

# 研究分析前列腺炎分型的思考与探索

赵伟

扬州市中医院 江苏 扬州 225000

**摘要**：前列腺炎是泌尿男科常见病之一，其病因和发病机制尚未完全明了，严重影响患者的身心健康；现有分类有待进一步完善。本文探讨前列腺炎分类的思考与探索。

**关键词**：前列腺炎；分类；疾病命名；逻辑关系；盆腔综合征

前列腺炎属于男性泌尿科领域经常出现的疾病，对患者的生理与心理造成了重大的不良影响。此外，庞大的患病人群和医疗上的高额支出，也给社会公共医疗体系带来了沉繁的经济压力。因为缺乏充分了解前列腺炎的病因和生理病变，众多问题如对该病的洞察、判定病症的严重性、挑选适宜的治疗方式以及评估治愈效果等在当前的情况下，都是参照各种前列腺炎的诊疗指南来为临床上确立理想的诊断与治疗策略提供建议。前列腺炎的治疗和诊断指引已经推进了该疾病管理的标准化流程，并且为泌尿系统的专业医生在治疗前列腺炎和从事相关临床实验提供了宝贵的参考，同时也有助于统一疗效的评估标准和提升治疗质量。

笔者以前列腺炎诊断治疗指南为标准，学习、应用、体会，受益匪浅。选取本人 2017-2022 年诊疗 151 例各类型前列腺炎，总结个人应用中中西医结合治疗不同分型前列腺炎的体会。报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 151 例患者中年龄最小 19 岁，最大 67 岁，平均 37 岁；病程最短 3 天，最长 17 个月。

### 1.2 诊断依据

参照前列腺炎诊断治疗指南并分型。

### 1.3 治疗方法

根据药物敏感性测试的结果，选用对该病原体有敏感反应的抗菌药物进行治疗，治疗周期为十四至二十一天；合并衣原体、支原体者加阿奇霉素口服 10-14 天；各分型均根据辩证应用中医药对症。住院患者加用热敏灸治疗；口服坦索罗新；小便困难者予以保留导尿。治疗期间禁烟酒及辛辣饮食等不良刺激，忌久坐不动。

### 1.4 疗效评定标准

痊愈：病征缓解，前列腺分泌物的标准测试未显异常；症状有所缓和；病征极为减轻或大幅度退去，前列腺液验出的白细胞计数至多为轻微增加（≤+），而卵磷脂体数量显著增多，达到中等至稍高水平（++ -++ +/HP）；疗效不佳：病状未见明显好转，细菌检测呈现阳性反应，前列腺液中白细胞出现轻度至中度增加（+ -+ ++/HP）。

## 2 结果

痊愈 53 例，占 35%。好转 82 例，占 54.4%。无效 16 例，占 10.6%。总有效率为 89.4%。

## 3 讨论

前列腺炎临床表现复杂，往往采用单一治疗方法效果不满意，病情易迁延，采用对症综合治疗更有效。在此主要针对前列腺炎分型提出个人浅见。

3.1 首先回顾一下前列腺炎诊断治疗指南中的概念和分类

前列腺炎是一种因细菌或其他非传染性原因刺激前列腺所引起的疾病，具有腹部下方疼痛、排尿困难等典型表现的疾病群。

前列腺急性炎症为一类型急症，其特征在于前列腺部位的猛烈感染，伴随尿道下端感染的显著征兆以及寒战、高热、肌体疼痛等全身反应，尿液及前列腺分泌液内的白细胞数目显著增多，甚至可见脓细胞出现。

目前对于慢性前列腺炎产生的原因和其病理生理上的变化了解仍然不够充分。人们普遍认为，慢性前列腺炎构成了一类包含不同起因、具体临床表现及不同预后情况的疾病群，形成了一个具有临应特征的综合性病候群。

### 3.1.1 传统的分类方法

依据 Meares-Stamey 的四段采样法，即“四杯试验”来将前列腺炎进行系统分型，乃是首创的条理化前列腺炎归类方式。该方式通过分析患者的初始排尿样本（VB1）、中段排尿样本（VB2）、前列腺按摩得到的分泌物（EPS）以及按摩后排尿样本（VB3）中的白细胞计数和细菌检测情况，进而将前列腺炎疾病细分为以下几类：急性细菌性前列腺炎（ABP）、慢性细菌性前列腺炎（CBP）、慢性非细菌性前列腺炎（CNP）及前列腺痛症（PD）<sup>[1]</sup>。

