DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.05.025

中青年前列腺病尿动力学研究(附 50 例报告)

宋 波 刘志平 金锡御 熊恩庆 张煦炜 张家华 吴雄飞
(第三军医大学西南医院泌尿外科) 630038

中青年前列腺病(Prostatism)常使人首先想到慢性前列腺炎,但有许多患者有前列腺炎样症状,但前列腺液镜检和细菌培养均为阴性,后者即所谓前列腺痛[1]。前列腺炎和前列腺痛临床上均较常见,但病因不明,疗效欠佳。为此,作者通过尿动力学检查,试图探讨其病因,为临床诊治提供参考。报告如下:

1 材料及方法

1.1 对象

男性长期尿频、排尿困难或腰骶会阴部疼痛,无神经系统疾病及器质性泌尿系统疾病,经多种抗生素治疗无效者。年龄 19～39 岁,平均 28±7 岁。病程 0.5～10.5 年。共计 50 例,其中慢性前列腺炎患者(Ⅰ组)18 例,前列腺痛患者(Ⅱ组)32 例。同龄正常男性对照 8 例。

1.2 方法

所有患者均行膀胱尿道测压,有关方法及诊断标准参见有关文献[2,3]。9 例患者行酚妥拉明试验:即常规测压后静注酚妥拉明 10mg,10min 后重复测压。10 例患者行膀胱尿道镜检。

1.3 统计学处理

数理统计 FLSD 法作各组测压参数均数间显著性检验;t 检验作酚妥拉明试验各相应参数均数间显著性检验。

2 结果

2.1 尿道测压

与正常人相比,本组病例前列腺压(P_P)、膀胱颈压(P_N)及前列腺长(L_P)均有显著升高,膀胱颈长(L_N)亦有升高,但相差不显著。以正常人上述尿道压参数的 95%置信区间为正常标准,本组病例除 2 例外均有 1 项以上参数值升高,可分为 3 种类型。Ⅰ组和Ⅱ组患者上述尿道压力参数和尿道梗阻类型分布均无显著差异。(表 1,2)。

酚妥拉明试验:用药后除最大尿道压(Pmax)外其余尿道压参数均有显著下降(表 1),其中 6 例患者达到正常范围。

表 1 各组间尿道压参数对照表(上半部)及酚妥拉明前后参数对照($\bar{x}\pm s$)

	L_P (cm)	P_P (kPa)	L_N (cm)	P_N (kPa)	Pmax (kPa)
Ⅰ组	3.30±1.15	2.83±0.91	1.21±0.56	2.71±0.96	7.91±1.60
Ⅱ组	3.20±0.64	2.78±0.05	1.15±0.48	2.70±1.00	7.32±1.57
正常组	2.00±0.51$^+$	1.22±0.66*	0.69±0.40	1.27±0.25*	7.30±1.20
用药前	2.94±1.00	3.33±1.30	1.07±0.60	3.76±1.60	8.24±1.87
用药后	1.98±0.46$^+$	1.82±0.35*	0.48±0.20$^-$	1.80±0.45*	7.75±1.97

*和$^+$分别示 $P<0.001$ 和 $P<0.05$

表 2 尿道梗阻部位及类型(例)

	膀胱颈	前列腺尿道		膀胱颈合并前列腺尿道			
	P_N	P_P	P_P+L_P	P_{N+P}	$P_{N+P}+L_P$	$P_{N+P}+L_{P+N}$	L_P
Ⅰ组	—	2	—	4	7	3	1
Ⅱ组	1	1	2	10	12	4	1
合计	1	3	2	14	19	7	2

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.2 膀胱测压

Ⅰ和Ⅱ组分别有 5 和 8 例正常。异常类型有不稳定膀胱,逼尿肌无力和高顺应膀胱 3 种。Ⅰ组患者上述 3 种异常分别为 50%、16.7%和 5%,Ⅱ组患者分别为 46.9%、15.6%和 9.4%。

