

前列腺炎栓治疗非特异性慢性前列腺炎 (湿热夹瘀证)104 例临床与实验研究

贾玉森¹ 李曰庆¹ 孙明杰² 李 军¹

摘要 应用前列腺炎栓经肛门直肠给药,治疗非特异性慢性前列腺炎(湿热夹瘀证)104 例,并与野菊花栓组 30 例做对照。临床研究表明,前列腺炎栓对慢性前列腺炎湿热夹瘀证有明显的改善作用,近期治愈率为 23.1%,总有效率为 84.6%。优于同类对照药品。动物实验提示有良好的抗炎、镇痛及活血作用。

主题词 前列腺炎/中医药疗法 慢性病 @ 前列腺炎栓

我们以活血祛瘀止痛为治则,制成前列腺炎栓,进行了临床观察和相关的动物实验,现将临床及部分实验研究报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:治疗组 104 例,年龄 23~56 岁,平均 36.27 ± 8.59 岁;病程 3~72 月,平均 19.25 ± 18.00 月;病情 8~23 分,平均 13.11 ± 3.41 分。对照组 30 例,年龄 23~56 岁,平均 36.30 ± 9.74 岁;病程 2~60 月,平均 21.17 ± 16.95 月;病情 7~23 分,平均 13.03 ± 4.08 分。两组有可比性($P > 0.05$)。

1.2 非特异性慢性前列腺炎诊断标准:依据《泌尿外科》有关慢性前列腺炎的诊断^[1]和《中医病证诊断疗效标准》有关精浊的诊断标准^[2]拟定:(1)尿频、尿急、尿痛,尿道灼热,尿浊。(2)会阴生殖区、下腹耻骨上区及腰骶部疼痛不适。(3)前列腺触诊示前列腺表面不平或不对称,质地不均匀,可触及结节,有局限性压痛。(4)前列腺按摩液(EPS)镜检:WBC > 10 个/HP,或见成堆脓细胞。同时做 EPS 细菌培养,阳性者拟诊为慢性细菌性前列腺炎。

1.3 辨证标准:依据《中医病证诊断疗效标准》

有关精浊的辨证标准^[2]及《血瘀证诊断标准》^[3]拟定:(1)不同程度尿频、尿急、尿痛。(2)尿道灼热或见尿浊。(3)会阴、少腹、腰骶坠胀疼痛。(4)舌暗或有瘀斑,苔黄或黄腻,脉弦或滑。

1.4 病情轻重分级标准:以日本城代氏^[4]和熊本氏^[5]制定的评分标准为基础拟定,排尿异常计分是将尿频、尿急、尿痛、尿道灼热及尿浊依轻、中、重不同程度分别计为 1、2、3 分。局部疼痛分为会阴生殖区、下腹耻骨上区及腰骶部 3 个区,每个区位的疼痛程度分为轻、中、重 3 级,分别为 1、2、3 分,疼痛计分为各个区积分之和。客观检查计分是将前列腺压痛、前列腺结节及 EPS-WBC 计数依轻、中、重不同程度分别计为 1、2、3 分,EPS 细菌培养阴性为 0 分,阳性为 3 分。按上述计分方法计算累积分,以总积分多少作为病情轻重的分级标准。轻度 ≤ 10 分,中度 11~20 分、重度 > 20 分。

2 治疗方法

治疗组用前列腺炎栓,对照组用野菊花栓(北京同仁堂制药二厂生产,批号 940829)。均为每日早、晚各 1 粒,塞入肛内约 3cm 处。疗程为 1 个月。治疗期间禁用其它治疗同类病症的药物及方法。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:症状消失、前列腺触诊正常或接近正常,EPS 检查 2 次正常,总积分减少 90%以上为近期治愈;症状大部消失,触诊及 EPS 检查明显好转,总积分减少 70%~90%为显效;症状减轻,触诊及 EPS 检查较前改善,总积分减少 30%~69%为有效;症状、触诊及 EPS 检查无改善,总积分减少 $< 30\%$ 为无效。

3.2 两组总疗效比较:治疗组 104 例,近期治愈 24 例(23.1%);显效 38 例,有效 26 例,无效 16 例,总有效率为 84.6%。对照组 30 例,近期

1 北京中医药大学东直门医院,北京市东直门内海运仓 5 号(100700)

