

· 经验交流 ·

老年前列腺炎的特点和处理(附 35 例报告)

何锦森 李兰群 王玫

老年前列腺炎,临床并不少见,于 2001 年 2 月至 2002 年 12 月,诊治 35 例,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 35 例,年龄 62~83 岁,平均 67 岁。病程 3 个月至 5 年,平均 18 个月。全组均有尿路感染史,否认不洁性接触及性病史。有 5 例因尿潴留行导尿处置或留置导尿管。有尿频尿急和尿痛等尿路症状伴会阴、下腹、腰骶、尿道等不适 35 例,伴排尿困难 7 例,血尿 5 例。体检:有包皮过长 16 例,包茎 4 例,混合痔 15 例。肛诊:前列腺 I°增大 17 例,II°增大 15 例,III°增大 3 例。尿常规检查 WBC(++)~(+++);前列腺按摩液(expressed prostatic secretion, EPS)检查 WBC(++)~(+++),卵磷脂小体减少或消失。EPS 培养:大肠杆菌 17 例,金黄色葡萄球菌 11 例,表皮葡萄球菌 6 例,肠球菌 1 例。35 例均行 B 超检查,提示前列腺有不同程度的增大,回声不均匀,其中 7 例伴钙化灶,后者同时作 PSA 检查均 < 4 ng/ml。

1.2 诊断依据 (1)有尿路感染史;(2)有下尿路症状:尿频、尿急和尿痛;(3)会阴、下腹、腰骶、尿道等部位不适和疼痛;(4)EPS-WBC > 10/HP, 卵磷脂小体减少或消失;(5)EPS 培养有细菌生长。

1.3 治疗方法 强调综合治疗措施:(1)采用两种敏感抗生素联用,包括前列腺内注射加口服。方法:头孢三嗪 1.0 g、地塞米松 5 mg 和 2%利多卡因 4 ml 行会阴前列腺内注射,每周 2 次,疗程 4 周。口服药物选用可乐必妥 0.2 g,3 次/d,或希舒美 0.5 g,1 次/d,共 4 周。(2)联合服用 α -受体阻滞剂可多华 4 mg,1 次/d。(3)治疗期间提倡作前列腺按摩,每周 2 次。疗程结束后作尿和 EPS 常规检查以及 EPS 细菌培养。

2 治疗结果

本组 35 例,随访 6~12 个月,临床症状完全消失,尿检正常,EPS-WBC < 10/HP,卵磷脂小体恢复正常(++)~(+++),EPS 培养无菌即治愈 25 例,治愈率 71%;临床症状明显减轻,尿检正常,EPS-WBC < 10/HP, EPS 培养无菌即好转 7 例;临床症状减轻,尿检正常,EPS-WBC > 10/HP, EPS 培养无菌即进步 2 例;临床症状无改善,尿检不正常,EPS-WBC > 10/HP, EPS 培养无菌即无效 1 例。

收稿日期:2004-10-22

作者单位:100029 北京市,中日友好医院泌尿外科(何锦森),中医男科(李兰群),检验科(王玫)

作者简介:何锦森,男,1938 年 8 月生,江苏南通市人,医学本科,主任医师。Tel:010-64222952

3 讨论

3.1 细菌性前列腺炎在老年更为多见 一般认为,前列腺炎好发于青壮年,以非细菌性前列腺炎为多见,但通过本组资料观察,老年人细菌性前列腺炎更为多见。这类患者通常尿检可发现较多的 WBC,而 EPS 常为浑浊或脓样,镜检 WBC 大量或满视野,卵磷脂小体减少或消失。EPS 培养有菌,在非细菌性前列腺炎和前列腺痛 EPS 培养无菌可与其鉴别。

3.2 老年细菌性前列腺炎的发病原因 老年细菌性前列腺炎发病原因可能有:(1)前列腺内尿液反流;(2)包皮过长或包茎;(3)感染性痔;(4)老年人会阴部、阴茎卫生状况较差易致上行性感染;(5)医源性感染;(6)老年人性生活减少或停止可引起前列腺液淤积,不利于前列腺液引流,而本组中多数患者已停止性生活,这就可能使 EPS 在前列腺内长期滞留以及由此引发的病原体感染。

3.3 老年前列腺炎的处理

3.3.1 口服药物 鉴于前列腺本身的某些理化特性,选用能渗透前列腺脂性包膜的抗生素,应是碱性、脂溶性高,与血浆蛋白结合率低,容易通过前列腺包膜、前列腺内药物浓度高,所以我们选用新的三代喹诺酮类药物可乐必妥,大环内酯类希舒美(阿奇霉素)等。

3.3.2 前列腺内注射 本组有 12 例采用 2 种口服药物应用 4 周,疗效不佳,后联合前列腺内注射,效果明显。这是由于前列腺较小,有纤维组织包膜、血-前列腺屏障以及反复感染不愈导致前列腺纤维化作用,使全身用药治疗往往难以达到局部有效的药物浓度,因此将有效的药物直接注入前列腺内,克服了血-前列腺屏障,且受前列腺 pH 影响小,在前列腺及其周围组织中的药物浓度提高数十倍,药物在局部停留时间长,避免了代谢灭活作用,因而具有最大的活性。有报道,将药物直接注入前列腺后 1 周,患者前列腺液中仍可发现明显的药物含量。有资料提示抗生素可从注入部位向周围腺组织广泛扩散。抗生素注入后,除了被组织细胞吸收和留在组织间隙的药物外,还有部分药物进入血液循环而协同清除感染灶。由于有些药物在前列腺内注射会引起局部疼痛,所以同时采用口服途径。本组采用两种敏感药物联用前列腺内注射加口服,不仅可防止或延缓耐药菌株的产生;而且起到抗菌的协同作用,加大杀菌力度。本组疗程 4 周,有 3 例虽然 EPS 培养无菌,但临床症状未完全消失,EPS-WBC > 10/HP,可能与疗程不够长有关。

