

前列腺肥大症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E5_89_8D_E5_88_97_E8_85_BA_E8_c22_305879.htm 名称前列腺肥大症所属科室泌尿生殖外科病因 关于前列腺肥大的病因，迄今未能了解清楚。以前有人（Carleton）认为前列腺肥大与过度的性生活，情欲放纵，生活散漫，后尿道炎症未能彻底治疗，尿道梗阻及睾丸功能异常有关。现在看来很难说有何关系。Virchow曾将肥大的前列腺体描写成为“或”，用新生物的学说来解释前列腺肥大，以后Deming(1935)及Moore(1943)等人对此学说提出异议，认为新生物是组织的异常肿块，生长迅速且无规律；而增生则是组织细胞的肥大，常以补偿同类组织的损失，或代偿同类组织之功能不足。在甲状腺、肾上腺皮质和脑垂体，均可见有类似情况。其它尚有动脉硬化学说，感染学说，新陈代谢及营养条件学说，均难以说明问题之实质，比较能够说明问题的还是内分泌学说。内分泌学说，很早以前就有人观察到前列腺的发育与睾丸关系密切。切除两侧睾丸，可使前列腺萎缩。青春期前将垂体破坏，前列腺亦停止发育。大量应用女性素，可使前列腺萎缩。大家都承认前列腺增生系由于性腺内分泌的紊乱，但迄今仍缺少化验数据以说明此一问题。对于内分泌紊乱的细节，理解也不确切。比如检查正常男性精索内静脉血中睾丸酮的含量为0.025 ~ 1.6“髓质部”“皮质部”“皮质部”“膀胱痔”之形成，则有时血管破裂，产生大量出血。其合并有结石形成或肿瘤发生者，肉眼血尿亦不可避免。6.由于经常用力排尿所引起之合并症：如疝、痔、脱肛、下肢静脉曲张、肺气肿等合并症，均可发现。7.晚期症状

：由于肾功亏损、衰竭引起之氮质血症、酸中毒、高血压、食欲不佳、贫血消瘦、以至心衰、脑血管病症状等，均可见有。

8.检查发现（1）患者皆为高龄男性，一般在50岁以上。（2）查体时可于下腹部查见膨大之膀胱。（3）肛指检查时，可触知前列腺肿大高起，中心沟消失或两侧增宽。于肥大腺体之上缘，常可触及胀大之膀胱。（4）尚可查见有疝、痔、脱肛等合并症之体征。

诊断凡50岁以上男性病人，有排尿障碍病史首先考虑前列腺肥大之可能，因此在检查中，注重以下几个方面：

1.检查腹部：注重有无胀大之膀胱，前列腺肥大患者，膀胱内常有大量残余尿，触诊时常可触及胀大之膀胱；但有时病史较长，膀胱处于长期慢性尿潴留状态，胀大之膀胱质地软瘫不易触察，可用叩诊法，以判明之。

2.***指诊：肛指检查，是诊断本病重要检查步骤，多数前列腺肥大病例，经此项检查即可作出明确诊断。阳性发现为前列腺体肿大、突起、中心沟消失，两侧边缘增宽，质韧而表面光滑。根据这些特点，可与前列腺癌、结核、结石相鉴别。但如前列腺不大、尚不能仅根据此项检查，就除外前列腺肥大之可能。因如单纯中叶肥大时，肥大之腺体向膀胱内突出，肛指检查可完全无从触知。肛指检查时，注重***括约肌之功能，有助于与神经病原性膀胱排尿障碍相鉴别。

3.膀胱镜检查：膀胱镜检查，对某些病例确属必要，因为可经此项检查确知前列腺是否肥大？何叶肥大？以及肥大程度。又可通过此项检查了解膀胱内情况，排除其它病变，但膀胱镜检查对前列腺肥大病人轻易引起损伤、出血、感染等，故应严加选择使用，操作时务必小心细致，检查后又需严密观察。

