

高频热疗联合吲哚美辛治疗慢性非细菌性前列腺炎/骨盆疼痛综合征的研究

蒋曙光¹ 王光策¹ 陈铸¹ 王锁刚¹ 崔洪泉²

【摘要】 目的:评价高频热疗联合吲哚美辛治疗慢性非细菌性前列腺炎/骨盆疼痛综合征(CPPS)的方法和疗效。方法:采用高频热疗联合吲哚美辛治疗 CPPS 患者 321 例,并观察其治疗效果。结果:治疗 1 个月后,临床治愈 163 例,占 50.78%;显效 112 例,占 34.89%;有效 27 例,占 8.41%;无效 19 例,占 5.91%。结论:高频热疗联合吲哚美辛是一种治疗 CPPS 患者安全、有效的方法

【关键词】 慢性前列腺炎;骨盆疼痛综合征;高频热疗;吲哚美辛

【中图分类号】 R697 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2012)04-0301-02

A research of curative effect in chronic prostatitis/pelvic pain syndrome by high-frequency hyperthermia with indometacin

JIANG Shuguang¹ WANG Guangce¹ CHEN Zhu¹ WANG Suogang¹ CUI Hongquan²

(¹Department of Urology, the First Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan, 450000, China;²Henan University of Traditional Chinese Medicine)

Corresponding author: JIANG Shuguang, E-mail: shuguangjiang666@163.com

Abstract Objective: To evaluate the efficacy of high-frequency hyperthermia combined with indomethacin for treating patients with chronic abacterial prostatitis/pelvic pain syndrome(CPPS). **Method:** Three hundred and twenty-one cases of chronic abacterial prostatitis/PPS were treated by high-frequency hyperthermia with indomethacin and the curative effect of this method was evaluated. **Result:** After 1 month treatment, 163 patients were cured (50.78%), an obvious effect was achieved in 112 cases (34.89%), 27 cases (8.41%) were considered effective, 19 patients (5.91%) were considered non-effective. **Conclusion:** High-frequency hyperthermia combined with indomethacin are clinically effective therapy and safety for patients with chronic abacterial prostatitis/PPS.

Key words chronic abacterial prostatitis; pelvic pain syndrome; high-frequency hyperthermia; indomethacin

慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic prostatitis/pelvic pain syndrome, CPPS)病因复杂,症状反复发作,常伴有排尿功能障碍、骨盆及会阴部疼痛等症状,成为近年来泌尿男科的主要难题之一。我们采用高频热疗结合吲哚美辛治疗,观察其疗效,效果满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 321 例,年龄 18~49 岁,平均 31 岁,病史 3 个月~4 年。患者均以以下腹部、会阴部、腰骶部、睾丸阴囊骨盆腔疼痛为主诉,伴有性功能障碍、尿频等症状,根据病史、症状和 Mecres-Staney“四杯法”诊断为 CPPS,经系统检查除外其它可能导致上述疼痛的疾病。治疗前行前列腺液常规检查,白细胞计数<10 个/HP。

1.2 治疗方法

采用非介入式治疗仪 HG-2000 体外高频热疗

仪。321 例均采用高频热疗结合吲哚美辛肛塞治疗,100 mg,每天 1~2 次。高频热疗隔天 1 次,5 次为 1 个疗程,温度 39~42 ℃,共 2~3 个疗程。

1.3 统计方法

所得数据用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示。治疗前后比较采用 *t* 检验。

2 结果

本组所有患者均经治疗后 1 个月进行疗效判定。根据美国国立卫生院(NIH)慢性前列腺炎/前列腺痛症状积分指数(NIH-CPSI)评价,治愈 163 例,占 50.78%;显效 112 例,占 34.89%;有效 27 例,占 8.41%;无效 19 例,占 5.9%。见表 1。

3 讨论

按照美国国立卫生院(NIN)标准分类,非细菌性慢性前列腺炎和前列腺疼痛多为Ⅲ型即 CPPS。目前对 CPPS 尚无有效的、规范化和系统的治疗方法,多数学者赞同综合治疗^[1]。现代医学理论认为,疼痛主要由损伤或炎症时组织产生多种前列腺素(PG)、缓激肽和组织胺等致痛物质作用于神经

¹河南中医学院第一附属医院泌尿外科(郑州,450003)

²河南中医学院

通信作者:蒋曙光, E-mail: shuguangjiang666@163.com

表 1 治疗前后疗程与疗效判定结果

时段	疼痛不适 排尿障碍	生活质量 评分	NIH-CPSI 积分变化
治疗前	14.5±3.6	11.2±1.4	25.5±4.7
治疗后	4.2±2.8	3.6±1.8	8.5±4.5
<i>r</i>	2.51	0.05	2.29
<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05

