹腔镜下前列腺癌根治术联合新辅助内分泌治疗对T₃N₀M₀期前列腺癌患者临床效果分析[J].当代医学,2019,25(35):12-14.

[8]杨喜梅.精益护理模式在机器人腹腔镜下高危前列腺癌根治术患者围术期护理中的应用研究[J].心理月刊,2019,14(23):152.