2 中国中医研究院基础理论研究所

收稿日期:1998-04-20

治愈 3 例(10.0%);显效 7 例,有效 11 例,无效 9 例,总有效率为 70.0%($P < 0.05$)。差异有显著性,治疗组疗效优于对照组。

4 实验研究

4.1 实验方法:(1)受试动物:20±2g 昆明种小白鼠和 200±20g Wistar 大白鼠均由首都医学院动物中心提供。(2)给药及分组情况如下:大剂量组:前列腺炎栓 0.6g/kg(相当于 3.375g 生药/kg)。小剂量组:前列腺炎栓 0.3g/kg(相当于 1.688g 生药/kg)。阳性对照组:其中耳肿胀试验和镇痛实验用吲哚美辛 0.013g/kg,肉芽肿试验用野菊花栓 0.6g/kg,活血化瘀实验用复方丹参片 0.45g/kg。空白对照组:空白栓 0.3g/kg。均经肛门直肠给药。(3)耳肿胀试验以耳涂致炎剂(2%巴豆油、20%无水乙醇、5%蒸馏水、73%乙醚)诱发,肉芽肿试验用纽扣诱发,扭体法用腹腔注射 0.05%酒石酸锶钾(0.1ml/10g 体重)诱发。急性血瘀证模型造模方法:皮下注射 0.1%盐酸肾上腺素注射液 0.08ml/100g,共两次,间隔 4 小时,在两次注射之间(前后各间隔 2 小时)将大鼠浸入冰水中 5 分钟,处置后停食,次晨,各组动物经腹主动脉取血,进行血小板及全血粘度检测。

4.2 实验结果:(1)抗炎实验:小鼠耳肿胀试验:两个剂量治疗组的肿胀抑制率弱于吲哚美辛阳性对照组,但 3 个组与空白对照组比较,均 $P < 0.01$ 。大鼠肉芽肿试验:两个剂量治疗组和野菊花栓阳性对照组之肉芽肿,与空白对照组比较,均 $P < 0.05$ 。其中大剂量组作用略优于小剂量组和野菊花栓组。(2)镇痛实验:热板法:两剂量治疗组的痛反应时间和痛阈提高百分率弱于吲哚美辛阳性对照组,但 3 个组与空白对照组比较,均 $P < 0.01$ 。扭体法:两剂量治疗组、吲哚美辛阳性对照组,出现扭体时间和 20 分钟内出现扭体次数,与空白对照组比较,均 $P < 0.01$ 。但吲哚美辛抑制作用更强一些。(3)前列腺炎栓对大鼠急性血瘀证模型的作用:本实验采用常用的急性血瘀证动物模型,考察前列腺炎栓的活血化瘀作用。实验结果显示,模型组动物血小板聚积率及全血粘度与正常对照组动物

比较,差异均有显著性($P < 0.05$),说明本实验所复制的大鼠急性血瘀证模型是成功的。两个给药治疗组动物不同切变率下的全血粘度均显著降低,与模型对照组动物比较,差异显著($P < 0.05$)。血小板聚积率也有明显的降低趋势,但统计学差异无显著性。复方丹参片阳性对照组动物血小板聚积率有明显降低($P < 0.05$),而全血粘度与模型组动物比较差异不显著。

5 讨论

现代学者经过多年的临床实践,证实气血瘀滞是本病的基本病理改变,因此治疗应以清热燥湿,活血通滞为法。前列腺炎栓由黄连、赤芍、冰片、牛膝等药物组成,方中黄连清热燥湿,泻火解毒;赤芍清肝泻火,散瘀通脉,消肿止痛;冰片清热通窍,消肿止痛。牛膝既可活血行瘀,利尿通淋,又能引诸药直达病所。诸药合用,可发挥清热祛湿解毒、活血祛瘀止痛之功效。

临床观察表明,前列腺炎栓对非特异性慢性前列腺炎(湿热夹瘀证)有明显的改善作用,近期治愈率为 23.1%,总有效率为 84.6%。优于同类对照药品。可明显缓解排尿异常及局部疼痛症状,部分患者在用药半小时后即出现止痛效果,并且能明显降低前列腺液中白细胞计数。动物实验表明,前列腺炎栓经肛门直肠给药,对小鼠耳肿胀有很好的抑制作用,对纽扣致大鼠肉芽肿有明显的抑制作用。本品能明显延长小鼠的疼痛反应时间,提高痛阈指数,亦能明显抑制酒石酸锶钾引起的小鼠扭体反应。

6 参考文献

- 1 吴阶平主编. 泌尿外科. 山东:山东科学技术出版社, 1993:331.
- 2 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准, 1994:50.
- 3 血瘀证诊断标准(第二届全国活血化瘀研究学术会议修订). 中西医结合杂志, 1987,7(3):129.
- 4 城代明仁, 丸田直树, 下前英司, 等. 慢性前列腺炎に対する Cernilton の长期使用经验. 泌尿纪要, 1988,34:561.
- 5 熊本悦明, 丸田浩, 井川欣市, 等. 慢性前列腺炎治疗における临床症状の推移について. 泌尿纪要, 1977,23:81.

注:本课题系国家中医药管理局资助项目(9221B6)