

· 临床研究 ·

# 中药熏洗联合阿奇霉素治疗ⅢA型前列腺炎疗效观察

叶和松, 唐龙龙, 秦远

江苏省第二中医院泌尿外科, 江苏 南京 210000

**摘要:** **目的** 观察中药熏洗结合阿奇霉素治疗ⅢA型前列腺炎的临床疗效及可行性。**方法** 将2010年10月至2013年12月收治的90例ⅢA型前列腺炎患者随机分为实验组(中药熏洗结合阿奇霉素治疗)45例和对照组(温水坐浴结合阿奇霉素治疗)45例进行临床疗效观察,疗程3个月,治疗前后分别进行前列腺液常规检查、慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分并比较。**结果** 实验组症状改善总有效率95.56%,对照组总有效率68.89%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );实验组治疗后前列腺液常规检查白细胞恢复率95.56%,对照组治疗后白细胞恢复率73.33%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 中药熏洗结合抗生素治疗能显著改善ⅢA型前列腺炎患者的临床症状,减少前列腺液中白细胞数目,提高患者生活质量。

**关键词:** 前列腺炎, 慢性; 中药熏洗; 阿奇霉素

**中图分类号:** R 697<sup>+</sup>.33 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)04-0481-03

慢性前列腺炎属于中医“精浊”范畴,是男性常见的泌尿系统疾病,发病率约为9%。其中以Ⅲ型前列腺炎最为常见,可造成不同程度尿频、尿急、会阴部不适或疼痛、性功能下降等,对患者生活质量造成严重影响<sup>[1-3]</sup>。临床根据前列腺按摩液(EPS)、精液、前列腺按摩后尿液(VB3)的白细胞多寡分为炎症性(ⅢA型)和非炎症性(ⅢB型)<sup>[4]</sup>。由于前列腺位置特殊及前列腺包膜对药物具有屏障作用等生理特点,口服化学药物及抗生素不易渗透前列腺上皮脂膜进入腺体内,达不到有效浓度<sup>[5]</sup>,且全身用药易产生耐药和不良反应,病情常迁延不愈。中医药治疗慢性前列腺炎具有低毒副作用、经济、简便和易行等优势<sup>[6]</sup>。我科于2010年10月至2013年12月采用中药熏洗结合阿奇霉素治疗ⅢA型前列腺炎45例,报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集门诊ⅢA型前列腺炎患者90例,采用简单随机化分组分为实验组和对照组各45例。实验组年龄22~65(36.5±3.2)岁;病史3~24(12.5±3.1)个月。对照组年龄29~61(33.8±4.3)岁;病史5~30(11.5±4.3)个月。两组年龄、发病时间比较差异均无统计学意义( $P$ 均>0.05),具有可比性。

**1.2 纳入标准** 具有下列1~3项中任意1项加第4项,可确诊ⅢA型前列腺炎。(1)尿频、尿急、尿意

不尽或尿道外口有白色分泌物溢出;(2)会阴部、腰骶部、睾丸或小腹隐痛不适;(3)性功能障碍;(4)前列腺液镜检白细胞+++或合并有脓细胞、卵磷脂小体减少,前列腺液培养病原体阴性。

**1.3 治疗方法** (1)实验组:采用中药熏洗联合口服抗生素治疗,中药治疗:苍术20g,木香20g,薏仁10g,茯苓20g,天花粉20g,肉桂10g,小茴香10g,桃仁10g,葛根10g,生山栀10g,上药加水3000ml,煎至1500~2000ml,先利用药液蒸汽熏蒸会阴部10min,待中药溶液稍冷至40~45℃时,坐盆浸洗20min,每天1次,连续3个月。抗生素治疗:阿奇霉素肠溶片,0.5g/次,1次/d,疗程4周。(2)对照组:采用温水坐浴联合口服抗生素治疗,每日用温水(40~45℃)坐浴30min,连续3个月;阿奇霉素肠溶片,0.5g/次,1次/d,疗程4周。