2.3 膀胱尿道镜检

10 例中 6 例三角区或后尿道充血,1 例精阜肥大(轻度)。均无明显的器质性膀胱下尿路梗阻的征象。

3 讨论

3.1 尿动力学表现

Barbalias 发现慢性前列腺炎和前列腺痛患者均存在着膀胱颈或/和前列腺尿道梗阻和尿流率下降,该作者还将前列腺痛称为男性痛性尿道综合征[4,5]。慢性前列腺炎和前列腺痛患者膀胱功能改变也十分相似,可有不稳定膀胱、逼尿肌无力、膀胱感觉过敏及膀胱感觉迟钝等[6,7,8]。本文结果与文献报告十分相似。由于同时施行膀胱和尿道测压,本研究还进一步证实。

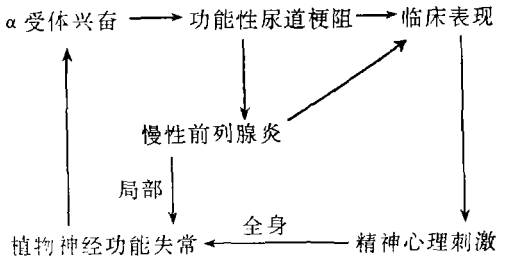
3.1.1 本组病例均有某种膀胱尿道机能异常的尿动力学表现,可分为 4 种类型:(1)单纯后尿道梗阻(26%);(2)后尿道梗阻合并不稳定膀胱(44%);(3)后尿道梗阻合并逼尿肌无力或/和高顺应膀胱(26%);(4)单纯不稳定膀胱(4%)。

3.1.2 尿道梗阻并非均有排尿困难,与梗阻程度和膀胱功能有密切的关系。本组病例中有排尿困难者 23 例,其中逼尿肌无力和高顺应膀胱占 47.8%,均为膜部尿道以上尿道梗阻。无明显排尿困难症状者 27 例,其中不稳定膀胱占 59.3%,尿道梗阻类型为膀胱颈或/和前列腺尿道梗阻者占 25.9%。

3.2 尿道梗阻的原因

膀胱颈、前列腺富含 α 受体,当其兴奋时引起上述组织收缩。全身性植物神经功能失调、心理障碍,膀胱颈和前列腺炎症均可引起局部 α 受体兴奋性升高,使膀胱颈和前列腺尿道平滑肌痉挛,产生尿道梗阻[9],亦有称之为功能性尿道梗阻[4],功能性排尿异常等[8]。

3.3 功能性尿道梗阻与慢性前列腺炎的发生有密切的关系[5,9](见附图)



附图 功能性尿道梗阻的产生及影响

功能性尿道梗阻使前列腺尿道内压升高,尿液及其它致炎和病原微生物在高压驱使下经前列腺导管逆流入前列腺,引起腺体及其周围组织的炎症感染。

慢性前列腺炎和前列腺痛尿动力学表现无明显差异,对 α 受体阻滞剂和前列腺气囊扩张治疗均有较好的疗效[9,10],提示两者是同一病生过程的不同病理阶段。

3.4 尿动力学改变与临床症状的关系

功能性尿道梗阻的原因是尿道平滑肌痉挛,因而除产生排尿困难外,与腰骶会阴部疼痛及尿频也有密切的关系[5]。膀胱功能障碍的原因不完全清楚,可能与功能性尿道梗阻属同一病因,也可能为功能性尿道梗阻后的继发性改变[8,11]。

