

慢性前列腺炎从疡科辨治 的临床研究※

□ 郑国珍* 黄志雄 丁志鸿 郭启先

(福建省莆田市第一医院 福建 莆田 351100)

摘 要 目的: 观察疡科辨证论治慢性前列腺炎的临床疗效。方法: 选择 120 例患者按 2:1 分为治疗组和对照组, 治疗组按疡科辨证分型用前列消肿汤、前列托毒汤、前列补虚汤加减治疗; 对照组用前列康、复方新诺明、氧氟沙星等治疗; 1 个月后观察疗效。结果: 临床治疗组治愈率 52.5%, 优于对照组 37.5%; 临床疗效以湿热瘀阻型最佳 93.55%, 正虚毒恋型次之 92.86%, 脾肾两虚型较差 85.71%。主要临床症状改善积分优于对照组 ($P < 0.05$); 临床随访治愈复发率低于对照组 ($\chi^2 = 5.72, P < 0.05$)。结论: 慢性前列腺炎按疡科辨证论治, 重视前列腺的局部病变, 辨证依据更加客观, 疗效显著, 值得推广应用。

关键词 前列腺炎 疮疡 中医药疗法 辨证论治 临床研究

2002 年 7 月 ~ 2004 年 6 月期间, 我科运用中医疡科辨证论治方法治疗慢性前列腺炎 80 例患者, 并与西药治疗的 40 例患者进行临床对照观察, 其临床治愈率明显高于对照组, 治疗组复发率低于对照组复发率。现报告如下:

1 材料与方

1.1 病例选择 参照《中药新药临床研究指导原

※基金项目 福建省 2002 - 2004 年度中医药科研计划项目 (No: Y10)

* 作者简介 郑国珍, 男, 主任医师。主要从事中医外科、中西医结合男科临床工作。

则》^[1] 及高等中医药院校协编教材《中医外科学》^[2] 中慢性前列腺炎的诊断标准, 选择慢性非特异性前列腺炎病例作为治疗观察对象。排除前列腺肿瘤、结石、囊肿及其他系统严重疾病患者。

1.2 临床资料 临床共选择 120 例慢性前列腺炎患者, 按就诊序号以 2:1 比例随机分为治疗组和对照组。治疗组 80 例, 年龄 20 ~ 48 岁, 平均 28.2 岁, ≤ 40 岁者 72 例, 占 90%; 病程 3 个月 ~ 9 年, 平均 25.1 个月; 伴原发性不育者 39 例, 继发性不育者 2 例。对照组 40 例, 年龄 19 岁 ~ 50 岁, 平均 29.4 岁, ≤ 40 岁者 37 例, 占 92.5%; 病程 4 个月 ~ 10 年, 平均 26.2 个月; 伴原发性不育者 20 例, 继发性不育者 1 例。两组病例一般情况相比无明显差异, 具

有可比性 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 治疗组根据中医疡科理论,以前列腺的肿、痛、脓(前列腺液体性质)为主要辨证依据,结合四诊所得,进行辨证分型治疗。

湿热瘀阻型:前列腺肿大,饱满,压痛,质实,腺液黄稠,尿频,尿急,尿痛或尿道灼热,会阴少腹疼痛,舌老或有瘀斑,苔黄,脉弦滑。治以清热解毒,散瘀消肿,方用前列消肿汤,基本方组成:蒲公英,败酱草,当归,天花粉,泽兰,车前子,赤芍药。

正虚毒恋型:前列腺形态大小正常或稍大或有结节,压痛较轻,质中等或不均,前列腺液混浊;偶有尿频尿急尿道不适,前列腺溢液,少腹会阴酸胀,疲倦乏力,性欲减退;舌淡红,苔白,脉沉缓。治以益气养血,托毒和营,方用前列托毒汤,基本方组成:黄芪,当归,皂刺,白芷,金银花,连翘。

脾肾两虚型:前列腺体平陷缩小,或形态大小正常,无压痛,质软,前列腺液质稀量少,不易取出,卵磷脂小体显著减少;性功能下降,舌嫩,苔薄,脉细弱。治以健脾益肾佐以清利和营,方用前列补虚汤,基本方组成:党参,淮山,茯苓,泽泻,丹皮,山茱萸,女贞子,怀牛膝。

以上基本方随证加减:热毒加紫花地丁草、白花蛇舌草、虎杖、苦参;湿浊加草薢、薏米仁、冬瓜仁、土茯苓;瘀血加桃仁、红藤、莪术、穿山甲;阳虚加炮附子、肉桂、菟丝子、淫羊藿;阴虚加女贞子、旱莲草、龟板、枸杞子;痛剧加元胡、乳香、没药、穿山甲粉等。

1.3.2 对照组 对照组用前列康胶囊,每次3粒,

每日3次;复方新诺明片,每次2片,每日2次;氧氟沙星胶囊,每次0.2~0.3g,每日2次。疼痛者加用消炎痛每次25mg,每日3次。有细菌培养者选用相应敏感的抗生素。细菌培养阴性者停用抗生素,加用相应的中成药。

治疗期间每1~2周复查前列腺(肛检或B超)一次,前列腺液常规检验一次,4周为一疗程,疗程结束后观察疗效。3个月内门诊复查一次或电话随访。

1.4 统计学方法 统计学处理采用 t 检验、 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效标准 参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[1]中有关慢性前列腺炎的临床疗效判定标准。以相关症状及体征、前列腺触诊、EPS检查、B超检查作为观测指标。

