بررسی میزان موفقیت TUI در درمان پروستاتیت مزمن مقاوم به درمان داروئی

دکتر سید سعید شاهرخی✦ علی فرهادی✦✦ دکتر کامبیز کردی ✦✦✦

یافته / سال پنجم / شماره ۱۸

چکیده

مقدمه: پروستاتیت مزمن بیماری مزاحم، آزار دهنده و شایعی است که بسیاری به آن مبتلا هستند. درمان این بیماری مشکل است و اغلب به خاطر عودهای مکرر آن مشکلات پیچیده ای برای بیمار و پزشک معالج بدنبال دارد.

مواد و روشها: در این مطالعه مداخله ای از بیمارانی که مبتلا به پروستاتیت مزمن بودند و به درمان های داروئی رایج پاسخ رضایت بخشی نمی دادند، بیست نفر به طور تصادفی انتخاب و کاندید عمل TUI شدند. قبل از عمل اطلاعاتی در خصوص مشخصات فرد وعلائم بیماری آنها در فرم مخصوص ثبت می شد پس از توضیح کامل نحوهٔ عمل جراحی و عوارض احتمالی عمل جراحی و کسب رضایت، بیمار تحت عمل جراحی TUI قرار می گرفت. حداقل شش هفته بعد از عمل و در پیگیری های بعدی از بیمار علائم بیماری قبل از عمل (مطابق فرم قبل از عمل) ثبت و مقایسه می شد.

معیار بررسی تغییرات علائم بارز پروستاتیت مزمن شامل: شب شاشی، تکرر ادرار، سوزش ادرار، کالیبر و جریان غیر طبیعی ادرار، در انتهای ادرار قطره قطره آمدن ادرار، درد در حین مقاربت، برگشت انزال بداخل مثانه (ازعوارض احتمالی عمل)، اختلال در تمایل جنسی بود. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمون Wilcoxon مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: این بررسی نشان داد بیماری که تحت درمان با TUI قرار گرفتند به میزان قابل توجهی نسبت به قبل از عمل بهبودی پیدا کردند. علائم بارز پروستاتیت شامل شب شاشی تکرر ادرار و.. به طور معنی داری ($P<0/05$) نسبت به قبل از عمل کاهش پیدا کرده بود. میزان رضایت بیماران کاملا" مشهود بود و نیاز بدرمان داروئی به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرد.

نتیجه گیری : توصیه می شود انجام TUI به عنوان یک آلترناتیو درمانی مناسب برای مبتلایان به پروستاتیت مزمن مقاوم بدرمان مدریکال مورد توجه قرار گیرد .

واژه های کلیدی: پروستاتیت مزمن، TUI، درمان دارویی

✦ استادیار _ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
✦✦ مربی _ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان
✦✦✦ پزشک عمومی

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

مقدمه

پروستاتیت مزمن از بیماری های نسبتا شایع ارولوژی می باشد . این بیماری شایعترین بیماری در مردان کمتر از ۵۰ سال و سومین بیماری در مردان بالای ۵۰ سال بعد از هیپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH) و کانسر پروستات است و ۸٪ مراجعین به مطب ارولوژیست ها را مبتلایان پروستاتیت مزمن تشکیل می دهند (۱).

علائم آزار دهنده ای مثل Dysunia، Frequency، Noeturia، اختلال در کالیبر و جریان ادرار، End Dribbling، درد در حین نزدیکی و اختلال در تمایل جنسی باعث اختلال در فعالیت روز مره و رنج بیمار می شود. پزشکان نیز در درمان آنها با مشکل مواجه هستند.

در بررسی های متعدد از این بیماران نمی توان ارگانیسم خاصی را جدا کرد. خیلی از این بیماران سابقه مشخص از ابتلا به عفونت ادراری نمی دهند.

انسداد آناتومیک یا نوروفیزیولوژیک باعث اختلال جریان ادراری و باعث بروز سندرم پروستاتیت می شود و از طرفی ریفلاکس ادرار یا احتمالا باکتری بداخل مجاری پروستات احتمالا" مهمترین مکانیسم بروز پروستاتیت مزمن باکتریایی و یا غیر باکتریائی است (۱).

با توجه به مطالب فوق تصمیم گرفته شد که با انجام TUI در گردن مثانه (یعنی ایجاد شکاف در گردن مثانه) و مجرای پروستاتیت این مقاومت را بر طرف کرد و بتوان تا حدی از مشکلات این بیماران کم کرد.