**1.4 疗效评价标准** 采用病例对照研究,治疗前和治疗第3个月末分别行EPS常规检测和前列腺液细菌培养,并按美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分<sup>[7]</sup>。治愈:自觉症状消失,前列腺液常规检查白细胞≤5个/HP,CPSI<9分。好转:自觉症状明显缓解,前列腺液常规检查白细胞(+~+)/HP,CPSI减少5~15分。无效:自觉症状无变化,前列腺液镜检白细胞(+++)/HP,CPSI减少<5分。总有效率以治愈加好转计算。

**1.5 观察指标** 治疗前后观察患者的NIH-CPSI评分及EPS检查白细胞的变化。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS 18.0软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用独立样本 $t$ 检验;计数资料采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学

意义。

## 2 结果

2.1 总体疗效评估 实验组总有效率 95.56%，对照组总有效率 68.89%，两组疗效比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

2.2 EPS 白细胞变化评估 实验组治疗后白细胞恢复率 95.56%，对照组治疗后白细胞恢复率 73.33%，两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 两组治疗后疗效比较 (例)

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率 (%)
实验组	45	34	9	2	95.56*
对照组	45	13	18	14	68.89

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 EPS 中白细胞恢复情况比较 (例)

组别	例数	治疗前		治疗后		恢复率 (%)
		(+++)	≤5 个 (++++)	(+++)	(+++)	
实验组	45	45	30	13	2	95.56*
对照组	45	45	18	15	12	73.33

注:与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应观察 所有患者均口服阿奇霉素 4 周,小部分患者开始有恶心等轻度胃肠道反应,不影响治疗,疗程结束后无不适;温水坐浴及中药熏洗过程中患者亦无不适反应。

## 3 讨论

慢性前列腺炎全世界男性中发病率为 9% ~ 14%, III 型前列腺炎占 90% 左右<sup>[8]</sup>,其中 III A 及 III B 型约各占 50%<sup>[9]</sup>。对于 III A 型前列腺炎采用抗生素治疗多为经验性治疗,理论基础是推测某些常规培养阴性的病原体导致了该型炎症的发生。因此推荐先口服喹诺酮等抗菌药物 2 ~ 4 周,然后根据疗效反馈决定是否继续使用抗菌药物,推荐总疗程为 4 ~ 6 周<sup>[10]</sup>。部分此型患者可能存在衣原体或支原体等细胞内病原体感染,可以口服四环素或大环内酯类抗生素治疗<sup>[11]</sup>。阿奇霉素为大环内酯类抗生素,其作用机制是通过与敏感微生物的 50s 核糖体的亚单位结合,从而干扰其蛋白质的合成(不影响核酸的合成)。体外试验和临床研究均表明,阿奇霉素对多种致病菌(革兰阳性需氧微生物、革兰阴性需氧微生物)有效,且细菌产生的  $\beta$ -内酰胺酶不影响阿奇霉素的活性。

慢性前列腺炎中医属“淋证”、“精浊”<sup>[12]</sup>,其病因病机多为湿热、肾虚、血瘀。症状多为反复尿频、尿急、排尿痛、尿道灼热、尿后不尽感或尿道滴血,会阴、

