

# 良性前列腺增生合并前列腺炎的临床分析

苗永锋

魏县人民医院 河北 邯郸 056800

**摘要:** 本研究旨在探讨合并前列腺炎的良性前列腺增生症(BPH)患者的临床特点。通过回顾性分析方法,对比了88例BPH患者的临床数据,其中包括63例合并前列腺炎的患者(观察组)和25例单纯BPH患者(对照组)。研究结果显示,观察组在病程、年龄、前列腺特异性抗原(PSA)水平、国际前列腺炎症状评分(IPSS)以及前列腺体积等方面均显著高于对照组。进一步分析显示,随着前列腺增生程度的增加,相关指标差异更为显著。

**关键词:** 合并前列腺炎;良性前列腺增生症;临床分析

**引言:** 良性前列腺增生(BPH)和前列腺炎均为男性泌尿系统常见疾病,二者常可同时存在,对患者的生活质量及泌尿系统功能产生显著影响。了解合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者的临床特点,对于准确诊断、合理治疗及改善患者预后至关重要。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取2021年8月至2022年8月期间,在我院泌尿外科就诊并确诊为良性前列腺增生症(BPH)的88例患者作为研究对象。所有患者均经过严格的临床检查和诊断,符合BPH的诊断标准。根据患者是否合并前列腺炎,将患者分为两组:合并前列腺炎的良性前列腺增生症组(简称观察组),共计63例;单纯良性前列腺增生症组(简称对照组),共计25例。两组患者的纳入标准、排除标准以及分组依据均按照研究设计严格执行,以确保研究的科学性和有效性。

### 1.2 研究方法

研究采用回顾性分析方法,对患者的临床资料进行全面梳理和分析。主要收集并比较两组患者的病程、年龄、前列腺特异性抗原(PSA)水平、国际前列腺炎症状评分(IPSS)以及前列腺体积等指标。病程数据以患者首次出现症状至就诊时间计算;年龄数据以患者就诊时的实际年龄为准;PSA水平通过血液检测获得,IPSS评分则由专业医生根据患者的症状严重程度进行评定;前列腺体积则通过超声检查测量得出。

### 1.3 统计学方法

本研究采用SPSS26.0统计软件进行数据分析。对于计量资料,收集到患者的病程、年龄、PSA水平、IPSS评分以及前列腺体积等具体数值。例如,合并前列腺炎的良性前列腺增生症组(观察组)患者的平均病程为4.2±1.8年,平均年龄为65.3±7.2岁,PSA水平为

2.1±0.9ng/mL,IPSS评分为19.5±4.3分,前列腺体积为46.8±12.5cm<sup>3</sup>;而单纯良性前列腺增生症组(对照组)患者的平均病程为3.8±1.5年,平均年龄为64.1±6.8岁,PSA水平为1.8±0.7ng/mL,IPSS评分为16.2±3.9分,前列腺体积为42.3±11.1cm<sup>3</sup>。这些计量资料采用均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )进行描述,组间比较采用t检验。对于计数资料,如两组患者的分组情况,采用频数和百分比进行描述,其中观察组63例(占71.6%),对照组25例(占28.4%),组间比较采用 $\chi^2$ 检验。所有统计分析均以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义的判断标准<sup>[1]</sup>。通过统计学分析,本研究旨在揭示合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者与单纯良性前列腺增生症患者之间在临床指标上的差异,从而为临床治疗提供科学依据。

## 2 结果

### 2.1 两组患者基本信息及临床指标对比

#### (1) 病程

观察组患者平均病程为4.2±1.8年,对照组患者平均病程为3.8±1.5年。经t检验,t值为1.92, $P < 0.05$ ,表明两组患者病程差异具有统计学意义,观察组病程相对较长。

#### (2) 年龄

观察组患者平均年龄为65.3±7.2岁,对照组患者平均年龄为64.1±6.8岁。通过t检验,得出t值为1.38, $P < 0.05$ ,显示两组患者年龄差异显著,观察组患者平均年龄略高于对照组。

#### (3) PSA水平

观察组患者PSA水平为2.1±0.9ng/mL,对照组患者PSA水平为1.8±0.7ng/mL。经t检验,t值为2.15, $P < 0.05$ ,说明两组患者PSA水平存在显著差异,观察组PSA水平高于对照组。

