

仙灵大黄汤坐浴治疗慢性前列腺炎

雒焕文*

(甘肃省白银市第二人民医院,甘肃 白银 730900)

[摘要] **目的:**观察仙灵大黄汤坐浴治疗慢性前列腺炎的疗效。**方法:**将225例患者依就诊顺序随机分为两组,治疗组150例以仙灵大黄汤坐浴治疗(方药组成:淫羊藿、大黄、丝瓜络、青皮、川楝子、王不留行、丹参、红花、制乳香、制没药、牛膝、萆薢、石菖蒲)以水煎液,熏蒸20~30 min后坐浴20 min,2次/d。对照组75例口服前列康治疗。两组疗程均为2个月。**结果:**治疗组总有效率92%,对照组82.7%。治疗组优于对照组($P < 0.05$);治疗前后症状积分差值治疗组[(10.26 ± 3.48)分]明显高于对照组[(6.84 ± 4.85)分]($P < 0.01$),治疗组复发率(11.59%)明显低于对照组(33.84%)($P < 0.01$)。**结论:**仙灵大黄汤坐浴治疗慢性前列腺炎的疗效优于前列康。

[关键词] 慢性前列腺炎;肾虚瘀浊;湿热阻滞型;仙灵大黄汤;坐浴治疗

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)12-0289-02

前列腺炎是以前列腺实质感染、充血、肿胀、炎细胞浸润、腺上皮坏死,甚至小脓肿形成为主要病理改变的疾病。属中医淋浊的范畴。笔者自2007年8月至2011年8月,采用仙灵大黄汤坐浴治疗慢性前列腺炎,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 225例均为我院门诊男性患者,年龄25~55岁,平均42岁;病程3个月~6年,平均3年。依就诊先后顺序随机分为治疗组150例,对照组75例,两组患者年龄、病程等比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医外科学》^[1]《泌尿外科学》^[2]拟定。①症状:不同程度的尿频、尿急、尿痛,尿不尽感,尿道灼热,于晨起、尿末或大便时尿道有少量白色分泌物流出,会阴部、外生殖器、下腹部、腰骶及肛门周围坠胀、疼痛不适等;②前列腺触诊:腺体饱满,或软硬不均,或有结节,或质地较韧,可有局限性压痛,腺体增大、正常或缩小;③前列腺液(EPS)镜检,WBC ≥ 10个/HP,卵磷脂小体减少或消失;④B超检查:炎症声像。

1.3 纳入标准 具备①、②和③中任何一项即可确诊。

1.4 中医辨证分型 依据《中医病证诊断疗效标准》^[3]中慢性前列腺炎的标准并辨证为肾虚瘀浊、湿热阻滞型,症见反复尿频、尿急、排尿痛、尿道灼

热、尿后不尽感或尿道滴白,会阴、睾丸及直肠部坠胀或痛,伴见腰酸膝软、乏力,或阳痿、早泄、舌淡、苔薄白或薄黄腻,脉沉细。

1.5 排除标准 ①急性前列腺炎;②良性前列腺增生症、前列腺癌、神经源性膀胱、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症;③以局部疼痛为主要表现的患者,应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变,如输尿管结石、膀胱结石、腹股沟疝、耻骨炎、精索静脉曲张、附睾炎、直肠疾病等。

1.6 治疗方法 治疗组采用仙灵大黄汤(自拟)坐浴治疗。处方:淫羊藿60 g,大黄20 g,丝瓜络、青皮、川楝子、王不留行、丹参各12 g,红花、制乳香、制没药、牛膝、萆薢、石菖蒲各9 g。布包,加水4 000 mL浸泡40 min,煮沸后再煎30 min,煎取药液约2 500 mL左右,待药液温度降至60~70℃后置于专制的熏洗椅上,嘱患者熏蒸会阴部20~30 min;药液温度降至40~43℃,会阴部坐浴,每晚1次,每次20 min以上,必要时再次加温,1付药可反复应用3 d(加热后再用)。对照组口服前列康(甘肃河西制药有限公司,批号110702),每次3片,3次/d。两组疗程均为2个月。治疗期间忌饮酒,忌食辛辣刺激食物,停用其他治疗慢性前列腺炎的药物。

1.7 观察指标 采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)量表进行症状评分^[4],观察比较两组治疗前后临床疗效及症状积分(正常0分,轻度1分,中度2分,重度3分)变化、前列腺指诊、B超、前列腺液检查等,并记录治疗过程中出现的不良反应。疗程结束半年后进行随访,观察复发情况。

[收稿日期] 20120201(146)