睾丸及直肠部坠胀式痛,伴腰膝酸软、乏力或阳痿、早泄,舌淡、苔薄白或薄黄,脉沉细。由于受外感湿热之邪,嗜食烟酒及辛辣肥甘厚味,损伤脾胃,酿生湿热,湿热下注,或湿邪内生致膀胱功能失常,出现尿频、尿急或排尿痛等症状。若湿热日久,损伤内本,肾虚封藏失职,膀胱气化不利,可见排尿无力或尿细或尿有余沥,尿后滴白或阳萎、早泄等;肾虚湿热日久致气血运行不畅,瘀滞脉络,可见少腹、会阴及肛门坠痛,或见睾丸疼痛、病位固定。因此本病多为湿热、肾虚、血瘀为主的虚实夹杂证,故治疗以清热利湿、补肾益精、疏通经络、活血化瘀为主,改善前列腺局部血液循环、促进炎症渗出物吸收。本方中茯苓清热利湿、通淋解毒,生山栀清热解毒,使湿热之邪随尿而下,精窍湿热之毒亦随之而出,天花粉降火润燥、解毒消肿,苍术健脾润燥、散结消肿,木香消炎止痛。而肉桂温补肾阳,辅以蔻仁、茴香温中行气,葛根加强升阳之效,桃仁活血化瘀,疏通经络,此类药物可改善盆腔微循环。合之,共奏清热解毒、活血散瘀、消肿止痛之功。

中药汤剂于会阴部熏洗所产生热效应,可增加前列腺组织血液循环,加速新陈代谢,有利于消炎和消除组织水肿,缓解盆底肌痉挛等<sup>[13]</sup>。中药经皮肤吸收,通过直肠静脉丛和前列腺静脉丛繁密的交通支进入前列腺组织,在前列腺液中能达到较高的药物浓度,并发挥良好的抗菌、止痛作用和活血祛瘀,改善血液循环,促进炎症吸收、抗凝及抗纤维化作用,解除病变周围组织的纤维化,增强前列腺的分泌与排泄,促进滞留的前列腺液排空,产生良好的解痉、镇静、止痛作用和改善腺管瘀血水肿,消除对盆骶神经的不良刺激,恢复前列腺的生理功能。

抗生素治疗能有效杀灭病原体。通过清热解毒、活血化瘀的中药熏洗会阴部,促进局部血液循环,使药力渗入肌肤,直达病所,可达到解除炎性梗阻、治疗前列腺炎的目的<sup>[14]</sup>。本研究初步结果显示中药熏洗结合阿奇霉素治疗在症状缓解(NIH-CPSI 评分)的疗效较对照组,前列腺液质量(白细胞数目)亦有明显的改善。余南生等<sup>[15]</sup>认为炎症细胞因子参与了 III 型前列腺炎的发展,其发病机制可能与免疫失衡有关;中医药治疗对免疫的调节较西药更为显著。

综上所述,中药熏洗结合抗生素治疗能显著改善慢性前列腺炎患者的临床症状,减少前列腺液白细胞数目,提高患者生活质量,较温水坐浴联合抗生素治疗有着明显的优势,疗效肯定,并未见明显的不良反应。中医外治法以其辨证施治、毒副作用小、无耐药性、远期疗效好等特点,优势更为突出。本研究患者例数尚少,今后还需增加样本数量及观察指标,进一

## 步探讨中医药的作用机制。

## 参考文献

- [1] Ellem SJ, Wang H, Poutanen M, et al. Increased endogenous estrogen synthesis leads to the sequential induction of prostatic inflammation (prostatitis) and prostatic pre-malignancy[J]. *Am J Pathol*, 2009, 175(3):1187-1199.
- [2] Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, et al. Treatment of chronic prostatitis in Chinese men[J]. *Asian J Androl*, 2009, 11(2):153-156.
- [3] Nickel JC. Prostatitis[J]. *Can Urol Assoc J*, 2011, 5(5):306-315.
- [4] 那彦群, 叶章群, 孙光. 2011 版中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011:132-133.
- [5] 孙建明. 萆菟汤治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. *中华男科学*, 2002, 8(4):312.
- [6] 王德华, 李畅. 清热利湿逐瘀汤联合灌肠治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. *中医临床研究*, 2011, 3(10):55-56.
- [7] Litwin MS. A review of the development and validation of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index[J]. *Urology*, 2002, 60(6 Suppl):14-18.
- [8] 吴阶平. 泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1993:326

- 331.

