论著

DOI:10.16016/j.1000-5404.201412055

慢性前列腺炎患者性欲减退相关因素分析

李勋华,葛成国,周 洋,文 伟,秦凌辉,袁 毅,张荣贵,徐光勇,林艳君,袁秋平,张唯力 (400010 重庆,重庆医科大学第二附属医院泌尿外科)

[摘要] **目的** 分析慢性前列腺炎(chronic prostatitis,CP)患者性欲减退(hyposexuality,HS)与慢性前列腺炎症状及心理因素的关系。**方法** 2013年9月至2014年11月,本科收治的年龄为20~50岁的CP患者103例,填写美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数评分表(national institute of the health chronic prostatitis symptom index,NIH-CPSI)、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)、男性性功能问卷(O'Leary 1995),按有无性欲减退分为观察组与对照组,分析两组间焦虑评分、前列腺炎症状情况。观察组中分为A、B两组,A组予以盐酸坦索罗辛胶囊+前列安栓+前列腺按摩+生活干预+心理治疗,B组予以盐酸坦索罗辛胶囊+前列安栓+前列腺按摩+生活干预。A、B两组中前列腺炎症状明显且前列腺液的白细胞计数>+++/HP的患者均使用抗生素,治疗8周后再次填写上述问卷,比较治疗后A、B两组各项评分情况。**结果** 103例CP患者有57.3%伴有焦虑,43.7%伴有性欲减退。CPSI与SAS之间相关性$r=0.92$,$P<0.05$;CPSI与HS两组之间:$r=0.69$,$P<0.05$;SAS与HS两组之间$r=-0.73$,$P<0.05$。观察组CPSI评分及SAS评分明显高于对照组。A组治疗前后前列腺炎症状、焦虑症状、性欲减退情况改善差异有统计学意义($P<0.05$)。而B组治疗前后前列腺炎症状较治疗前有改善,差异有统计学意义($P<0.05$),但是焦虑症状、性欲减退情况较前改善情况无明显统计学差异($P>0.05$)。**结论** CP伴性欲减退患者多伴有心理障碍,且CP症状越重,性欲减退越明显,心理障碍越显著。治疗过程中除进行常规药物及物理等治疗,还应予以心理疏导,加强心理治疗,以提高患者生活质量。

[关键词] 慢性型前列腺炎;性欲减退;焦虑
[中图法分类号] R181.32; R697.33; R698.3 [文献标志码] A

Hyposexuality related factor analysis in patients with chronic prostatitis

Li Xunhua, Ge Chengguo, Zhou Yang, Wen Wei, Qin Linghui, Yuan Yi, Zhang Ronggui, Xu Guangyong, Lin Yanjun, Yuan Qiuping, Zhang Weili (Department of Urologic Surgery, the Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing, 400010, China)

[**Abstract**] **Objective** To analyze the relationship of hyposexuality (HS) with the symptoms of chronic prostatitis (CP) and the psychological factors in patients with CP. **Methods** From September 2013 to November 2014, a total of 103 outpatients with CP, aged of 20 – 50, were consecutively enrolled in this study. Anonymous questionnaires were used to investigate the scores of the national institute of the health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI), self-rating anxiety scale (SAS) and a symptom score system devised for patients with erectile dysfunction (O'Leary 1995). According to HS state, the patients were divided into an observation group and a control group, and the anxiety scores and inflammation state of the prostate gland were analyzed. The observation group was subdivided into group A and group B. Group A was treated with tamsulosin hydrochloride sustained-release tablets + prostate bolt + prostate massage + life intervention + psychological therapy, and group B was treated with tamsulosin hydrochloride sustained-release tablets +

[通信作者] 张唯力,E-mail:66zwl@sina.com
[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20150706.1612.002.html(2015-07-06)

prostate bolt + prostate massage + life intervention. In the observation group, the patients with severe symptoms and prostate fluid leukocyte counts > + + + +/HP were prescribed with antibiotics. The questionnaires were rewritten after 8 weeks of treatments, and the scores of the two groups were compared. **Results** About 57.3% of CP patients accompanied with anxiety and about 43.7% accompanied with HS. There was positive correlation between CPSI score and SAS score ($r=0.92$, $P<0.05$). HS evaluation was correlated with CPSI evaluation ($r=0.69$, $P<0.05$), and was negatively with SAS evaluation ($r=-0.73$, $P<0.05$). CPSI score and SAS score in the observation group were obviously higher than those in the control group. After treatment, the prostate gland inflammation state, anxiety symptoms, and the loss of libido in group A were alleviated, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). In group B, the prostate gland inflammation state was alleviated after treatment, with statistically significant difference ($P<0.05$), however, the anxiety symptoms and loss of libido had no statistically significant difference ($P>0.05$). **Conclusion** CP patients with HS are frequently accompanied with more psychological obstacles. The heavier the CP symptoms are, the more noticeable the HS and psychological obstacles are. In order to improve the life quality of the patients, more attention must be paid to the psychological counseling besides conventional drugs and physical therapy in the treatment process.