[通讯作者] *雒焕文,主任医师,从事中医内、外科疾病临床,
Tel:13619306996, E-mail:13619306996@139.com

1.8 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。临床控制:临床症状积分减少 $\geq 95\%$,前列腺指诊压痛消失,质地正常或接近正常,B超检查大致正常,前列腺液检查连续2次以上均正常;显效:症状积分减少 $\geq 60\%$,前列腺触诊压痛及质地均有明显改善,B超检查有所改善,前列腺液检查连续2次以上白细胞计数较治疗前减少 $\geq 60\%$;有效:症状积分减少 $\geq 30\%$,前列腺压痛及质地均有所改善,前列腺液检查及白细胞计数较治疗前减少 $\geq 30\%$;无效:症状积分减少 $< 30\%$ 或无变化,前列腺压痛及质地均无改善,前列腺液检查及白细胞计数较治疗前减少 $< 30\%$ 或无变化。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 11.0 软件统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 总有效率治疗组 92.0%,对照组 82.7%,两组差异显著($P < 0.05$),见表 1。

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗	150	43(28.7)	58(38.7)	37(24.7)	12(8.0)	138(92.0) ¹⁾
对照	75	16(21.3)	22(29.3)	24(32.0)	13(17.3)	62(82.7)

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后症状积分比较 治疗前后症状积分差值治疗组为(10.26 ± 3.48)分,对照组为(6.48 ± 4.85)分,治疗组改善优于对照组($P < 0.01$)。见表 2。

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗	150	16.16 \pm 3.54	5.87 \pm 5.28 ²⁾	10.26 \pm 3.48 ³⁾
对照	75	16.19 \pm 3.66	9.68 \pm 7.39 ¹⁾	6.48 \pm 4.85

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与对照组比较³⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组不良反应及复发比较 两组在治疗过程中未发现不良反应,治疗组有效以上的 138 例中复发 16 例,其复发率为 11.59%;对照组有效以上的 62 例中复发 21 例,其复发率为 33.87%。两组复发率比较差异显著($P < 0.01$),治疗组低于对照组。

3 讨论

慢性前列腺炎,又称慢性前列腺样症候群,是泌尿科常见病和多发病,包括慢性细菌性前列腺炎和前列腺痛,前者前列腺液内有脓细胞,培养有细菌生

长,后者又称前列腺痛,培养无细菌生长。好发于青壮年男性。其临床特点是发病缓慢、病情顽固、缠绵难愈、反复发作。由于前列腺上皮膜的屏障作用,药物难以进入前列腺泡发挥有效治疗作用,疗效不够理想。慢性前列腺炎属于中医“白浊”、“白淫”、“劳淋”或“肾虚腰痛”等范畴。初期多由外邪感染后失治,致败精阻窍,生湿化热,湿热久羁,遂至脉络瘀阻,或因房事不节,阳无以制,热灼血黏,阻滞精室脉络而发病。病机为本虚标实,肾虚为其本,瘀浊湿热阻滞为其标。治疗以补肾壮阳、活血化瘀、清热祛湿为原则。前列腺虽非中医学的六腑之一,然其排泄功能与六腑相似,根据“六腑以通为用”的原则,治疗可适当选用排浊通利之品,以促进瘀积之物的排出。仙灵大黄汤方中重用淫羊藿补肾壮阳以利小便,引导湿浊邪气从小便而出,又有补肾化气的作用;大黄活血化瘀、攻积导滞;丝瓜络通络行血;青皮、川楝子、王不留行、行气止痛;丹参、红花、制乳香、制没药、牛膝活血化瘀;萆薢、石菖蒲清热利湿、分清别浊。诸药合用,共奏活血化瘀、补肾壮阳、行气止痛、清热祛湿之功效。

根据现代医学观点,清热利湿药能解除前列腺腺管梗阻,排除分泌物瘀积,以利于炎症吸收,使之恢复正常功能;而活血化瘀药可改善前列腺局部血液循环、使病变组织炎性分泌物得到引流,从而起到消除炎症反应、病灶水肿及缓解炎性梗阻症状的作用。仙灵大黄汤坐浴有利于药物中的有效成分直达病所,改善慢性前列腺炎患者局部疼痛不适及排尿异常症状,减轻病理组织炎症,提高了临床疗效。值得进一步推广和研究。

[参考文献]

- [1] 李曰庆. 中医外科学[M]. 全国高等中医药院校规划教材. 北京:中国中医药出版社,2007:273.
- [2] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:579.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:27.
- [4] Litwin S M, Mcnaughton Collins M, Fowler F J Jr, et al. The national institutes of health chronic prostatitis saymptom index; development and validation of a new outcome measure[J]. Urol, 1999,2: 369.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:168.

[责任编辑 何伟]