

准,本组病例以术后语音是否清晰能否让别人听懂、吞咽进食是否有明显障碍、有无误吸呛咳及流涎现象作为舌功能是否恢复的依据,结果 13 例均基本达到要求。我们应用胸锁乳突肌肌蒂皮瓣行舌体缺损再造的临床实践中,体会到其柔软质地及肌肉丰满度对舌的恢复均较理想,远期疗效好,如果病例选择得当,胸锁乳突肌肌蒂皮瓣可以较好地修复舌癌术后舌缺损。

参考文献

1 孙弘,姜晓钟,王勇,等.皮瓣肌皮瓣在颌面部组织缺损中的应用[J].口

- 腔颌面外科杂志,1994,4(1):9-11
- 2 李劲松,潘朝斌,陈伟良,等.游离前臂皮瓣舌再造的临床经验[J].中华显微外科杂志,2003,26(4):262-263
- 3 李劲松,陈伟良,潘朝斌,等.带蒂肌(皮)瓣修复口腔颌面部组织缺损 123 例分析[J].临床口腔医学杂志,2004,20(7):415-416
- 4 孙弘,李德春,黄海生.胸锁乳突肌胸骨头皮瓣行舌再造术的评价[J].中华显微外科杂志,1998,21(4):251-253
- 5 徐先发,李庆宏,唐平章.胸大肌肌皮瓣在舌再造术中的应用(附 86 例分析)[J].中华肿瘤杂志,1998,20(2):143-145

[收稿日期:2004-10-10]

慢性前列腺炎综合征病人心理因素分析

区向阳,冯建华,姜朝霞,曾祥建

(广东省深圳市龙岗中心医院泌尿外科,广东 深圳 518116)

【摘要】目的 了解抑郁和焦虑等心理因素在慢性前列腺炎综合征病人中的发生率及与慢性前列腺炎综合征病人治疗效果的相关性。**方法** 应用抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)^[1,2]随机对 135 例慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CPPS)患者进行调查,另以随机抽查的 40 例年龄相仿的慢性疼痛的门诊病人作为对照。将 CPPS 病人分成两组:A 组,SDS > 50 或 SAS > 50;B 组,SDS 和 SAS < 50。用舍尼通口服进行对比治疗,并对治疗效果进行比较。**结果** 135 例 CPPS 患者发生抑郁 81 例(60%),焦虑 67 例(49.6%)。对照组 40 例门诊患者发生抑郁 11 例(27.5%),焦虑 8 例(20%)。两组相比差别有显著性意义($P = 0.03$, $P = 0.01$)。有抑郁或焦虑的病人舍尼通治疗后症状改善情况分别为显效 15.9%,有效 25.5%,无效 58.5%。无抑郁和焦虑的 CPPS 病人分别为 26.8%,39.0%,34.1%。两组相比差别有显著性意义($P < 0.05$)。**结论** 慢性前列腺炎综合征病人明显具有心理因素,主要表现为抑郁和焦虑,对治疗效果有一定影响,可考虑合并抗抑郁及抗焦虑药物。

【关键词】 慢性前列腺炎综合征(CPPS);抑郁;焦虑

慢性前列腺炎约占泌尿科门诊成年男性患者的 25%,20 世纪 90 年代每年患者达 200 万,其对患者生活质量的影响甚大。由于其病因尚不完全清楚,症状表现复杂,病程迁延,易反复发作,尤其是患者大多伴有程度不同的精神心理症状给临床治疗带来较大困难。新医学模式理论和研究成果揭示精神心理社会因素在疾病的发生、转归、预后以及在其防治中具有重要地位。因此,近年来有关精神心理因素对慢性前列腺炎发病及治疗、预后的影响,也同样引起了国内外许多医学专家的重视。作者于 1998~2001 年应用抑郁自测量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)随机对 135 例慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征(CPPS)患者及对照人群进行调查,并对治疗效果进行随访,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 135 例 CPPS 患者,年龄 18~48(33.6 ± 11.2)岁,病程 3~68(10.4 ± 9.6)月,有盆腔疼痛或不适症状(会阴部、耻骨或腰骶部疼痛、不适等)或尿路刺激症状(尿频、尿不尽、尿道灼热或搔痒)。前列腺触诊:有压痛,正常 23 例,不对称 57 例,触及不规则的炎性硬结 55 例。前列腺液培养(Meares - Staneg 法)阴性,病程在 3 个月以上,诊断为 CPS 类^[5](包括 A 和 B)其中前列腺液常规检查连续三次(一次/周)高倍视野下无白细胞或 < 5 个/HP 者确定为非炎性慢性盆腔疼痛综合征(B)共 51 例。40 例对照患者年龄 16~52(34.3 ± 11.5)岁,有慢性疼痛病史,病程 1~70(13.3 ± 10.7)月。

