

基层适宜技术

前列腺炎的诊断与治疗

常见病因

前列腺炎的病因复杂,不同分型发病机制存在显著差异。目前,医学界认为细菌性前列腺炎病因明确,而慢性盆腔疼痛综合征为多因素共同作用的结果。

病原体感染:细菌性前列腺炎(I型、II型)的核心病因由病原体逆行感染。致病菌以革兰氏阴性杆菌为主,其中大肠埃希菌占60%~70%,其次为肺炎克雷伯菌、变形杆菌、铜绿假单胞菌等;革兰氏阳性菌中肠球菌、凝固酶阴性葡萄球菌也可致病,性活跃人群还需要警惕淋球菌、沙眼衣原体、支原体等性传播病原体。病原体经尿道逆行侵入前列腺腺管,或通过尿液反流带入前列腺组织,引发急性炎症反应。慢性细菌性前列腺炎常因治疗不彻底,细菌生物膜形成、前列腺结石藏匿细菌等因素导致反复发作。

非感染性致病因素:III型前列腺炎尚无明确致病菌,发病机制涉及多方面。

尿液反流学:前列腺外周带腺管呈直角逆向开口于后尿道,当后尿道压力升高,排尿紊乱时,尿液可反流入前列腺腺管。尿液中的尿酸盐等化学物质产生持续刺激,引发化学性炎症与疼痛;尿酸盐沉积还可形成微结石,堵塞腺管并成为病原体庇护所。

免疫功能异常:有研究发现III型患者前列腺液中促炎细胞因子,如IL-1 β 、TNF- α 水平显著升高,提示局部存在自身免疫性炎症反应。部分患者合并全身慢性疼痛综合征(如纤维肌痛、肠易激综合征),支持全身免疫调节异常参与发病。

神经肌肉因素:盆底肌群功能紊乱、痉挛可直接导致盆腔区域张力性疼痛,同时脊髓神经致敏、中枢疼痛调控异常可引发痛觉过敏,使轻微刺激产生强烈痛感,形成慢性疼痛环路。

心理与行为因素:长期焦虑、抑郁、压力过大,可通过神经内分泌通路加重局部炎症反应与疼痛感知。久坐、憋尿、酗酒、辛辣刺激性饮食、不规律性生活等不良生活方式,则是重要的诱发因素。

临床特点

前列腺炎的临床表现具有高度异质性,不同分型症状差异显著。其中,慢性前列腺炎临床表现比较复杂。

急性细菌性前列腺炎(I型):起病急骤,全身症状明显。患者突发寒战、高热,体温常超过38.5摄氏度,伴有乏力、肌肉酸痛、恶心呕吐等全身感染中毒症状;局部表现为会阴部、耻骨上区剧烈胀痛,尿频、尿急、尿痛明显,排尿困难,严重者可能出现急性尿潴留。直肠指检可见前列腺肿胀饱满、触痛剧烈、局部皮温升高,禁忌前列腺按摩以免引发菌血症。若未及时治疗,可进展为前列腺脓肿、败血症,甚至感染性休克。

慢性细菌性前列腺炎(II型):病程超过3个月,以反复发作的下尿路感染为特征。患者可有尿频、尿急、尿道灼热、排尿不尽感,尿末或排便时尿道口可出现白色分泌物(俗称“滴白”);盆腔区域隐痛不适,部位多不固定,可累及会阴、腰骶、腹股沟、睾丸等处;部分患者伴射精疼痛、血精。慢性细菌性前列腺炎的主要特点为尿路感染反复发作,每次发作病原体与前次发作一致,抗生素治疗后症状缓解,停药后容易复发。

慢性前列腺炎(III型):此类临床较为常见,症状以“盆腔疼痛+排尿异常+精神心理改变”三联征为主。

疼痛症状:最具特征性的表现,疼痛部位广泛,包括会阴、阴茎、肛周、耻骨上、腰骶部等,疼痛性质多为坠胀、隐痛、酸痛,可呈持续性或间歇性,射精痛是具有诊断提示意义的症状。

