

第四次全国中西医结合男科学学术会议

论文汇编

中国·贵州·贵阳

2005.08

前列腺疾病

- 1、双囊四腔硅胶导管注药治疗慢性前列腺炎-----程怀瑾 缪廷杰 马永江 吴阶平
- 2、前列腺注射疗法在治疗慢性前列腺炎中的现状和应用前景-----原勤
- 3、慢性前列腺炎患者前列腺液 ROS 表达变化及意义-----张敏建 翟芳同 于开源等
- 4、清热活血汤治疗慢性非细菌性前列腺炎 80 例-----陈磊 夏卫平 周智恒
- 5、补肾利尿合剂治疗前列腺增生症的临床观察-----薛慈民 何霄 徐兆东
- 6、慢性前列腺炎与心境健康-----白迎堂
- 7、623 例慢性前列腺炎患者的性功能状况调查-----丘勇超 曾祥东 张建华等
- 8、野菊花栓治疗慢性非细菌性前列腺炎 64 例-----夏卫平 江勍
- 9、微波配合消前列腺炎方治疗慢性前列腺炎的临床观察-----陈栋 洪衍波 陈恕仁等
- 10、中西医结合治疗慢性前列腺炎 100 例-----梁秀军
- 11、慢性前列腺炎ⅢB 亚型辨病专方治疗-----戴西湖
- 12、中西医结合治疗慢性前列腺炎的思路与方法-----戴春福 李延平 张明选
- 13、男泌清煎剂治疗大鼠前列腺炎的实验研究-----戴春福 张明选 高展翔等
- 14、良性前列腺增生症及中西医治疗-----张俊雄
- 15、慢性前列腺炎的中西医结合治疗-----阎保功 范海青
- 16、中医治疗前列腺疾病依据之浅见-----郑清国
- 17、再议活血化瘀药在治疗慢性前列腺炎中的作用-----段登志
- 18、中西医结合治疗慢性前列腺炎的思路-----马卫国 贾金铭
- 19、八正散治疗男性前列腺病的探讨-----谈世水
- 20、前列腺增生诊治之我见-----冯树根
- 21、中医药治疗慢性前列腺炎 190 例临床观察-----聂瑜福
- 22、滋肾活血败毒汤治疗慢性前列腺炎-----向玉善
- 23、前列汤治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎临床观察-----周伟强 张继平等
- 24、局部封闭治疗前列腺痛-----付克新 张学玲
- 25、CP 一号方治疗慢性前列腺炎 33 例疗效观察-----邓泽军
- 26、中西医结合治疗慢性细菌性前列腺炎-----刘鉴光 赖研炯
- 27、中医药治疗慢性前列腺炎临床研究进展-----孟愈
- 28、紫花茉莉与保列治抗实验性前列腺增生作用的比较研究-----王峻 崔学教 陈铭等
- 29、联合治疗慢性前列腺炎的临床观察-----孙金新 汪斌 詹绍洋等
- 30、良性前列腺增生发病机制概述-----吴伯聪
- 31、前列通栓治疗慢性前列腺炎的临床研究-----何东初
- 32、自拟天英穿龙汤治疗慢性前列腺炎 33 例体会-----黄琼
- 33、骶管冲击治疗慢性骨盆疼痛综合-----邢建华 李相如
- 34、己烯雌酚和哌唑嗪联合方案治疗 BPH-----程学军 董浩 钟显伟等

