

经尿道精囊镜手术治疗顽固性血精症的效果及安全性分析

林伟明, 黄华聪, 李碧君 (广东省湛江市第二人民医院腔镜中心, 广东湛江 524003)

摘要: **目的** 了解经尿道精囊镜手术对顽固性血精症患者的疗效及安全性。**方法** 60例顽固性血精症患者分别给予经尿道精囊镜手术治疗(研究组)或保守治疗(对照组), 分析两组疗效及并发症情况。**结果** 治疗后研究组精液中红细胞和白细胞水平明显低于对照组($P<0.01$ 或 0.05), 勃起功能、射精功能评分均高于对照组($P<0.01$), 疗效优于对照组($P<0.05$)。两组并发症差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 经尿道精囊镜手术可有效改善顽固性血精症患者精液、性生活质量。

关键词: 血精症; 精囊镜; 性生活质量

中图分类号: R 575.5

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2021)01-0090-03

Efficacy and safety of transurethral seminal vesiculoscopy in intractable hematospermia

LIN Wei-ming, HUANG Hua-cong, LI Bi-jun (Endoscopic Center, Zhanjiang Second People's Hospital, Zhanjiang 524003, China)

Abstract: **Objective** To observe the efficacy and safety of transurethral seminal vesiculoscopy (TUSV) in intractable hematospermia. **Methods** Sixty patients with intractable hematospermia were treated with TUSV (study group) or conservative therapy (control group). Clinical efficacy and complications were compared between two groups. **Results** Compared with control group, spermatic erythrocytes and leukocytes were lower, while erectile function, ejaculation function scores and clinical efficacy were higher post-treatment in study group ($P<0.01$ or 0.05). There was no significant difference in complications between two groups ($P>0.05$). **Conclusion** TUSV can effectively improve the spermatic and sexual quality in patients with intractable hematospermia.

Key words: hematospermia; vesiculoscopy; sexual quality of life

血精症是指精液中存在血液, 是男性泌尿外科的常见疾病, 好发于30~40岁青壮年群体。患者主要表现出射精痛、性欲减退、早泄、会阴疼痛、血尿等症状。多数情况下血精症是一个良性、自限性疾病, 通过合理饮食能使病情得到有效改善。然而有部分顽固性血精症通过药物治疗也难以根治, 病情反复发作, 导致性功能障碍, 还给患者造成心理压力, 引发焦虑等负面情绪^[1-2]。为了解经尿道精囊镜手术治疗顽固性血精症的疗效及安全性, 我们进行了研究, 结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 病例与分组

纳入标准: 血精症反复发作, 采用抗炎药物治疗至少3个月后病情仍反复; 无其他生殖道器质性、功能性疾病; 能积极配合治疗者。排除标准: 存在

严重感染, 肝、肾功能严重障碍, 凝血功能障碍或有神经疾病的患者。2015年1月-2019年1月在我院医治且符合上述排纳标准的顽固性血精症患者60例, 根据治疗方法的不同分为研究组和对照组, 每组30例。研究组患者年龄25~45岁, 平均 (34.2 ± 2.4) 岁; 病程1~18个月, 平均 (6.1 ± 1.3) 个月; 已婚24例, 未婚6例。对照组患者年龄27~46岁, 平均 (36.4 ± 2.5) 岁; 病程2~17个月, 平均 (5.9 ± 1.4) 个月; 已婚25例, 未婚5例。两组患者的一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 具可比性。

1.2 方法

对照组患者进行保守治疗, 具体方法如下: (1) 物理治疗, 应用前列腺治疗仪(武汉克瑞普新技术有限公司)进行前列腺的局部理疗, 促进病理和炎症产物排出; (2) 药物治疗, 当患者症状较严重时, 取其前列腺液检测病原体作药敏试验, 采用敏感抗生素治疗, 并选取 α 受体阻滞剂、非甾体抗炎药和M受体阻滞剂等改善排尿症状及减轻患处疼痛; (3) 叮嘱患者适量饮水, 进行适当运动, 避免久坐, 合理饮