3.3.3 α -阻滞剂 由于 α -阻滞剂可使前列腺部尿道平滑肌松弛,降低后尿道压力,防止前列腺内尿液反流。所以抗菌药物配合 α -阻滞剂,不仅使老年人原有前列腺增生的症状得

到改善,也使前列腺炎临床不适症状得到缓解;可作为细菌性前列腺炎抗生素治疗的辅助治疗。

3.3.4 前列腺按摩 在药物治疗的同时,定期作前列腺按摩,可以缓解由于老年人性活动减少或停止而引起的前列腺

液淤积,利于药物弥散,促进前列腺液引流,这对老年细菌性前列腺炎尤为重要。

3.3.5 积极治疗包皮过长或包茎、感染性痔 可减少前列腺炎发病机会。

· 经验交流 ·

基层医院 32 例老年急性心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入临床分析

王建斌

老年急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)患者病情凶险,并发症、溶栓禁忌证多,基层医院开展介入治疗可使梗死相关动脉迅速恢复再灌注,提高老年 AMI 患者的生存率,改善心功能,减少梗死后的心血管事件发生。

1 资料和方法

1.1 病例资料 32 例患者均来自延庆县医院 2002 年 5 月至 2004 年 6 月,年龄 ≥ 65 岁的 AMI 患者。男 23 例,女 9 例,平均年龄 (69.4 ± 3.7) 岁。从发病开始至入院时间 (5.3 ± 3.6) h。其中前壁及高侧壁心肌梗死 18 例;非 Q 波心肌梗死 1 例;下壁、下壁右室 13 例。心功能(Killip)分级: I 级 19 例, II 级 7 例, III 级 4 例, IV 级 2 例。

1.2 方法 用标准方法对梗死相关动脉行经皮冠状动脉腔内成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)及冠脉内支架术。术后即刻冠状动脉造影残余狭窄 $\leq 20\%$ 、TIMI 血流 3 级,且住院期间无严重心脏事件(死亡、再梗死)发生,被视为手术成功及临床成功。

1.3 统计学处理 计量数据以均数 $\pm$ 标准差来表示 $(\bar{x} \pm s)$ 。

2 结果

IRA: 冠状动脉左前降支 15 例,冠状动脉左旋支 4 例,右冠状动脉 13 例,术前血流 TIMI 0 级 13 例, I 级 19 例,共原始性置入支架 37 枚,平均直径 (3.12 ± 0.47) mm,平均长度 (18.41 ± 4.43) mm,术后血流均为 TIMI 3 级。术后 6 h 死亡 1 例,为 69 岁女性患者,急性广泛前壁心肌梗死合并心源性休克,泵衰竭而死亡。手术成功率 96.9% (31/32),临床成功率 96.9% (31/32)。31 例患者术后均痊愈出院。门诊随访 3~22 个月,1 例于术后 4 个月出现 LAD 支架内再狭窄,置入药物洗脱支架,随访 12 个月无症状。其余 30 例因无临床症状未行检查。

3 讨论

老年 AMI 患者病死率、再梗死率均很高^[1]。溶栓治疗效果不如中青年好,禁忌证相对较多。急诊 PTCA 治疗 AMI 的

临床疗效和远期预后虽优于溶栓治疗^[2,3],但缺血易复发,血栓性再闭塞率高,再狭窄率高^[4]。研究表明 AMI 支架置入术优于 PTCA,主要是由于冠状动脉内支架残余狭窄低,病变处获得更大管腔,能快速并维持稳定的 TIMI 3 级血流。

本组患者均置入冠脉内支架,手术成功率和临床成功率均为 96.9%,与中青年急性经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)的成功率基本一致,表明在基层医院对老年 AMI 患者只要选择好适应证,合理应用器械,老年 AMI 行急诊 PCI 其临床疗效高,安全可靠。

本组中有 1 例发生术后再次狭窄,经置入药物洗脱支架后,再狭窄消失。由于延庆县医院开展 PCI 时间较短,病例数不多,未能反映再狭窄的真实情况。

本组中死亡 1 例,为急性广泛前壁心肌梗死合并心源性休克,既往有陈旧性下壁心肌梗死的病史,伴有糖尿病、高血压病,最后因泵衰竭而死亡。因此对高危患者要尽早手术,迅速开通闭塞的冠状动脉,最好尽早使用主动脉内气囊泵(intra-aortic balloon pump, IABP)加以辅助。本组中也有 1 例急性广泛前壁心肌梗死合并心源性休克,在 IABP 辅助下成功完成 PCI 的例子。

参考文献

- 1 金春和,王广辉,郑贵元,主编.现代老年心脏病学.沈阳:白山出版社,1990.388-420.
- 2 Lieu TA, Garley RJ, Lundstrom RJ, et al. Primary angioplasty and thrombolysis for acute myocardial infarction: an evidence summary. J Am Coll Cardiol, 1996, 27: 735-750.
- 3 Michels KB, Yusuf S. Does PTCA in acute myocardial infarction affect mortality and reinfarction rates? A quantitative overview (meta-analysis) of the randomized clinical trials. Circulation, 1995, 91: 476-485.
- 4 Brodie BR, Crine CL, Ivanhoe R, et al. Six month clinical and angiographic follow-up after direct angioplasty for acute myocardial infarction. Final results from the primary angioplasty registry. Circulation, 1994, 90: 156-162.

收稿日期:2004-08-25

作者单位:102101 北京市,北京市延庆县医院内科

作者简介:王建斌,男,1963 年 9 月生,北京市人,医学学士,副主任医师,科主任。Tel:010-69103020-1111