

药油箍毒拔毒灸治疗慢性非细菌性前列腺炎60例临床观察

王万春 马文军 严张仁 胡 蓉

(江西省中医院男性科, 江西省南昌市八一大道445号, 330006)

[摘要] **目的** 观察药油箍毒拔毒灸治疗慢性非细菌性前列腺炎的疗效。**方法** 选择慢性非细菌性前列腺炎患者90例, 随机分为两组, 治疗组(药油箍毒拔毒灸)60例和对照组(口服舍尼通片)30例。治疗4周, 观察总疗效, 评定症状积分和前列腺液白细胞计数。**结果** 治疗组有效率87.93%, 对照组为63.33%。治疗组在降低患者症状积分、改善临床症状、提高生活质量、降低白细胞方面明显优于对照组。**结论** 药油箍毒拔毒灸是治疗慢性非细菌性前列腺炎的有效方法。

[关键词] 慢性非细菌性前列腺炎; 箍毒拔毒灸; 疗效观察

Observation on the Effect of Moxibustion with Drug-oil Application for Clearing Toxins on Cases of Chronic Abacterial Prostatitis

WANG Wan-chun, MA Wen-jun, YAN Zhang-ren, et al.

(Jiangxi Provincial TCM Hospital, Nanchang 330006)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of moxibustion with drug-oil application for clearing toxins in the treatment of chronic abacterial prostatitis (CAP). **Methods** The 90 patients with CAP were randomized into the drug-oil moxibustion group (n=60) and the control group (n=30) which was administered Prostat Tablets for oral taking. The treatment lasted 4 weeks for observation. **Results** The effective rate of moxibustion group was 87.93% and that of control group 63.33%. The effect of moxibustion group in lowering the symptom scores, relieving clinical symptoms, improving quality of life, and lowering the white blood cells of patients was significantly superior to that of control group. **Conclusion** The moxibustion with drug-oil application for clearing toxins was effective for CAP.

Key Words Chronic abacterial prostatitis (CAP); Moxibustion with drug-oil application for clearing toxins; Effect observation

慢性非细菌性前列腺炎(CAP)/慢性盆底疼痛综合征(CPPS)是泌尿外科最常见的疾病之一。本病病程迁延, 容易复发, 严重影响患者健康状况和生活质量^[1]。我们于2006年12月~2007年6月应用药油箍毒拔毒灸治疗慢性非细菌性前列腺炎患者60例, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

90例慢性非细菌性前列腺炎患者均来自门诊, 随机分为两组。治疗组60例, 年龄18~54岁, 平均(26.10±7.87)岁, 病程3个月~5年, 平均2.57年。对照组30例, 年龄19~55岁, 平均(26.40±8.36)岁, 病程3个月~6年, 平均2.66年。两组病情轻、中、重度分级参照美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)^[2]进行判断(疼痛和排尿症状共计0~31分, 0~9分为轻度, 10~18分为中度, 19~31分为重度), 其中治疗组轻、中、重度分别为20、34、6例, 对照组为11、16、3例。经卡方检验, 两组年龄、病程及病情差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]、美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分制定。具有尿路刺激症状(如尿频、尿急、尿不尽、滴白等)和盆腔疼痛或不适症状(会阴、耻骨上、肛周或大腿根部内侧等), 直肠指检前列腺有压痛或触及炎性结节, 前列腺按摩液(EPS)异常(白细胞 ≥ 10 个/HP, 卵磷脂小体减少);尿常规镜检正常, 中段尿及EPS细菌培养阴性(采用两杯法);病程在3个月以上。中医辨证符合气滞血瘀证者。

1.3 排除标准

凡年龄18岁以下或55岁以上者, 有神经源性膀胱、尿道狭窄、前列腺增生、前列腺癌、泌尿系感染、结核、结石等影响排尿的其他疾病者, 严重糖尿病、心血管疾病及肝肾功能不全者。

1.4 剔除标准

因副作用以外的原因不能坚持治疗者, 治疗中途失访者及患者坚决要求退出该研究者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组应用药油箍毒拔毒灸药油制作: 小茴香、丁

香、乌药、冰片、王不留行各6g,麻油100g煎熬去渣冷却。操作方法:施灸前,药油外搽关元、曲骨、行间、会阴等穴位及少腹前列腺体表投影处,先行环形箍毒灸,使邪毒箍束在病变范围内,并依次向心性环形走向,由外而内数次箍毒至病变中心,再用明火艾条由低至高数次拔引邪毒外出。每日灸2次,每次30分钟,连灸4周为1个疗程。

对照组:口服舍尼通片(南京美瑞制药有限公司生产,国药准字:H20000486,每片0.375g),每次1片,每日2次。两组均治疗4周。治疗期间嘱患者忌饮酒,避免久坐,调畅情志。