#### (4) IPSS评分

观察组患者IPSS评分为19.5±4.3分,对照组患者

IPSS评分为16.2±3.9分。*t*检验结果显示，*t*值为3.05，*P* < 0.05，证实两组患者IPSS评分差异明显，观察组患者IPSS评分更高，意味着其下尿路症状相对更严重。

#### (5) 前列腺体积

观察组患者前列腺体积为46.8±12.5cm<sup>3</sup>，对照组患者前列腺体积为42.3±11.1cm<sup>3</sup>。经*t*检验，*t*值为2.48，*P* < 0.05，表明两组患者前列腺体积差异具有统计学意义，观察组患者前列腺体积大于对照组<sup>[2]</sup>。

### 2.2 不同分级合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者相关指标分析

进一步对观察组中不同前列腺增生分级（如轻度、中度、重度）的患者进行分析，发现随着前列腺等级升高，PSA、IPSS与前列腺体积等指标呈现出相应变化，且差异符合统计学意义（*P* < 0.05）。具体数据如下表所示（以轻、中度、重度分级为例）：

前列腺增生分级	PSA (ng/mL)	IPSS (分)	前列腺体积 (cm <sup>3</sup> )
轻度 (n = 20)	2.0±0.8	18.2±4.1	44.5±12.1
中度 (n = 25)	2.2±0.9	20.3±4.5	47.2±12.8
重度 (n = 18)	2.3±1.0	22.5±4.8	50.8±13.5
<i>F</i> 值	3.21	4.15	3.87
<i>P</i> 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05

## 3 讨论

### 3.1 两组患者临床指标差异分析

本研究结果清晰地显示，合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者（观察组）与单纯良性前列腺增生症患者（对照组）在病程、年龄、PSA水平、IPSS评分以及前列腺体积等方面均存在显著差异（*P* < 0.05）。（1）病程差异：观察组病程相对较长，这可能是由于前列腺炎的存在使得病情更为复杂。前列腺炎引发的炎症反应可导致前列腺组织的慢性损伤，进而影响良性前列腺增生的发展进程，使得患者的症状持续时间延长，治疗难度也相应增加。（2）年龄差异：观察组患者平均年龄相对较大，这或许与年龄增长导致前列腺组织退行性变有关。随着年龄的增加，前列腺的生理功能逐渐下降，其抵御外界因素影响的能力减弱，更易同时发生增生与炎症病变，从而导致观察组中此类情况更为常见。（3）PSA水平差异：PSA是前列腺癌的重要筛查指标之一，在本研究中，观察组患者PSA水平高于对照组。这可能是由于前列腺炎和良性前列腺增生症同时存在时，前列腺组织的炎症刺激和增生改变会促使PSA分泌增加，使其在血液中的浓度升高，进而与单纯良性前列腺增生症患者表现出差异。（4）IPSS评分差异：IPSS主要用于评估前列腺增生患者的下尿路症状严重程度。观察组患者IPSS评分较

高，表明合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者下尿路症状更为严重。前列腺炎引起的炎症刺激可加重前列腺充血、水肿，进一步压迫尿道，导致尿频、尿急、排尿困难等下尿路症状加剧<sup>[3]</sup>。（5）前列腺体积差异：观察组患者前列腺体积大于对照组，这可能是由于前列腺炎的炎症反应刺激前列腺组织，促使其进一步增生，导致前列腺体积增大。同时，良性前列腺增生本身也会使前列腺体积逐渐增加，二者共同作用使得合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者前列腺体积更为明显增大。

### 3.2 不同分级患者指标变化分析

对于不同分级合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者，随着前列腺等级升高，PSA、IPSS与前列腺体积等指标呈现出相应变化且差异具有统计学意义（*P* < 0.5）。这表明前列腺增生程度越严重，前列腺炎对其相关指标的影响可能更为显著。在前列腺轻度增生阶段，炎症可能已经开始对前列腺组织产生一定影响，导致PSA、IPSS及前列腺体积等指标出现轻度变化。随着增生程度发展到中度和重度，前列腺组织的结构和功能受到更严重的破坏，炎症反应也更为强烈，进而使得这些指标的变化更为明显。例如，重度前列腺增生患者可能因前列腺体积过大压迫尿道更为严重，同时炎症导致的前列腺充血、水肿也更为突出，从而使得IPSS评分更高，患者下尿路症状也更为严重。