1.2 评价方法 患者均用抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)进行测试,一次性独立完成填表,填表有困难者由接诊医生代填。采用舍尼通治疗,1 片/次,375mg/片,早晚各一次,服用 8~12 周。服药期间以及服药前半月不再服用其他治疗药物。

1.3 判定标准 SDS、SAS 标准分值 > 50 者分别定义为抑郁状态、焦虑状态的发生^[1,2]。疗效判定:显效,临床症状消失,EPS 镜检 WBC 或 < 10/HP;有效,临床症状大部消失或改善缓解,EPS 镜检 WBC < 10/HP;无效,临床症状无改善,EPS 镜检 WBC > 10/HP。

1.4 统计学处理 采用 Stata 4.0 统计软件进行分析,² 检验,指数比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 135 例 CPPS 患者发生抑郁率为 81 例(60%),40 例对照发生抑郁 11 例(27.5%),两组相比差别有显著性意义($P < 0.05$)。其中 51 例 B 患者发生抑郁 37 例(72.5%),其余 84 例患者发生抑郁 44 例(52.4%),两组相比差别有显著性意义($P < 0.05$)。同时进行分值比较,CPPS 组抑郁分值为 56.45 ± 15.05,明显高于对照组 41.90 ± 12.75($P < 0.001$),差异有极显著性意义。B 患者与其他非 B 患者 SDS 分值指数分别为 59.46 ± 15.57,53.45 ± 14.51,两者比较无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 135 例 CPS 患者发生焦虑 67 例(49.6%),对照组为 8 例(20%),两组相比差别有显著性意义($P < 0.01$)。其中 B 发生焦

患 29 例(56.9%) ,其余 84 例患者发生焦虑 38 例(45.2%) ,两组比较无统计学差异($P > 0.05$)。同时进行焦虑分值比较,CPS 组 SAS 分值为 53.69 \pm 11.84 ,对照组 47.36 \pm 12.23 ,两组相比差异有显著性意义($P < 0.05$)。B 患者与其他非 B 患者 SAS 分值指数分别为

58.46 \pm 16.34 ,49.86 \pm 15.83 ,两者比较无统计学意义($P > 0.05$)。2.3 本组 135 例分成两组:A 组,SAS 分值 > 50 ;B 组 SAS 分值 < 50 和 SAS 分值 < 50 ,应用舍尼通治疗前后各种症状改善情况。舍尼通治疗 8~12 周后,两组疗效相比差异有显著性意义 见表 1。

表 1 两组患者应用舍尼通治疗前后症状改善情况 例(%)

组别	n	会阴痛	腰骶部痛	耻骨或膀胱区痛	尿痛	性交痛或射精痛	尿不尽感	尿频
A 组	94							
治疗前		59	54	51	33	29	68	53
治疗后		38(35.6)	33(38.9)	30(41.2)	18(45.4)	17(41.2)	38(44.1)	30(43.4)
B 组	41							
治疗前		24	20	18	13	13	28	22
治疗后		9(62.5) *	7(65.0) *	6(66.7)	4(69.2)	5(61.5)	9(67.9) *	7(68.2)

