

慢性前列腺炎外治法临床研究进展

吴骏¹ 曾庆琪²

【关键词】 慢性前列腺炎;外治法;临床研究;综述

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是由不同原因所致的一类综合征,包括慢性细菌性前列腺炎、非细菌性前列腺炎和前列腺痛,因而有人称之为慢性前列腺炎综合征。它是成年男性常见的疾病,约 30%~50% 的男性在一生中的某段时期曾患过前列腺炎,甚至严重影响生活质量。目前认为慢性前列腺炎,尤其 III B 型可能存在多种病因和发病机制,任何单一的治疗方法或者药物都难以达到满意的效果^[1],而使医患双方对该病的诊断、治疗及预后缺乏信心。近年来,随着科技的进步及对中医学深入的研究,国内对慢性前列腺炎的外治法取得较大的进展,笔者就其外治法方面的临床研究进展综述如下。

一、中药外治法

1. 直肠给药:前列腺的血液供应和直肠的血液供应两者之间有一定的联系,直肠下段痔静脉丛回流的血液单向输送到前列腺周围的泌尿生殖静脉丛。并且前列腺两侧紧贴肛提肌纤维,其后贴直肠下前壁。所以采用直肠给药,可使药物直接作用于局部,有效成分能很快进入前列腺组织,并达到较高药物浓度,导入后剩余药物可经直肠吸收。因此,直肠给药外治受到越来越多的重视。

(1)灌肠:董培和贺菊乔^[2]观察三草安前汤(金钱草、败酱草、益母草、丹参、黄柏、薏苡仁、黄芪、萆薢、川楝子、橘核、甘草)配合中药灌肠(黄柏、红藤、虎杖、半枝莲、土茯苓、乳香)治疗慢性前列腺炎的疗效,治疗组予以口服三草安前汤配合中药灌肠,对照组口服前列康片,两组治疗后,在临床疗效、中医证候改善情况、前列腺液(EPS)检查白细胞(WBC)计数变化方面比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),在细菌转阴方面无统计学意义($P > 0.05$)。裘顺安和邬贤德^[3]将 96 例慢性前列腺炎患者随机分为中药

灌肠治疗组(红藤、丹参、蒲公英、土茯苓、大黄、桃仁、赤芍、三棱、莪术,同时口服阿奇霉素,每周行前列腺按摩 1~2 次)和单服西药的对照组(口服阿奇霉素,每周施行前列腺按摩 1~2 次)进行治疗观察。结果发现治疗组治愈 30 例,好转 15 例,无效 3 例,总有效率 93.75%;对照组治愈 19 例,好转 23 例,无效 6 例,总有效率 87.5%。治疗组疗效优于对照组。阙新祥^[4]用泌感康方联合红藤汤灌肠治疗慢性前列腺炎 180 例,予泌感康方(大血藤、蒲公英、败酱草、红花、桃仁、泽兰、延胡索、赤芍、杜仲、甘草,湿热所致尿频尿痛加滑石、瞿麦;气虚加黄芪;苔黄或腻者加石韦、车前子;疼痛加丹参;阴囊潮湿加龙胆草;早泄加益智仁、芡实)每日 1 剂,水煎分 3 次服。同时予红藤汤灌肠(红藤、败酱草、鸭跖草、紫花地丁)。结果痊愈 125 例(69.4%),显效 29 例(16.1%),有效 11 例(6.1%),无效 15 例(8.4%),总有效率达 91.6%。

(2)栓剂:由于栓剂的给药方便,可避免口服或静脉等用药方法,以减少可能的不良反应,也可避免局部注射给药给患者造成的生理痛苦,因此,栓剂治疗前列腺炎有着良好的开发前景。蔡志钢等^[5]用前炎灵栓剂(野菊花、野艾叶、莲须等)治疗慢性前列腺炎 100 例,结果痊愈 91 例,占 70%,有效 36 例,占 28%,无效 3 例,占 2%,总有效率为 98%。伊凡^[6]用前炎灵栓剂(粉草、黄柏、野菊花、王不留行、赤芍、白头翁、怀牛膝)治疗慢性前列腺炎 100 例,对照组 I 口服前列康和氧氟沙星,共治疗 30 例。对照组 II 口服前炎宁 II 号冲剂,结果治疗组痊愈 71 例,显效 20 例,有效 7 例,总有效率 98%,对照组 I 痊愈 10 例,显效 7 例,有效 8 例,总有效率 83.3%,对照组 II 痊愈 15 例,显效 6 例,有效 5 例,总有效率 87%,两组总有效率比较,差异有统计学意义。江荣根和鲁贤昌^[7]以蒲灵栓(蒲公英、灵猫香、王不留行、知母、黄柏、蜈蚣、泽泻、泽兰等)治疗慢性前列腺炎 47 例,其中显效 14 例,有效 19 例,有效率 69.5%,14 例无效。

