

术前口服非那雄胺对前列腺气化电切术减少术中出血临床观察

罗魁得, 罗高德

(广西忻城县人民医院, 广西 忻城 546200 E-mail: kuideluolaibin@126.com)

摘要: **目的** 评价术前口服非那雄胺对前列腺气化电切术术中出血的影响。 **方法** 选取我院 80 例实施前列腺气化电切术的前列腺增生患者为研究对象, 随机分为对照组和实验组, 每组 40 例, 对照组术前未服药, 实验组术前口服非那雄胺。比较两组患者的术中出血量、前列腺切除量、血管密度、血管内面积、bcl-2、PCNA 以及 VEGF 阳性细胞面积。 **结果** 两组患者的前列腺切除量差异无统计学意义, 实验组术中出血量, 血管密度以及血管内面积, bcl-2、PCNA 以及 VEGF 阳性细胞面积均明显小于对照组, 差异具有统计学意义。 **结论** 前列腺气化电切术前服用非那雄胺, 具有减少组织血管的生成数量, 减少术中出血量的优点, 提高手术效率, 值得推广。

关键词: 非那雄胺; 前列腺气化电切术; 术中出血

中图分类号: R699 **文献标识码:** A **文章编号:** 1001-5817(2014)03-0387-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.033

前列腺增生是中老年男性常见的疾病之一, 随全球人口老年化发病日渐增多。前列腺增生的发病率随年龄递增, 但有增生病变时不一定有临床症状。目前常用的治疗方法主要是手术治疗。前列腺气化电切术是首选的手术治疗方法, 该手术的主要缺点是术中出血量较大, 易对患者的预后造成不利的影[1-2]。术前采用非那雄胺进行口服治疗, 能够有效减少术中的出血量[3]。笔者对 80 例实施前列腺气化电切术的前列腺增生患者进行分组研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月~2013 年 2 月我院收治的 80 例实施前列腺气化电切术前列腺增生患者为研究对象。将 80 例患者随机分为对照组和实验组, 每组 40 例。患者年龄最小为 56 岁, 年龄最大为 88 岁, 平均年龄为 (65.3±2.4) 岁。患者经过临床诊断, 均符合美国泌尿外科协会的诊断标准。对两组资料进行统计分析, 两者的基线资料均衡可比。

1.2 方法 实验组患者在术前采用非那雄胺进行治疗, 生产厂家为杭州默沙东公司, 产品批号为 271792, 剂量为每天 5 mg, 每天 1 次, 连续服用 10 d。对照组患者术前则不服用药物进行治疗。

两组患者均实施经尿道气化电切术治疗, 手术切割功率控制为 160~180 W, 使用生理盐水实施低压持续性冲洗, 电凝功率控制为 70 W, 切割深度直至前列腺外科包膜, 并将切割组织进行称量记录。

结合患者术中冲洗液的计量, 抽取 5 ml 冲洗液对血红蛋白浓度进行检测。通过数据对出血量进行计算:

出血量 = 冲洗液血红蛋白浓度 × 冲洗液量 / 术前血红蛋白浓度 × 1000。

采用浓度为 10% 的福尔马林对切除标本进行固定, 并用石蜡包埋, 切片为 4 μm, 对标本实施免疫组化染色, 包括 CD34 染色、bcl-2 染色、PCNA 染色以及 VEGF 染色, 阴性对照选择 PBS, 阳性对照选择阳性切片。利用 Leica-Q500MC 图像分析

系统对 CD34 染色阳性微血管进行观察, 检测其血管密度以及血管内面积, 并分别记录 bcl-2、PCNA 以及 VEGF 阳性细胞面积。

1.3 观察指标 详细观察并记录实验组和对照组手术的相关指标, 主要包括术中出血量、前列腺切除量、血管密度、血管内面积、bcl-2、PCNA 以及 VEGF 阳性细胞面积。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 12.0 软件进行数据处理, 计量资料的描述采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计量资料的比较采用 *t* 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 实验组和对照组患者的前列腺切除量以及术中出血量的比较 实验组的术中出血量明显低于对照组, 差异具有统计学意义; 对照组和实验组前列腺切除量的比较差异无统计学意义, 见表 1。