末梢的痛觉感受器所致。PG 不仅是致痛物质,还可增加其它致痛物质,炎症还可致局部血管扩张,血管通透性增加引起的白细胞(释放细菌物质)、内生性致痛物质增多而加重疼痛,也就是炎症导致疼痛。前列腺一旦发生充血水肿,可以刺激神经并反射到周围组织引起反射痛;局部肌肉组织的习惯性收缩和痉挛、缺血、乏氧等都可导致盆底紧张性肌痛;前列腺内尿液反流引起化学性膀胱炎的不适症状、盆底交感神经系统原发性异常所造成的不完全性膀胱颈松弛和外括约肌尿道的功能性狭窄、精神紧张因素等都可以造成前列腺痛的临床症状,因此认为前列腺痛主要是由于盆底神经-肌群的功能失调所造成的^[2]。吲哚美辛是最强的 PG 合成酶,即环氧化酶(COX)抑制剂之一,抗炎作用强,除抑制 PG 合成酶外,还能抑制白细胞的运动,减少其它炎症部位的浸润和释放致痛物质,减少组织损伤,阻止炎症刺激物引起的炎症反应。另外还有减少缓激肽生成,抑制红细胞和血小板凝集,而发挥止痛和抗炎作用。上述理论即是我们采用吲哚美辛治疗 CPPS 的根据。

高频热疗的作用机制是高频热疗能使热能均匀地穿透皮肤、皮下组织,到达前列腺组织内部及盆底组织内,能增加局部血液循环,加强代谢功能,降低结缔组织张力和提高机体免疫力;同时还可缓

解前列腺腺管内平滑肌张力及后尿道阻力,使前列腺腺管管腔通畅,有利于前列腺液及引起管腔阻塞的物质顺利排出^[3]。高频热疗不仅可以促进局部炎症的消散,有利于慢性前列腺炎的康复。而且热效应又可使横纹肌的紧张度再降低,特别是对处于痉挛状态下的肌肉张力降低更明显,具有良好的解痉作用。有人研究发现 80% 盆底疼痛患者盆壁或尿道外扩约肌明显不协调,认为 CPPS 的疼痛和排尿功能障碍有神经源性病因,高频热疗对中枢神经系统及外周感觉神经系统有抑制作用,产生止痛效果^[4]。

通过对本组患者的治疗,笔者认为高频热疗联合吲哚美辛对治疗 CPPS 具有显著疗效。同时认识到 CPPS 的治疗是一个综合治疗过程,还应辅以心理治疗,培养患者良好的生活习惯,排除焦虑。对于感染所致的细菌性非淋病性前列腺炎还应采用相应治疗。高频热疗过程中,应注意温度的调节及防止出汗过多,以免引起烫伤。

参考文献

- [1] 贾金铭,马卫国. 慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CP/CPPS)[J]. 中国性科学, 2004, 13(11): 10-12.
- [2] 郭应禄,李宏军. 前列腺炎[M]. 北京:人民军医出版社, 2002: 370-371.
- [3] 邓小华,廖志江,陈瑞卿,等. 体外高频热疗联合前列腺按摩术治疗ⅢA型前列腺炎[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(3): 267-268.
- [4] 罗建辉,熊恩庆,宋波,等. 慢性前列腺炎引起排尿症状的神经机制研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 2007, 28(11): 760-762.

(收稿日期: 2011-11-28)

(上接第 300 页)

参考文献

- [1] 梅桦,陈凌武,高新主编. 泌尿外科手术学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 697-698.
- [2] Moharari R S, Khajavi M R, Khademhosseini P, et al. Sterile water as an irrigating fluid for transurethral resection of the prostate: anaesthetical view of the records of 1 600 cases[J]. South Med J, 2008, 101: 373-375.
- [3] 杨宇如,唐孝达,卢一平,等. 经尿道前列腺切除术中冲洗液吸收及其对血清电解质的影响[J]. 中华泌尿外科杂志, 1989, 10(5): 308-310.
- [4] Peter A. Treatment of transurethral resection syndrome with intravenous 29.2% saline[J]. BJU International, 2004, 94: 1141-1142.
- [5] Michielsen D P, Coomans D, Braeckman J G, et al. Bipolar transurethral resection in saline: the solution to avoid hyponatraemia and transurethral resection syndrome[J]. Scand J Urol Nephrol, 2010, 44: 228-235.
- [6] 陈弋生,邹滨,刘卫,等. 经尿道前列腺电切除术中监测血糖、血钠的临床意义[J]. 安徽医学, 2009, 30(1): 24-26.
- [7] 郭应禄主编. 泌尿外科内镜诊断治疗学[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2004: 85-87.

(收稿日期: 2012-02-01)