收稿日期: 2020-07-03; 修订日期: 2020-10-27

作者简介: 林伟明(1975-), 男, 本科, 主治医师

食,减少进食辛辣食物,规律性生活。

研究组患者以经尿道精囊镜手术治疗,患者接受全麻或腰硬联合麻后取截石位,经尿道放置输尿管硬镜,将其缓慢推至尿道和膀胱,进入精阜腔时观察精囊壁及精囊内腔,检查精囊内是否有活动出血、结石等情况,明确血精症病因。单纯精囊腺炎者疏通并道后采用抗生素溶液灌洗精囊;精囊梗阻者应用抗生素溶液灌洗精囊,扩张精囊,疏通阻塞部位;精囊结石患者在精囊扩张后采用抗生素溶液灌洗精囊,用结石钳夹碎或钬激光击碎结石,再进行精囊冲洗,术后留置导尿管,3 d后拔出,引导患者自行排尿。术后叮嘱患者适量饮水,进行适当运动,避免久坐,合理饮食,减少进食辛辣食物,规律性生活。

1.3 观察指标

两组患者于治疗3个月后进行随访。比较治疗前与治疗3个月后精液的红细胞、白细胞计数,患者的勃起功能、射精功能评分。勃起功能采用勃起功能评分(IIEF-5)评价,总分5分,分数越高表示勃起功能越好^[3],射精功能采用射精功能评分(CIPE)评价,总分5分,分数越高表示射精功能越强^[4]。比较两组直肠损伤、血尿、附睾炎及泌尿系统感染等并发症的发生率。比较两组的临床疗效,评价标准如下:症状消失,精液指标正常,X线和B超检查正常为痊愈;经血消失,精液指标正常,X线和B超检查精囊显著缩小为显效;精血症状减轻,精液检查出少量白细胞,X线和B超检查精囊较治疗前有所缩小为有效;治疗前后症状无变化为无效^[5]。

1.4 统计学处理

采用SPSS21.0软件进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用(校正) χ^2 检验,

有序分类资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 精液中红细胞和白细胞水平

治疗前两组患者精液中红细胞或白细胞水平的差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后研究组患者精液中红细胞和白细胞水平均低于对照组($P < 0.01$ 或 0.05),见表1。

2.2 勃起功能、射精功能评分

治疗前两组间勃起功能或射精功能的差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后研究组患者的勃起功能、射精功能评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

2.3 临床疗效

研究组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

2.4 并发症

研究组有2例出现并发症,其中泌尿系统感染、直肠损伤各1例;对照组有8例出现并发症,其中泌尿系统感染4例,血尿、附睾炎各2例。两组的并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

血精症的病因较为复杂,主要有精囊和前列腺炎、射精管梗阻和精囊结石等。血精症易反复,导致顽固性血精症的主要病变部位在精囊及前列腺附近区域,当这些部位出现细菌感染、肿瘤及结核时,炎性物质刺激精囊壁引起红肿,微血管脆性增大而导致出血,因而排精时可出现血精^[6]。同时生

表1 治疗前后两组患者精液中红细胞和白细胞水平的比较

($\bar{x} \pm s$, 个/L)

组别	n	红细胞		白细胞	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	16.68 ± 3.44	13.14 ± 2.57	17.38 ± 6.87	13.32 ± 5.17
研究组	30	16.12 ± 3.37	10.81 ± 2.64 ^a	17.56 ± 6.13	10.41 ± 5.26 ^b

与对照组治疗后比较: ^a $P < 0.01$, ^b $P < 0.05$

表2 治疗前后两组患者勃起功能、射精功能评分的比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	勃起功能评分		射精功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	11.44 ± 1.31	14.71 ± 1.34	17.75 ± 1.94	25.53 ± 3.81
研究组	30	11.24 ± 1.25	18.59 ± 1.45 ^a	18.05 ± 2.01	31.89 ± 4.76 ^a

与对照组治疗后比较: ^a $P < 0.01$

表3 两组患者临床疗效的比较 (例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效
对照组	30	6	9	7	8
研究组	30	12	9	7	2

两组临床疗效的比较: $Z=2.117$, $P<0.05$

殖器官的炎症、感染若未得到及时治疗, 病菌感染形成积液、病菌尸体等聚集在精囊导致精囊梗阻, 射精障碍, 持续一段时间后可形成结石, 这也是发生血精的主要原因^[7]。血精症患者多伴有射精痛、尿频、尿急和血尿等症状, 且造成精液质量下降, 导致快感缺失, 严重影响性生活质量^[8]。临床上主要采用保守治疗, 此能有效改善症状, 减轻炎症。但有文献指出该方法虽近期疗效理想, 但远期疗效不佳, 即停药一段时间后症状易复发^[9]。

