

前列腺增生症在老年科的诊治误区

【作者】 董碧蓉

四川大学华西医院 (成都 610041)

【中图分类号】 R697.3

【文献标识码】 B

良性前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是中老年男性常见的一种慢性疾病。发病人
群覆盖面比肿瘤、糖尿病和高血压等慢性疾病广。
根据尸检, 经组织学诊断的患病率 51~60 岁为 40%
~50%, 大于 80 岁则超过 80%。而中国人临床 BPH
的发病率 50~59 岁为 17.8%, 60~69 岁为 30.5%,
70~79 岁高达 50%。增大的前列腺可以压迫尿道,
致尿流受阻, 继发感染和结石, 长期梗阻则引起肾
盂积水, 最终肾功能受损。

令人担忧的是许多基层医生对 BPH 认识不足,
出现我国目前的高患病率、低就诊率和治疗不规范
的现象。

误区一: 面对失眠患者医生忽略询问排尿情况

失眠在老人十分常见, BPH 是老年失眠的原因
之一, 也最容易被忽略。在寻找失眠原因时, 要询
问患者是否存在两大症状群: “贮尿” 症状群 (尿
急、尿频、夜尿和急迫性尿失禁) 和 “排尿” 症状
群 (排尿踌躇、尿线无力、排尿时间延长、尿后滴
沥、尿不尽感、尿潴留及充盈性尿失禁), 以区别
什么原因导致老人失眠。

误区二: 前列腺大小是衡量前列腺增生病情程
度的唯一标准

尽管前列腺体积在 BPH 中具有重要作用, 但
不绝对与病人症状呈正比。MTOPS 研究显示, 随
着年龄增长, 前列腺重量增加, 增生增加, 大于
20mL 的前列腺随年龄组比例增大。而研究也发现
前列腺体积与下尿路症状 (lower urinary tract
symptoms, LUTS) 评分以及最大尿流量无关, 但与
残余尿有关。移行区体积和指数与 IPSS 评分及膀

胱出口梗阻 (bladder outlet obstruction, BOO) 关系
密切, 因此, 虽然亚洲人前列腺体积不很大, 但发
生症状者则多于欧美。

误区三: BPH 是外科疾病, 与内科无关

过去由于针对 BPH 的药物欠缺, 致使许多患
者发生严重并发症, 诸如急性尿潴留、肾积水, 甚
至尿毒症, 或因长期排尿困难引起的腹压增加, 造
成痔疮、脱肛、便血、疝气等才到医院治疗。所
以, BPH 一直是泌尿外科疾病。近年来, 随着有效
药物进入市场, 适时对 BPH 给予药物治疗, 完全
可以避免外科手术, BPH 逐渐成为老年科常见疾
病。

通常, BPH 的治疗分为 3 个阶段。第一阶段:
待机观察 (警惕性等待)。目标人群是症状轻微、
IPSS 评分<7 及前列腺体积<30mL 者。研究显示,
该阶段 42% 的患者观察等待症状改善。该阶段医生
要告知患者可能的预后, 要求减少睡前饮水、咖啡
因和酒精摄入, 每年至少进行一次随访。第二阶段:
药物治疗。10 年前, 仅注重病人的客观指标改
善, 诸如尿流率、残余尿及前列腺体积等。而当今
更关注疾病终点指标, 如生活质量、急性尿潴留
(acute urinary retention, AUR) 发生率、前列腺手
术率及不良反应等。第三阶段: 外科治疗。尽管开
放性前列腺切除术后, 98% 出现症状改善, 但手术
面临着较长住院时间、创伤、并发症等风险, 医生
一定要为病人权衡其利与弊。

误区四: 治疗 BPH 的药物都一样, 可以随便
选择

治疗 BPH 的药物目前主要有 2 大类。第一类:

