

· 论著 ·

α受体阻滞剂与抗抑郁药联合治疗慢性前列腺炎的有效性及安全性研究

卢中杰*

汉川市人民医院泌尿外科(湖北 汉川 431600)

【摘要】目的 探讨慢性前列腺炎(CP)患者予以α受体阻滞剂与抗抑郁药合用的临床疗效。**方法** 本研究涉及的临床病例样本于2019年8月至2022年8月期间完成系统性收录与归档工作,对象为收治的CP患者,共计纳入90例,通过随机数字表分配,划分为对照组(α受体阻滞剂与维生素C治疗)与观察组(α受体阻滞剂+抗抑郁药治疗),各组纳入45例;观察对比两组临床疗效、焦虑抑郁评分、慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)、不良反应发生率、睡眠质量。**结果** 临床疗效组间对比,观察组总有效率高($P<0.05$);治疗后,两组HAMA、HAMD评分均呈不同程度降低,且观察组改善程度更为突出($P<0.05$);治疗后,两组NIH-CPSI评分均下降,其中观察组下降尤其明显($P<0.05$);两组的不良反应发生频次基本相当($P>0.05$);治疗后,两组PSQI评分均下降,且观察组评分明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** CP患者治疗中合用α受体阻滞剂与抗抑郁药,显著减轻情绪障碍程度,同步改善睡眠参数,促进症状消退,整体疗效确切。

【关键词】 α受体阻滞剂;抗抑郁药;慢性前列腺炎;有效性;安全性

【中图分类号】 R697+.33

【文献标识码】 A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.5.045

Efficacy and Safety of Alpha-blockers and Antidepressants in the Treatment of Chronic Prostatitis

LU Zhong-jie*

Department of Urology, Hanchuan People's Hospital, Hanchuan 431600, Hubei Province, China

Abstract: Objective To investigate the clinical effect of α-blocker and antidepressant combined therapy in patients with chronic prostatitis (CP). **Methods** From August 2019 to August 2022, a total of 90 patients with CP were included in hospital records. Based on the "random number table method", they were divided into control group (α-blocker and vitamin C treatment) and observation group (α-blocker and antidepressant treatment), 45 cases were included in each group. The clinical efficacy, anxiety and depression scores, chronic prostatitis score index (NIH-CPSI), incidence of adverse reactions and sleep quality of the two groups were observed and compared. **Results** The total effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the HAMA and HAMD scores of the two groups decreased in different degrees, and the improvement degree of the observation group was more prominent ($P<0.05$). After treatment, NIH-CPSI scores in both groups decreased, especially in the observation group ($P<0.05$). The frequency of adverse reactions in the two groups was basically the same ($P>0.05$). After treatment, the PSQI score of both groups decreased, and the score of the observation group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of alpha-blockers and antidepressants in the treatment of CP patients can significantly improve the degree of anxiety and depression, improve sleep quality, promote the regression of symptoms, and the overall effect is accurate.

Keywords: Alpha-blocker; Antidepressants; Chronic Prostatitis; Effectiveness; Security

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)又有慢性盆底疼痛综合征之称,属于泌尿外科的常见病症之一,以青壮年男性为高发群体。疾病包含耻骨上、大腿根部、盆腔内、会阴等部位疼痛或不适;尿不尽、尿频、尿急、尿痛等尿道症状;焦虑、抑郁、失眠、精神倦怠等精神症状;早泄等性功能异常^[1]。CP不仅对患者性功能造成影响,同时带来巨大的精神及心理压力,导致其生活质量下降。CP患者中III型占比90%,有炎症型(IIIA型)与非炎症型(IIIB型)之分,其中IIIB型病因较为复杂且并不确切,临床认为主要是因病原微生物感染所引起的排尿异常、疼痛、骨盆区不适,即使去除诱因,但病理性心理伤害仍持续、独立存在^[2]。CP患者临床治疗多应用抗生素、α受体阻滞剂、抗胆碱能药、热疗、心理治疗、前列腺按摩等,提倡多种药物联合应用。本研究收集2019年8月至2022年8月收治90例CP患者的临床资料,分析α受体阻滞剂联合抗抑郁药治疗的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例采集时间为2019年8月至2022年8月,对象为90例CP患者,通过随机数字表分配,划分为对照组、观察组。对照组($n=45$):年龄20岁~55岁,均龄(36.28 ± 6.69)岁;病程跨度3至20个月,测得平均值(12.52 ± 2.36)个月。观察组($n=45$):年龄22岁~56岁,均龄(36.76 ± 6.67)岁;病程跨度4至19个月,测得平均值(12.75 ± 2.58)个月。两组研究对象的人口学特征均衡可比($P>0.05$)。该临床试验通过医院伦理主管部门审批后启动。