[**Key words**] chronic prostatitis; hyposexuality; anxiety

Corresponding author: Zhang Weili, E-mail: 66zwl@sina.com

前列腺炎(chronic prostatitis,CP)以不同形式的综合证发生,这些综合证有其独立的原因、临床表现和结果。美国国立卫生研究院(national institutes of health,NIH)将CP分为4种类型[1],[2]435-438。Ⅰ型:急性细菌性前列腺炎;Ⅱ型:慢性细菌性前列腺炎;Ⅲ型:慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic pelvic pain syndrome,CP/CPPS),包括ⅢA和ⅢB型,前者为炎症性,后者为非炎症性;Ⅳ型:无症状的炎症性前列腺炎。除了Ⅳ型CP,前3种为有临床症状的CP。CP的症状和临床表现包括:骨盆区域如会阴、肛周、尿道、耻骨上、腹股沟、腰骶部的疼痛;尿频、尿急、排尿费力等排尿症状等。Ⅲ型是CP中最常见的类型,其发病机制、病理生理等改变并不十分清楚。CP好发于中青年,而中青年又是性功能最活跃的人群。临床上有部分CP患者会出现性功能障碍,包括勃起功能障碍(ED)、射精功能障碍(PE)和性欲降低(hyposexuality,HS)等。目前对CP与ED、PE的研究较多,但关于CP与HS的研究报道较少。考虑Ⅳ型CP无临床症状,Ⅰ型CP病程较短,本研究主要以CP患者中的Ⅱ型及Ⅲ型患者为对象,分析CP患者HS与CP症状及心理因素等方面的相关性,旨在提出合理的治疗方式,以期改善CP伴有HS患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2013年9月至2014年11月,本科门诊收治的前列腺炎患者103例,年龄20~50(33.2±3.3)岁。90例已婚,13例未婚,均有性生活。CP诊断标准:具有临床症状(下尿路症状如尿频、尿急、尿痛、排尿不尽感、排尿不畅、夜尿增多,会阴部、阴囊、睾丸、腰骶部、膀胱或耻骨阴阜区及下肢等疼痛不适,甚至有早泄、性欲减退、射精痛等症状),同时结合肛门指诊(如前列腺压痛,硬度增加等)和前列腺液检查(白细胞≥10个/每高倍视野,卵磷脂小体减少或消失)及前列腺超声检查发现钙化灶等。入选标准:符合诊断标准,6个月内有性生活;知情同意;无精神障碍或精神性疾病病史。排除标准:有前列腺增生、前列腺癌、泌尿系感染、结核、结石、神经源性膀胱、尿道狭窄或其他影响排尿的疾病;患有心、肝、肾等重要脏器的严重疾病及内分泌疾病;生活及工作环境有明显改变;性经历受过心理创伤等。

1.2 研究方法

1.2.1 测量工具 与患者面对面地交谈、询问并填写患者基本情况,包括年龄、病程和治疗情况等,并协助患者如实填写:①美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数评分表(NIH-CPSI)[3],NIH-CPSI总体评分中1~14分(轻度)、15~29分(中度)、30~43分(重度),得分越高说明症状越重、对生活质量影响越大;②焦虑自评量表(SAS)[4]。SAS评分标准:以50分作为具有临床意义的标准分分界,分值越高则焦虑程度越明显;③男性性功能问卷(O'Leary 1995)。男性性功能问卷中第1、2问题用来评价性欲,评分≤2分诊断为性欲降低,分数越低,性欲减退越严重,我们

暂称为性欲减退评分(HS评分)[5]。研究性欲减退与前列腺炎症状严重程度、性欲减退与焦虑的严重程度的相关性。观察NIH-CPSI评分与SAS评分、HS评分相关性。将CP患者按有无性欲减退分为观察者与对照组,观察两组间NIH-CPSI评分及SAS评分的差异。