2. 中药坐浴:中药坐浴疗法通过肛门、直肠、会

作者单位:1. 南京中医药大学,江苏 南京 210029;2. 江苏建康学院,江苏 南京 210029

通讯作者:曾庆琪,Email:vipfish@126.com

阴、阴囊等局部皮肤、黏膜、淋巴结、血管等渗透吸收,进入前列腺体,可增加前列腺的局部血液循环,促进炎症吸收。

田玲和谢玉兰^[8]探讨中药内服、外治坐浴联合按摩法治疗慢性前列腺炎的临床效果。将 118 例慢性前列腺炎患者按照治疗的先后顺序将患者分观察组 60 例和对照组 58 例,对照组口服氧氟沙星胶囊,治疗期间每晚热水坐浴 1 次;观察组不口服氧氟沙星,只在每周按摩 1 次的基础上加中药口服和中药外治坐浴。结果观察组与对照组总有效率分别为 100%、84.4%,两组总有效率有统计学差异($P < 0.05$)。结论:中药内服、外治坐浴联合按摩法治疗慢性前列腺炎,疗效确切,给予有效的护理指导,将促进患者病情康复。商月娥等^[9]观察中药坐浴(野菊花、白芷、露蜂房)治疗慢性前列腺炎的效果。采用随机分组方法,分为观察组 80 例,中药坐浴配合口服男康片;对照组 40 例,口服男康片。结果观察组治愈率、显效率明显高于对照组($P < 0.01$),差异有统计学意义。刘满君和贾利辉^[10]观察中药坐浴(蒲公英、萹蓄、石苇、车前子、泽泻、丹参、桃仁、红花、乳没、川楝子、黄精、生地、牛膝)治疗慢性前列腺炎 52 例,结果 25 例痊愈,最短为 2 个疗程,最长 11 个疗程,占 48.1%;18 例显效,占 34.6%;3 例效果不明显,占 5.8%;6 例未能坚持。

3. 敷贴法:慢性前列腺炎的主要病理变化:腺管阻塞,腺体纤维化和炎性腺液潴留。属于中医血瘀气滞、瘀血化热范畴。中药敷贴发挥了中药活血化瘀、通浊散结的生物效应。改善了前列腺局部组织的血液循环,提高了代谢率,调整了毛细血管的通透性,缓解了病灶肌肉的痉挛和疼痛。并能促进炎症病灶的消退,解除前列腺的阻塞,排除分泌物的阻滞。

文娜^[11]观察分析热敷贴治疗慢性前列腺炎的临床疗效。将收治的 60 例慢性前列腺炎患者随机分为对照组和治疗组各 30 例,对照组采用针灸治疗,治疗组采用热敷贴治疗,比较两组的治疗效果。结果治疗组较对照组疗效显优,但两组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:热敷贴治疗慢性前列腺炎引起的尿频、尿痛、尿闭、夜尿频多等症状效果满意,且具有经济、简单、安全、无刺痛之苦等优点,患者乐于接受,值得临床推广应用。张越林^[12]以中药(刘寄奴、马鞭草、赤芍、虎杖、黄柏、鱼腥草制粉)穴位敷贴治疗慢性前列腺炎 58 例,取穴位有中极、关元、膀胱(双)、会阴。结果显效 38 例(65.5%),好转 12 例(20.7%),总有效率为 86.2%,无效 8 例。

二、物理治疗

1. 前列腺按摩:它既是一种诊断方法,又是一种治疗手段。其通过定期规律的对前列腺按摩,引流前列腺液,排出炎性物质,从而达到缓解前列腺液郁积,增强新陈代谢,改善局部血液循环,增加局部药物浓度,促使炎症吸收和消退的目的。金东明等^[13]将慢性前列腺炎患者 125 例随机分为两组,其中治疗组 65 例,中药汤剂灌肠,同时按摩前列腺;对照组 60 例,服用前列康同时口服复方新诺明。结果治疗组痊愈 20 例,显效 24 例,有效率 84.61%;对照组痊愈 8 例,显效 15 例,有效率 58.33%。两组相比($P < 0.01$)。治疗组随访 35 例,复发 2 例(5.71%);对照组随访 28 例,复发 9 例(32.14%),两组比较治疗组复发率明显低于对照组。