表 1 两组患者前列腺切除量以及术中出血量的比较 ($\bar{x} \pm s, ml$)

组别	n	前列腺切除量	术中出血量
对照组	40	44.55±3.23	257.03±103.21
实验组	40	45.31±2.47	133.12±111.84
<i>t</i>		1.182	5.150
<i>P</i>		0.241	<0.001

2.2 实验组和对照组的免疫组化比较 实验组的血管密度、血管内面积、bcl-2 阳性细胞面积、PCNA 阳性细胞面积以及 VEGF 阳性细胞面积均明显低于对照组, 差异具有统计学意义, 见表 2。利用 Leica-Q500MC 图像分析系统对 CD34 染色阳性微血管进行观察, 发现对照组前列腺间质血管数目较多, 见图 1; 实验组前列腺间质血管数目明显减少, 见图 2。

表 2 两组免疫组化的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血管密度	血管内面积 (cm ²)	bcl-2 阳性细胞面积 (cm ²)	PCNA 阳性细胞面积 (cm ²)	VEGF 阳性细胞面积 (cm ²)
对照组	40	131.93±12.07	342.26±19.34	125.37±14.27	48.39±4.76	74.18±12.21
实验组	40	89.71±15.13	133.47±14.25	76.81±16.23	22.05±6.23	39.06±13.35
<i>t</i>		13.796	54.969	14.211	21.248	12.277
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

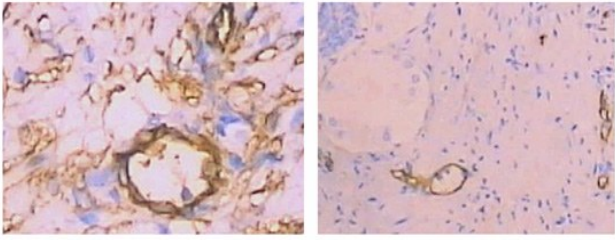


图1 CD34表示对照组前列腺间质血管数目多(S-P, ×200)

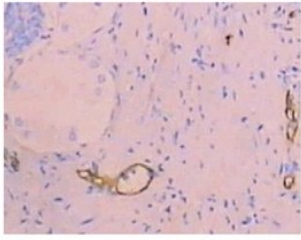


图2 CD34表示实验组前列腺间质血管数目明显减少(S-P, ×100)

3 讨论

前列腺气化电切术是临床上治疗前列腺增生的主要方法,该手术的出血量相对较多,使患者的预后受到一定的影响。有关学者通过免疫组化法对前列腺增生患者的切除组织标本中的CD34表达以及血管因子Ⅷ进行观察,结果显示患者微血管密度增加,是手术导致出血量大的主要原因^[4-5]。术前口服非那雄胺能够有效减少前列腺组织的血管数量,从而减少术中出血量。

本次研究结果显示,对照组和实验组前列腺切除量的比较差异无统计学意义。实验组的血管密度、血管内面积以及术中出血量明显低于对照组,这与王碧琼等人的研究结果一致^[6-8]。原因在于术前采用非那雄胺进行治疗,能够减少前列腺组织内VEGF的表达水平,从而减少组织血管的生成数量,降低术中出血量。国外研究分析推测,非那雄胺通过抑制血管生成的相关因子的活性对血管生成进行抑制。

非那雄胺作为一种5 α -还原酶抑制剂,能够抑制睾酮向脱氢睾酮的转化,并减弱雄激素介导的血管生成因子的活性,从而控制血管的数量^[9-10]。此次研究显示,实验组bcl-2、PCNA以及VEGF阳性细胞面积明显小于对照组,利用Leica-Q500MC图像分析系统对CD34染色阳性微血管进行观察,发现对照组前列腺间质血管数目较多,实验组前列腺间质血管数目明显减少,原因在于血管的生成与VEGF等生长因子存在联系,而bcl-2以及PCNA的阳性表达能够使非那雄胺减少