1.2.2 治疗方式 针对CP予以综合性治疗,包括:①药物治疗:α受体阻滞剂、植物制剂及非甾体抗炎药。其中α受体阻滞剂能松弛前列腺和膀胱等部位的平滑肌而改善下尿路症状和疼痛,因而成为治疗慢性前列腺炎的基本药物。植物制剂在前列腺炎中的治疗日益受到重视,其药理作用较为广泛,如非特异性抗炎、抗水肿、促进膀胱逼尿肌收缩与尿道平滑肌松弛等作用[2]447-449。α受体阻滞剂选用盐酸坦索罗辛胶囊,植物制剂选用前列安栓。对慢性细菌性前列腺炎症状明显且前列腺液的白细胞计数>+++/HP的患者均使用抗生素。②物理治疗:主要为前列腺按摩,每周1~2次。③心理治疗:对患者进行慢性前列腺炎和性功能障碍两者之间的生理关系教育,根据患者不同的心理状态,加强患者对心理因素与躯体疾病之间关系的认识,使患者认识到有些症状是自己过度焦虑造成的,树立起战胜疾病的信心。鼓励患者通过合理安排工作、生活和学习,转移自己的注意力。尽可能使患者与性伴侣之间加强沟通并达成谅解,指导性伴侣给予患者信心与温暖,消除心理上对性交失败的顾虑与焦虑。④生活干预:引导患者养成良好的生活习惯,避免过度疲劳、预防感冒、禁烟酒、忌辛辣、保持大便通畅、适时排尿降低膀胱尿道压力,保持会阴部清洁卫生;少骑自行车,避免久坐,不坐潮湿之地,进行适当体育锻炼等;告知适当的性生活可减少前列腺内分泌的蓄积,减少刺激,有益疾病的治疗。建立良好的生活和卫生习惯。

将观察组即伴性欲减退CP患者分为A、B两组,A组予以药物+物理+生活干预治疗+心理治疗,即盐酸坦索罗辛胶囊+前列安栓+前列腺按摩+生活干预+心理治疗,B组予以盐酸坦索罗辛胶囊+前列安栓+前列腺按摩+生活干预。前列腺炎症状明显且前列腺液的白细胞计数>++++/HP的患者均使用抗生素,治疗8周后再次填写NIH-CPSI评分、SAS评分及HS评分。对比A、B两组治疗后性欲减退改善程度。

1.3 统计学分析

采用SPSS 20.0统计软件,计量资料以$\bar{x} \pm s$表示,计数资料采用t检验、Pearson相关性分析。

2 结果

2.1 CP患者NIH-CPSI评分、SAS评分、HS评分情况及相关性分析

共纳入CP患者103例进行调查。NIH-CPSI总评分9~41(21.96±8.18)分,SAS评分32~85(53.51±13.73)分,HS评分0~6(2.76±1.76)分。其中HS评分为正向评分,即评分越低,性欲越低。其中性欲减退者45例,占43.7%;焦虑者59例,占57.3%。NIH-CPSI评分与SAS评分行Pearson相关性分析示:$r=0.92$,$P<0.05$,HS评分与NIH-CPSI评分行Pearson相关性分析示:$r=0.69$,$P<0.05$,HS评分与SAS评分行Pearson相关性分析示:$r=-0.73$,$P<0.05$。因HS评分为正向评分,故性欲减退与前列腺炎症状轻重成正相关,与焦虑情况亦成正相关。

2.2 CP患者观察组与对照组CPSI评分、SAS评分、HS评分情况

观察组NIH-CPSI评分及SAS评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。即CP伴性欲减退者前列腺炎症状及焦虑情况较不伴性欲减退者严重。

表1 CP患者观察组与对照组CPSI评分、SAS评分、HS评分比较(分,$\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIH-CPSI评分	SAS评分	HS评分
观察组	45	28.42±6.81[a]	64.87±10.71[a]	1.00±0.71[a]
对照组	58	16.95±5.05	44.71±8.26	4.12±0.92

a:$P<0.05$,与对照组比较

2.3 观察组中A、B两组治疗后CPSI、SAS、HS评分情况

A组(加用心理治疗)较B组(未加用心理治疗)前列腺炎症状、焦虑症状、性欲减退情况改善明显。A组治疗前后前列腺炎症状、焦虑症状、性欲减退情况改善差异有统计学意义($P<0.05$);B组治疗后前列腺炎症状较治疗前有改善,差异有统计学意义($P<0.05$),但是焦虑症状、性欲减退情况较治疗前改善情况差异无统计学意义($P>0.05$,表2)。进一步说明心理因素在CP伴性欲减退者起了重要作用。

