

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2020.20.024

特拉唑嗪结合经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生临床研究*

曾爱兵¹, 张 瑞²

(1. 湖北省洪湖市人民医院, 湖北 荆州 434000; 2. 湖北省荆州市第一人民医院, 湖北 荆州 434000)

摘要:目的 探讨特拉唑嗪结合经尿道前列腺电切术(TURP)治疗良性前列腺增生(BPH)的临床疗效及对患者性功能的影响。方法 选取洪湖市人民医院2018年收治的BPH患者100例,按入院顺序编号,采用奇偶数法分为治疗组和对照组,各50例。两组患者均在完善泌尿系统B超、前列腺CT、尿流率等常规检查后予TURP,治疗组患者围术期(术前2周至术后2周)口服盐酸特拉唑嗪片。结果 治疗组总有效率为96.00%,显著高于对照组的84.00% ($P < 0.05$);治疗后,治疗组患者的膀胱残余尿量、最大尿流量、国际前列腺症状评分(IPSS)、再置管率及下尿路症状发生率均显著低于对照组 ($P < 0.05$),最大尿流率、国际勃起功能指数-5评分(IEF-5)均显著高于对照组 ($P < 0.05$),留置尿管时间显著短于对照组 ($P < 0.05$);治疗组与对照组的不良反应发生率相当(8.00%比4.00%, $P > 0.05$)。结论 TURP联合特拉唑嗪治疗BPH能缩短留置尿管时间,改善排尿障碍,缓解术后下尿路症状及功能障碍。

关键词: 特拉唑嗪; 经尿道前列腺电切术; 良性前列腺增生; 围术期; 临床疗效

中图分类号: R969.4; R983

文献标识码: A

文章编号: 1006-4931(2020)20-0075-04

Terazosin Combined with Transurethral Resection of Prostate in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia

ZENG Aibing¹, ZHANG Rui²

(1. Honghu People's Hospital, Jingzhou, Hubei, China 434000; 2. Jingzhou First People's Hospital, Jingzhou, Hubei, China 434000)

Abstract: Objective To explore and discuss the clinical efficacy and influence on sexual function of terazosin combined with transurethral resection of prostate (TURP) for benign prostatic hyperplasia (BPH). **Methods** A total of 100 patients with BPH from January 2018 to December 2018 in Honghu People's Hospital were selected and numbered according to their admittance order; then they

*基金项目: 湖北省自然科学基金[2016CFB742]。

第一作者: 曾爱兵, 男, 大学本科, 主治医师, 研究方向为前列腺手术, (电子信箱) fjjygf@163.com。

能, 达到治疗目的^[11-12]。参考古今抗结核方剂, 以补虚药为主, 配以清热、止咳化痰、止血等药物, 自拟肺癆汤。

本研究结果显示, 观察组治疗3个月后痰菌转阴率明显高于对照组, 治疗6个月后组间整体痰菌转阴率相当; 观察组胸部CT结果总有效率和支气管镜镜下病灶吸收总有效率均明显高于对照组。提示早期在化疗及经支气管镜冷冻治疗基础上加用中药, 可使痰菌早期转阴。这与王志刚等^[7]、王莉等^[4]的研究结果一致。基于EBTB病理发展过程, 早期行气道内介入治疗, 通过清除气道内的黏液栓、肉芽组织和干酪样坏死物, 有助于保持气道通畅, 减少肺不张、气道狭窄等并发症发生。

综上所述, 中西医抗结核药联合经支气管镜冷冻治疗溃疡坏死型和内芽增殖型气管支气管结核, 可使痰菌早期转阴, 促进肺部病灶吸收, 并可改善气道狭窄状态。

参考文献:

- [1] 国家卫生和计划生育委员会. 肺结核诊断标准(WS 288-2017)[J]. 新发传染病电子杂志, 2018, 3(1): 59-61.
- [2] NEMATI A, SAFARI E, GHASEMISFE M, et al. Fistula Formation Between the Right and Left Main Bronchus Caused by Endobronchial Tuberculosis[J]. Am J Med Sci, 2012, 343(4): 330-331.
- [3] 孙 勇. 42例气管结核气管镜下冷冻治疗联合镜下给药疗效观察[J]. 现代医院, 2016, 16(10): 1455-1456.