本法适用于性活动减少造成的前列腺郁积者,尤其是指诊、B 超发现前列腺明显充血水肿者。一般 1 周按摩 1~2 次。按摩时手法应“轻、缓、温柔”,切忌粗暴以造成不必要的损伤。按摩后应嘱患者立即排尿,以冲刷尿道中炎性分泌物。本法禁忌:急性前列腺炎、前列腺结核、前列腺肿瘤、前列腺硬化。

2. 生物反馈治疗:慢性前列腺炎患者存在盆底肌的协同失调或尿道外括约肌的紧张。盆底紧张性肌痛可能是慢性前列腺炎患者产生临床症状的主要原因,所以减少盆底肌肉痉挛可改善这些不适症状。生物反馈治疗可使盆底肌松弛,并使之趋于协调,同时松弛外括约肌,从而缓解前列腺炎的会阴部不适及排尿症状。生物反馈治疗要求患者通过生物反馈治疗仪主动参与治疗。该法无创,患者易于接受。

生物反馈疗法是应用现代科学技术,将身体生物信号,如肌电、脑电、皮温、心率、血压等转化为视、听觉信号,让患者根据这些信号,学会在一定范围内通过意识控制身体器官的活动,纠正异常的器官活动。通过不断自我总结,逐渐形成并保持不依赖机器的自我控制能力。

薛蔚等^[14]对 42 例符合美国国立卫生研究院(NIH)诊断标准的患者,采用 α -受体阻滞剂加生物反馈疗法联合治疗,总疗程为 60 d,分别在治疗结束后 7 d 和 30 d 进行复诊和电话随访,结果发现 α -受体阻滞剂加生物反馈疗法对 III B 型慢性前列腺炎具有缓解疼痛症状、改善排尿、提高生活质量的作用,对尿流率下降的患者,可明显增加尿流率指标。

3. 热疗:利用多种物理手段产生热力作用,通过热效应及热传导作用,促进前列腺局部的血液循环,增加前列腺腺泡和腺管的通透性,增强免疫细胞的免疫功能及生物酶活性,加速局部新陈代谢,促进毒素排出,以利于炎症的吸收和消退,一定程度上缓解盆底肌痉挛;并且可改善尿动力学,减少残余尿,缓解尿频、尿急、夜尿增多。常用方法有:红外线或中波透热疗法、短波与超短波、超声波、微波、射频、激光等。对于未婚及未生育者禁用。

黄小庆等^[15]将慢性前列腺炎患者 120 例随机分为三组,治疗组采用体外电场热疗和药物治疗;对照 1 组单纯体外电场热疗,对照 2 组单纯药物治疗。观察治疗前后前列腺炎症状评分(NIH-CPSI)及前列腺液常规变化。结果治疗组总有效率 85%,单纯体外电场热疗组总有效率 70%,单纯药物治疗组总有效率 65%。陈胜辉等^[16]将 283 例慢性前列腺炎患者,随机分成 142 例采用前列腺康复胶囊+体外短波热疗治疗的治疗组和 141 例采用前列腺康复胶囊治疗的对照组,观察两组疗效和尿流动力学变化的情况。结果发现两组在症状改善及疗效方面有统计学差异,且两组治疗前后在尿流动力学改变方面有统计学差异。

三、针灸治疗

针灸对 CP 的治疗,利用了针灸对人体器官功能的调节作用,在针灸的作用下,腺体内因被干扰而兴奋而失衡的神经系统可有效地恢复平衡,这时人体内分泌系统的功能恢复正常,整体新陈代谢大环境得到改善,前列腺细胞内外的物质交换加快,细胞活力增强,最终调动腺体植物神经、内分泌、微循环、新陈代谢等一系列功能恢复正常,使腺体从紊乱的状态恢复至健康的最佳状态上来,达到治疗的目的。针灸治疗慢性前列腺炎方法多样,有体针、耳针、水针、电针等,还可配合火罐等方法,具有安全、无副作用等优点,值得推广。

王春阳和韩瑞发^[17]利用 Meta 分析观察针灸治疗慢性前列腺炎的疗效。利用 MEDLINE、中国期刊全文数据库检索有关针灸治疗慢性前列腺炎的病历对照研究。筛选合适文献 13 篇,累计病例 861 例,对照组 738 例。与对照组相比,针灸组慢性前列腺炎患者的有效率和治愈率均显著提高($P < 0.01$),其中有效率提高 20%,治愈率提高 85%,认为针灸在治疗慢性前列腺炎中疗效确切,是治疗慢性前列腺炎的有效方法之一。张金学和郑汝强^[18]将 82 例慢性前列腺炎患者随机分为两组,治疗组 42 例,采用电

