

攝護腺肥大診斷和治療新趨勢

敏盛醫院 泌尿科 黃柏堅

攝護腺肥大是中老年男性常見的生理變化，也是常造成下尿路症狀的主要原因。膀胱出口阻塞除了攝護腺肥大此一常見的原因之外，尚可能為膀胱頸功能失調、尿道狹窄、尿道口阻塞、或括約肌功能失調等較為少見的原因，需要進一步與攝護腺肥大進行鑑別診斷。除了良性的肥大之外，攝護腺亦可能有惡性腫瘤病變，初期的臨床症狀與一般攝護腺肥大並不易區分，故於臨床診治患者時須注意。

對於攝護腺所造成的膀胱出口阻塞，生理上為一漸進性的變化，因此，其所引發的下尿路症狀亦依其病理變化及膀胱反應而有多樣性的臨床徵狀。如何判斷下尿路症狀的嚴重程度是推估攝護腺引發膀胱出口阻塞嚴重度的最基本診斷工具。

下尿路症狀依據常見的臨床抱怨可分為膀胱儲存症狀，及膀胱排空症狀，前者包括頻尿、急尿、夜尿等三項，後者則有尿流細小、排尿困難、排尿間斷、尿後殘尿感等症狀，依據國際攝護腺症狀分數量表來判斷，將此七項下尿路症狀依嚴重度分為零至五分，總合分數則可有效地將臨床患者分為輕度症狀小於八分，中度症狀八到十九分，及重度症狀二十分及更高者。利用臨床上方便的問卷及快速評估患者的嚴重度，可用於臨床決策，選定治療方針，更可用於患者接受治療後之症狀改善情況。

在初步的症狀評估之後，臨床上對於攝護腺肥大患者應包括幾項檢查。尿液常規檢驗為基本必要之項目。經直腸指診，可評估攝護腺大小及其質地，並檢查有無腫瘤，評估攝護

腺癌的可能性。其次，患者應接受攝護腺特異抗原抽血檢查，評估癌症可能性，也可評估是否有攝護腺發炎之情形，若懷疑患者有腎功能不良之可能時，可進行肌酸酐檢測。影像學之評估應包括經直腸超音波檢查，除了可測量攝護腺之體積，亦可同時評估攝護腺增生之移行區大小，判斷增生組織所佔之比例。傳統使用之膀胱攝影或泌尿道靜脈顯影攝影，現已較少用於攝護腺肥大之診斷。如患者不便於進行經直腸超音波檢查，亦可考慮請患者稍微為漲尿之狀況下進行經腹部超音波檢查，亦可判斷攝護腺肥大情形。另外，經腹部超音波亦可用於患者膀胱排尿後殘尿量之測定。如患者合併血尿，或是臨床治療反應不如預期時，可考慮進行尿道膀胱內視鏡檢查，評估是否有其他尿路結構問題；或是進行排尿流速檢查，客觀評估排尿狀況。進一步需評估膀胱收縮力之患者，如尿滯留者，則可安排膀胱壓力圖檢查，或是膀胱壓力尿流研究。比較複雜的下尿路症狀患者，則可考慮安排錄影尿路動力學檢查。

對於攝護腺肥大合併下尿路症狀的患者，應該選用何種治療方式，最重要的指標便是下尿路症狀的嚴重度及患者生活品質的影響。依照嚴重度分級，輕度症狀患者可考慮觀察及生活型態調整；中度症狀者，除先觀察外，也可考慮使用藥物治療，效果不佳者可進一步考慮手術治療；重度症狀患者則不建議觀察，應先採用藥物治療，或可考慮進行手術治療。

攝護腺的藥物治療主要依作用方式分為兩類，一為甲型阻斷劑，抑制交感神經收縮，使腺體中平滑肌放鬆，降低尿道阻力；一為

5 α 還原酶抑制劑，減少睪固酮轉變為雙氫睪固酮，減少腺體接受的刺激，以縮小攝護腺體積，減緩症狀。

臨床上的甲型阻斷劑，主要依其作用的受體來區分，早期使用非選擇性的藥物，因同時作用於 α 1及 α 2受體，副作用大，近年少使用。 α 1中 α 1a主要分布於攝護腺， α 1b則作用於血管，目前使用之doxazosin，terazosin及alfuzosin均會作用於 α 1b受體，而tamsulosin及silodosin則較無 α 1b之抑制，故血壓較不易有變化。alfuzosin 雖會作用於 α 1b受體，但在臨床上使用，發生血壓下降的機會並不高，故使用緩釋劑型時較無低血壓之副作用。高度選擇性的tamsulosin造成姿態性低血壓的機會不高，但仔細測量仍有血壓下降的反應，故於年長者使用時仍應注意其耐受性。近年來上市之silodosin為高度 α 1a選擇性之藥物，其降血壓之副作用低，長期使用之安全性及忍受度高，為一可靠的治療藥物，但其高度的攝護腺選擇性，造成患者逆行性射精或無射精的副作用比例較高，須於處方時說明。

5 α 還原酶抑制劑主要的作用方式是在減少攝護腺體積，故臨床使用上建議用於攝護腺體積大於30毫升的患者，效果較佳。5 α 還原酶於攝護腺中分部主要為第二型，finasteride主要作用於此；而dutasteride作用於兩種還原酶亞型。臨床使用上，兩者均有相似的療效，均可有效縮小攝護腺體積，改善排尿症狀，降低尿滯留風險。然而使用5 α 還原酶抑制劑所造成的臨床效果較慢，單方使用往往無法快速改善患者排尿症狀。其次，因藥物降低細胞中

雙氫睪固酮，使用者可能合併性功能障礙，性慾降低，精液減少，及乳房變大等副作用，處方時應注意。

近年來藥物劑型研究的進步，使用趨勢上漸漸採用緩適劑型，如doxazosin GITS的發展，增加doxazosin的耐受性，也提升藥物吸收的血中穩定性；tamsulosin OCAS也將藥物吸收延長至大腸段，臨床使用更能有效降低夜間頻尿次數，延長入睡至第一次夜尿之時間，改善生活品質。

對於攝護腺肥大患者，除排尿困難外，往往合併尿急尿頻等症狀，此種膀胱過動的症狀在接受攝護腺肥大藥物治療，可有部分程度的改善；若症狀嚴重者，則可考慮合併使用副交感神經阻斷劑。對於此類藥物的使用，臨床研究多呈現正面的態度，通常使用後患者餘尿量會增加，但膀胱收縮力無明顯的下降。美國泌尿科醫學會的治療指引則提到，對於排尿症狀以刺激性症為主的患者，在評估餘尿量後，建議可使用副交感神經阻斷劑，以改善膀胱過動症狀。但在臨床使用時仍需小心使用可能造成的尿滯留，處方時應注意說明。

考慮手術治療的時機，包括藥物治療狀況不滿意，或是藥物治療失敗，包括合併反覆尿液滯留，反覆尿路感染，反覆血尿，膀胱結石產生，膀胱憩室生成，因攝護腺阻塞而引發腎功能不良等，均為手術治療的適應症。除傳統經尿道攝護腺切除術外，高能雷射攝護腺汽化術或切除術也為近年來新興的治療方式，臨床比較上可知，雷射手術與傳統內視鏡手術的預後相當。

參考文獻

1. 臨床泌尿學：郭漢崇等著。臺灣泌尿科醫學會出版，2012年。
2. AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION GUIDELINE: MANAGEMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH), 2012, <http://www.auanet.org>.(2012.6.21) 🌐