4.测定残余尿：测定残余对本病有重要意义。如前所述腺体

肥大程度，并不与病情严重程度成正比例，故依腺体大小程度为本病分级实无临床意义；而残余尿之多少，能说明梗阻程度之轻重，与病情关系密切。测定残余尿的方法有：***

检查法：简便易行，病人负担很小，结果亦能说明问题。

导尿法：于自行排尿之后，立即放入导尿管检查，能准确的测定残余尿量，并可取得尿标本作培养，且可借此作酚红试验及膀胱造影等检查。但有引起损伤出血感染等危险，故应慎重进行，严加预防。如测定有大量残余尿时，应考虑将导尿管留置引流。进行静脉肾盂造影时，解除加压腹带拍最后一张片后，让患者排空膀胱再行拍片一张，即可显示残余尿情况。5.其它检查：除血尿常规检查外，尿培养及肾功能检查亦很重要。如考虑手术治疗时，应作心、肺、肝及血管方面检查及血液生化方面检查。鉴别诊断 本病应与前列腺癌、

前列腺结核、前列腺结石、前列腺囊肿、膀胱颈挛缩（Marion氏病）、输尿管间嵴肥大、神经病原性膀胱、膀胱肿瘤、结石、异物等相鉴别。上述诸病，通过查体、化验、肛指检查、膀胱镜检查，绝大多数情况均可作出鉴别。只有前列腺癌在非典型病例，依据前述检查方法，难以得出结论，可用以下方法，辅助鉴别诊断：1.血清酸性磷酸酶测定：前列腺组织含酸性磷酸酶特高，有癌变时，含量增加，利用此原理进行此项检查，血清酸性磷酸酶正常值

按King-Armsstrong为1~5单位，按Bodansky为0.5~2单位，自1950年新的检查方法确定其值0.7K-A单位。前列腺癌患者，半数以上高于正常值。注重于应用睾丸激素或作前列腺按摩后可出现假阳性。2.血清硷性磷酸酶测定：当有骨转移时，血清硷性磷酸酶为升高，正常值Bodahsky2~4.5单位

，King-Armstrong $8 \sim 14$ 单位，但须注重假阳性。3.前列腺活检：经会阴或直肠均可进行前列腺穿刺活检。4.精囊射精管造影：前列腺肥大仅可见有对称性的扩大，边缘整洁；前列腺癌则见有狭窄、不规则、边缘不齐、或缺损。并发症：疝；痔；脱肛；下肢静脉曲张；肺气肿治疗可分急诊处理，非手术治疗，手术治疗：（一）急诊处理：患者常因急性尿潴留来院就诊，急性尿潴留需要及时解决，以解除痛苦而拯救生命。解决方法，一般是首选用F-14号橡皮导尿管导尿。如导尿管受阻可在**内肥大腺体之下缘，以手指向前推压导尿管之顶端，使导管顶端抬起，则可插入膀胱。大量潴留尿液，不可快速一次放空，调节导管深浅，固定留置引流，同时可开始向内分泌素治疗。如导尿管无法放入，则急症作耻骨上膀胱造瘘，此手术操作简单病人负担不大，可在局麻或针麻下施行，同样在大量潴尿情况下，不应快速将尿液放空，同时注重以下两项：即探查膀胱内情况要细致全面，前列腺肥大程度如何、何叶肥大、质地如何、有无其它合并症，把情况了解细致全面，并于手术记录中具体记述，为以后治疗提供必要的指南。另外造瘘引流管宜留置于膀胱高位，即膀胱高位造瘘。至于膀胱穿刺，在有条件治疗本病的情况下，不采用此法，以避免发生其它合并症，给病人带来更多痛苦。还有是否可急症作前列腺摘除术，采用此法，以避免发生其它合并症，给病人带来更多痛苦。还有是否可急症作前列腺摘除术，解决急性尿潴留问题，更为人们多不赞同。概病人皆为高龄，长期排尿障碍已有肾功亏损，亦常有其它系统疾病存在，而手术本身又属较大手术，权衡利害，不可轻举。膀胱造瘘后，排尿问题解决，在性激素治疗情况下，全面检

查了解各方面情况，再决定须否及能否施行二期前列腺切除术。（二）非手术治疗：指性激素的治疗而言。前列腺肥大症病因既与性腺内分泌紊乱有关，人们相信性腺内分泌的治疗，应获得良好效果，在这方面的情况是： 雄性激素的治疗：1935～1958年期间曾有Walther等人推荐雄性激素治疗前列腺肥大。以后Menlner指出雄性激素的作用，主要在于增加膀胱肌肉的张力。Enfedznier的经验总结认为雄性激素对早期前列腺肥大有一定的疗效。对晚期患者无效。Greissman认为雄性激素对纯肌瘤性的前列腺肥大有效，对腺性肥大无效。Jackot的经验是对超高龄76～86岁以上患者，有良好的疗效，对75岁以下的患者，效果则很差。总之雄性激素治疗前列腺肥大，有很多选择条件，故未能得到广泛的推广应用。