针加温针灸(取穴:维道、关元、中极、水道)治疗;对照组 40 例,采用前列康治疗。结果:总有效率治疗组为 88.10%,对照组为 65.00%,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:电针加温针灸治疗慢性前列腺炎疗效显著。李瀛^[19]观察以芒针深透秩边穴为主治疗慢性前列腺炎与常规腧穴方法的疗效差别。分芒针组 38 例及常规针刺方法对照组 25 例,结果芒针组治愈 10 例,好转 24 例,无效 4 例,有效率 89.47%;对照组治愈 5 例,好转 16 例,无效 4 例,有效率 84.0%。孙伊平^[20]针灸治疗慢性前列腺炎 105 例,俯卧位取双侧秩边,深刺至得气,仰卧位取关元穴,深刺得气后,加以温灸,每日 1 次,12 次为 1 个疗程,疗程间休息 2~3 d,经 2~3 疗程后判定疗效。结果显效 65 例(61.9%),好转 24 例(22.9%),无效 16 例(15.2%)。

四、手术治疗

外科手术具有较大的创伤性,且常常伴有较重的并发症,如功能障碍及生育功能的丧失等,因此,外科手术不能作为慢性前列腺炎的常规疗法,只有对一些常规方法无效,且症状严重影响生活、工作的慢性前列腺炎患者,不到万不得已的情况下才考虑手术。

手术适应证包括:①慢性前列腺炎症状明显,影响工作和休息;②长期保守治疗无效的难治性前列腺炎;③慢性前列腺炎伴有梗阻症状的。其手术方式有:经尿道前列腺等离子切除术、经尿道电针前列腺消融术、前列腺被膜十字切开术、腹腔镜精囊腺切除术等。

彭光平等^[21]对 41 例慢性前列腺炎患者采用经尿道电切、汽化切除联合治疗。结果本组 41 例患者术后随访 3 个月~5 年,症状消失 33 例(80.49%),症状明显减轻 5 例(12.20%),总有效率 92.69%;3 例(7.31%)无效。术后并发暂时性尿失禁 1 例,1 个月后自行恢复;尿道狭窄 1 例,并发逆向射精 5 例,2 例 3 个月后恢复正常,3 例 6 个月后好转。张昌文等^[22]对 14 例难治性慢性前列腺炎患者采用经尿道电切治疗,临床症状消失 10 例,明显减轻 2 例,其余 2 例无明显减轻。术后并发尿频、尿急、尿痛 5 例,口服抗生素及解痉镇痛药后,2 例 1 个月后缓解,3 例 2 个月后缓解;尿道狭窄 1 例,并发逆向射精 1 例,3 个月后恢复正常。

五、其他

前列腺内注射:将药物直接注入前列腺内,克服血-前列腺屏障,可提高在前列腺内及其周围组

织中药物浓度,延长药物滞留时间,避免了肝脏的首过效应。但本法具有创伤性,穿刺过程增加患者的痛苦不适,易发生感染及周围脏器损伤等并发症。李益谦^[23]观察 967 例用复方川参通注射液直接注射前列腺内治疗慢性前列腺炎的疗效及安全性。结果复方川参通单一治疗的显效率为 63.1%,总有效率为 91.0%。安全、无明显副作用。

经尿道灌药:应用三腔二囊管或四腔二囊管灌注药物,在一定压力下,使药物反流入前列腺导管内,进而渗入前列腺腺体内。本法适用于病程长、症状明显、顽固性的慢性前列腺炎。蒋学洲等^[24]以中药清热化湿、补肾活血化瘀汤剂加抗生素为主的西药尿道灌注法,治疗 80 例慢性前列腺炎,与口服氧氟沙星西药组 60 例作对照观察,疗程 1 个月。结果治疗组总有效率 81.25%,对照组 58.00%;前列腺液检测 WBC 消失或减少,治疗组有效率 76.25%,对照组 56.66%;临床症状改善治疗组优于对照组。

经输精管注射药物:本法具有创伤性,且操作繁琐,适用于顽固性前列腺炎合并附睾炎、输精管炎或精囊炎患者。

慢性前列腺炎缠绵反复、顽固难愈,其发病机制尚不完全清楚,临床治疗报道丰富多样,但在诊断标准、疗效判定上往往主观成分较多,研究设计不够严谨,临床可重复性较差,缺乏说服力。此有待广大研究者深入探究,建立合适的动物模型,以揭示本病的实质,以更好地指导临床。

参 考 文 献

[1] 曾庆琪. 慢性前列腺炎病因病机探析[J]. 南京中医药大学学报, 2005, 21(3): 140-142.