本文结果表明,膀胱尿道测压对分析前列腺病病因及指导治疗有较大的价值。我们根据尿动力学结果对 10 例患者进行初步治疗观察,疗效较好。该治疗试验仍在进行之中。

关键词 前列腺疾病;尿动力学;中青年

参考文献

1. Drach GW, Meares EM, Fair WR, et al. Classification of benign diseases associated with pro-

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

static pain: Prostatitis or prostatodynia? J Urol, 1987;120:266
2. 郭乃勉 刘志平 张煦炜,等。前列腺增生症储尿期尿动力学检查的临床意义。中华泌尿外科杂志,1988;9:135
3. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, et al. Standardisation of terminology flower urinary tract function. Neurourology and Urodynamics, 1988;7:403
4. Barbalias GA, Meaes EM Jr, Sant GR. Prostatodynia: Clinical and urodynamic characteristics. J Urol, 1983;130:514
5. Barbalisa GA. Prostatodynia or painful male urethral syndrome? Urology, 1990;36:146
6. Murnaghan GF, Millard RJ. Urodynamic evaluation of bladder neck obstruction in chronic prostatitis. Br J Urol, 1984;56:713
7. George NJ, Reading C. Sympathetic nervous system and dysfunction of the lower urinary tract. Clin Sci, 1986;70(Suppl)14:69
8. Siroky MB, Goldstein I, Krane RJ. Functional voiding disorders in man. J Urol, 1981;126:200
9. Hellstrom WJ, Schmidt RA, Lue TF. Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis. Urology, 1987;30:183
10. Lopatin WB, Martynik M, Hichey DP, et al. Retrograde transurethral balloon dilation of prostate: Innovative management of abacterial chronic prostatitis and prostatodynia. Urology, 1990;36:508
11. 宋 波 金锡御 刘志平,等。女性尿道综合征394 例尿动力学诊断。中华泌尿外科杂志,1993;14:115

(收稿:1992-07-15;修回:1993-07-21)

鼻中隔复合瓣修复腭缺损(附 7 例报告)

李忠禹 谭颖徽 (第三军医大学新桥医院口腔科) 630037

1986～1989 年我科为 7 例上颌骨切除患者实行鼻中隔翻转腭板成形术,效果满意。现将方法和初步体会介绍如下。

1 临床资料

男性 5 例,女性 2 例。年龄:32～51 岁。病因:上颌牙龈癌 4 例,硬腭癌 2 例,上颌窦癌 1 例。按 UICC 肿瘤 TNM 分期标准,Ⅰ期 1 例,Ⅱ期 4 例,Ⅲ期 2 例。上颌骨全切除 2 例,次全切除 5 例。一期成形术 5 例,二期成形术 2 例。

2 手术方法

2.1 鼻中隔复合瓣形成

沿鼻中隔前、上、后缘"冂"形切口(图 1),切开粘膜、骨膜,剪断鼻中隔软骨,用骨凿凿断鼻中隔骨部(筛骨垂直板),同时剪开相应的对侧鼻中隔粘膜。至此,鼻中隔前、上、后方完全分离。然后用平骨凿平行于对侧鼻底由前向后凿断鼻中隔下部。上颌骨鼻嵴、腭骨鼻嵴,勿伤及对侧粘膜(此为蒂部),推压鼻中隔向患侧翻转,复合瓣完成。

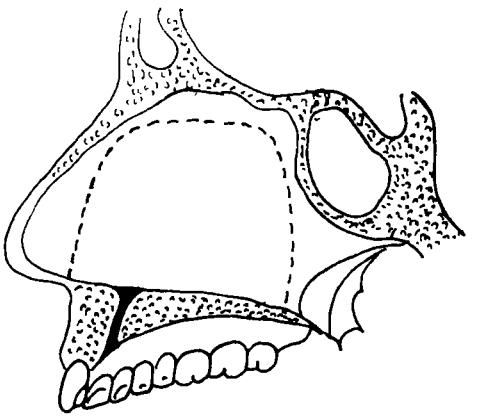


图 1 鼻中隔"冂"形贯通切口

2.2 二期成形术者

在患侧唇、颊粘膜原创缘下方 0.5cm 处切开粘膜及粘膜下层组织,于粘膜下稍加分离;软腭创缘予以剖开,充分松解。

2.3 复合瓣转移腭板成形

将翻转的鼻中隔复合组织瓣两侧的粘骨膜创缘

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net