表2 观察组中A、B两组治疗后NIH-CPSI评分、SAS评分及HS评分情况(分,$\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后		
		NIH-CPSI评分	SAS评分	HS评分	NIH-CPSI评分	SAS评分	HS评分
A组	22	28.09±3.13	64.64±5.31	0.95±0.72	21.00±3.84[a]	51.45±6.38[a]	2.64±1.26[a]
B组	23	28.74±9.12	65.09±14.23	1.39±0.84	22.52±8.51[a]	57.09±12.71	1.70±0.88

a:$P<0.05$,与治疗前比较

3 讨论

3.1 CP症状与HS的关系

CP是中青年男性的常见病、多发病,与心肌梗死、不稳定性心绞痛、活动性Crohn病等一起列为影响民生生活质量最为严重的慢性疾病,约有50%的男性患者曾患有CP症状[6]。CP病程长,病情反复,治疗棘手,给患者带来了生理及心理上的影响。前列腺炎病因复杂,目前认为可能是由于前列腺及其周围组织器官、肌肉和神经的原发性或继发性疾病,往往是感染、炎症和异常的盆底神经肌肉活动通过不同的机制共同作用的结果[7-10]。其以排尿异常及慢性盆腔疼痛为主要临床表现,同时伴有性功能障碍、精神症状的综合征,严重影响患者生活质量。杨绍波等[11]对500例CP患者进行研究,发现其性功能障碍主要表现为性欲下降和勃起功能障碍,其次为早泄,而其他射精异常症状如不射精或逆向射精少见。性功能障碍的原因均为功能性,未发现器质性病变,这类病人在前列腺炎症状好转后,性功能也得到改善,有些在前列腺炎未得到痊愈时,性功能已恢复到正常状态。性欲减退是以性生活接应能力和初始性行为水平皆降低为特征的一种状态。我们采用男性性功能问卷(O'Leary 1995)中第1、2问题用来统一评价性欲。我们调查发现CP症状与性欲减退成正相关($r=-0.69$,$P<0.05$),伴HS的CP患者CPSI评分明显高于不伴HS者($t=9.46$,$P<0.05$),差异有统计学意义。这可能与CP症状带给患者的躯体感觉痛苦如下尿路症状如尿频、尿急、尿痛、排尿不尽感、排尿不畅、夜尿增多,会阴部、阴囊、睾丸、腰骶部、膀胱或耻骨阴阜区及下肢等疼痛不适,甚至有早泄、射精痛等症状有关,症状越严重,性欲减退越明显。

3.2 CP症状与焦虑症状的关系

研究认为,CP患者对情绪因素的影响主要表现在焦虑、抑郁、人际关系敏感及躯体化方面,同时心理异常与前列腺炎的症状呈正相关[12]。患者对该病的治疗往往缺乏信心,导致不能得到合理治疗而加重病情。现已知慢性前列腺炎是一种心理社会因素在其发生、发展过程中起重要作用的躯体组织损害性疾病,其抑郁的检出率高于正常人群[13-15]。本调查中发现CP症状与焦虑症状成正相关($r=0.92$,$P<0.05$),这可能主要为CP长期存在反射地引起大脑皮层功能紊乱,对神经系统的稳定和情绪的调节起负面影响有关[16]。同时CP病程迁延日久,患者可能觉得难以治愈,心理负担加重[12,17]。另外也有人夸大前列腺炎病情,将其说成是性病的一种,加上患者确实有下腹部及会阴部不适,进一步加重患者心理负担。部分患者认为前列腺炎会导致不育,也有患者认为性生活会加重前列腺炎症状,内心愈加焦虑。前列腺炎的并发症如附睾炎、精囊炎、前列腺脓肿等也会带给患者心理压力。这些都可能导致CP症状与焦虑症状成正相关。另外,汪建平等[18]研究发现控制情绪状态可提高机体的免疫功能,调节内分泌系统的平衡,对疾病的康复有重要作用。

3.3 焦虑症状与HS的关系

张建国等[19]对346例伴有性功能障碍的慢性前列腺炎患者进行随机对照研究发现,心理因素在慢性前列腺炎所致性功能障碍中起重要作用,心理治疗不但对慢性前列腺炎相关的性功能障碍有明显疗效,而且可明显改善前列腺症状。本调查发现焦虑与性欲减退成正相关($r=-0.73$,$P<0.05$)。伴性欲减退的CP患者SAS评分明显高于不伴性欲减退者SAS评分($t=10.79$,$P<0.05$)。两组之间差异显著。表明伴有性欲减退者心理问题更为突出。CP患者伴性欲减退者分为两组,经药物+物理+心理治疗组即A组,性欲减退改善情况较药物+物理治疗组即B组明显增加。进一步说明心理因素在性欲减退的病程中起着重要作用。当患者产生焦虑,注意力会不自觉地向自身性功能集中,出现担心自己性功能低下、ED,对妻子态度的担忧等问题。同时一些错误的观点如前列腺炎是性病,会传染给对方,前列腺炎患者禁忌性生活等都会压抑自身的性欲,久而久之便出现性欲减退。同时,性欲减退后患者认为自己"性器官出了毛病",心慌意乱,更进一步加重焦虑症状,形成恶性循环。