注:两组比较 * $P < 0.05$

3 讨论

慢性前列腺炎的病因问题仍不明确,一般认为其与微生物感染,前列腺的长时间充血及自身免疫因素等有关,同时认为精神心理障碍,如焦虑、抑郁等与本病的关系密切。早在 1960 年,Later Lewin^[3]通过文献复习,对慢性前列腺炎的诊断标准和治疗方法提出了质疑,认为心理因素可能是慢性前列腺炎的一个重要表现,也可能是产生慢性前列腺炎的原因。Miller^[4]通过对 134 例慢性前列腺炎患者观察发现,在其症状加重时都曾有不同程度的紧张因素存在。用消除紧张情绪的行为疗法后,86% 的患者自诉症状好转或痊愈,认为紧张因素在慢性前列腺炎的诸多病因中或许是更为重要的因素。所有这些精神心理因素可刺激自主神经系统,进而影响前列腺,造成腺体的分泌增加,肌肉收缩增强而表现出一系列症状。王益鑫等^[5]认为在焦虑、惊恐等情况下,由于肾上腺素原神经的刺激兴奋而使尿道周围括约肌和肛周括约肌收缩引起排尿障碍及会阴不适。作者在对性病后慢性前列腺炎的研究中发现,有些性病患者,即使治愈,仍有抑郁和恐惧,致使前列腺液淤积过久而出现非细菌性前列腺炎。本组 135 例慢性前列腺炎综合症病人,发生抑郁 81 例、焦虑 67 例,显著高于对照组病人,表明抑郁、焦虑可能是慢性前列腺炎综合症(CPPS)的重要病因之一,尤其对于非炎性慢性盆腔疼痛综合征 B 抑郁状态可能对病情的发展起着更大作用。这可能是 CPPS 患者主观症状复杂多样化的原因之一,也可能是 CPPS 患者临床症状轻重程度与理化检查不成正比的原因。抑郁、焦虑时网状结构上行激动系统活化,从而提高大脑皮层觉醒程度及对痛觉的敏感性。同时,抑郁、焦虑时伴有脑内去甲肾上腺素递质释放的增加,后者可能使痛觉系统活动加强,降低痛阈和增加痛觉^[6]。由焦虑、抑郁等心理因素所引起的生理障碍而产生的不适感通过锥体束引起肌体痉挛而产生疼痛,这时并不一定有组织损伤或者仅有潜在的损伤。这可能是 CPPS 患者主观症状主要是多部位疼痛不适的原因的一种解释^[7]。

针对慢性前列腺炎患者的不良精神心理因素,作者认为对其治疗应以综合性、个体化的方法来解决。山长武等^[8]对慢性前列腺炎患者心理状态研究显示:心理因素直接影响慢性前列腺炎患者的转归,心理负担愈重,病情愈迁延,病程越长,而且细菌的耐药性越高。刘根良^[9]诊治 100 例均带有不同程度情感障碍、心理异常的慢

性前列腺炎患者,应用抗生素、受体阻断剂辅以心理行为治疗,全部有效。王益鑫^[5]认为对性病患者治愈后因抑郁和恐惧所出现非细菌性前列腺炎症状,应着重注意心理治疗。林则馨^[10]在以药物治疗的同时辅以精神疗法,进行心理疏导治疗 120 例慢性前列腺炎患者,总有效率 96%。心理因素对生活质量和治疗效果有重要影响。本研究通过比较存在心理因素和无心理因素的病人对舍尼通治疗的效果发现,心理因素明显影响慢性前列腺炎综合症的治疗效果。

对慢性前列腺炎患者及早进行心理状态检查及分析,特别是有明显焦虑症状或抑郁症的患者早期诊断并及时治疗,采用药物及其他方法同时进行治疗,以更好地促进患者尽早从心理和生理方面彻底康复,避免病程迁延和复发。有必要在各种治疗方法效果不理想的情况下考虑对 CPPS 尤其是 CPPS B 患者进行针对性的抗抑郁、抗焦虑药物治疗。

参考文献

- 汪向东. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志,1993(增刊):33-36
- 吴文源. 焦虑自评量表 SAS[J]. 上海精神医学,1990,2:(增刊):44
- Lewin KK. Psychosomatic aspects of chronic prostatitis[J]. Penns Med J, 1960, 63:1793-1796
- Miller HC. Stress prostatitis[J]. J Urol, 1998, 32(6):507-510
- 王益鑫. 前列腺炎征候群研究进展[J]. 男科学杂志,1997,11(3):180-182
- Nickel JC. Effective office management of chronic prostatitis[J]. Urol Clin North Am, 1998, 25(4):677
- Kelly J, Egan, John L. Krieger Chronic abacterial prostatitis - a urological chronic pain syndrome? [J]. Pain, 1997, 69:3:213-218
- 山长武,刘汝琴. 生活习惯、心理状态与慢性前列腺炎关系的研究[J]. 中国行为医学科学,1997,6(3):188-190
- 刘根良. 慢性前列腺炎综合症 100 例治疗体会[C]. 北京:中华医学会男科分会第二届第一次全国学术会议论文摘要汇编,1999,159
- 林则馨. 慢性前列腺炎的联合治疗[C]. 北京:中华医学会男科分会第二届第一次全国学术会议论文摘要汇编,1999,160

[收稿日期:2004-11-17]