排尿异常:表现为尿频、尿急、夜尿增多、排尿等待、尿线变细、尿不尽感等储尿与排尿期混合症状。

伴随症状:病程较长者常出现性功能减退,包括勃起功能下降、早泄、性欲降低。同时,容易伴随焦虑、抑郁、失眠、注意力不集中等精神神经症状,症状与心理因素互为因果,形成恶性循环。

无症状性前列腺炎(IV型):无任何主观症状,仅因不育、前列腺增生手术、前列腺穿刺活检等检查时偶然发现前列腺液或组织中存在炎症细胞,临床无须特殊处理。

诊断思路

前列腺炎的诊断,需要遵循“症状为核心、分型为基础、排除鉴别为关键”的原则,尤其以III型为排除性诊断,需要系统有序地完成评估。

病史采集与症状评估:详细询问患者病史是诊断的首要环节。医生需要全面了解患者的症状特点、病程时长、诱发因素与缓解因素、既往治疗史、性生活史、泌尿系统感染史及精神心理状态。针对慢性前列腺炎患者,必须采用症状指数(CPSI)进行量化评估。该量表涵盖疼痛(部位、频率、程度,0分~21分)、排尿症状(0分~10分)、生活质量影响(0分~12分),总分0分~43分,不仅用于症状严重程度分级,也是疗效评价的重要指标。

全身检查:对于急性细菌性前列腺炎患者,需要评估生命体征、感染程度;对于慢性细菌性前列腺炎患者,重点排查全身其他慢性疼痛病灶。

泌尿生殖系统检查:外生殖器检查,排除尿道外口狭窄、包皮龟头炎等;下腹部触诊,评估膀胱充盈度与压痛。

直肠指检:核心专科检查。急性细菌性前列腺炎患者,可见前列腺肿大、压痛明显、质地偏硬、局部温度升高,严禁按摩;慢性细菌性前列腺炎患者,前列腺可呈大小正常或稍大,质地不均,可有局限性压痛,部分患者可触及结节样改变或前列腺结石。按摩前列腺获取前列腺液,进行实验室检查。

尿常规检查与尿培养:所有患者均需要进行尿常规检查,急性患者尿中白细胞、脓细胞显著升高,尿培养可明确致病菌;慢性患者尿常规可正常或轻度白细胞升高。

分段定位培养:Meares-Stamey尿四杯法为分型诊断的“金标准”。依次收集初段尿(VB1)、中段尿(VB2)、前列腺按摩液(EPS)、按摩后初段尿(VB3),分别进行镜检与细菌培养。

前列腺液常规检查:直接观察白细胞数量、卵磷脂小体密度,白细胞 $>10^6$ /HP(高倍视野)且卵磷脂小体减少提示炎症,但是白细胞水平与症状严重程度无明显正相关,不能单独作为诊断依据。

其他检查:疑有性传播疾病者,进行衣原体、支原体、淋球菌核酸检测;病程长、年龄 >50 岁,需要检测血清前列腺特异性抗原(PSA),排除前列腺癌。

泌尿系统超声检查:观察前列腺大小、形态、内部回声,排查前列腺结石、钙化、脓肿,同时评估膀胱残余尿量、排除膀胱出口梗阻、前列腺增生等。

尿流动力学检查:对排尿困难明显、常规治疗效果不佳者,可明确是否存在膀胱功能异常、尿道狭窄、逼尿肌与括约肌协同失调等。

其他影像学检查:CT(计算机断层成像)、MRI(磁共振成像)不作为常规检查,仅在怀疑前列腺脓肿、肿瘤、结核等复杂情况时选用。

鉴别诊断:良性前列腺增生、前列腺癌、尿道炎、膀胱炎、间质性膀胱炎/膀胱疼痛综合征、精索静脉曲张、附睾炎、盆底肌筋膜炎、腰椎间盘突出等进行鉴别。伴随明显的精神症状者,需要排除原发性焦虑抑郁障碍。通过病史、体征及上述检查多可明确区分,避免误诊误治。