TUI بصورت کلاسیک در موارد مبتلایان به BPH متوسط یا خفیف بکار می رود .

مواد و روشها

این پژوهش از سال ۱۳۷۹ به صورت مداخله ای Inferventional در مبتلایان به پروستاتیت مزمن مقاوم بدرمان داروئی و حداقل بیش از شش ماه از شروع بیماری گذشته بود انجام شد.

روش نمونه گیری بصورت غیر تصادفی و قضاوتی (انتخابی) انجام شد. انتخاب بیماران بر چند معیار استوار بود.

۱ـ حداقل بیش از شش ماه از شروع بیماری گذشته باشند.

۲ـ بیمارانی که به درمان های مدیکال رایج پاسخ نداده و ناخوشنود بودند.

۳ـ بیماران متاهل که فرزند کافی داشتند

۴ـ بیماران مجردی که به اصرار خودشان روش TUI را انتخاب می کردند.

۵ـ بیمارانی که عوارض عمل را پذیرا می شدند.

۶ـ بیمارانی که در بررسی ها نکته پاتولوژیکی نداشتند.

برای تمام این بیماران آزمایشات کشت و کامل ادرار (چهار نمونه)[1] ، یا دو نمونه[2] ، PSA ، سونوگرافی ، معاینه نورولوژیک، سیتوسکوپی انجام گرفت که همگی نرمال بودند . در جریان بررسی سونوگرافی تنها دو مورد نقاط کلسیفید در سنج پروستات گزارش گردید.

قبل از عمل جراحی از تمام بیماران شرح حال گرفته شد و علائم مرتبط با پروستاتیت مزمن شامل شب شاشی[3]، تکرر ادرار[4]، سوزش ادرار[5]، کالیبر و جریان غیر طبیعی ادرار[6]، در انتهای ادرار قطره قطره آمدن ادرار[7]، درد در حین مقاربت[8]، برگشت انزال بداخل مثانه (ازعوارض احتمالی عمل)[9]، اختلال در تمایل جنسی[10] بصورت علائم توصیفی رتبه ای به همراه اطلاعات آماری تهیه شد.

پس از توضیح کامل در خصوص نحوه عمل جراحی وعوارض احتمالی TUI (با تاکید بر روی احتمال برگشت انزال بداخل مثانه) تصمیم بر این گرفته شد که بیماران متاهل تحت عمل TUI کلاسیک(دو طرفه)و افراد مجرد تحت عمل جراحی TUI یک طرفه قرار گیرند.

1. Four glass test (قبل و بعد از ماساژ پروستات)
2. Tam glass test
3. Nocturia
4. Frequency
5.Dysupial
6.Abnormal forle & urina caliber
7. Enol Dribbling
8. Qaitaus Painc
9. Retrograol ejaculation
10. impaired libielo

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

مصاحبه بعدی و ثبت اطلاعات از بیماران حداقل شش هفته بعد از عمل جراحی و یا درمراجعات بعدی صورت می گرفت. اطلاعات بدست آمده توسط آمار توصیفی و آزمون غیر پارامتریک Wilcoxon با استفاده از نرم افزار Spss تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

از بیست بیمار انتخاب شده ۱۷ نفر متاهل و سه نفر مجرد بودند . حداقل سن بیماران ۲۳ سال و حداکثر ۴۶ سال و بصورت متوسط ۳۰/۷ سال داشتند حداقل دورهٔ پیگیری حدود هشت هفته و حداکثر ۴۳/۶ ماه و بطور متوسط ۱۰/۹ ماه بود.

علائم بیماران شامل Dysuria, Frequeney, Noeturia کالیبر و جریان غیر طبیعی ادرار در جدول شماره ۱ و Endpribbling درد در حین نزدیکی ، اختلال در تمایل جنسی و برگشت انزال بداخل مثانه در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۱: تغییرات شب شاشی ، تکرر ادرار ، سوزش ادرار ، اختلال در جریان کالیبر ادرار قبل و بعد از عمل جراحی

*علائم	قبل از عمل	بعد از عمل	z	سطح معنی داری
شب شاشی	۱۹	۵	-۳/۹۵۴	۰/۰۰۰
تکرر ادرار	۲۰	۷	-۴/۰۰۸	۰/۰۰۰
سوزش ادرار	۲۰	۱۲	-۳/۷۹۶	۰/۰۰۰
اختلال در جریان و کالیبر ادرار	۱۷	۲	-۳/۶۹۵	۰/۰۰۰

*علائم به صورت رتبه ای اندازه گیری شده بود.