纳入标准:与CP的相关诊断要求一致;表现为不同程度的会阴区不适、尿不尽、尿频等症状,尿常规阴性,前列腺WPC数 ≥ 10 /HP;存在认知功能缺陷,但保留基本研究配合能力;研究全程保障患者知情权。排除标准:关键器官失代偿;意识模糊,难以配合治疗;精神疾病病史明确;对试验药物过敏或存在用药禁忌证;入组1周内使用过其他CP治疗药物或影

【第一作者】卢中杰,男,主治医师,主要研究方向:泌尿外科及男科。E-mail: 314428874@qq.com

【通讯作者】卢中杰

响排尿的药物；患有恶性疾病；患有前列腺增生、前列腺癌、神经源性膀胱；尿道狭窄、尿路结石；伴有严重心血管疾病。

1.2 方法 对照组：应用α受体阻滞剂与维生素C治疗，选用盐酸特拉唑嗪片(批准文号：国药准H10970081，华润赛科药业有限责任公司，2mg)，睡前口服，频次1次/d+前列舒通胶囊(批准文号：国药准字Z20027140，保定天浩制药有限公司，0.4g)口服，频次3次/d，单次剂量0.12g+维生素C(批准文号：国药准H13022052，石药集团维生药业有限公司)，口服，频次1次/d，单次剂量0.3g。

观察组：α受体阻滞剂与抗抑郁药物治疗，盐酸特拉唑嗪片、前列舒通胶囊用药方法及剂量同对照组一致，联合舍曲林(批准文号：国药准字H10980141，辉瑞制药有限公司，50mg×14片)治疗，采取口服途径，每日单次50mg给药。两组均维持治疗3个月。

1.3 观察指标 (1)临床疗效：参考慢性前列腺炎症状积分指数(NIH chronic prostatitis symptom index, NIH-CPSI)评分判定，标准为：NIH-CPSI评分>15分，为显效标准；NIH-CPSI评分介于5~15分，为有效标准；NIH-CPSI评分<5分，为无效标准^[3]。有效率=(显效率+有效率)。(2)心理情绪：基于HAMA(14项)和HAMD(17项)量表开展治疗前后评估。HAMA评估范畴含躯体性焦虑、感知障碍及循环系统症状等，界值标准：评分<7分属正常范围，>29分提示重度焦虑；HAMD测评项目包括早段失眠、躯体化表现及精神运动性兴奋等，临界值

设定：评分<7分视为无抑郁，>24分判定为严重抑郁^[4]。(3)症状严重程度：美国国立卫生研究院制定NIH-CPSI评分，于治疗前、后6个月评估，涵盖疼痛与不适、尿路症状、生活质量3个项目，评分越高表示症状越严重^[5]。(4)追踪比较两组治疗过程中的药物耐受性表现，包括胃肠道不适、勃起功能障碍、头晕、恶心。(5)睡眠质量：运用PSQI量表进行测评，该工具涵盖7个观测指标，总分0~21分，分值愈低提示睡眠状况愈佳^[6]。

1.4 统计学方法 数据分析采用SPSS 26.0完成，计量数据实施t检验，计数资料以频数(百分比)呈现并行卡方检验，P值<0.05被认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 临床疗效组间对比，观察组总有效率高(P<0.05)。见表1。

2.2 两组心理情绪对比 治疗后，两组HAMA、HAMD评分均降低，且观察组评分更低(P<0.05)。见表2。

2.3 两组症状严重程度对比 治疗后，两组NIH-CPSI评分均下降，且观察组评分明显低于对照组(P<0.05)。见表3。

2.4 两组不良反应发生率对比 两组不良反应发生率对比无明显差异(P>0.05)。见表4。

2.5 两组睡眠质量对比 治疗后，两组PSQI评分均下降，且观察组评分明显低于对照组(P<0.05)。见表5。

表1 两组临床疗效比较[n/%]

组别	n	疗效			
		显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	45	23(51.11)	22(48.89)	10(22.22)	35(77.78)
观察组	45	27(60.00)	25(55.56)	3(6.67)	42(93.33)
χ ² 值	-	-	-	-	4.405
P值	-	-	-	-	0.035

表2 两组HAMA、HAMD评分对比(分)

组别	n	HAMA评分		HAMD-17评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	30.35±4.13	15.58±2.67	24.52±3.48	15.41±2.63
观察组	45	30.42±4.25	11.59±1.45	24.78±3.52	9.29±2.11
t值	-	0.079	8.809	0.352	12.175
P值	-	0.937	<0.001	0.725	<0.001