- [4] 王 莉, 徐爱晖. 经纤支镜介入冷冻治疗支气管结核的疗效分析[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(8): 1450-1452.
 - [5] NATALIJA S, DRAGANA J, LJILJANA N, et al. Clinical features of endobronchial tuberculosis[J]. Vojnosanitetski Pregled, 2014, 71(2): 156-160.
 - [6] 孙 扬, 王瑜玲, 张书敏, 等. 氩等离子体凝固联合冷冻对溃疡型气管支气管结核的疗效分析[J]. 重庆医学, 2017, 46(9): 1253-1256.
 - [7] 王志刚, 刘媛媛. 经纤维支气管镜介入冷冻联合其他方法治疗气管支气管结核的疗效及不良反应分析[J]. 中国防痨杂志, 2019, 41(5): 569-574.
 - [8] 舒 逸, 黄文侨, 蔡秀兰, 等. 经支气管镜介入冷冻治疗支气管结核的临床效果观察[J]. 中国基层医药, 2018, 25(1): 44-48.
 - [9] 吴小玲, 邓治平, 杨 莹. 经支气管镜介入治疗联合抗结核药物治疗气管支气管结核的效果分析[J]. 国际呼吸杂志, 2018, 38(13): 978-982.
 - [10] 张 丽. 治疗肺癆方剂的配伍规律研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2014.
 - [11] 尹良胜, 朱 敏, 毛敏杰, 等. 部苓片治疗耐多药肺结核的疗效观察及对细胞免疫功能的影响[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(4): 878-880.
 - [12] 闫壁松, 高 原. 常规抗结核化疗方案联合中成药结核丸治疗肺结核的Meta分析[J]. 中国中医药科技, 2017, 24(4): 533-536.
- (收稿日期: 2020-03-09; 修回日期: 2020-05-08)

were divided into the treatment group and control group by using the odd-even number method, 50 cases in each group. All patients received TURP operation after routine examinations such as B-ultrasound of the urinary system, CT of the prostate, and urine flow rate; the treatment group took terazosin hydrochloride tablets orally during the perioperative period (from 2 weeks before surgery to 2 weeks after surgery). **Results** The total effective rate of the treatment group was 96.00%, which was significantly higher than 84.00% in the control group ($P < 0.05$); after treatment, the bladder residual urine volume, maximum urine flow, international prostate symptom score (IPSS), reinsertion rate, and incidence of lower urine symptoms in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$); the maximum urinary flow rate, the International Index of Erectile Function-5 score (IIEF-5) were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$); the indwelling catheter time was significantly shorter than the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the treatment group and the control group was equivalent (8.00% vs. 4.00%, $P > 0.05$). **Conclusion** TURP combined with terazosin in the treatment of BPH can shorten the indwelling catheter time, improve urination disorders, and relieve postoperative lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction.

Key words: terazosin; transurethral resection of prostate; benign prostatic hyperplasia; perioperative period; clinical efficacy

良性前列腺增生(BPH)常见于中老年男性,临床症状多见排尿障碍,男性随着年龄的不断增长,患病率呈明显上升趋势,严重影响生殖健康及生活质量^[1]。经尿道前列腺电切术(TURP)是当前临床治疗BPH的首选方法,可有效改善膀胱出口梗阻症状^[2],但有研究表明,术后早期多数患者均存在不同程度的下尿路刺激及梗阻状况,不仅影响其生活质量,也不利于患者的身心健康^[3-4]。因此,BPH患者TURP围术期予以其他辅助治疗手段,对于有效改善术后并发症、提高临床疗效具有重要意义。 α_1 受体阻滞剂能阻断 α_1 肾上腺素受体,发挥松弛膀胱颈及前列腺平滑肌的作用,同时不会影响逼尿肌功能,在快速缓解BPH梗阻症状的同时不影响膀胱的收缩^[5]。既往研究证实,TURP围术期运用 α_1 受体阻滞剂能有效缩短术后留置尿管的时间,改善再置管率^[6]。特拉唑嗪为选择性 α_1 受体阻滞剂,能缓解轻中度BPH患者下尿路症状^[7]。既往关于TURP联合 α_1 受体阻滞剂应用于BPH患者及对其膀胱残余尿量、最大尿流量、前列腺症状的文献较常见,但该联合治疗对性功能的影响却鲜有报道。本研究中探讨了特拉唑嗪结合TURP治疗BPH的疗效及对患者性功能的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:符合BPH的相关诊断标准^[8];前列腺增大且伴前列腺症状;接受TURP手术;前列腺液常规检查结果异常。本研究经医院医学伦理委员会批准,患者签署知情同意书。