治疗原则

前列腺炎的治疗,应采用足量足疗程的抗菌治疗。

急性细菌性前列腺炎(I型):首选氟喹诺酮类药物(如左氧氟沙星)或第三代头孢菌素,待尿培养结果出来后调整为敏感药物;体温正常、症状缓解后改为口服抗生素治疗,总疗程不少于4周。

慢性细菌性前列腺炎(II型):对症支持治疗:卧床休息,多饮水,退热止痛,保持大便通畅;伴有急性尿潴留者进行耻骨上膀胱穿刺造瘘引流,避免经尿道导尿加重感染。

脓肿处理:若形成前列腺脓肿,需要经直肠或会阴穿刺引流,必要时进行手术引流。

慢性细菌性前列腺炎(II型)的治疗,则采用足量足疗程的抗菌治疗。

用抗生素进行治疗:首选脂溶性强、前列腺组织浓度高的氟喹诺酮类药物,如左氧氟沙星500毫克,每日1次,一个疗程4周~6周。治疗4周后,患者症状若无改善,需要更换药物。备选药物包括复方磺胺甲噁唑、大环内酯类药物、四环素类药物。疗程结束后再次进行前列腺液培养,确认细菌转阴;症状反复发作,可采用低剂量长期抑菌治疗。

辅助治疗:联合 α 受体阻滞剂,改善排尿症状与尿液反流;非甾体抗炎类药物,可以缓解疼痛;前列腺按摩、温水坐浴,可以促进腺管引流。

慢性前列腺炎(III型)无明显感染靶点,需要采用多模式综合治疗,分层递进实施。

α 受体阻滞剂:为核心用药,可松弛前列腺与尿道平滑肌,改善排尿症状,降低后尿道压力,减少尿液反流。常用坦索罗辛0.2毫克,每日1次;多沙唑啉4毫克,每日1次,一个疗程至少12周,需要注意体位性低血压等不良反应。

非甾体抗炎镇痛药物:用于缓解疼痛症状,塞来昔布、双氯芬酸等均可选用,按医嘱服用,避免长期大剂量使用而引发胃肠道损伤。

植物制剂:如普适泰、锯叶棕提取物等,具有抗炎、抗水肿、促进腺管排空作用,安全性高,可长期使用改善症状。

M受体阻滞剂:以尿频、尿急等储尿期症状为主者,联合托特罗定、索利那新等药物改善膀胱过度活动状态。

预防与随访

预防前列腺炎,关键在于保持良好生活习惯,避免久坐、憋尿、酗酒、辛辣刺激性饮食、不规律性生活等不良生活方式,保持适度运动,增强免疫力。

随访:慢性前列腺炎患者,建议定期随访,评估症状变化、治疗反应及生活质量。若出现症状加重、反复感染等情况,应及时就医调整治疗方案。

治疗方法

急性细菌性前列腺炎(I型)属于泌尿外科急症,患者需要立即住院治疗。

抗感染治疗:立即进行静脉应用广谱抗生素治疗,首选氟喹诺酮类药物(如左氧氟沙星)或第三代头孢菌素,待尿培养结果出来后调整为敏感药物;体温正常、症状缓解后改为口服抗生素治疗,总疗程不少于4周。

对症支持治疗:卧床休息,多饮水,退热止痛,保持大便通畅;伴有急性尿潴留者进行耻骨上膀胱穿刺造瘘引流,避免经尿道导尿加重感染。

脓肿处理:若形成前列腺脓肿,需要经直肠或会阴穿刺引流,必要时进行手术引流。

慢性细菌性前列腺炎(II型)的治疗,则采用足量足疗程的抗菌治疗。

用抗生素进行治疗:首选脂溶性强、前列腺组织浓度高的氟喹诺酮类药物,如左氧氟沙星500毫克,每日1次,一个疗程4周~6周。治疗4周后,患者症状若无改善,需要更换药物。备选药物包括复方磺胺甲噁唑、大环内酯类药物、四环素类药物。疗程结束后再次进行前列腺液培养,确认细菌转阴;症状反复发作,可采用低剂量长期抑菌治疗。