[2] 董培, 贺菊乔. 三草安前汤配合中药灌肠治疗慢性前列腺炎 97 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2005, 11(1): 33-36.

[3] 裘顺安, 邬贤德. 中西医结合治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(1): 84-85.

[4] 阙新祥. 泌感康方联合红藤汤灌肠治疗慢性前列腺炎 180 例[J]. 河北中医, 2010, 32(1): 105.

[5] 蔡志钢, 刘滋伟, 黄安康. 野艾栓治疗慢性前列腺炎 130 例临床

观察[J]. 天津中医, 2001, 18(5): 23.

[6] 伊凡. 前炎灵栓剂治疗慢性前列腺炎 100 例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2001, 1(1): 33-34.

[7] 江荣根, 鲁贤昌. 蒲灵栓剂治疗慢性前列腺炎 47 例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2001, 7(1): 23.

[8] 田玲, 谢玉兰. 中药内服、外治坐浴联合按摩法治疗慢性前列腺炎 60 例效果观察与护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010(1): 12-13.

[9] 商月娥, 冯中贤, 王建一. 自拟野菊汤坐浴治疗慢性前列腺炎 80 例疗效分析[J]. 河北中医药学报, 2009, 24(4): 28.

[10] 刘满君, 贾利辉. 中药坐浴治疗慢性前列腺炎 52 例[J]. 河北中医药学报, 1997, 12(3): 23.

[11] 文娜. 热敷贴治疗慢性前列腺炎 30 例观察[J]. 中国医药导报, 2009(36): 94-95.

[12] 张越林. 中药穴位敷贴治疗慢性前列腺炎 58 例[J]. 天津中医, 1994, 11(6): 25-26.

[13] 金东明, 陈玲, 韩富强. 中药灌肠联合前列腺按摩治疗湿热挟瘀型慢性前列腺炎疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2009, 33(2): 242-243.

[14] 薛蔚, 王元天, 陈奇, 等. α -受体阻滞剂加生物反馈疗法治疗 III B 型慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征(附 42 例报告)[J]. 中国男科学杂志, 2005, 19(6): 15-17.

[15] 黄小庆, 龙云, 成亚平, 等. 体外电场热疗联合药物治疗慢性前列腺炎疗效观察[J]. 中国男科学杂志, 2009, 23(5): 57-59.

[16] 陈胜辉, 熊国根, 陈伊, 等. 体外短波热疗对慢性前列腺炎治疗的效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(1): 61-63.

[17] 王春阳, 韩瑞发. 针灸治疗慢性前列腺炎的 Meta 分析[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(9): 853-856.

[18] 张金学, 郑汝强. 电针结合温针灸治疗慢性前列腺炎 42 例疗效观察[J]. 新中医, 2005, 37(5): 56-57.

[19] 李瀛. 芒针治疗慢性前列腺炎 38 例临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2001, 24(2): 45.

[20] 孙伊平. 针灸治疗慢性前列腺炎 105 例[J]. 中国针灸, 2004, 24 增刊: 84.

[21] 彭光平, 蔡德柱, 胡克清, 等. 经尿道电切和汽化治疗慢性前列腺炎(附 41 例报告)[J]. 现代泌尿外科杂志, 2007, 12(3): 199-200.

[22] 张昌文, 乔宝民, 徐勇, 等. 经尿道电切治疗难治性慢性前列腺炎 14 例报告[J]. 天津医药, 2009, 37(4): 322-323.

[23] 李益谦. 复方川参通注射液治疗慢性前列腺炎 967 例临床观察[J]. 华夏医学, 2005, 18(4): 565-567.

[24] 蒋学洲, 江勃, 周智恒. 中西医结合治疗慢性前列腺炎 80 例[J]. 上海中医药杂志, 2001, 35(12): 27-28.

(收稿日期: 2011-02-22)

(上接第 415 页)

可有较好疗效,但其副作用却又让我们使用起来慎之又慎。龙珠软膏使湿疹、丘疹性荨麻疹、瘙痒症等反复迁延的儿童皮肤病有了安全有效的治疗手段。

参 考 文 献

[1] 王海. 龙珠软膏治疗带状疱疹继发性脓疱性皮肤病 150 例疗效观

察[J]. 贵州医药, 2003, 27(1): 70-71.

[2] 陈洁, 徐洪玉, 张瑞菊. 龙珠软膏治疗痤疮疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2007, 23(4): 295.

[3] 艾惠兰, 黄一宪, 周银珍. 珍珠粉、龙珠软膏合用治疗褥疮[J]. 湖北中医杂志, 2000, 22(10): 38.

(收稿日期: 2011-02-13)