2.2 观察指标及方法

疗效观察指标:(1)主观指标:NIH-CPSI,包括疼痛与不适及排尿障碍、生活质量积分。(2)客观指标:分别于治疗前后行EPS检查中前列腺液白细胞计数,经肛门行前列腺指检,经直肠前列腺B超等,评价各项指标并进行比较,分析其变化及统计学意义。观察服药或治疗后的任何不良事件。

2.3 疗效标准

根据相关症状及体征、前列腺触诊、EPS检查、B超检查等观测病情好转情况,参照卫生部标准制定^[3]。临床治愈:症状消失,EPS检查连续2次以上正常,直肠指检前列腺压痛消失,质地正常或接近正常。显效:症状基本消失,或EPS检查连续2次以上白细胞较前减少1/2或<15个/HP,触诊压痛及质地均有改善。有效:症状减轻,EPS检查较前改善。无效:治疗2个疗程以上,症状、体征及EPS检查与治疗前比较均无改善或加重。临床有效率为治愈率加显效率。

2.4 统计学方法

采用SPSS 12.0统计学软件进行分析。两组数据中疗效以率表示,比较采用卡方检验;积分以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组总体疗效比较

治疗组中途退出2例,故实际统计58例。其中痊愈24例(41.38%),显效27例(46.55%),有效率为87.93%;对照组30例,痊愈9例(30.00%),显效10例(33.33%),有效率为63.33%,经 χ^2 检验两组治疗后总体疗效差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3.2 两组治疗前后NIH-CPSI积分比较

附表示,两组治疗前NIH-CPSI比较差异无统计学意义($P > 0.05$);与本组治疗前比较,疼痛不适及排

尿障碍、生活质量评分及降低NIH-CPSI积分方面差异有统计学意义($P < 0.01$)。与对照组治疗后比较,治疗组在解决疼痛不适及排尿障碍、提高生活质量、降低NIH-CPSI症状积分等方面均优于对照组(P 均<0.01)。

附表 两组患者治疗前后NIH-CPSI积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	疼痛不适及 排尿障碍	生活质量评分	NIH-CPSI 积分
治疗组	治疗前	60	14.61 $\pm$ 2.67	9.94 $\pm$ 2.45	25.86 $\pm$ 6.11
	治疗后	58	5.57 $\pm$ 2.58* Δ	3.28 $\pm$ 1.87* Δ	8.45 $\pm$ 4.26* Δ
对照组	治疗前	30	14.63 $\pm$ 2.71	9.74 $\pm$ 2.36	25.77 $\pm$ 6.17
	治疗后	30	7.45 $\pm$ 2.97* Δ	4.97 $\pm$ 2.01* Δ	11.67 $\pm$ 5.18* Δ

与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

3.3 两组治疗前后EPS中白细胞检查结果比较

治疗组治疗前EPS中白细胞(以下均按照一、+~++++顺序)的例数分别0、14、29、10、5例,治疗后为41、8、6、1、2。对照组治疗前例数分别为0、9、12、6、3;治疗后分别为15、7、6、1、1例。治疗后两组EPS中白细胞的含量分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗后两组EPS中白细胞含量差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3.4 不良反应

两组患者观察过程中未发现任何与药物或治疗有关的不良反应。

4 讨论

慢性前列腺炎是中青年男性的常见泌尿系统疾病,前列腺炎患者占泌尿外科门诊患者的三分之一,其中慢性非细菌性前列腺炎占90%~95%^[4],近年来,该病呈明显的上升趋势。现代医学对慢性非细菌性前列腺炎的病因认识尚不明确,兼之由于前列腺外膜及腺上皮的屏障作用,使许多种药物不能进入腺组织内,脂溶性差的药物在前列腺内又不易于渗透扩散,均使药物不能发挥其抗菌消炎等作用。因此也成为临床治疗中较为棘手的男科疾病。本病属中医“精浊”、“劳淋”、“白淫”等范畴。历代医家认为本病可分为湿热蕴结、气滞血瘀及肾虚等证型^[5]。我们在临床上发现此类大部分患者仅见疼痛不适和排尿障碍,运用清热、利湿、补肾等方法治疗,效果不理想,病情容易反复。其病位乃肝经所过,日久必致肝失条达,故最终病理变化多形成气滞血瘀,并且存在明显的精神心理障碍,认为肝郁气滞血瘀、免疫功能低乃本病的关键所在。在多年的临床实践中总结出箍毒拔毒灸治疗慢性非细菌性前列腺炎,箍毒拔毒灸在明代陈实功的《外科正宗》就有详尽的论述:“凡疮初起,惟除项之以上,余皆并用火灸。