辅助治疗:联合 α 受体阻滞剂,改善排尿症状与尿液反流;非甾体抗炎类药物,可以缓解疼痛;前列腺按摩、温水坐浴,可以促进腺管引流。

慢性前列腺炎(III型)无明显感染靶点,需要采用多模式综合治疗,分层递进实施。

α 受体阻滞剂:为核心用药,可松弛前列腺与尿道平滑肌,改善排尿症状,降低后尿道压力,减少尿液反流。常用坦索罗辛0.2毫克,每日1次;多沙唑啉4毫克,每日1次,一个疗程至少12周,需要注意体位性低血压等不良反应。

非甾体抗炎镇痛药物:用于缓解疼痛症状,塞来昔布、双氯芬酸等均可选用,按医嘱服用,避免长期大剂量使用而引发胃肠道损伤。

植物制剂:如普适泰、锯叶棕提取物等,具有抗炎、抗水肿、促进腺管排空作用,安全性高,可长期使用改善症状。

M受体阻滞剂:以尿频、尿急等储尿期症状为主者,联合托特罗定、索利那新等药物改善膀胱过度活动状态。

预防与随访

预防前列腺炎,关键在于保持良好生活习惯,避免久坐、憋尿、酗酒、辛辣刺激性饮食、不规律性生活等不良生活方式,保持适度运动,增强免疫力。

随访:慢性前列腺炎患者,建议定期随访,评估症状变化、治疗反应及生活质量。若出现症状加重、反复感染等情况,应及时就医调整治疗方案。

青少年抑郁症的早期识别与规范用药

张格艳

一些家长发现,自家孩子性格突然变得叛逆、厌学、脾气暴躁、不愿交流,第一反应往往是“孩子长大了、青春期叛逆、太矫情、不爱学习、偷懒贪玩”;但是,不少孩子并非故意叛逆,而是陷入情绪困境——这是他们发出的“求救信号”。

青少年是抑郁症的高发群体。12岁~18岁的青春期孩子大脑情绪调控功能尚未发育成熟,叠加学业压力、亲子冲突、人际交往、自我认同困惑等多重因素,抑郁症发病率呈逐年上升趋势。因此,家长千万别把抑郁当叛逆,4类早期信号持续2周以上,需要及时带孩子就医。

青少年抑郁症的主要症状与成年人基本一致,但是孩子往往不会像成年人一样主动描述悲伤、低落的情绪感受,更习惯通过情绪与行为异常来表达,常表现为烦躁易怒、厌学孤僻、躯体不适、进食紊乱、兴趣减退、自我评价低等,很容易让家长当作“青春期叛逆”而忽视。

情绪变化:不是脾气差,是无法自控的情绪失控。典型的

表现是莫名易怒、暴躁冲动,一点小事就大哭大闹、顶撞父母,原本温顺懂事的孩子突然变得敏感脆弱;还有的孩子会变得冷漠麻木,从前喜欢打球、追剧和朋友出游,现在对所有爱好都提不起兴趣;部分孩子会陷入持续的自卑自责,总说自己没用、拖累家人,常把“活着没意思”“太累了”挂在嘴边。

行为变化:学习成绩断崖式下滑,社交全面封闭。孩子学习成绩毫无征兆地大幅下降,上课无法集中注意力,记忆力减退,难以正常完成听课、作业等学习任务;逐渐逃避上学,总找各种理由请假,严重时甚至拒绝去学校;整日把自己关在房间里,不与家人沟通,疏远同学朋友,几乎断绝所有社交;更危险的信号是出现用刀划伤手腕、撞墙等自伤行为,这是孩子最直接的症状表现。

