

膀胱颈口电切加松解术治疗难治性慢性 骨盆疼痛综合征* (附 15 例报告)

刘耀雷¹ 杨锦建¹ 贾占奎¹ 顾朝辉¹ 唐晓龙¹ 刘会锋¹

【摘要】 目的:探讨膀胱颈口电切加松解术治疗难治性慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(CP/CPPS, III 型前列腺炎)的疗效。**方法:**选择符合美国国立卫生研究院(NIH)诊断标准的 III 型前列腺炎患者 15 例,均行经尿道膀胱颈口电切加松解术。以 NIH-慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)、前列腺液内白细胞数及最大尿流率为疗效指标进行手术前后的比较。**结果:**15 例患者中,7 例显效,5 例有效,3 例无效。9 例 III_A 型患者 EPS 中的白细胞计数由术前(30.6 ± 10.3)个/HP 减少至(10.2 ± 5.7)个/HP。本组显效者占 46.7%,有效者占 33.3%,无效者占 20%,总有效率为 80%。**结论:**经尿道膀胱颈口电切加松解术是治疗难治性 CP/CPPS(III_B 型前列腺炎)的一种有效手段。

【关键词】 慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征;慢性前列腺炎;经尿道膀胱颈口电切加松解术

【中图分类号】 R697 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1001-1420(2012)12-0924-03

The effectiveness of transurethral incision of versical neck and bladder neck lysis in the treatment of the refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes (Report 15 of cases)

LIU Yaolei YANG Jinjian JIA Zhankui GU Chaohui TANG Xiaolong LIU Hui Feng
(Department of Urology, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou,
450052, China)

Corresponding author: YANG Jinjian, E-mail: zzdxyfyyjj@126.com

Abstract Objective: To explore the effectiveness of transurethral incision of versical neck(TUIVN) and bladder neck lysis in the treatment of the refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes(CP/CPPS). **Method:** We selected 15 patients which accorded with the demands of chronic prostatitis type III of National Institute of Health(NIH). All patients received the operation of TUIVN and bladder neck lysis. NIH-chronic prostatitis symptom index(NIH-CPSI), counting leukocytes in expressed prostatic secretion(EPS) and maximum flow rate(MFR) were used as the standards of the effectiveness to compare between preoperation and postoperation. **Result:** The leukocytes counts before and after operation in 9 patients with CP/CPPS Type III_A were (30.6 ± 10.3)/HP and (10.2 ± 5.7)/HP respectively. 7 patients in 15 patients had marked effect (the scores for symptom decreased greater than or equal to 15), 5 patients had effect (the scores for symptom decreased between 5 and 15) and 3 patients had no effect (the scores for symptom decreased less than 5). The maximum flow rate increase to (15.5 ± 4.3) ml/s after surgery. **Conclusion:** Transurethral incision of versical neck and bladder neck lysis maybe an effective method to treat the refractory CP/CPPS.

Key words chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes; chronic prostatitis; transurethral incision of versical neck and bladder neck lysis

慢性前列腺炎在成年男性中的发病率大约为 5%~9%。慢性前列腺炎患者占泌尿外科患者的 25%左右,在韩国已经占到了泌尿外科门诊患者的 15%~20%^[1]。依据前列腺特异性标本的镜检和培养结果,美国国立卫生研究院(NIH)将前列腺炎分为以下四型:①急性细菌性前列腺炎(acute bacterial prostatitis, ABP, I 型);②慢性细菌性前列腺炎(chronic bacterial prostatitis, CBP, II 型);

③慢性无菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndromes, CP/CPPS, III 型);④无症状炎症性前列腺炎(asymptomatic inflammatory prostaticitis, AIP, VI 型)。其中 III 型是慢性前列腺炎中最常见的类型,占前列腺炎的 90%左右,主要表现为长期、反复的骨盆区疼痛或不适、排尿异常症状,同时可伴有性功能障碍、焦虑、抑郁、失眠和记忆力下降等,严重影响着患者的生活质量,其前列腺液、精液和按摩前列腺后尿液细菌培养结果阴性。又可根