- [9] 那彦群, 叶章群, 孙颖浩, 等. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2014 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014:436-439.
- [10] Wagenlehner FM, Naber KG. Antimicrobial treatment of prostatitis[J]. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 2003, 1(2):275-282.
- [11] Skerk V, Krhen I, Lisić, et al. Comparative randomized pilot study of azithromycin and doxycycline efficacy and tolerability in the treatment of prostate infection caused by *Ureaplasma urealyticum*[J]. *Int J Antimicrob Agents*, 2004, 24(2):188-191.
- [12] 张敏建, 褚克丹, 史亚磊, 等. 三种中医治则治疗慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征临床观察[J]. *中国中西医结合杂志*, 2007, 27(11):989-992.
- [13] 明德玉, 郑华, 单磊. 经直肠 He-Ne 激光并超短波治疗慢性前列腺炎[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2002, 24(11):690-691.
- [14] 雷载权, 陈松育, 高学敏. 中药学[M]. 6 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1994:62-63, 202-203.
- [15] 余南生, 高向林, 梁栋龙, 等. 中医辨证治疗 III 型前列腺炎的疗效及机制探讨[J]. *中国性医学*, 2014, 23(7):52-55.

收稿日期: 2014-11-20 修回日期: 2014-12-03 编辑: 王娜娜

· 临床研究 ·

## 罗哌卡因腰硬联合麻醉在老年髋关节置换术中的麻醉效果及安全性观察

马靖华

唐山市第二医院麻醉科, 河北 唐山 063000

**摘要:** 目的 比较罗哌卡因腰硬联合麻醉与罗哌卡因硬膜外麻醉方法在老年髋关节置换术中的麻醉效果及安全性。方法 选择 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的老年髋关节置换术患者 84 例, 随机分为两组, 每组 42 例。观察组为罗哌卡因腰硬联合麻醉组, 对照组为罗哌卡因硬膜外麻醉组。观察两组患者麻醉阻滞时间、阻滞完善时间、痛觉恢复时间, 麻醉效果, Bromage 评分及麻醉前后生命体征的变化。结果 观察组麻醉阻滞时间为  $(1.28 \pm 0.35)$  min, 短于对照组的  $(4.22 \pm 1.25)$  min, 两组比较差异有统计学意义  $(t = 2.014, P < 0.05)$ 。观察组阻滞完善时间  $(11.0 \pm 4.6)$  min, 短于对照组的  $(23.5 \pm 6.2)$  min, 两组比较差异有统计学意义  $(t = 2.251, P < 0.05)$ 。两组痛觉恢复时间比较差异无统计学意义  $(t = 1.021, P > 0.05)$ 。观察组麻醉效果中优 42 例 (100.0%), 对照组优 35 例 (83.3%), 两组患者麻醉后优的比较差异有统计学意义  $(\chi^2 = 7.636, P < 0.01)$ 。两组患者麻醉前 (T0)、麻醉后 5 min (T1)、麻醉后 30 min (T2) 的收缩压、舒张压、心率、血氧饱和度比较无明显变化, 差异无统计学意义  $(P$  均  $> 0.05)$ 。结论 罗哌卡因腰硬联合麻醉的麻醉阻滞时间及阻滞完善时间短, 麻醉效果好, 不增加患者的麻醉风险, 是一种安全有效的麻醉方法。

**关键词:** 老年; 髋关节置换术; 罗哌卡因; 腰硬联合麻醉; 硬膜外麻醉

**中图分类号:** R 614 R 687.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)04-0483-03

髋关节置换术是一种矫正畸形、缓解关节疼痛、

恢复和改善关节的运动功能的可靠的治疗手段, 近年来, 髋关节置换的老年患者有增多的趋势<sup>[1]</sup>。老年患者多伴有不同程度的器官功能衰退, 行髋关节置换术的风险较高, 对麻醉的要求也不断的增高<sup>[2]</sup>。我