经尿道精囊镜手术的治疗目的主要有: (1)采用输尿管镜经尿道进入膀胱、精囊腔, 明确血精症的病因; (2)疏通射精管梗阻及精囊内病变如结石, 处理精囊内的血块、炎性精囊液; (3)对于部分射精管狭窄梗阻导致血精反复出现的患者, 通过扩张射精管, 提高精囊的引流以接触梗阻; (4)采用抗生素溶液灌洗精囊, 能够减轻感染和炎症, 加快病情恢复^[10-11]。本文结果显示, 治疗后研究组患者精液中的红细胞和白细胞水平明显低于对照组($P<0.01$ 或 0.05), 提示经尿道精囊镜手术可更有效改善精囊局部感染和炎症; 研究组患者的勃起功能、射精功能评分均高于对照组($P<0.01$), 提示经尿道精囊镜手术可更有效提高患者的性功能。另外, 研究组临床疗效优于对照组($P<0.05$), 提示经尿道精囊镜手术治疗顽固性血精症更具优势, 这一结果与近年来国内外许多临床研究结果一致^[12-13], 表明精囊镜手术治疗顽固性血精症有较好的效果。本文中, 研究组的并发症发生率与对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$), 提示经尿道精囊镜手术并无引发更多的并发症, 安全性与保守治疗相近。综上所述, 经尿道精囊镜手术治疗顽固性血精症患者可安全有效地改善精囊局部感染和炎症, 消除临床症状, 提高患者

性功能及性生活质量。

参考文献:

- [1] 廖建, 任正举, 杨博, 等. 精囊镜技术治疗慢性精囊炎及血精症的疗效和安全性的Meta分析[J]. 中国临床研究, 2018, 31(5): 609-614.
- [2] 刘磊, 赵调调. 微创手术治疗血精症对性功能的影响观察分析[J]. 中国性科学, 2017, 26(7): 24-27.
- [3] 杨庆, 胡洋, 吴海啸, 等. 前列腺联合坦洛新治疗慢性前列腺炎临床观察及对前列腺组织中细胞因子的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(6): 1433-1436.
- [4] 李中泰, 李彦锋, 张勇, 等. A型肉毒素海绵体肌注射治疗原发性早泄的初步临床观察[J]. 中华男科学杂志, 2018, 24(8): 713-718.
- [5] 袁建峰, 郭润斌, 张凯, 等. 服用5型磷酸二酯酶抑制剂的勃起功能障碍患者求医行为的门诊调查[J]. 中国性科学, 2016, 25(1): 8-12.
- [6] MICHELLE C, ARIE P, RAJ N. Diagnosis and management of symptomatic seminal vesicle calculi[J]. Scand J Urol, 2017, 51(4): 237-244.
- [7] 黎灿强, 徐乐, 苏泳施, 等. 经尿道精囊镜技术诊治顽固性血精37例的疗效观察[J]. 当代医学, 2019, 25(16): 16-19.
- [8] 李建伟, 王芳, 高宏志. 经前列腺小囊射精管切开手术治疗23例顽固性血精症临床分析[J]. 第三军医大学学报, 2016, 38(1): 70-74.
- [9] 董超雄, 李虎. 精囊镜治疗血精100例的临床疗效分析[J]. 中国性科学, 2016, 25(2): 5-7.
- [10] 孙伟, 张鑫, 潘森. 经尿道精囊镜技术在血精症患者诊治中的临床价值探析[J]. 中国性科学, 2019, 28(5): 30-33.
- [11] 肖恒军. 精囊镜技术临床应用进展[J]. 现代泌尿外科杂志, 2017, 22(1): 7-11.
- [12] 杨时来, 张鑫, 杜伟, 等. 精囊镜治疗血精症36例的临床效果[J]. 重庆医学, 2019, 48(13): 2309-2310, 2312.
- [13] ZHANG W, XIAO G, QIN S, et al. An innovative technique of transurethral seminal vesiculoscopy with ultrasonic lithotripter for severe, persistent hematospermia[J]. J Endourol, 2017, 31(12): 1277-1282.