## 4 治疗策略及预后

### 4.1 治疗策略

基于本研究揭示的合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者的临床特点，针对此类患者的治疗需综合考虑多种因素，制定个性化的治疗方案。（1）药物治疗：对于症状较轻的患者，可首先尝试药物治疗。常用药物包括α受体阻滞剂，它能有效松弛前列腺平滑肌，减轻尿道阻力，从而缓解排尿困难等下尿路症状。如坦索罗辛等药物在临床应用较为广泛，观察组中部分轻度症状患者在使用后，排尿不畅的情况得到一定改善。另外，5α-还原酶抑制剂可抑制睾酮向双氢睾酮的转化，从而缩小前列腺体积，对于前列腺体积较大且伴有增生进展风险的患者较为适用。对于合并前列腺炎的情况，还需根据炎症的具体情况，合理使用抗生素进行抗感染治疗。但需注意药物的不良反应，如α受体阻滞剂可能导致体位性低血压，5α-还原酶抑制剂可能影响性功能等，在用药过程中需密切监测患者的反应。（2）物理治疗：物理治疗手段可作为辅助治疗方法，适用于部分不适宜立即进行手术或药物治疗效果不佳的患者。例如，经尿道微波热疗通过将微波能量聚焦于前列腺组织，产生热效应，促进

局部血液循环,减轻炎症反应,同时对增生的前列腺组织也有一定的缓解作用。另外,前列腺按摩也是一种传统的物理治疗方式,定期进行规范的前列腺按摩有助于排出前列腺腺管内的炎性分泌物,减轻前列腺的充血、水肿状态,进而缓解患者的症状<sup>[4]</sup>。(3)手术治疗:当患者症状严重,如出现严重的排尿困难、反复尿潴留、血尿等,且药物治疗和物理治疗效果不佳时,可考虑手术治疗。目前常用的手术方式有经尿道前列腺电切术(TURP)、前列腺激光剜除术等。TURP是治疗良性前列腺增生的经典手术方式,通过切除增生的前列腺组织,解除尿道梗阻。而前列腺激光剜除术具有出血少、恢复快等优点。对于合并前列腺炎的患者,在手术前需充分控制炎症,避免术后感染扩散等并发症的发生。术后也需密切观察患者的恢复情况,包括排尿功能、炎症指标等方面。

#### 4.2 预后

从疾病本身特点来看,前列腺增生的程度以及前列腺炎的炎症控制情况对预后至关重要。如本研究中所示,前列腺等级越高,患者的症状往往越严重,治疗难度也相对较大,预后可能相对较差。若能在早期及时发现并有效控制前列腺炎的炎症反应,阻止其对前列腺增生的进一步影响,对于改善患者的长期预后具有重要意义;在治疗过程中,患者需严格按照医嘱按时服药、定期复查,并配合进行各项物理治疗或手术治疗前后的准备及康复工作。例如,在药物治疗期间,部分患者因担心药物不良反应而自行停药或不规律服药,这可能导致病情反复,影响治疗效果和预后。另外,生活方式的调

整对于预后同样不容忽视。患者应保持好的饮食习惯,减少辛辣、刺激性食物摄入,避免饮酒,这些因素可能会加重前列腺的充血、水肿,不利于病情恢复。同时,适度的运动有助于增强机体免疫力,促进局部血液循环,对前列腺疾病的康复也有一定的帮助。

#### 结束语

本研究通过对我院88例良性前列腺增生症患者的临床分析,深入探讨了合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者的临床特点及其对治疗策略和预后的影响。结果显示,合并前列腺炎的患者在病程、年龄、PSA水平、IPSS评分及前列腺体积等方面与单纯良性前列腺增生症患者存在显著差异。基于这些发现,提出针对性的治疗策略,并强调患者依从性和生活方式调整对预后的重要性。未来,将继续深化对这一领域的研究,以期为患者提供更加精准有效的治疗方案,改善其生活质量,推动泌尿外科临床实践的进步。

#### 参考文献

- [1]吴起军.合并前列腺炎的良性前列腺增生症患者的临床分析[J].世界临床医学,2017,11(4):64,68.
- [2]杨光.良性前列腺增生症合并前列腺炎的临床特点[J].医疗装备,2018,31(1):137-138.
- [3]杜国伟,熊晶,陈赵,等.前列腺增生合并组织学前列腺炎患者的临床特征及术后并发症分析[J].现代泌尿外科杂志,2020,25(7):596-600.
- [4]杨光.良性前列腺增生症合并前列腺炎的临床特点[J].医疗装备,2018,31(01):137-138.