排除标准:神经源性膀胱;间质性膀胱炎;尿道狭窄;BPH导致膀胱结石;膀胱颈纤维化;直肠肿瘤或肛管疾病;腰椎疾病;肾盂肾炎、尿道炎等泌尿系统生殖系统来源感染;前列腺癌;前列腺囊肿;精神疾患;对本研究拟用药物过敏或有禁忌证;肝肾功能严重不全或障碍。

病例选择与分组:选取洪湖市人民医院2018年收治的BPH患者100例,按入院顺序编号,采用奇偶数法分

表1 两组患者一般资料比较($n=50$)

组别	年龄 ($\bar{X} \pm s$ 岁)	病程 ($\bar{X} \pm s$ 年)	病情严重程度(例)		合并症(例)		
			Ⅱ度	Ⅲ度	尿潴留	血尿	输尿管结石
治疗组	58.47 ± 6.31	4.21 ± 0.85	23	27	15	10	5
对照组	59.04 ± 4.32	4.17 ± 0.91	21	29	13	9	6
t/χ^2 值	0.527	0.227	0.162		0.198	0.065	0.102
P 值	0.599	0.821	0.687		0.656	0.799	0.749

为治疗组和对照组,各50例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表1。

1.2 方法

两组患者均在完善泌尿系统B超、前列腺CT、尿流率等常规检查后行TURP:取截石位,行连续硬膜外麻醉,于连续灌注双鞘高频电切镜(Olympus UES-40型)下开展手术,以0.9%氯化钠注射液作冲洗液,在电切镜下观察前列腺及周围组织变化,从膀胱颈口6点钟方向入手进行电切,主要以中叶增生者,从内口切至精阜,将包膜逐层切开,根据层次不同,切除其中叶,形成宽敞通道,再从12点钟方向切除两侧叶增生部位,最后切除精阜处的腺体。治疗组患者于围术期(术前2周至术后2周)口服盐酸特拉唑嗪片(河南太龙药业股份有限公司,国药准字H20058630,规格为每片2mg),每次2mg,每日1次。

1.3 观察指标及疗效判定标准

观察指标:1)尿流动力学,采用尿流动力学检测仪(Laborie 医疗技术公司)检测患者治疗前后的膀胱残余尿量、最大尿流率、最大尿流量。2)前列腺症状,采用国际前列腺症状评分(IPSS)^[9]量表评估,评分范围0~35分,0~7分为轻度,8~19分为中度,20~35分为重度。3)性功能,采用国际勃起功能指数-5评分(IIEF-5)量表^[10]评价,分值越高表明勃起功能越佳,未超过21分则判断为阴茎勃起功能障碍。4)留置尿管情况及术后下尿路症状,记录留置尿管时间并计算再置管率,术后随访(电话或门诊)3个月,记录患者下尿路症状发生情况。

疗效判定:痊愈,各项生命体征、临床症状全部恢复

正常,术后无遗留现象;显效,生命体征、临床症状明显好转,仍存在部分术后遗留现象;有效,病情有效控制,生命体征、临床症状有好转,但仍未恢复正常状态;无效,生命体征、临床症状未好转,或有加重。以前三者合计为总有效。

安全性:观察患者治疗期间低血压、头晕目眩、关节肿痛等不良反应的发生情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 统计学软件分析。计数资料以率(%)表示,行 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验。检验标准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表2至表6。

表2 两组患者临床疗效比较[例(%), $n = 50$]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	12(24.00)	21(42.00)	15(30.00)	2(4.00)	48(96.00)*
对照组	7(14.00)	17(34.00)	18(36.00)	8(16.00)	42(84.00)

注:与对照组比较, $\chi^2 = 4.000$, $^* P = 0.046 < 0.05$ 。

表3 两组患者尿流动力学比较($\bar{X} \pm s$, $n = 50$)

组别	膀胱残余尿量(mL)		最大尿流率(mL/s)		最大尿流量(mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	70.14 ± 8.47	24.37 ± 6.94 [#]	6.95 ± 1.28	14.71 ± 1.64 [#]	40.13 ± 6.66	6.41 ± 2.16 [#]
对照组	71.06 ± 7.88	45.16 ± 7.62 [#]	6.87 ± 1.31	10.39 ± 1.59 [#]	41.09 ± 5.87	10.05 ± 3.21 [#]
t 值	0.562	14.263	0.309	13.373	0.765	6.652
P 值	0.575	0.000	0.758	0.000	0.446	0.000

注:与本组治疗前比较, $^{\#} P < 0.05$ 。表4同。

表4 两组患者前列腺症状及性功能评分比较($\bar{X} \pm s$, 分, $n = 50$)