### 3.1.2 新的分类方法

在 1995 年，鉴于当期对前列腺炎的基本研究及临床诊疗现状，美国国立卫生研究院提出了一套新的分型系统<sup>[2,3]</sup>。

I 型：等同于常规归类手段里的急性细菌性前列腺炎。病发迅速，可能突如其来地呈现为高热性疾患，并伴随着显著的持久性泌尿系统感染征兆，尿中白细胞计数增多，同时血液或/及尿样的细菌检验结果为阳性。

II 型：在常规的分类体系里，此类属于细菌性前列腺炎，其在慢性前列腺炎总病例中所占比例约为 5% 至 8%<sup>[5]</sup>。患者会出现经常性的下泌尿道感染表现，且病程持续逾三个月，EPS/精液/VB3 样本中的白细胞计数增高，并且细菌培养检测为阳性。

III 型：长期性前列腺炎/慢性盆腔疼痛症（慢性

前列腺病症 / 慢性盆腔痛综合症, CP/CPPS) 在经典的分型体系里相当于 CNP 与 PD 类型, 这种前列腺炎是最普遍的一种形式, 其发病率占慢性前列腺炎总数的 90% 还要多。其主要症状为持续性与经常性的骨盆部位痛楚或不舒适感, 且该状况持续周期超越三个月, 伴随排尿问题及性功能受损不同程度的现象, 严重损害了患者的生活品质。至于 EPS/ 精液 VB3 的细菌培养, 结果显示是阴性。

依据 EPS/ 精液 / VB3 的常规显微镜观察数据, 该模式进一步可区分为 IIIA 型 (有炎症的 CPPS) 与 IIIB 型 (无炎症的 CPPS) 两个亚类。在 IIIA 型个案中, EPS/ 精液 / VB3 的白细胞计数呈现增加趋势; 而在 IIIB 型个案中, EPS/ 精液 / VB3 的白细胞数维持在正常区间。这两个亚类的比例大致各占一半<sup>[4,5]</sup>。

IV 型: 缺乏明显病征的前列腺炎 (即无症状性炎症性前列腺炎), 没有患者自感的不适现象, 其炎症迹象仅在进行前列腺相关评估 (如前列腺液检测、精液分析、前列腺组织活体检查或前列腺摘除组织的病理分析等) 时才被检测出来<sup>[6,7]</sup>。

这种分类技术与旧有的方法相比显著提升, 对临床实践具备一定的参考价值, 尽管现今尚不完善, 需持续优化。

Carver BS<sup>[8]</sup> 构建了针对 cp/cpps 的 upoint 评估模型, 该模型将病症区分为泌尿功能、自体免疫性疾患 (器官专一性)、社会与心理因素、感染源、疼痛难忍、神经系统 / 体系六个临床表征类别。然而, 此模型并不包括所有 III 型前列腺炎的临床特点, 它仅对定制化治疗方案的患者产生了一定程度的帮助。

近期, 对前列腺炎的检查和治疗方法取得了多项进展, 临床操作过程中提出了众多富有建设性的见解, 促成了广泛的共识形成, 并推进了对该病种分类系统的更新与优化。

### 3.2 个人体会

对于 I 型、II 型、IV 型前列腺炎的诊疗各文献资料都相对认可, 无明显异议。

但临床中 I 型前列腺炎强调了全身症状, 很多以局部症状为主的患者可能仅予以了对症治疗, 并分类到其他类型或给与尿路感染诊断等。而 II 型 III 型前列腺炎强调了慢性, 临床中相当一部分患者病程数天到一两月, 既往无相关症状; 或者 3 个月内无相关症状, 有部分甚至是数年前有类似症状及就诊经历; 还有部分患者述短时间症状明显, 自行服药后已好转或症状消失等。那么像这些短病程的新发或者再发患者, 很大一部分目前被归类为慢性前列腺炎。I 型、II 型、III 型前列腺炎分类中强调的重点, 对于临床掌握可能更简单容易, 但也造成很多患者感觉只要产生或既往有过相关症状就是慢性的难以治愈的这种错误认知。

