·专家论坛·

良性前列腺增生和慢性前列腺炎的诊断与治疗

Diagnosis and treatment of benign prostate hypertrophy and chronic prostatitis

周占松 （第三军医大学西南医院全军泌尿外科研究所，重庆 400038）

［关键词］前列腺疾病；诊断；治疗
［中图分类号］R697.3 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2011)02-0115-02

前列腺是男性重要的性腺器官，学术界将前列腺的功能、病理变化与形态学联系起来，划分为中央区、周边区和移行区。目前的观点认为移行区是良性前列腺增生症发生的唯一部位，而前列腺癌则常发生于周边区[1]。在临床工作中，良性前列腺增生（benign prostate hypertrophy，BPH）与慢性前列腺炎（chronic prostatitis，CP）是男性泌尿系统最常见的疾病之一。现将我所良性前列腺增生和慢性前列腺炎的诊断和治疗经验介绍如下，以供临床同行参考。

1 良性前列腺增生

BPH 是老年男性最常见的泌尿系统疾病，其主要表现为下尿路症状（lower urinary tract symptom，LUTS），即尿频、尿急、尿不尽、进行性排尿困难、排尿等待或无力，其主要原因与膀胱颈出口梗阻（bladder outlet obstruction，BOO）有关，或常合并有逼尿肌功能障碍。流行病学调查显示，50 岁的男性发病率超过 50%，80 岁以上的男性发病率超过 80%[2]。

1.1 BPH 的诊断

BPH 的诊断除临床症状外，还通常需要五个方面：①两个评分，其一是国际前列腺症状评分（IPSS），是对前列腺症状严重程度的评估，总分为 0～35 分，0～7 分为轻度，8～19 分为中度，20～35 分为重度。另一个则是生活质量评分（QOL），主要考察患者受 LUTS 症状困扰的程度，总分 0～6 分。②直肠指诊，非常简捷方便的手段，可以大概了解前列腺的大小、软硬，有无结节性改变，有无触痛，两侧精囊是否能触及，直肠是否有异常等。③超声检查，可分为两种途径，即经直肠或者经腹，所得到的前列腺大小参数来大致计算前列腺的体积（TPV）。④尿动力学检查，主要是观察判断 BOO 的程度以及逼尿肌的功能等，包括尿流率测定、残余尿测定、充盈性膀胱测压、尿道压力图测定和压力－流率同步检查等。⑤血清前列腺特异性抗原（PSA）测定，这是始于 2003 年美国泌尿外科学会（AUA）在 BPH 诊治指南中提及的，若 PSA 达到 4.0 ng/mL 以上，则需要与前列腺癌做鉴别[3]。

［作者简介］周占松（1965－），男，河北省饶阳县人，主任医师，教授，博士，主要从事前列腺疾病的临床及基础方面的研究。电话：（023）68765341

［收稿日期］2010-12-03 ［修回日期］2010-12-23

1.2 BPH 的临床治疗

1.2.1 保守治疗 临床上 BPH 的保守治疗主要分为四大类：①5α 还原酶抑制剂（非那雄胺），其主要是作用于分布在前列腺部位 2 型 5α 还原酶，减少前列腺内雄激素的产生，长期服用可缩小前列腺的体积，改善 LUTS，并可有效降低手术率[4]。②选择性肾上腺能受体 α1 阻断剂，其比非那雄胺类改善 LUTS 明显，起效快速，已被国际上公认为治疗 BPH 的首选药物[5]。这一类药物很多，如常用的坦索罗辛、特拉唑嗪、阿呋唑嗪等，差别仅限于不良反应上。③植物类提取药物，目前成为国际上治疗 BPH 的热点，已经用于临床的包括舍尼通（来自黑麦属花粉）、通尿灵、异株荨麻提取物、锯叶棕果提取物和前列康等[6]，最新的研究还发现灵芝醇 B、参桂提取物、姜黄等能缓解 BPH 的症状[7]。④中医中药，其属于癃闭范畴，辨证论治包括肾元亏虚、中气不足、肺气不宣、肝郁气滞、膀胱湿热、膀胱淤阻等六个基本论型，可根据上述论型选择中药，也可以选择中成药治疗或者针灸治疗等。在药物基础研究上，陆续发现了治疗 BPH 新的靶标：①磷酸二酯酶 5（PDE-5）是治疗勃起功能障碍的一线药物，近年来还发现可以明显改善 LUTS[8]；②糖酵解酶抑制剂可阻断前列腺增生的能量获取，从而治疗或预防 BPH[9]；③芳香化酶抑制剂通过抑制雌激素的合成，从而抑制前列腺增生或减少前列腺体积，改善 LUTS[10]；④GF 在前列腺增生中起着重要作用，包括 b-FGF、EGF、TGF-β 和 ICF 家族等，其抑制剂已经逐步开始用于治疗 BPH。