表3 两组NIH-CPSI评分比较(分)

组别	n	疼痛与不适		尿路症状		生活质量		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	14.25±3.52	11.68±2.25	5.69±1.14	4.69±1.38	8.58±2.96	7.27±1.24	28.78±5.33	23.48±3.98
观察组	45	14.15±3.43	7.58±1.11	5.26±1.64	3.35±0.98	8.25±2.86	4.67±1.28	28.05±5.58	16.11±2.85
t值	-	0.136	10.962	1.444	5.310	0.537	9.786	0.634	10.099
P值	-	0.891	<0.001	0.152	<0.001	0.592	<0.001	0.527	<0.001

表4 两组不良反应发生率对比[n/%]

组别	n	胃肠道不适	勃起功能障碍	头晕	恶心	总发生率
对照组	45	2(4.44)	1(2.22)	0(0.00)	2(4.44)	5(11.11)
观察组	45	2(4.44)	0(0.00)	1(2.22)	1(2.22)	4(8.89)
χ ² 值	-	-	-	-	-	0.123
P值	-	-	-	-	-	0.725

表5 两组PSQI评分比较(分)

组别	n	入睡时间		睡眠时间		睡眠障碍	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	2.64±0.61	1.62±0.52	2.53±0.51	1.42±0.55	2.36±0.63	1.39±0.54
观察组	45	2.51±0.48	1.28±0.44	2.49±0.46	1.09±0.31	2.48±0.57	1.15±0.36
t值	-	0.123	3.348	0.390	3.506	0.947	2.480
P值	-	0.264	0.001	0.697	<0.001	0.346	0.015

续表5

组别	n	睡眠效率		日常功能障碍		睡眠质量		催眠药物	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	2.58±0.64	2.15±0.64	2.64±0.25	2.17±0.84	2.32±0.61	2.15±0.75	2.37±0.52	1.37±0.61
观察组	45	2.41±0.79	1.76±0.54	2.61±0.52	1.79±0.34	2.37±0.58	1.67±0.32	2.48±0.71	1.11±0.31
t值	-	1.121	3.124	0.348	2.812	0.398	3.126	0.838	2.548
P值	-	0.265	0.002	0.728	0.006	0.691	0.002	0.404	0.012

3 讨 论

CP具有较长的病程周期, 疾病复发几率高, 根治难度大, 且很容易诱发多种并发症, 如精囊炎、附睾炎、前列腺囊肿等, 对患者造成巨大的精神和心理负担, 致使患者出现性功能障碍, 并加重患者病情及心理负担, 形成恶性循环, 从而产生焦虑抑郁等负面情绪, 造成精神障碍。负性情绪等精神因素通过作用于神经递质会兴奋自主神经, 增大尿道内压力, 收缩尿道括约肌, 促使前列腺导管进入尿液中, 而引发前列腺与周围组织炎症^[7]。研究显示, 心理因素与CP发生及转归密切相关, 通过内分泌系统、免疫系统、中枢神经系统发挥作用。现阶段, 临床对于CP具体病因尚未明确, 可能与紧张、焦虑等精神因素有关, 部分症状由病理生理因素导致, 两者之间互为因果、相互影响, 因此, 在CP治疗中需联合应用抗抑郁药物^[8]。

在CP治疗中联合应用α受体阻滞剂与抗抑郁药, 其中α受体阻滞剂可松弛膀胱颈部和前列腺平滑肌, 并解除盆底肌肉痉挛和紧张, 以降低尿道压力, 促使尿流率恢复正常, 以改善不良症状^[9-10]。舍曲林新一代5-HT再摄取选择性抑制剂, 其药理机制主要体现为抑制神经元突触部位5-HT的再摄取过程, 使突触间隙内5-HT神经递质水平升高, 改善神经突触传递效率, 产生良好的情绪稳定和抗抑郁作用。以上两种药物联合应用, 可发挥协同作用, 更好地发挥治疗效果^[11]。本次研究结果: 临床疗效组间对比, 观察组总有效率高, 且焦虑抑郁状态及睡眠质量改善情况更突出。提示, 联合应用α受体阻滞剂与抗抑郁药物可显著改善患者焦虑抑郁等负性情绪, 改善睡眠质量。原因是, 精神心理因素是造成CP症状反复发作和迁延不愈的一大因素, 在病情进展下, 加重患者情绪障碍, 可加重神经内分泌失衡和后尿道神经-肌肉功能紊乱情况^[12]。应用α受体阻滞剂联合抗抑郁药物从生理层面控制患者病情, 为改善消除心理障碍及睡眠障碍创造先决条件。