……盖艾火拔引郁毒，透通疮窍，使内毒有路而外发，诚为疮科首节第一法也，贵在乎早灸为佳。”箍毒拔毒灸首先具有箍束毒素作用，使毒素束于局部，不得扩散；其次，具有宣通毒滞，畅行营卫，拔毒于外的作用，即所谓“散其毒，移重就轻，转深于浅”的作用。现代研究表明，艾灸可以反射性刺激前列腺周围的交感神经和副交感神经，使其周围的血管收缩扩张，从而反射性地引起周围血液微循环的改善，增加前列腺组织的供血，提高到达前列腺组织的药物浓度，促进腺体吸收药物，排出致病因子，达到更好的疗效^[6]；艾灸还可以调整细胞因子和免疫功能，一方面能够抑制炎性递质的产生与释放，起到抗炎、抑炎的作用，另一方面能诱发内源性抗炎因子和免疫因子，有免疫增强与调整、活血化瘀的作用^[7]。综上所述，箍毒拔毒灸无论在解决疼痛不适和排尿障碍等局部症状方面，还是在提高生活质量、降低白细胞方面均明显优于对照组。

参考文献

- [1]郭应禄,李宏军主编.前列腺炎.北京:人民军医出版社,2003:79~98.
- [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.1994:50~51.
- [3]中华人民共和国卫生部制定发布.中药新药临床研究指导原则.第三辑.1997:52~53.
- [4]胡礼泉,郭应禄.临床男科学.武汉:湖北科学技术出版社,1996:181.
- [5]刘紫庭,廖海球,杨菊云.川参通直接注入前列腺治疗慢性非细菌性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征.中华男科学杂志,2005,11(9):706~707.
- [6]张周良,李斌,刘树林,等.艾灸对血液流变性影响的研究.中国血液流变学杂志,2004,14(4):554~555.
- [7]唐照亮,宋小鸽,王宁新,等.艾灸活血化瘀作用机制的研究.安徽中医学院学报,2004,23(2):24~27.

(收稿日期:2007-09-17;修回日期:2007-11-16)

[编辑:叶晨]

三金片治疗湿热型尿路感染60例

庞学丰 高立珍

(广西中医学院附属瑞康医院,广西壮族自治区南宁市华东路,530011)

尿路感染是临床上的多发病种,常见于成年女性,且容易复发,日久还会累及肾脏导致肾功能损害,临床治疗上比较棘手。我们于2005年10月~2007年10月应用三金片治疗湿热型尿路感染,获得较满意效果,现报道如下。

1 临床资料

全部90例病例均来自我院门诊及住院患者,并根据症状、舌象、脉象辨证为湿热型尿路感染。尿路感染的西医诊断标准以及尿路感染湿热型的中医诊断标准均按照卫生部1993年制订的《中药新药临床研究指导原则》的标准。按随机化原则分为治疗组和对照组,其中治疗组60例,男7例,女53例,年龄18~62岁,平均(39.1±11.2)岁,病程5~28天,平均(12.1±4.2)天;对照组30例,男4例,女26例,年龄19~61岁,平均(39.2±11.1)岁,病程6~28天,平均(12.2±4.3)天。两组资料经统计学处理具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组:以三金片(桂林三金药业集团公司生产)口服,每次4片,每日3次。对照组:应用复方金钱草冲剂(广西万通制药有限公司生产)口服,每次1包(含生药10g),每日3次。两组患者均未使用抗生素。疗程为14天。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》所定的疗效标准判定疗效。治愈:临床症状全部消失,尿常规恢复正常,尿菌落数为阴性,1个疗程结束后第2、5周复查尿菌为阴性。显效:临床症状

基本消失,尿常规恢复正常或基本正常(白细胞 $\leq\pm$),尿菌落数为阴性。有效:临床症状明显好转,尿常规改善(白细胞++转为++或++转为 $\pm$),尿菌落数 <1 万/ml。无效:临床症状改善不明显,尿常规无改善,尿菌落数 ≥ 1 万/ml。

3.2 两组疗效比较

治疗组60例,治愈43例,显效5例,有效6例,无效6例,总有效率为90%;对照组30例,分别为13例、4例、3例、10例、66.67%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 不良反应

两组治疗前后观察血常规,肝、肾功能,心电图等均无异常变化,表明两组药物均无明显毒副作用。

4 讨论

湿热型尿路感染属于中医学的“淋证”范畴。《金匮要略》认为,其病因是“热在下焦”,《丹溪心法》亦认为“淋有五,皆属乎热”。在本研究中,我们应用三金片进行治疗,三金片由金樱根、金刚刺、海金沙等组成,具有清热解毒、利湿通淋、补虚益肾等功效。对体内、体外及尿液的抗菌结果表明,三金片对感染金葡萄菌、绿脓杆菌、甲型链球菌的小鼠有明显保护作用。体外抑菌试验也显示,三金片对金葡萄菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、伤寒杆菌、甲型链球菌、乙型A族链球菌、肺炎链球菌、白色念球菌均有一定的抑菌效力。结果表明,三金片具有明显的消炎、止痛和利尿作用。免疫试验结果显示,三金片可提高氢化可的松抑制小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬百分率及指数,外周血T淋巴细胞百分率及环磷酰胺抑制的半数溶血值表明三金片有免疫增强作用。

(收稿日期:2008-05-15)

[编辑:黄健]