1.2.2 手术治疗 BPH 的手术治疗是针对前列腺中、重度增生的，或 LUTS 经口服药物治疗无明显疗效的患者。开放手术是最早治疗 BPH 的有效手段，包括耻骨上经膀胱前列腺切除术、耻骨后前列腺切除术等，其疗效可靠，操作简单，同时可以处理膀胱疾病，但是因创伤大，并发症较多，术后恢复慢等不足，现在已经较少采用。微创手术是目前 BPH 手术治疗的大趋势，根据能量平台的不同，分为三个大类：第一类是经尿道前列腺电切术（TURP），已开展 70 余年，是手术治疗 BPH 的“金标准”。我所目前使用的是在 TURP 基础上改进的经尿道前列腺汽化电切术（TUVP），切除速度快，疗效优异，并发症极少；后期还开始使用等离子体双极电切（TUBVP），无水吸收的并发症，出血少，但速度稍慢，切割层面浅。第二类是激光，根据光源的不同，包括了钕激光（Nd：YAG）、钬激光（Ho：YAG）、磷酸钛氧钾激光（KTP：YAG-即绿激光）、铥激光等，其主要特点是切

除效果好,出血少;最新使用的还有 2 μm 激光,其汽化效果更为突出,且对 2 μm 以外的组织无损伤,安全性更高[11]。第三类是微波治疗,可使增生组织凝固、坏死、吸收,但主要是改善症状,减轻水肿等炎性反应。第四类是针灸治疗,其主要不是减少前列腺增生的体积,而是在解决尿潴留方面有一定疗效,副作用少。

2 慢性前列腺炎

前列腺炎是一大类疾病,临床上以 CP 最为常见,可以发生在任何年龄,以 20 ~ 50 岁之间的青壮年男性为主,NIH 已经将 CP 与充血性心衰/心绞痛、Cohn 病和糖尿病等并列为严重影响患者生活质量的四种疾病之一。CP 的发病原因还未完全明确,其可能的机制有:尿液返流理论、交感神经理论、病原体感染、膀胱功能异常、细胞因子介导的免疫反应、激素失衡以及遗传等。单纯从病原体感染角度而言,其所明确的致病微生物包括:革兰氏阳性球菌、革兰氏阴性杆菌、支原体、衣原体。近年来,作者的最新实验研究表明:纳米菌也是导致前列腺炎的特殊病原体之一,尤其是对Ⅲ型 CP 的发病机制息息相关,其结果得到了国际同行的广泛认可,对其病理生理改变还在进一步深入研究之中[12-15]。

2.1 CP 的诊断

CP 的诊断包括以下几个方面:①临床表现,如尿频、尿急、尿痛,排尿等待,尿道外口滴白,会阴部、下腹部、阴囊处隐痛或胀痛不适,性功能减退,注意力不集中,焦虑、失眠等。②前列腺液检查(EPS),是最简单的判断方式之一,但是只对细菌性的 CP 有指导意义。③特殊病原体检查及细菌培养,特殊的非细菌类病原体如支原体或衣原体可通过 PCR 技术进行检测,还可以进行细菌培养,确定细菌类型。④免疫学检查,如不同类型前列腺炎中 IgA 和 IgG 升高水平和持续时间不同。⑤有严重的 LUTS 的可选择做尿流动力学检查,超声或膀胱尿道镜检查对 CP 诊断价值很有限。还有些特殊检查,如前列腺组织活检,CT、MRI 及心理学检查等因为操作不便或费用较高,临床上很少使用。