- 35、自拟前列汤配合中药坐浴治疗前列腺痛 46 例疗效观察----- 郑敏
- 36、补气升提亦治痿----- 郑敏
- 37、四季春枸杞当茶饮治疗慢性前列腺炎 57 例----- 陈忠琳
- 38、慢性前列腺炎的中医中药治疗----- 卢泰坤
- 39、老年性前列腺增生的辨证治疗----- 吴锦发
- 40、前特灵胶囊治疗前列腺增生 64 例----- 高洪寿
- 41、100 例慢性前列腺炎患者心理状况调查与分析----- 高洪寿 高颖 张丽华
- 42、慢性前列腺炎中医辨治----- 柯永刚
- 43、血府逐瘀汤治疗慢性非细菌性前列腺炎 45 例----- 许锐乾 陈明坤
- 44、前列腺增生性血尿治验----- 郑文通
- 45、曲安奈德会阴穴封闭加手法按摩治疗前列腺痛临床体会----- 张仁良
- 46、前列腺内注射治疗难治性 CPIIIA 的临床体会----- 李广海
- 47、经直肠药物超声透入治疗慢性前列腺炎 60 例----- 姜灿荣
- 48、前列平安胶囊治疗前列腺增生症的疗效观察----- 王俊华
- 49、Caspase-1 在良性前列腺增生组织中的表达及意义-----
----- 臧志军 邓春华 孙祥宙等
- 50、慢性前列腺炎支原体培养与药敏的临床研究----- 刘春英 李俊平 李兰群等
- 51、慢性前列腺炎细菌培养与药敏的临床研究----- 刘春英 李俊平 李兰群等
- 52、新癢片口服与化水坐浴治疗慢性前列腺炎 40 例疗效观察----- 杨金洲
- 53、电切褥在前列腺汽化电切手术中的应用----- 窦中岭 梁梅玲 孙国贤等
- 54、中药消癥通闭胶囊重建 BPH 细胞动力学平衡的临床回顾性研究-----
----- 焦拥政 贾金铭 李理等
- 55、Chenese medicine combined with wwest medicine in the treatment of chronic
Bacterial Protitis with 28cases report----- Liu Jian -Guang
- 56、还春通淋胶囊治疗慢性非细菌性前列腺炎临床疗效观察----- 孙治林

不育症

- 1、男性不育症的研究进展及中西医结合治疗----- 贾金铭 马卫国
- 2、精原细胞培养技术研究进展----- 王家辉 贾金铭
- 3、特发性弱精子症药物治疗的临床观察----- 陈廷 朱惠斌 程怀瑾
- 4、雷公藤多甙对大鼠精子膜流动性的影响----- 李彬彬 张春影
- 5、雷公藤多甙对大鼠精子细胞凋亡的影响----- 李彬彬 张春影
- 6、1260 例患者不同抗精子抗体检测方法的比较----- 陈廷 刘华平 程怀瑾
- 7、中医药治疗男性免疫性不育症概况----- 郭小洲 宋春生
- 8、腺嘌呤制作雄性 Wistar 大鼠不育症动物模型最佳时相的小样本研究
----- 王家辉 贾金铭 李森恺
- 9、不育男性精浆果糖活性与精液有关参数关系分析----- 王瑞 王祖龙 郑涛
- 10、不育精浆 a-糖苷酶活性与精液参数关系研究-----
----- 王瑞 张卫星 王祖龙等
- 11、不育男性精浆酸性磷酸酶和锌与精液有关参数关系分析-----