α 受体阻滞剂，是LUTS/BPH的一线药物，代表药有特拉唑嗪（高特灵、马沙尼）、多沙唑嗪、坦洛新（哈乐）、阿夫唑嗪（桑塔）。适用于轻至中度梗阻者。Meta分析显示， α 受体阻滞剂能显著改善症状，症状评分改善30%~40%、最大尿流率提高16%~25%。MTOPS试验证实：该类物质不能逆转BPH进程、不能改变前列腺体积及减少AUR和手术机会。第二类药物：5 α 还原酶抑制剂，代表药为非那雄胺（保列治）。具有阻止睾酮转化成二氢睾酮（DHT），降低血清及前列腺内的DHT含量，通过缩小前列腺体积而改善症状，能改变高危病人的自然病程。适用于前列腺增大或前列腺特异性抗原（PSA）水平升高者。多项大规模临床试验证实5 α 还原酶抑制剂可以缩小前列腺体积20%~30%，改善症状评分15%，提高尿流率1.3~1.6mL/秒及降低AUR及手术风险50%。而与降压药、降脂药及降糖药无相互作用。

误区五：治疗BPH单一用药即可，勿须联合用药

治疗BPH的两大类物质，作用机制完全不同，并非所有病人单一用药即可。研究显示，联合治疗（5 α 还原酶抑制剂+ α 受体阻滞剂）比单药治疗疗效更好。多个大型研究，如MTOPS、PLESS、PROWESS、SCARP及PROSPECT为联合治疗提供了坚实的证据基础。药物联合是治疗LUTS和BPH的最有效方法，能更好地改善症状和尿流速率，预防不良后果（AUR和手术），改变疾病的自然病程。证据提示，治疗初始阶段若能联合用药效果更好。

误区六：症状一旦控制，即可停止使用5 α 还原酶抑制剂

5 α 还原酶抑制剂一般起效慢，6个月后方可获得最大疗效，且远期疗效也得到了证实。研究显示，连续用药6年疗效持续稳定。PLESS研究发现，使用5 α 还原酶抑制剂连续4年，可以使急性

尿潴留下降57%，手术需要下降55%，前列腺体积缩小32%，同时还减少BPH患者血尿的发生率。5 α 还原酶抑制剂的停药研究显示，如果病人使用药物治疗已经成功，就不应该停药。药物治疗应该是个长期治疗过程，同时需要考虑病人的PSA，前列腺体积及年龄。具有高危临床进展性的人应长期用药。目前没有任何停止或间歇使用5 α 还原酶抑制剂治疗BPH的研究。如果停止5 α 还原酶抑制剂治疗后，血清二氢睾酮在1周内恢复到基线水平，PSA在3个月内恢复到基线水平，前列腺体积在6个月恢复到基线水平。

误区七：维持期治疗用 α 受体阻滞剂较非那雄胺更好

在临床上不时看到在维持阶段，医生首先停用非那雄胺，而继续 α 受体阻滞剂维持治疗。根据现有证据显示， α 受体阻滞剂对改善早期尿路症状优于非那雄胺，但在持续用药3个月后，症状改善处于平台，疗效不再显著。而且无证据显示 α 受体阻滞剂可以逆转疾病进程，改变前列腺体积和PSA水平，或减少AUR和手术机会。因此，对联合治疗者，在3个月后如果需要单一药物治疗最好以非那雄胺维持更好。

误区八：一旦确诊BPH，立即药物或手术治疗

对确诊BPH的患者是否采取药物或手术干预须根据病人症状、前列腺大小和PSA水平决定。指南建议：①IPSS \leq 7、前列腺小、PSA低者，不需治疗，仅观察等待，每年复查一次。②IPSS $>$ 7、无烦恼或甚少烦恼，也不需治疗等待观察，定期复查。③IPSS \leq 7、无烦恼或甚少烦恼、前列腺大、PSA高者，可以预防性使用5 α 还原酶抑制剂。④IPSS $>$ 7、中、重度烦恼、前列腺小、PSA低者，用 α 受体阻滞剂。⑤IPSS $>$ 7、中、重度烦恼、前列腺大、PSA高者，用5 α 还原酶抑制剂联合 α 受体阻滞剂治疗。⑥IPSS $<$ 19（中度）、短期治疗。而IPSS $>$ 19（重度），需要长期治疗。