2.2 CP 的治疗

CP 的治疗分为三大类,即药物治疗、微创治疗、其它治疗。药物治疗的范围较为广泛。①抗生素,虽然可能存在非细菌性 CP 或前列腺痛,但是多数学者依然主张使用抗生素,喹诺酮能更好的穿透前列腺,四环素类、大环内酯类等可以治疗支原体和衣原体感染,因此上述抗生素可作为一线药物进行治疗。通常疗程为 4 ~ 6 周,可根据病情进展,反复疗程使用。给药方式可以口服,或尿道灌注,或前列腺穿刺给药等。②α 受体阻滞剂,其主要是针对尿液返流理论,给药可使膀胱颈和前列腺组织松弛,减轻或消除返流,缓解 LUTS。③非甾体抗炎类,如消炎痛,其主要功效是缓解症状。④M 受体阻滞剂,对有严重尿频尿急的患者可以使用,但应排除尿潴留。⑤三环类抗抑郁药物,主要是针对患者疼痛症状,也可以缓解焦虑、失眠等。⑥植物提取物,包括舍尼通、通尿灵、锯叶棕果提取物和花粉提取物等,其作用机制不甚明确,能缓解症状,副作用少,欧洲应用较为广泛。⑦其它类型,包括微量元素、维生素、免疫抑制剂、骶管内注射药物等,也对 CP 的治疗有一定疗效。

CP 的微创治疗包括:①前列腺按摩,可促进前列腺排空,改善局部循环。②经尿道微波治疗,可促进炎症吸收,减轻疼痛的传导。③射频消融术,可经尿道或者体外实施,严重 CP 患者疗效欠佳。④神经调节电磁治疗,适合盆腔神经肌肉传导障碍的 CP 患者。CP 的其它治疗还包括:①手术治疗,针对 CP 合并膀胱出口梗阻的患者。②心理治疗,可做专门的心理安抚,使情绪放松,缓解焦虑。③功能整体和生物反馈,即引导建立健康的生活方式,包括饮食、起居等。

综上所述,良性前列腺增生和慢性前列腺炎是困扰男性最为常见的两大类疾病,通过对其发病机制、药物功效、能量平台等的深入研究和探索,将为诊断和治疗带来更为广阔的前景。

[参考文献]

[1] Kurita Y, Masuda H, Terada H, et al. Transsition zone index as a risk factor for acute urinary retention in benign prostatic hyperplasia[J]. Urology, 1998, 51(4): 595 - 600.

[2] 叶章群. 良性前列腺增生的诊断和治疗[J]. 中华老年医学杂志, 2006, 25(5): 390.

[3] AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations[J]. J Urol, 2003, 170(2 Pt 1): 530 - 547.

[4] Roehrbom CG, Bruskewity R, Nickel GC, et al. Urinary retention in patients with BPH treated with finasteride or placebo 4 years[J]. Eur Urol, 2000, 37(5): 528 - 536.

[5] Eri LM, Tveter KJ. alpha-blockade in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia[J]. J Urol, 1995, 154(3): 923 - 932.

[6] Hutchsion A, Farmer R, Verhamme K, et al. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 European countries[J]. Eur Urol, 2007, 51(5): 207 - 216.

[7] 刘晶晶. 植物药治疗前列腺增生症的研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2010, 29(2): 111 - 112.

[8] Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Phosphodies-terase type 5 inhibitors: the day after[J]. Eur Urol, 2007, 51(1): 75 - 89.

[9] Brawer MK. Lonidamine: basic science and rationale for treatment of prostatic proliferative disorders[J]. Rev Urol, 2005, 7(7): S21 - S26.

[10] Michaud LB. Adjuvant use of aromatase inhibitors in prosmenopausal women with breast cancer[J]. Am J Health syspharm, 2005, 62(3): 266 - 273.

[11] 周 健, 刘显中, 刘德云, 等. 2 μm 激光汽化切割术治疗良性前列腺增生的临床研究[J]. 重庆医学, 2009, 38(16): 2044 - 2045.

[12] Krieger JN, Nyberg LJr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JMMA 1999, 282(3): 236 - 237.

[13] 周占松, 宋 波. 纳米细菌在泌尿系统中的作用[J]. 重庆医学, 2007, 36(10): 967 - 968.

[14] Zhou Z, Hong L, Shen X, et al. Detection of nanobacteria infection in type Ⅲ prostatitis[J]. Urology, 2008, 71(6): 1091 - 1095.

[15] Shen X, Ming A, Zhou Z, et al. Nanobacteria: a possible etiology for type III prostatitis[J]. J Urol, 2010, 184(1): 364 - 369.

(编辑:郭光金)