组别	IPSS		IIEF-5	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	22.14 ± 4.85	4.39 ± 0.98 [#]	20.42 ± 3.15	16.35 ± 3.88 [#]
对照组	23.08 ± 5.12	7.58 ± 1.23 [#]	20.19 ± 4.02	14.29 ± 1.98 [#]
t 值	0.942	14.343	0.318	3.344
P 值	0.348	0.000	0.751	0.001

表5 两组患者留置尿管及术后下尿路症状比较($n = 50$)

组别	留置尿管时间($\bar{X} \pm s$, d)	再置管[例(%)]	下尿路症状[例(%)]
治疗组	4.39 ± 1.22	3(6.00)	1(2.00)
对照组	7.61 ± 1.54	10(20.00)	8(16.00)
t/χ^2 值	11.589	4.332	4.396
P 值	0.000	0.037	0.036

表6 两组患者不良反应发生情况比较[例(%), $n = 50$]

组别	低血压	头晕目眩	关节肿痛	合计
治疗组	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	4(8.00)*
对照组	0(0)	1(2.00)	1(2.00)	2(4.00)

注:与对照组比较, $\chi^2 = 0.177$, $^* P = 0.674 > 0.05$ 。

3 讨论

BPH为进展性疾病,发病机制可能与患者的不良生活方式、环境、遗传等多种因素相关^[11]。TURP是现今临床公认的治疗BPH的“金标准”,能有效缓解膀胱出口梗阻症状,但术后部分患者仍会出现下尿路梗阻及刺激症状,临床相关研究认为与膀胱颈部动力、静力因素等相关:TURP是电切、电凝操作,会烧伤创面,故术后会有炎性渗出、水肿,导致膀胱颈和后尿道受到挤压,后尿道口径缩小引起梗阻,此即静力原因;同时,TURP虽切除了增生的前列腺组织,但后尿道、膀胱颈、前列腺包膜中仍存在大量的 α_1 受体,在术后炎性及应激反应的刺激下, α_1 受体的兴奋性增强,平滑肌张力增大,尿道压力增强导致排尿障碍,此即动力原因;另一方面,BPH导致的膀胱出口梗阻引起逼尿肌功能不稳定,亦是术后早期出现尿频、尿急等储尿症状的重要原因^[12-13]。

特拉唑嗪为选择性长效 α_1 受体阻滞剂,通过阻滞肾上腺素受体,有效降低前列腺及周围组织内平滑肌张力,从而降低尿道压力及排尿阻力,缓解BPH患者尿道梗阻、尿频、尿急等尿路刺激症状^[14]。 α 肾上腺素受体在前列腺及膀胱颈组织中较丰富,但在膀胱组织中相对较少,因此特拉唑嗪能缓解膀胱颈口的梗阻状态,而不影响膀胱的收缩功能。

本研究结果显示,治疗组总有效率显著高于对照组,说明TURP联合特拉唑嗪治疗BPH较单纯手术疗效更佳。治疗组的膀胱残余尿量、最大尿流率、最大尿流量等指标改善幅度较对照组更大,提示TURP围术期加用特拉唑嗪能进一步改善BPH患者排尿不畅等症状,既与上述阐述的动力学因素相关,可能还与尿道压力降低,阻力减小,为尿道炎症分泌物引流提供了条件,从而使水肿消退,排尿不畅缓解等因素相关。邓辉等^[15]的研究表明,各种前列腺电切术均会对患者的性功能造成一定影响,甚者还会引起术后勃起功能障碍。本研究中,两组患者术后IIEF-5评分均下降,治疗组降幅更小,说明治疗方案能缓解手术对性功能的损伤,原因可能与特拉唑嗪能减轻前列腺和射精管系统内尿液反流等作用相关。治疗组患者的留置尿管时间显著短于对照组,再置管率及下尿路症状发生率均显著低于对照组,这是因为特拉唑嗪可降低膀胱出口部位的平滑肌张力,改善相应的储尿症状,缓解无抑制性收缩,从而改善下尿路症状。

综上所述,TURP联合特拉唑嗪治疗BPH疗效显著,能明显缩短留置尿管时间,降低再置管率,改善排尿障碍,缓解术后下尿路症状及性功能障碍。

参考文献:

- [1] 沈玲玲,刘 旻,王荣江,等. 湖州市良性前列腺增生的流行病学调查[J]. 中国性科学,2016,25(5):20-22.