其中 III 型前列腺炎存在诸多争议。在前列腺炎诊断治疗指南之外出现单独的慢性前列腺炎诊疗指南。众多学术界人士赞同, III 型前列腺炎的临床表现颇为复杂, 建议以“前列腺综合征”这一术语替代“III 型前列腺炎”的病名, 这样做能够降低患者及泌尿科医生对“炎症”这个字眼的过度重视, 并且更贴近广泛学界对 III 型前列

腺炎作为一种综合症状群的看法。最近, 有学者再度提议应当采用“前列腺盆腔综合征”这个更精确的称谓来取代“前列腺综合征”, 这一建议的初衷是为了消除人们在心理上将盆腔和下尿路系统割裂开的观念, 而是将它们视为一个联动的功能系统, 这与该病症的实质更为契合<sup>[9]</sup>。

目前前列腺炎分类主要遵循既有分类方法予以修订, 对于临床最大意义仍在于抗生素使用与否, 与旧有分型没有显著进步, 对于指导临床治疗方法选择或者疗效评判实际意义改善不大。分类的修订及名称进化体现了对疾病认识的全面和深入, 但分类的实质没有改变, 仍归属前列腺炎名下。前列腺的关注度和罪名并没有摆脱, 导致仍有大量患者谈腺色变, 认为是慢性难愈之病甚至是不治之症。

现代医学对于疾病的认识经历相当漫长的过程, 开始多以症状入手, 几经发展, 走上循证方向。当某一疾患在肉体层面、器官级别、组织内部以及细胞乃至基因层次上均有迹象得到确认, 并随之被赋予确切界定时, 其治疗过程才能达到针对性和标准化。理想之病名应当能显现疾患固有的特质或其外部特征, 并具备独一无二的属性<sup>[10]</sup>。美国病理学协会建议的医疗系统命名规则规定: 对疾病的阐述需要囊括其发生的解剖位置、形态特征、成因及其功能影响。

当前对于 III 型前列腺炎的定义不足以揭示其实质, 没有明确地界定患处, 并且存在着原因不明确、发病原理不清楚、症状表现不一以及诊断根据不充分等一系列问题。III 型前列腺炎的表征可能是一种全身疾病在盆腔地带的反应, 涵盖了精神与心理层面的因素、内分泌的变化、大脑的敏感化、神经系统的异常、遗传倾向的敏感性等。同时, 该病症亦可能与前列腺周边组织如膀胱、直肠和骨骼肌肉的病变有关。研究发现, 在表现出 III 型前列腺炎症状的病人中, 只有不足 5% 能从前列腺分泌物中检出致病菌, 而超过 70% 的病人实际上并未显示出前列腺组织的炎症迹象。EPS 检测的结果与患者展现的临床征象缺乏相关性, 同时, 这些结果也和临店治愈效果的比例没有必然联系。武立新等人对 1426 名前列腺炎病患开展的研究表明, 非炎性患者 357 例与炎性患者 1069 例之间的 NIH-CPSI 评分对比, 并未显现出显著的区别, 且这两组的 EPS 白细胞数量计算结果在统计学上也没有显著性差异。

随着各个学科发展, 对专科疾病认识越来越深入和全面, 很多不能单一定位诊断的综合征也越来越被重视。泌尿科有膀胱疼痛综合征、尿道综合征、前列腺综合征, 肛肠科、妇科有盆腔综合征等。结合其他学科和疾病, 可见多个与盆腔有关学科均有综合征的存在, 均具备病因不明, 无明确病位, 诊治无特异性的特点。与 III 型前列腺炎交叉、重合, 难以明确鉴别。

这样一组不能准确定位发病部位、明确发病原因、特定症状、特异实验室检查结果意义的综合征, 在发病部位不定、诊断证据不足、鉴别诊断不清的情况下, 将它分类到任何一个特定疾病下的分型都不够合理科学。类比法院审判, 在导致 III 型前列腺炎症状发作的案件中, 前列腺只能算嫌疑人或嫌疑人之一, 在没有明确犯罪证

