

# 中西医结合疗法治疗慢性前列腺炎 37 例疗效观察

李继军

(湖北省神农架林区第一人民医院 神农架 442400)

关键词: 前列腺炎; 中西医结合疗法; 口服; 中药熏洗

中图分类号: R 711.33

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0053-01

慢性前列腺炎是成年男性泌尿系统的常见病及多发病, 由于解剖位置、组织结构特殊, 病情常迁延不愈, 且易复发, 单一用药治疗效果不甚理想。近年来, 笔者采用中西药内服、中药熏洗的综合疗法治疗本病, 取得了较好疗效, 并与中成药前列腺康治疗做对比观察。现将结果报道如下:

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断参照《新外科手册》中慢性前列腺炎的诊断标准拟订: (1) 临床表现为尿路刺激症状, 尿道口分泌物, 会阴疼痛, 性功能障碍。(2) 前列腺肛检: 前列腺压痛, 腺体饱满或缩小, 或出现硬性结节。(3) 前列腺液检查: 白细胞增多 ( $>10$  个/HP), 卵磷脂小体明显减少或消失。(4) B 超检查: 炎症声像。中医诊断参照《中西医结合诊断疗效标准》中慢性前列腺炎的标准并辨证为湿热夹肾虚夹瘀胆型, 症状: 反复尿频、尿急、排尿痛、尿道灼热、尿后不尽感或尿道滴血, 会阴、睾丸及直肠部坠胀刺痛, 伴腰膝酸软、乏力或阳痿、早泄, 舌淡、苔薄白或薄黄, 脉沉细。

1.2 一般资料 选择自 2005 年 4 月~2006 年 11 月在本院门诊的治疗患者, 共 72 例, 按随机原则分为两组。治疗组 37 例, 年龄 17~63 岁, 平均 31 岁, 病程 5~30 个月, 平均 14 个月; 对照组 35 例, 年龄 18~60 岁, 平均 30 岁, 病程 6~27 个月, 平均 16 个月。两组患者一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组采用中西药内服、中药熏洗。中药: 口服热淋清胶囊 6g, 3 次/d; 西药: 经前列腺液药敏 + 培养, 选择一种敏感抗生素, 无菌生长则选用一种抗支原体或衣原体药物及  $\alpha$ -受体阻滞剂。中药熏洗: 处方: 大黄、黄柏、苦参、土茯苓、败酱草、虎杖各 15g。对照组采用前列腺康胶囊。两组均治疗 14d 为 1 个疗程, 连续用药 2 个疗程, 治疗前及 2 个疗程后检查前列腺液常规。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照有关文献并根据美国国立卫生研究院

(NIH) 制定的前列腺炎指数评分 (CPSI) 及结合前列腺液镜检和分泌物培养结果判定疗效。治愈: 自觉症状消失, CPSI 减少  $>15$  分, 前列腺液常规检查卵磷脂小体  $\geq$  (+++)/HP, 白细胞  $\leq 5$  个/HP, 细菌培养和支原体、衣原体培养阴性。好转: 自觉症状明显缓解, CPSI 减少 5~15 分, 前列腺液常规检查白细胞 (+~++)/HP, 细菌和支原体、衣原体培养阴转。无效: 自觉症状无变化, CPSI 减少  $<5$  分, 前列腺液镜检白细胞 (++++)/HP, 细菌培养和支原体、衣原体培养仍为阳性。

2.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表 1。总有效率治疗组 89.2%, 对照组 54.3%, 两组比较, 差异有显著性意义 ( $P<0.05$ ), 提示治疗组疗效优于对照组。

表 1 两组临床疗效比较 例 (%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	37	18(48.6)	15(40.5)	4(10.8)	89.2*
对照组	35	5(14.3)	14(40.0)	16(45.7)	54.3

注: 与对照组比较, \* $P<0.05$ 。

## 3 讨论

慢性前列腺炎是泌尿外科最常见疾病, 分为慢性细菌性、非细菌性和前列腺痛三种类型, 慢性细菌性前列腺炎主要感染途径是经尿道逆行感染, 感染的尿液经前列腺导管逆流至前列腺, 致病菌为 G 肠道杆菌; 慢性非细菌性前列腺炎病原体为沙眼衣原体、溶脲脲原体、隐球菌; 前列腺痛的病因与盆底肌、前列腺被膜和尿道括约肌紧张、尿液返流, 前列腺受到尿液的化学刺激有关<sup>[1]</sup>。所以根据前列腺液药敏 + 培养结果选用药物直接达到杀灭病原体作用, 结合清热解毒、活血化瘀的中药熏洗会阴部, 促进局部血液循环, 使药力渗入肌肤, 直达病所, 可达到解除炎症梗阻、治疗前列腺炎的目的<sup>[2]</sup>。

### 参考文献

- [1] 裘法祖, 孟承伟. 外科学[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 624
- [2] 雷载权, 陈松育, 高学敏. 中药学[M]. 第 6 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1994. 62-63, 202-203

(收稿日期: 2007-07-10)

注: 两组比较,  $\chi^2=5.12$ , \* $P<0.05$ 。

## 2 讨论

玫瑰糠疹是一种急性炎症性红斑、丘疹、鳞屑性皮肤病, 病程有自限性, 约经 4~8 周自中央向边缘消退, 一般不再复发, 少数可迁延半年以上<sup>[1]</sup>。因其有自限性, 故本治疗限定观察疗效的时间。NB-UVB 治疗某些皮肤病在我国日益受到重视, 使用越来越广泛, 相关理论越来越成熟。有研究表明, 紫外线照射可加速血液循环, 改善代谢, 有促进上皮再生的作用。紫外线红斑量照射, 照后皮肤发红、脱屑, 可缩短疗程<sup>[2]</sup>。

治疗组采用 NB-UVB 治疗玫瑰糠疹, 治疗 20d 显效率达 76.92%, 未发现明显不良反应, 而对照组有效率为 45.83%。说明 NB-UVB 治疗玫瑰糠疹简便、安全、疗效好, 值得临床推广使用。

### 参考文献

- [1] 顾有守. 玫瑰糠疹[J]. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(7): 479
- [2] 杨国亮, 王侠生. 现代皮肤病学[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1995. 526

(收稿日期: 2007-07-25)