* 基金项目:国家自然科学基金(编号 81100464/HO424)

¹ 郑州大学附属第一医院泌尿外科(郑州, 450052, China)

通信作者:杨锦建, E-mail: zzdxyfyyjj@126.com

据前列腺液、精液或前列腺按摩后尿液的显微镜检查结果将其分为炎症性慢性前列腺炎(Ⅲ_A型)和非炎症性慢性前列腺炎(Ⅲ_B型),其中Ⅲ_A型患者的前列腺液、精液或按摩前列腺后尿液中白细胞数量增多;Ⅲ_B型患者的前列腺液、精液或按摩前列腺后尿液中白细胞数量不增多。最近有学者提出用精液中的巨噬细胞和单核细胞作为其分型标准^[2]。尽管文献报道抗生素、 α 肾上腺素能受体阻滞剂、非甾体类抗炎药、植物制剂及心理治疗等对CP/CPPS有一定疗效,但其确切疗效尚存在争议^[3,4]。2010年5月~2012年3月,我院采用经尿道膀胱颈口电切加松解术治疗长期应用药物治疗无效的CP/CPPS患者15例,取得了满意结果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择及一般资料

纳入标准:NIH-慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)中的症状评分 >15 分(疼痛或不适症状和排尿症状),慢性前列腺炎症状持续时间大于1年,前列腺液细菌培养阴性,反复应用药物治疗无效。排除标准:①前列腺液培养证实为慢性细菌

性前列腺炎患者;②有泌尿系感染病史,过去1年里证实有尿路病原体存在或生殖器疱疹;③泌尿系肿瘤,肠道炎性疾病;④有骨盆部位放射治疗史或全身化疗史、尿道狭窄、膀胱或前列腺手术史和神经源性膀胱。

一般资料:选择符合标准的患者15例,年龄42~60岁,平均51岁。Ⅲ_A型9例,Ⅲ_B型6例。所有患者术前均曾长期应用抗生素、 α_1 肾上腺素受体阻滞剂和非甾体抗炎药等药物治疗无效。

1.2 治疗方法

气管插管全麻,患者取截石位,插入电切镜,观察膀胱颈及膀胱内病变情况。用环状电切环先电切膀胱颈口6点位,电切宽度为1.5~2.0 cm,使尿道与膀胱三角区接近同一平面。然后用钩状电极分别在5点、7点位电切,将颈部横行肌纤维全部切开至显露深层的浆膜脂肪组织。电切后彻底电凝止血,拔除电切镜后压迫耻骨上膀胱区,见尿线呈水柱样射出,表明电切程度可以,留置三腔尿管,术后5~7天拔除尿管。手术过程如图1所示。

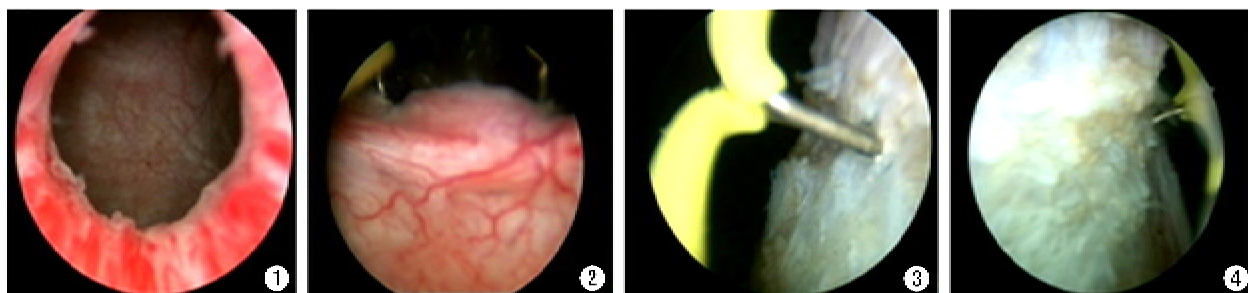


图1 手术步骤

1.3 观察指标及疗效判断标准

采用NIH-CPSI评分系统进行评分,包括三个方面的内容:①疼痛或不适症状评分(0~21分)。②排尿症状评分(0~10分)。③症状对生活质量的影(0~12),共有9个问题。本组15例患者分别在术前和术后1个月进行评分。