VEGF的分泌量,从而减少新生血管的数量。

综上所述,术前服用非那雄胺能够减少前列腺气化电切术的术中出血量,提高手术效率,有利于患者的康复,具有明显临床应用价值,值得推广。

参考文献:

- [1] 刘伟民,邹建纲,周中兴,等.经尿道前列腺电切术的并发症分析[J].江苏医药,2011,37(23):2773-2774.
- [2] 徐庆春,张永海,李湖,等.云南白药胶囊联合非那雄胺减少经尿道前列腺电切患者术中出血[J].中国老年学杂志,2011,31(5):766-767.
- [3] 罗择庆.良性前列腺增生药物的治疗进展[J].右江民族医学院学报,2009,31(3):491-493.
- [4] 李世强,候建平.经尿道前列腺电切术后出血的原因及其治疗[J].中国中西医结合外科杂志,2011,2(5):462-463.
- [5] 刘志森,陈照阳,洪阳春,等.经尿道前列腺汽化电切术后出血原因的探讨及处理对策[J].右江民族医学院学报,2013,35(3):277-278.
- [6] 宗焕涛,彭晓霞,杨称称,等.非那雄胺对TURP术中出血影响及其机制的Meta分析[J].山东医药,2011,51(52):22-23,26.
- [7] 崔军,富威,宋永胜,等.非那雄胺对大体积前列腺增生组织微血管密度的影响[J].山西医药杂志,2011,40(21):1075-1077.
- [8] 欧阳昀,刘萃龙,关维民.术前口服非那雄胺对绿激光前列腺气化术气化效率的影响[J].中国激光医学杂志,2012,03:160-164.
- [9] 安超,徐涛,王晓峰,等.5 α 还原酶抑制剂在前列腺癌化学预防中的作用[J].中国医学科学院学报,2011,33(5):582-586.
- [10] 刘宇,侯铁汉,姜华茂,等.术前应用非那雄胺对经尿道前列腺电切术手术效果的影响[J].山东医药,2013,53(26):22-24.

收稿日期:2014-05-14;修回日期:2014-05-22

自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔的临床观察

麦昌文

(广东省佛山市顺德区第一人民医院附属陈村医院普外科,广东 佛山 523800)

E-mail:1328249368@qq.com)

摘要:目的 探讨自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔的临床疗效。方法 将298例符合混合痔诊断标准的患者随机分为自动痔疮套扎术联合外痔切除术组(治疗组)及外剥内扎术组(对照组),并通过观察两组患者疗效、术后便血、肛门疼痛、急便感、切缘水肿、肛门狭窄及肛门功能等指标,评估该术式的临床疗效。结果 两组临床疗效比较差异无统计学意义。治疗组术后肛门疼痛、便血、切缘水肿发生率少于对照组($P < 0.05$),术后并发症总发生率也少于对照组($P < 0.05$)。结论 自动痔疮套扎术联合外痔切除术治疗混合痔疗效与单纯外剥内扎术相似,但术后并发症少,患者满意度高,是一种治疗混合痔安全可靠术式。

关键词: 自动痔疮套扎术;外痔切除术;混合痔

中图分类号: R657.18

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2014)03-0388-02

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.03.034

痔是一种临床常见、多发的肛肠疾病。其具体病因至今尚不完全了解,目前主要有两种学说:静脉曲张学说及肛垫下移学说。目前得到绝大多数人认同的是Thomson于1975年提出的肛垫下移学说^[1]。该学说认为肛垫是由肛管内壁黏膜、血管、纤维支持结构共同构成的正常组织,只有肛垫组织发生异常合并有症状时才可称为痔。目前混合痔以手术治疗为主,

其术式有很多,有传统的外剥内扎术、PPH及TST等等。术后切口疼痛、切缘水肿、尿潴留、术后便血及肛门狭窄乃是术后常见并发症。根据肛垫下移学说,我院自2011年10月开始开展自动痔疮套扎术联合外痔切除术的方法来治疗混合痔,并对其疗效跟踪观察,现将结果报告如下。