躯体症状:浑身不适却查不出器质性病变。一些孩子不会主动诉说心里的痛苦,只会反复说身体不舒服。比如,长期头疼、头晕、心慌胸闷、腹痛、浑身乏力。家长带着孩子辗转内科、儿科,做完抽血检查、心电图检查、彩超检查等,结果却都显示指标正常。这种未发现器质性病变的躯体不适,是青少年抑郁典型的躯体化表现,根源其实是情绪问题。

作息与饮食全面紊乱:孩子的睡眠状态出现明显异常,要么是长期失眠(夜间入睡困难、凌晨早醒后无法再入睡);要么是昼夜颠倒,白天持续昏睡,难以起床。食欲也呈现两极分化,要么是食欲减退、进食量骤减,短时间内快速消瘦;要么是暴饮暴食,体重异常增加。

如何辨别叛逆和抑郁的区别?叛逆:孩子的对抗行为通常只针对家长,日常吃喝玩乐、和朋友相处都正常,睡眠、饮食无明显异常,没有持续的自我否定,也不会出现伤害自己的想法或行为。

抑郁:所有异常表现持续时间超过2周,孩子自身无法调节,已经明显影响学习、日常生活与人际交往,这属于疾病范畴,需要专科医生的干预。

下面,笔者将介绍有关青少年抑郁症临床规范用药原则。

优先选用安全性高、适用于青少年群体的一线抗抑郁药物,从小剂量起始,逐步缓慢加量,匹配孩子的身体耐受程度。

用药初期(一两周),部分孩子可能出现一过性烦躁、焦虑加重等不良反应。同时,需要注意,抗抑郁药物对儿童青少年群体有相关黑框标注的警告用语,提示用药初期可能增加自杀意念与行为风险。因此,孩子用药前期需要家长密切陪护,家长要持续观察孩子的情绪与行为变化。

保证足疗程治疗:需要完成急性期、巩固期、维持期全疗程规范服药。轻症患者建议服药6个月~12个月,复发风险较高的

孩子需要延长维持治疗时长,切勿在症状好转后自行停药。如果突然停药,患者可能出现头晕、心慌、情绪波动等不良反应。

全程定期复诊:治疗期间,要定期监测孩子的肝肾功能、心电图等指标。医生会根据孩子的恢复情况,动态调整用药方案,开展个体化治疗。

总之,青春期的孩子内心敏感而脆弱,当孩子莫名发脾气、自我封闭、反复诉说身体不适时,未必是叛逆任性,更可能是陷入情绪困境后发出的求救信号。早识别、早干预、坚持规范治疗,绝大多数青少年抑郁症都能获得良好的治疗效果,顺利回归正常生活。

(作者供职于郑州市第八人民医院药学部)

药师说药

急性肠胃炎的典型症状

张涛

急性肠胃炎是胃肠道黏膜发生的急性炎症性疾病,通常起病急骤,多在进食不洁食物后数小时至1天内发作,主要临床表现为突发的腹痛、腹泻与恶心呕吐,常伴阵发性腹部绞痛、便秘频繁等不适。