- 王 瑞 张卫星 郑 涛等
- 12、精液液化异常者精浆中酸性磷酸酶和锌的检测及其临床意义----- 王瑞 郑涛 王祖龙等
- 13、不育男性精浆果糖含量与精子活力等参数的关系----- 刘瑞军
- 14、中西医结合治疗男性精子异常型不育症临床研究----- 刘湘彬 常宝忠
- 15、精索静脉曲张不育患者的精浆生化改变----- 王瑞 郑涛 王祖龙
- 16、针挑治疗精索静脉曲张不育术后的临床观察----- 陈栋 徐宏贵 洪衍波等
- 17、首乌还精胶囊在体外对人精子运动能力和受精能力的影响----- 戴西湖 曾金雄 刘建华等
- 18、男性不育症保守治疗地位的思考----- 杨家辉 康根水
- 19、锌硒宝治疗男性不育症的临床分析----- 李启镛
- 20、锥议中医治疗精液质量异常的立法依据----- 郑清国 陈光强
- 21、育精煎治疗少精症 70 例疗效观察----- 张涛
- 22、原发性交不射精的病因分析和治疗体会----- 鲍明生
- 23、活精裹育汤治疗精子活动力低下症虚证疗效观察----- 赵宝忠
- 24、中西医诊治男性不育症 36 例----- 安著纲
- 25、无精子型不育症分析与治疗----- 蔡玉国 蔡玉军 李雅清
- 26、中西医结合治疗男性免疫性不育体会----- 孙自学
- 27、男性不育症保守治疗地位的思考----- 杨家辉 康根水
- 28、男科 II 号方治疗精液常规异常疗效观察----- 薛安君
- 29、萆薢五味消毒饮治疗解脲支原体感染性男性不育症 36 例临床观察----- 李刚 李承功
- 30、精抗消和左旋咪唑治疗男性抗精子抗体阳性不育 42 例----- 李承功
- 31、解尿支原体感染致男性不育症的临床观察----- 王德润 赵彦明
- 32、肾藏精(气)、主生殖在男科不育证的应用----- 江玉明
- 33、人参对精子的主要指数和 FSH、LH、睾酮水平的影响----- 周惠耕 楼忠裕 刘高川等
- 34、先清后补治疗男性不育症 6088 例临床分析----- 王清好 吴景新
- 35、自拟“活精汤”治疗死精子症 186 例临床观察----- 朱伊彬
- 36、从脾胃论治精子活力低下----- 徐振刚
- 37、男性不育症实验诊断(浅谈精液检查的标准化)----- 李永伟 王春霞
- 38、氧化损伤与男性生殖功能----- 杨欣 颜志中
- 39、补肺壮精汤对提高精子能力及附睾功能影响的临床研究----- 李 波 江立军 毕建成等
- 40、克氏综合症(原发性小睾丸症)----- 刘古飞
- 41、外科取精子术在 10 例无精子症 ICSI 治疗中的应用----- 陈永艳 康跃凡
- 42、男性免疫性不育的诊治----- 卢太坤 林友群
- 43、论治早泄贵在宁志安神----- 卢太坤 林友群
- 44、应用林锡熙验方治疗不射精症 132 例疗效观察----- 林友群
- 45、虎杖丹参饮治疗男性不育 AsAb 阳性 40 例临床观察----- 欧阳洪根 金冠羽 卢太坤
- 46、精液液化异常与精液细菌培养分析----- 陈实新 周中泉 邢金春等
- 47、男性不育症的中西医结合治疗研究概况----- 苏华

- 48、经尿道射精管口电切术治疗射精管梗阻性无精子症-----
-----邓春华 孙祥宙 涂响安等
- 49、前列栓治疗湿热兼瘀型精液不液化性不育症的临床研究-----
-----孙自学 门波 王希兰
- 50、男性少弱精子症的中西药治疗临床观察(附 63 例报告)-----
-----秦素 单鸣 李良君等
- 51、男性不育症诊治-----冯立军