据的情况下就给予罪名成立的宣判,容易导致冤假错案。

目前III型前列腺炎更像是排除性诊断,其诊断依据几乎涵盖除某些特定疾病典型表现外的盆腔常见症状,依据影像学及实验室检查等循证表现从中明确诊断出感染性前列腺炎、前列腺增生、前列腺癌、膀胱癌、下尿路结石、下尿路感染、盆腔炎、直肠癌、间质性膀胱炎、腺性膀胱炎、精囊炎、附睾炎、肠易激综合征、OAB、神经源性膀胱、盆底肌功能障碍、运动医学相关疾病、精神心理疾病等等众多疾病外,其余无明确病因病位的一大类,在男性多被诊断为III型前列腺炎,这和综合征的诊断及命名无明显差别,所以指南定义中认为,目前慢性前列腺炎是一组疾病组成的临床综合征。但这种关系表明,一系列的盆腔综合征(包括III型前列腺炎/前列腺盆腔综合征、膀胱疼痛综合征、尿道综合征等)与上述疾病起码是并列关系,甚至上述疾病是综合征症状下的明确分类,而把综合征分类为上述疾病中的某一类型,存在逻辑上的颠倒和混乱。

随着诊疗观念从单一器官系统向多学科交叉、综合改变,个人认为将临床各科室与盆腔有关的、表现类似的综合征统一为盆腔综合征,并作为一个疾病分类,较将其作为某个疾病内的一个分型更为合适。

前列腺炎的诊断和分类要明确由前列腺病变引发症状才予以诊断并定义,可参照阑尾炎和胆囊炎。如果找到明确无菌性前列腺炎炎症引发疾病证据,再单分类为慢性无菌性前列腺炎。(个人认为临床意义不大,阑尾炎、胆囊炎最常用分型为急慢性分类,无菌性分型应用性不强,而且治疗上与综合征没有明显差异)。这样将目前前列腺炎I型、II型、IV型分为三类。1类为急性炎症型,诊断依据为发病3月内,全身症状轻或重,培养阳性或阴性,前列腺液检查白细胞+++~++++/HP。2类为慢性炎症型,症状持续3月以上,或半年内反复发作,培养阳性或阴性,前列腺液检查白细胞+++~++++/HP。3类为无症状型。

有盆腔症状但难以循证诊断命名者暂仍归属盆腔综合征这个疾病分类。待医学发展,其中能循证诊断的一类,再明确相应诊断,予以特定命名,区分出来,给以有效对应治疗,类似于腺性膀胱炎或间质性膀胱炎。盆腔综合征诊疗遵循整体思考,综合处理,需进一步完善探究。这样逻辑顺畅,概念清晰,鉴别明确,治疗有针对性,疗效判定可靠。避免患者将盆腔综合问题归咎于前列腺等局部具体组织器官,产生心理困扰,甚至出现抑郁、焦虑等心理疾患,相对科学合理。

#### 参考文献:

- [1]Drach GW, Fair WR, Meares EM, et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? [J]. J Urol, 1978, 120: 266.
- [2]Krieger JN, Nyberg LI, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. [J]. JAMA, 1999, 282:236-237.
- [3]Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative [J]. Urology, 1999, 54:29-233.
- [4]Schaeffer AJ. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study [J]. J Urol, 2002, 168(3): 1048-1053.
- [5]Krieger JN, Jacobs RR, Ross SO. Does the chronic prostatitis/pelvic pain syndrome differ from nonbacterial prostatitis and prostatodynia [J]. J Urol, 2000, 164(5):1554-

155.

- [6]Nickel JC, Downey J, Young I, et al. Asymptomatic inflammation and/or infection in benign prostatic hyperplasia [J]. Br J Urol Int, 1999, 84:976-981.
- [7]Carver BS, Bozeman CB, Williams BJ, et al. The prevalence of men with National Institutes of Health category IV prostatitis and association with serum prostatic specific antigen [J]. J Urol. 2003, 169:589-591.
- [8]Shoskes DA, Nickel JC, Rackley R R, et al. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: A management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes [J]. Prostate Cancer Prostatic Dis, 2009, 12 (2) :177-183.
- [9]梁朝朝. 前列腺盆腔综合征的理论进展和实践运用 [J]. 安徽医科大学学报, 2023, 58(4):523-527.
- [10]李玉萍. 疾病诊断名称与分类编码对照对提升病案首页质量的意义 [J]. 医学信息 1006-1959(2020)09-0017-02.

**作者简介:**赵伟(1980.11-),男,汉族,济南人,毕业于山东中医药大学,本科学历,中医专业,研究方向:泌尿男科。