疗效判断标准:症状分值减少 ≤ 5 分为无效,减少5~15分为有效,减少15分以上为显效^[5]。比较术前和术后1个月EPS中白细胞数量变化及最大尿流率的变化。

1.4 统计学处理

结果数据用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示。运用SPSS17.0统计软件进行分析,采用配对 t 检验比较手术前后相关观察指标的差异,设定 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组15例患者的NIH-CPSI总评分、症状评分、生活质量评分和最大尿流率变化情况详见表1。

9例Ⅲ_A型患者EPS中白细胞计数由术前(30.6 ± 10.3)个/HP减少至(10.2 ± 5.7)个/HP。

表1 15例患者手术前后相关指标评分比较 $\bar{x} \pm s$

时段	NIH-CPSI 总评分	症状评分	生活质量 评分	最大尿流率/ $\text{ml} \cdot \text{s}^{-1}$
手术前	34.9 ± 3.4	27.5 ± 5.1	10.9 ± 1.2	8.7 ± 3.1
手术后	$17.3 \pm 7.4^{1)}$	$11.9 \pm 5.4^{1)}$	$5.5 \pm 2.0^{1)}$	$15.5 \pm 4.3^{1)}$

¹⁾与手术前比较 $P < 0.05$

本组患者显效7例(46.7%),有效5例(33.3%),无效3例(20%),总有效率80%。患者术后无尿失禁、逆行射精等并发症发生。

3 讨论

CP/CPPS是慢性前列腺炎中最常见的类型,有2%~10%男性曾患CP/CPPS。CPPS患者一生

中的 9%~16% 时间里受其困扰^[6]。CP/CPPS 主要表现为骨盆区不同部位(会阴部、阴茎、肛周、腹股沟和腰部)疼痛不适或各种排尿和性功能异常。其确切病因还不十分明确,目前有以下几种学说:①病原体感染学说;②免疫学说;③氧化应激学说;④精神心理作用;⑤尿液返流学说^[7,8]。其中尿液反流在 CPPS 的发病中占重要地位。尿液反流常引起化学性炎症甚至继发细菌性慢性前列腺炎。有学者在前列腺切除前将炭末悬液注入膀胱,次日在切除的前列腺腺体及导管中可发现炭末,表明前列腺内有尿液反流存在^[9]。对于 CPPS 的发病机制,目前普遍认为:①慢性炎症引起骨盆神经肌肉功能失调,膀胱、尿道功能紊乱,前列腺部尿道压力升高,使尿液反流入前列腺和前列腺组织细胞及间质充血水肿,反过来又可以进一步加重炎症。②自主神经和精神心理因素导致全身植物神经功能紊乱,使 α_1 受体兴奋性增高,进而加重后尿道神经肌肉功能障碍,使膀胱颈部功能失调,排尿时前列腺部尿道压力增加,使尿液返流入前列腺,引起化学性前列腺炎或非细菌性前列腺炎。所以,CPPS 的临床表现主要是长期的慢性炎症刺激,使膀胱颈组织增生和纤维化而致的颈口后唇抬高和挛缩所导致排尿异常症状和逼尿肌、尿道括约肌或骨盆肌肉功能失调引起的紧张性疼痛以及慢性炎症刺激产生的疼痛。