雄性素及雌性素合并应用治疗：用雄性素和雌性素以3：1的比例治疗本病，结果可使膀胱张力增强，前列腺亦有所缩小。Gloss用丙酸睾丸素5～10毫克加乙稀雌酚治疗前列腺腺肥大症，观察三个月至四年，20例有显著进步。Kanfman用丙酸睾丸素25毫克加雌性素1.25毫克，每周三次，治疗六个月，28例中残余尿减少者15例、腺体缩小者14例，无一例增大。看来联合应用两种激素比单用雄性素的效果好。

雌性素治疗：大量的临床经验证实，应用雌性素治疗前列腺肥大症，可得到良好的效果。国内晨涛在1959年报告用女性素治疗本病的经验是80%有良好的效果，王历耕在62年报告用雌性素治疗本病的效果是75%，国外有Topchan于1951年报告用Synestrol治疗前列腺肥大244例76.2%得到良好的效果，其后又治疗103例，82%效果良好。Synestrol的用量是40～60毫克肌注，两个月为一疗效。Ende在17例前列腺肥大并发尿潴留患者，

用Premerin静注治疗一时期后，均得到痊愈，经随诊一年以上16例未有复发。目前应用女性素治疗前列腺肥大，已为广泛采用的方法。（三）手术治疗：对于体质尚好，能耐受手术患者，仍以手术治疗为佳。因内分泌素治疗仅是相对的治愈，复发机会仍然存在，远不如手术解决问题完全彻底。手术方式可有多种，重要者有下列数种：

耻骨上前列腺切除术：在耻骨上膀胱切除前列腺是一古老的手术方法。可一期施行，亦可分二期施行。一般情况差的病人，如有严重的肾脏损害及心力衰竭，需先作膀胱造瘘引流，待肾功能恢复，心脏情况亦好转能耐受手术时，再考虑手术治疗，对于此类病人在膀胱造瘘引流的同时并用性激素来治疗是否适宜问题，结论是性激素治疗可减少术中出血量，而不致造成不利手术的因素，国内赵玉琦1966年报导112例的治疗经验，说明了此一问题（图1）图1 耻骨上前列腺摘除术

耻骨后前列腺切除术：1945年Millin氏所创用，手术途径耻骨后膀胱外，不需切开膀胱，在耻骨联合后膀胱前间隙暴露前列腺，在内括约肌平面以下切开包膜，剝出前列腺体之肥大部分，然后缝合被膜。本术式对较小而纤维化的腺体摘除，最为适宜。

经会阴部前腺摘除术：此手术需要在会阴部切开暴露前列腺，需要非凡经尿道的牵引器械，使膀胱颈部较好地暴露于会阴部的切口。本术式操作范围深窄，易于伤及直肠及膀胱内括约肌，为前列腺癌肿切除术所必取之途径。

经尿道切除前列腺：通过电灼刮切内诊镜，经尿道内将肥大之腺体一条一条地刮除，至排尿通畅。此手术可多次重复进行，但均不能把肥大之腺体切除干净。此外尚有经耻骨下前列腺切除术，经骶骨旁进路前列腺切除术，均未能广泛使用，仅就上述四

种前列腺手术之优缺点比较如下。表一 四种前列腺手术优、缺点比较表

手术方式	优点	缺点
耻骨上前列腺切除术	手术方法简单。膀胱暴露清楚，膀胱内之情况可全面了解，可将肥大之腺组织全部切除。	出血较多。膀胱造瘘后愈合时间长。不适用于有癌变情况。
耻骨后前列腺切除术	可将肥大组织全部切除手术途径简便，可严密缝合，控制出血。术后恢复较快。	暴露不理想。前旁静脉丛易出血。不能了解膀胱内情况。
会阴部前列腺切除术	可将肥大之组织全部切除。早期肿瘤亦可切除。尿道外膜可以缝合。引流低位。	有损伤直肠及外括约肌之危险。膀胱暴露不佳。
经尿道切除前列腺术	病人负担小，死亡率低。可分期多次进行。可察知膀胱内情况。	须要非凡器械。须要非凡操作技术。可发生溶血性反应。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com