جدول شماره ۲: تغییرات اختلال در میل جنسی ، درد در زمان نزدیکی ، برگشت انزال و در انتهای ادرار قطره قطره آمدن ادرار قبل و بعد از عمل جراحی

*علائم	قبل از عمل	بعد از عمل	z	سطح معنی داری
قطره قطره ادرار	۲۰	۲	-۳/۹۱۹	۰/۰۰۰
برگشت انزال	۰	۰	۰	۰
درد در حین نزدیکی	۱۰	۴	-۲/۳۰۹	۰/۰۲۱
اختلال در میل جنسی	۵	۱	-۲/۱۲۱	۰/۰۳۴

*علائم به صورت رتبه ای اندازه گیری شده بود.

علائم بیماران بصورت کاملا" محسوس و معنی داری بهبودی داشته است. از بیست مورد انجام شده هیچکدام دچار برگشت انزال بداخل مثانه نشدند.

از پنج بیمار که بصورت مشخص اختلال در تمایل جنسی را ذکر می کردند چهار مورد کاملا احساس رضایت می کردند. تنها یکی از بیماران از Dysupia مقاوم علی رغم بهبودی نسبی شاکی بود.

شدت علائم بیماری در دو مورد از بیماران قبل از عمل TUI به حدی بود که سخن از خودکشی به میان می آوردند و بعد از عمل احساس رضایت خوبی داشتند.

تنها در یکی از بیماران اپیدیدیمت حاد و متعاقب آن هیدروسل ایجاد شد که پس از یک دوره سه ماهه با درمان دارویی بدون نیاز به عمل جراحی برطرف گردید.

بحث

اتیولوژی واقعی پروستاتیت مزمن مشخص نیست؛ گر چه شواهدی دال بر وجود عواملی همچون عفونت، التهاب و عوامل نوروماسکولار وجود دارند. بیشتر درمان های رایج جهت تسکین علائم بیماری است؛ تا اینکه سبب درمان بیماری شوند.

از جمله روشهای مورد استفاده روش Transurethral needle abhtion است که در یک پژوهش توسط مین و گینزبرگ[1] و همکارانش مورد استفاده قرار گرفته است (۲). در این تحقیق ۶ نفر مورد بررسی قرار گرفت که در چهار مورد نتایج خوبی بدست آمده بود. هیپرترمی نیز در ۵ بیمار پروستاتیت نتایج نسبتا خوبی داشته است (۳). البته توصیه شده که برای بیمارانی استفاده شود که در مراحل انتهایی بیماری بسر می برند.

یکی از اهداف درمانی استفاده از آلفا بکولرها در پروستاتیت مزمن پایین آوردن فشار جریان ادرار در مجرای پروستاتیک و در نتیجه کاهش ریفلاکس د مجاری پروستاتیت است

1. Mene & Ginsberg

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]

با توجه به این مطلب این فکر که با انجام TUI بتوان با کاهش فشار در مقابل جریان ادرار از بروز رفلاکس اداری جلوگیری کرد . پایه علمی عملی این تحقیق قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که انجام TUI می تواند به عنوان یک آلترناتیو درمانی در مبتلایان به پروستاتیت مزمن مقاوم بدرمان مدیکال مورد توجه قرار گیرد.احتمالا" مکانیسم درمانی آن برطرف کردن انسداد در مجرای پروستاتیک است و در نتیجه پروسه التهابی ناشی از ریفلاکس ادرار بداخل مجاری پروستات برطرف می شود.

تعیین یافته های بدست آمده نشان می دهد که انجام TUI می تواند به میزان قابل توجهی در بهبود علائم پروستاتیت مزمن که یک مشکل درمانی در ارولوژی محسوب می شود موثر باشد. امید است این پژوهش زمینه ساز مطالعات بیشتری در این زمینه باشد.

References

1. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. α Bolokers for the treatment of chronic prostatis in combination with antibiotics. J urol, 1998; 159: 883-887
2. Mene MP, Ginsberg PC, finkelstien LH, Manfrey SJ, Belkoff L, Ogbola F, Osborne D Transurathral microware hyperthermia in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. J Amer osteophat Assn, 1997; 97: 25-30
3. Ruedic JH, kotting S, Schmid DM, fatzer M, Hauri D. A new nigh frequency electrostimalation device to treat chronic prostatitis. J urol, 2003; 17(4):1275-1277

[Downloaded from yafte.lums.ac.ir on 2026-01-30]