消化道症状

腹痛与腹部绞痛:疼痛多集中在脐周或上腹部,呈阵发性绞痛,在排便或呕吐后可得到暂时缓解。

腹泻:排便次数显著增多,每日数次至十几次不等,粪便多为稀水样便或糊状便;若感染程度较重,粪便中可能出现黏液。

恶心与呕吐:初期呕吐物多为胃内未消化的食物,随病情发展可吐出黄绿色胆汁或酸水,频繁呕吐会进一步加重胃部不适感。

食欲减退:患者看到油腻食物或闻到异味时会产生明显的厌恶感,常伴腹胀、打嗝等临床表现。

全身伴随症状

发热:因病原体类型不

同,可出现37.3摄氏度~38摄氏度的低热,或38.1摄氏度~39摄氏度的中度发热,常伴畏寒、头痛等症状。

全身乏力与肌肉酸痛:脱水、电解质流失,加上身体对抗炎症消耗了大量能量,会引发全身乏力、肌肉酸痛等不适。

脱水征兆:这是最需要警惕的异常信号,典型表现为口干舌燥、皮肤干燥、眼窝凹陷、尿量明显减少且尿色深黄,严重时可见出现头晕、站立不稳。

紧急危险信号

出现以下任何一种情况,提示病情可能并非普通肠胃炎,需要尽快到院就医。

腹痛剧烈且持续不缓解,按压腹部时疼痛反而加剧;呕吐物或粪便中带鲜血,或排出黑色柏油样大便,或持续不退(体温超过39摄氏度),伴意识模糊、精神萎靡;每日大量水样腹泻超过6次,或完全无法进食、进水。

(作者供职于新乡市人民医院)

本期答案

一、E	二、B	三、C	四、D
五、D	六、D	七、A	

每周一练 (心脏瓣膜病)

一、患者为女性,38岁,活动后心悸、气喘1年有余。查体:轻度贫血,心率快,心律齐,胸骨右缘第2肋间闻及响亮而粗糙的收缩期杂音(3/6级)。首先应考虑的疾病是

A.动脉导管未闭
B.主动脉瓣关闭不全
C.二尖瓣关闭不全
D.房间隔缺损
E.主动脉瓣狭窄

二、下列不属于周围血管征的是

A.水冲脉
B.短绌脉
C.毛细血管搏动征
D.股动脉枪击音
E.Duroziez(杜若兹)血管杂音

三、主动脉瓣关闭不全,出现周围血管征的原因是

A.外周动脉硬化
B.回心血量增加
C.收缩压增高、舒张压下降
D.心输出量增大
E.中小动脉弹性增加

四、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。患者平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱,平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音(向心尖部传导),心尖部舒张期隆隆样杂音(无传导),周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。该患者初步诊断为

A.二尖瓣狭窄
B.主动脉瓣狭窄
C.二尖瓣狭窄并主动脉瓣狭窄
D.主动脉瓣关闭不全并二尖瓣狭窄
E.主动脉瓣关闭不全并三尖瓣狭窄

五、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。患者平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱,平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音(向心尖部传导),心尖部舒张期隆隆样杂音(无传导),周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。该患者初步诊断为

A.二尖瓣狭窄
B.主动脉瓣狭窄
C.二尖瓣狭窄并主动脉瓣狭窄
D.主动脉瓣关闭不全并二尖瓣狭窄
E.主动脉瓣关闭不全并三尖瓣狭窄

六、患者为女性,28岁,因反复心慌气短1年,加重2天入院。患者平时劳累和感冒时症状加重,不能平卧,痰中带血,7年前有关节疼痛史。查体:血压150/60毫米汞柱,平卧位,颈静脉充盈,颈部搏动明显,双侧肺底部湿啰音,胸骨左缘第3肋间舒张期叹气样杂音(向心尖部传导),心尖部舒张期隆隆样杂音(无传导),周围血管征阳性,胸片显示“靴形心”。若经过检查证实二尖瓣无器质性病变,则心尖部舒张期杂音原因为

A.Austin-Flint杂音(奥-弗氏杂音)
B.Graham-Steell杂音(肺动脉瓣舒张期杂音)
C.主动脉瓣杂音传导所致
D.三尖瓣关闭不全
E.合并了肺动脉瓣关闭不全

七、心尖区收缩中期附加音并有收缩中晚期杂音,最可能的诊断为

A.冠心病劳力型心绞痛
B.心病二尖瓣关闭不全
C.二尖瓣脱垂
D.扩张型心肌病
E.乳头肌功能不全

本期答案			
一、E	二、B	三、C	四、D
五、D	六、D	七、A	

药师说药

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。

邮箱:5615865@qq.com
联系人:朱忱飞 电话:13783596707