综上所述,CP患者伴性欲减退者多伴有心理障碍,且CP症状越重,性欲减退越明显,心理障碍越显著。因此在治疗CP伴性欲减退者,除了重视躯体症状及实验室指标,更应评估患者心理状态。治疗过程中除了常规药物及物理等治疗外,还应予以心理疏导,加强心理治疗,提高患者生活质量。本研究存在一定的不足,首先,因为时间限制,本研究纳入的对象人数仅有103例,给数据的准确性带来一定的偏差,需要继续补充病例数以完善。其次,性欲减退不仅仅与CP症状、心理因素相关,可能其他方面也存在一定的关系,需要更多、更广泛的研究进一步研究明确。

参考文献：

[1] Krieger J N, Nyberg L Jr, Nickel J C. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JAMA, 1999, 282(3): 236-237.

[2] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 2014版. 北京: 人民卫生出版社, 2013.

[3] Litwin M S, McNaughton-Collins M, Fowler F J Jr, *et al*. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network[J]. J Urol, 1999, 162(2): 369-375.

[4] 张翼飞, 梁朝朝, 郝宗耀, 等. 慢性前列腺炎合并性功能下降患者精神障碍分析[J]. 安徽医药, 2013, 17(8): 1310-1312.

[5] 杨冬泉, 孙文学, 马然. 北京市城区与郊区中老年男性性功能的现状调查[J]. 中华男科学杂志, 2013, 19(4): 328-331.

[6] 李松, 谢子平, 王万荣, 等. 浅谈慢性前列腺炎对男子性功能的影响[J]. 按摩与康复医学, 2012, 3(23): 54.

[7] 赵富强. 慢性前列腺炎的诊断和治疗进展[J]. 医学理论与实践, 2011, 24(20): 2437-2438.

[8] Kim T H, Han D H, Cho W J, *et al*. The efficacy of extracorporeal magnetic stimulation for treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome patients who do not respond to pharmacotherapy[J]. Urology, 2013, 82(4): 894-898.

[9] 周占松, 宋波, 黄华, 等. 前列腺炎疼痛对背根神经节细胞兴奋性的影响及P2X3表达的变化[J]. 第三军医大学学报, 2006, 28(11): 1206-1208.

[10] 吴小军, 周占松, 张恒, 等. 锯叶棕果实提取物治疗慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征的初步研究[J]. 第三军医大学学报, 2014, 36(14): 1504-1506.

[11] 杨绍波, 刘屹立, 慈健, 等. 慢性前列腺炎性功能改变及评价[J]. 中国医科大学学报, 2002, 31(增刊): 42-43, 49.

[12] 陈智彬, 傅承忠, 程支利, 等. 慢性前列腺炎相关性性功能障碍的研究[J]. 中国性医学, 2013, 22(2): 27-29.

[13] 江山, 朱春燕, 马季, 等. 慢性前列腺炎患者抑郁症状相关因素分析[J]. 中华男科学杂志, 2012, 18(3): 212-215.

[14] Clemens J Q, Brown S O, Calhoun E A. Mental health diagnosis in patient with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a case/control study[J]. J Urol, 2008, 180(4): 1378-1382.

[15] Anderson R U, Orenberg E K, Chan C A, *et al*. Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary- adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. J Urol, 2008, 179(3): 953-960.

[16] Juan Y S, Long C Y, Chou Y H, *et al*. Sexual dysfunction in men with chronic pelvic pain syndrome[J]. Incont Pelvic Floor Dysfunct, 2011, 5(2): 31-34.

[17] 吴学良, 张瑞明, 闵新民, 等. 慢性前列腺炎伴性功能障碍的心理因素研究[J]. 中国性科学, 2013, 22(5): 7-9, 12.

[18] 汪建平, 刘晓东, 于跃平, 等. 慢性前列腺炎合并性功能障碍的临床治疗分析[J]. 云南医药, 2014, 35(5): 547-549.

[19] 张建国, 王艳丽, 李静, 等. 慢性前列腺炎相关的性功能障碍及心理治疗[J]. 中华男科学杂志, 2005, 11(9): 658-660.

（**收稿**:2014-12-06;**修回**:2015-01-25）

（编辑　龙　亮）