目前治疗 CPPS 的方法主要有药物治疗(抗生素、环氧化酶抑制剂、 α_1 受体阻滞剂、5 α 还原酶抑制剂及植物制剂等)和生物行为治疗及心理治疗等非药物治疗^[10]。虽然这些方法在 CPPS 治疗中应用最为广泛,但是许多临床研究并没有证实这些方法确实有效^[11]。因此,有人提出应用手术的方法治疗药物长期治疗无效的 CP/CPPS。1994 年 Kaplan 等^[12]曾报道经尿道膀胱颈单侧切开治疗 34 例经抗生素和 α 受体阻滞剂治疗无效的具有刺激性梗阻性排尿症状和盆底疼痛的 CP/CPPS 患者,手术后显著改善了尿流模式,会阴部疼痛患者中有 92% 在 3 个月内症状消除。王振声等^[13]采用开放性手术行前列腺被膜十字切开引流加膀胱颈成形术,治疗 102 例非细菌性前列腺炎梗阻症状突出患者,有效率达 92.6%,疼痛症状突出的有效率达 70.6%。张昌文^[14]报道经尿道电切治疗难治性慢性前列腺炎患者 14 例,10 例临床症状消失,明显减轻 2 例,其余 2 例无明显减轻。该研究选择 15 例经过长期药物治疗无效的 CPPS 患者,采用经尿道膀胱颈口电切加松解术的外科手术方法进行治疗。结果 7 例显效,5 例有效,3 例无效;NIH-CPSI 总评分由 (34.9 ± 3.4) 减少到 (17.3 ± 7.4) ,最大尿流率由术前 (8.7 ± 3.1) ml/s 升高到 (15.5 ± 4.3) ml/s。

该手术方法的机制可能是:①通过降低尿道压

力,减少尿液反流到前列腺内,减轻了非细菌性或化学性炎症,从而缓解骨盆区肌肉紧张性收缩和慢性炎症刺激所致的疼痛。②切除了膀胱颈炎性增生及纤维化组织,使排尿异常症状得到解决。本研究表明,该手术方法可显著改善难治性 CP/CPPS 患者的临床症状、最大尿流率和减少 III_A 型患者前列腺液中的白细胞数,因此,该方法在治疗难治性 CP/CPPS 上有着一定的应用价值。

参考文献

- [1] YOO Y N. Prostatitis[J]. Korean J Urol, 1994, 35(6):575-585.
- [2] AGHAZARIAN A, PLAS E, STANCIK I, et al. New method for differentiating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome III_A from III_B involving seminal macrophages and monocytes[J]. Urology, 2011, 78(4):918-923.
- [3] 郭应禄,李宏军. 前列腺炎的预防[J]. 中华男科学杂志, 2002, 8(3):157-161.
- [4] ANOTHASINTAWEE T, ATTIA J, NICKEL J C, et al. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis[J]. JAMA, 2011, 305(1):78-86.
- [5] 王平,王侠,刘屹立,等. 慢性前列腺炎诊治及疗效评价(附 600 例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(9):528-530.
- [6] NICKEL J C. Campbell-Walsh urology[M]. 9th. In: WEIN A J, KAVOUSSI L R, NOVICK A C, et al, editors. Philadelphia: Saunders, 2007:305-329.
- [7] 谭丹,张唯力,张建华,等. 慢性前列腺炎病因学研究进展[J]. 中国男科学杂志, 2008, 22(6):61-63.
- [8] 梁朝朝,张学军,王克孝,等. 前列腺炎病因学研究进展[J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(6):426-428.
- [9] KIRBY R S, LOWE D. Intra-prostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis[J]. Br J Urol, 1982, 54(6): 729-731.
- [10] SHOSKES D A, NICKEL J C, KATTAN M W. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UP-OINT[J]. Urology, 2010, 75: 1249-1253.
- [11] SUH L K, LOWE F C. Alternative therapies for the treatment of chronic prostatitis[J]. Curr Urol Rep, 2011, 12(6):284-287.
- [12] KAPLAN S A, TE A E, JACOBSON B Z. Urodynamic evidence of vesical neck obstruction in men with misdiagnosed chronic nonbacterial prostatitis and the therapeutic role of endoscopic incision of the bladder neck[J]. J Urol, 1994, 152:2063-2065.
- [13] 王振声,赵庆利,白墙,等. 慢性非细菌性前列腺炎的手术治疗[J]. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21(12): 746.
- [14] 张昌文,乔宝民,徐勇,等. 经尿道电切治疗难治性慢性前列腺炎 14 例报告[J]. 天津医药, 2009, 37(4): 322-323.

(收稿日期:2012-08-14)