性功能障碍

- 1、勃起功能障碍诊断及治疗的研究进展-----罗少波 贾金铭
- 2、ES-1000SPM 型多普勒血流探测仪-----李相如 邢建华
- 3、58 例阴茎延长术小结-----白迎堂 陈 广
- 4、中西医结合治疗 ED58 例-----杜位良 唐礞 陈同良等
- 5、活血通络法治疗瘀阻型勃起功能障碍探讨-----常宝忠
- 6、阴茎勃起功能障碍的基因治疗-----王瑞臻
- 7、早泄的口服药物治疗进展-----程宛钧
- 8、中西医结合早泄的外治法进展-----史亚磊
- 9、早泄的中西医诊断进展-----郑胜
- 10、对 302 名少数民族地区老年人性心理活动的调查分析-----杨东
- 11、针灸配合心理疏导治疗中青年功能阳痿 64 例-----祁自忠
- 12、中老年男性性保健-----孙德宏
- 13、男性性功能障碍的心理问题-----张杰
- 14、补肾活血疏肝汤治疗功能性阳痿的研究-----李德干
- 15、祛瘀化痰法治疗男性功能异常-----皇甫予苏
- 16、氯氮平所致 ED78 例临床分析-----谢世松
- 17、早泄的中医药治疗-----杨汉辉 杨澎
- 18、阴茎延长手术前的心理评估-----周少虎
- 19、针药疗法治疗 ED-----张凤珍
- 20、应用负压适用装置治疗男子性功能障碍-----周少虎 梁瑞殿 宋任翔等
- 21、阳痿从瘀论治五法-----梁显标
- 22、我国古代道家的“性功夫”是最宝贵的性行为疗法-----
-----李勇峰 朱文玉 张春芳等
- 23、泄御丸治疗气阴两虚型早泄的临床观察-----张宗举
- 24、虫蛾枸菟散为主配合意疗治疗功能性勃起功能障碍 63 例-----林韶冰
- 25、自制辛香酊治疗早泄疗效观察-----黄鸿健 陈力宾
- 26、右归丸加味治疗阴茎勃起功能障碍的疗效观察-----朱锦祥
- 27、阴茎背神经部分阻断术治疗器质性早泄-----靳风烁 孙中义 江军等
- 28、中国早泄患者性功能评价表对早泄患者的多维评价-----
-----孙中义 靳风烁 江军等
- 29、肝益肾宁心法治疗功能性阳痿 84 例分析-----林韶冰

- 30、振痿胶囊合振痿灵治疗阳痿 416 例疗效观察----- 崔建华 王万江
- 31、王绍和先生用虫药治疗阳萎经验----- 王兆军
- 32、疏肝泻火补肾汤配合氯米帕明治疗早泄 84 例观察----- 周青山 周厚智
- 33、中药延时方治疗早泄 36 例初步观察----- 宋春生 郭军 王国忠等
- 34、早泄的中西医结合诊治进展----- 周智恒 陈磊
- 35、心理性勃起功能障碍发病机制及实验动物模型建立方法初探-----
----- 焦拥政 罗少波 国燕霞等

性传播疾病

- 1、综合疗法防止尖锐湿疣激光术后复发疗效观察----- 王斗训 刘锦志
- 2、中西医结合抗病毒免疫疗法治疗复发性尖锐湿疣临床疗效观察----- 何江
- 3、微波联合抗病毒治疗尖锐湿疣疗效观察----- 武宝通 王友宝 陈长宜等
- 4、中西医结合治疗淋病 174 例----- 刘保详 李荫昆
- 5、皮埋自体疣治疗尖锐湿疣----- 陆庆云
- 6、中药茶疗防止尖锐湿疣电灼后复发的临床观察----- 张培永
- 7、中西药对梅毒的临床治验----- 胡明元 李秀飞
- 8、98 例传染性软疣的诊治体会----- 王先军 王黎 李一明等
- 9、淋病临床诊治体会----- 黄如瑞
- 10、性病神经症的诊断与治疗----- 孙中义 靳风烁 贺占举等

其 他

- 1、Kallmann 综合症的诊断与鉴别诊断----- 郝丽君 崔英霞 王云华等
- 2、亚临床型精索静脉曲张的早期诊断----- 李启镛 薛恩生 蔡伟忠等
- 3、精囊内注射抗菌素溶液加服中药治疗血精症 26 例报告-----
----- 李淑琴 窦医平 王晓军等
- 4、尿道综合征的综合诊治----- 黄涛 梅雪峰 戴笛等
- 5、中医药治疗血精症近况----- 张强 黄凌 张力国
- 6、膀胱内子宫内膜异位症-----
- 7、雷公藤甲素的研究进展----- 沈思钰
- 8、阴茎根部包皮环切致伤口全部裂开坏死 4 例报告----- 郝怀德
- 9、乌梅丸加减治愈男科病举隅----- 顾文忠 顾勇刚
- 10、附睾汤治疗急性附睾炎后期疗效观察----- 路艺 苏东旭
- 11、男性肾虚诊治新进展----- 王亚杰 王栋林 王卫康 谢书姣
- 12、FTC2000 型荧光定量基因扩增仪与培养法及金标法检测衣原体、支原体、淋球菌各 100 例临床分析----- 邓荣进 杨为民 刘继红等
- 13、老年大鼠睾丸间质细胞结构和功能变化的实验研究-----