临床治愈:症状消失, EPS检查连续2次以上正常,肛诊前列腺压痛消失,质地正常或接近正常, B超检查大致正常。

显效:症状基本消失, EPS连续2次以上 WBC值较前减少1/2或 <15 个/HP,触诊压痛及质地均有改善, B超检查有所改善。

有效:症状减轻(症状积分前后比下降 $\geq 50\%$), EPS检查 WBC值下降10个/HP以上。

无效:症状积分前后比 $<50\%$, 体征及 EPS检查均无改善或加重。

2.2 治疗结果

2.2.1 两组疗效比较 两组总有效率比较,差异无显著性 ($P > 0.05$);两组临床治愈率比较治疗组明显高于对照组,差异有显著性 ($P < 0.05$)。结果见表1。

表1 两组疗效比较 (n·%)

	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	80	42(52.50)*	13(16.25)	18(22.50)	7(8.75)	91.25%
对照组	40	15(37.50)	9(22.50)	10(25.00)	6(15.00)	85.0%

注:与对照组比较, * $P < 0.05$

2.2.2 疗效与证型的关系 治疗组80例中,湿热瘀阻型31例,临床治愈19例,占61.29%,显效5例,

占16.13%,有效5例,占16.13%,无效2例,占6.45%,总有效率为93.55%;正虚毒恋型28例,

临床治愈 14 例，占 50%，显效 4 例，占 14.29%，有效 8 例，占 28.57%，无效 2 例，占 7.14%，总有效率为 92.86%；脾肾两虚型 21 例，临床治愈 9 例，占 42.86%，显效 4 例，占 19.05%，有效 5 例，占 23.81%，无效 3 例，占 14.28%，总有效率为

85.71%。湿热瘀阻型临床疗效较佳，正虚毒恋型次之，脾肾两虚型较差，但组间差异明显。
2.2.3 两组治疗前后主要临床症状（积分）改善比较 治疗组优于对照组，见表 2。

表 2 两组治疗前后主要临床症状（积分）改善情况 ($\bar{x} \pm s$)

症状	组别	n	治疗前	治疗后	前后差值
尿 频	治疗组	62	1.86 ± 0.78	0.70 ± 0.78 **	1.16 ± 0.81 *
	对照组	29	1.83 ± 0.75	0.91 ± 0.76	0.92 ± 0.89
会阴痛	治疗组	38	1.38 ± 0.72	0.61 ± 0.59 **	0.77 ± 0.63 *
	对照组	20	1.31 ± 0.63	0.82 ± 0.56	0.49 ± 0.61

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ ；与本组治疗前比较，** $P < 0.001$ 。

2.2.4 随访结果 两组病例在疗程结束后 1 个月至 3 个月内进行复查随访：治疗组随访 61 例，随访率 76.25%；对照组随访 29 例，随访率 72.5%。两组随访率比较差异无显著性 ($\chi^2 = 0.25, P > 0.05$)。两组治愈病例在疗程结束后 3 个月内复查，治疗组有 7 例复发，占 16.67%，对照组有 6 例复发，占 40%。对照组治愈复发率高于治疗组，差异有显著性 ($\chi^2 = 5.72, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 治疗组与对照组的随访治愈复发率比较 (n)

组别	n	随访治愈	随访未复发	随访复发	复发率 (%)
治疗组	80	42	35	7	16.67% *
对照组	40	15	9	6	40%

注：与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

3 讨 论

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^[1]。中医的疮疡是泛指体表有形可征的化脓性感染性疾病的总称。它包括了西医之特异性及非特异性感染疾患^[2]。中医学中“悬痈”表现与急性细菌性前列腺炎失治后形成脓肿，脓液从直肠、尿道、会阴溃出相似^[3]。而前列腺炎与中医疮疡在病因病机及临床表现方面也十分相似，根据中医异病同治法则，疡科的辨证论治方法同样适用于前列腺炎。

与疡科的辨证方法一样，前列腺的局部病变是辨证的主要依据之一。疡科的中医辨证内容主要有辨肿、辨痛、辨脓。经络阻隔气血凝滞则肿，实肿高凸触痛，虚肿平坦散漫，热肿灼热焮红，湿肿凹陷如泥。气血不通则痛，实痛剧烈拒按，虚痛缓和喜按，热痛灼热喜冷，湿痛酸胀沉重。至于辨脓，《医宗金鉴》指出：“气实者多稠黄脓，气虚者多稀白脓，半虚半实者多稠白脓。”^[4]我们把前列腺的炎症当作疮疡看待，前列腺腺体肿胀、疼痛、质硬、触痛明显，相当于肿疡初起实证；前列腺体缩小、平陷、质软、无触痛，相当于溃疡后期虚证；介于两者之间，前列腺肿痛不明显者相当于疮疡中期虚实夹杂证。前列腺液白细胞增多或脓球成堆，可视为“脓”，前列腺液黄稠，镜检脓球多者，为热毒实证；前列腺液量少，不易取出，质稀，卵磷脂小体显著减少者，往往是虚证。

消、托、补为疡科内治三大法，疮疡初起，尚未成脓之期用消法使之消散；中期热腐成脓宜用托法；晚期脓出毒泄，出现虚证，宜用补法。在治疗方面，我们运用消、托、补三法分型论治：湿热瘀热型相当于肿疡初起实证，治以消法为主；正虚邪恋型相当于疮疡中期虚实夹杂证，使用托法为主，扶正祛邪，托毒外出；脾肾两虚型相当于溃疡晚期虚证，使用补法为主。临证时还应结合相关症状、舌脉情况进行综合分析，局部与整体并重，辨病与辨证结合，灵活运用