本研究数据显示: 治疗后, 两组患者NIH-CPSI评分均下降, 且观察组评分明显低于对照组。证明, 合用α受体阻滞剂联合抗抑郁药物有利于患者症状消除, 控制病情进展, 取得显著疗效。分析原因, α受体阻滞剂可以通过抑制交感神经活性, 减少前列腺和尿道平滑肌的张力, 从而减轻疼痛症状, 以

改善患者CP疼痛, 降低疼痛; CP患者通常伴随着炎症反应, 导致组织充血、水肿和细胞损伤, 应用α受体阻滞剂联合抗抑郁药物在一定程度上可减轻炎症反应和相关症状, 缓解炎症症状^[13]; 此外, 应用抗抑郁药物可以调节神经递质的平衡, 促进心理功能改善, 减轻情绪障碍表现, 从而改善患者对CP相关症状的感受和主观评价, 控制患者病情^[14]。评估用药安全性, 两组药物不良反应发生频次无显著差异, 整个干预过程未出现重度不良反应病例, 部分出现轻微胃肠道不适、勃起功能障碍、头晕、恶心, 对症干预后消失, 对治疗进展无影响^[15]。

综上所述, CP患者应用α受体阻滞剂联合抗抑郁药物治疗, 可改善焦虑抑郁和睡眠质量, 促进症状改善, 取得确切疗效且安全性好。

参考文献

- [1] 洪志明, 陈子龙, 王胜杰, 等. 前列舒通联合塞来昔布治疗Ⅲ型慢性前列腺炎疼痛患者的临床研究[J]. 中国性科学, 2023, 32(4): 17-21.
- [2] 张志忠. 前列舒通胶囊联合体外冲击波治疗慢性前列腺炎患者的效果[J]. 中国民康医学, 2023, 35(4): 122-125.
- [3] 郑玄同. 前列回春胶囊联合特拉唑嗪治疗Ⅲb型慢性前列腺炎的临床效果[J]. 临床合理用药, 2023, 16(4): 68-71.
- [4] 宋瑶, 庞松强, 罗功唐, 等. 盐酸坦索罗辛联合舍曲林或盐酸达泊西汀治疗慢性前列腺炎继发性早泄的效果比较[J]. 中国性科学, 2022, 31(10): 61-64.
- [5] 冀明阳. 前列回春胶囊联合特拉唑嗪治疗慢性前列腺炎临床研究[J]. 云南医药, 2022, 43(4): 31-33.
- [6] 陆军, 张磊, 张学学, 等. 经皮神经电刺激联合药物对慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征的疗效[J]. 现代泌尿外科杂志, 2022, 27(12): 1004-1008.
- [7] 冯武兵, 陈晨. 前列清瘀汤联合西药治疗慢性前列腺炎(湿热瘀滞证)对患者EPS中MCP-1、M-CSF水平影响分析[J]. 四川中医, 2022, 40(1): 135-139.
- [8] 王杰, 郭通航, 李振伟. 前列培元利湿汤加减治疗慢性前列腺炎继发性功能减退疗效观察[J]. 四川中医, 2021, 39(6): 172-175.
- [9] 蔡娟丽, 王秀, 贾冬梅, 等. 纽曼健康系统模式对慢性前列腺炎伴抑郁症患者的临床疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(2): 375-377, 384.
- [10] 张明. 复方玄驹胶囊联合虎杖饮颗粒剂联合直肠给药治疗慢性前列腺炎的有效性探讨[J]. 世界复合医学, 2021, 7(4): 131-133.
- [11] 王环震, 席玉. 宁泌泰胶囊联合盐酸坦洛新缓释胶囊治疗慢性前列腺炎的效果及对炎症因子的影响[J]. 罕少疾病杂志, 2021, 28(1): 53-54.
- [12] 肖慧霞, 杜跃健. α1受体阻滞剂联合抗菌药物治疗慢性前列腺炎的临床疗效观察[J]. 中华男科学杂志, 2020, 26(11): 1043-1045.
- [13] 李亮. 前列舒通胶囊联合特拉唑嗪对Ⅲ型慢性前列腺炎患者前列腺液中细胞因子的影响[J]. 中国民康医学, 2020, 32(20): 103-105.
- [14] 肖慧霞, 杜跃健. α1受体阻滞剂联合抗菌药物治疗慢性前列腺炎的有效性[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(15): 190-192.
- [15] 赵少雄, 李占琦. 宁泌泰胶囊联合盐酸莫西沙星治疗慢性前列腺炎疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(3): 291-294.

(收稿日期: 2023-06-23) (校对编辑: 江丽华)