- 郭海彬 邓春华 刘建中
- 14、低强度激光对大鼠睾丸间质细胞的影响----- 郭海彬 邓春华 刘建中
- 15、土茯苓合剂治疗泌尿系感染 82 例----- 林拥仙
- 16、二六蒲紫汤治疗血清 34 例----- 吴锦发
- 17、慢性附睾炎的中医药治疗近况----- 黄凌
- 18、以“通”为法论治男科病----- 吴锦发
- 19、应用普理灵三合一疝修补装置治疗 38 例腹股沟疝疗效分析----- 杨亚生
- 20、桂枝加龙骨牡蛎汤治疗男科病举隅----- 许锐乾
- 21、龙胆泻肝汤男科临床应用举隅----- 陈适忠
- 22、加味少腹逐瘀汤治慢性附睾炎 56 例----- 邓平荟
- 23、酸草八正散加味治疗性病后尿道综合征 86 例观察----- 邓平荟
- 24、中药内服外洗治疗阴囊湿疹 55 例----- 邓平荟
- 25、龙骨薜荔山莓汤治疗遗精 36 例----- 邓平荟
- 26、血精症的中西医结合治疗----- 胡言雨 张旭 许志宏
- 27、黄精男科应用举隅----- 朱锦祥
- 28、男性更年期综合征辨证施治之我见----- 李岩津
- 29、精索静脉曲张中医气血辨证与甲皱微循环及血液流变学关系的研究-----
- 彭汉光 艾长征 邱荣元等
- 30、大鼠睾丸间质细胞的培养和鉴定----- 刘建中 郭海彬 邓春华等
- 31、中西医结合治疗阴茎硬结症的进展----- 张立国 熊辉 唐学会
- 32、静脉麻醉下包皮环切术 48 例体会-----

前列腺疾病

1、双囊四腔硅橡胶导管注药治疗慢性前列腺炎

程怀瑾① 缪廷杰② 马永江③ 吴阶平④

①中国福利会国际和平妇幼保健院(200030) ②复旦大学附属中山医院(200032)

③第二军医大学长海医院(200433) ④中国医学科学院(100730)

慢性前列腺炎为男性中青年常见多发病,约占泌尿科门诊病人的10%~15%左右。

1995年美国健康研究所(NIH)前列腺炎评价会上,将前列腺炎的分类作了修改,新分类为四类五项:

美国健康研究所(NIH)前列腺炎综合征的分类

- | | |
|--|-----------------|
| I类 急性细菌性前列腺炎 | 急性前列腺感染 |
| II类 慢性细菌性前列腺炎 | 复发性前列腺感染 |
| III类 慢性非细菌性前列腺炎 (慢性盆腔疼痛综合征 CPPS, 没有细菌感染证据) | |
| IIIA 炎性慢性盆腔疼痛综合征 | 精液/EPS/VB3 有白细胞 |
| IIIB 非炎性慢性盆腔疼痛综合征 | 精液/EPS/VB3 无白细胞 |

IV类 无症状炎性前列腺炎 没有前列腺炎症状,但前列腺液有明确的细菌感染的证据

1954年以来,国内外学者对应用各种方法治疗本病,作了大量深入而细致的研究,但由于药物难以穿过前列腺上皮脂膜层进入前列腺体内,故效果不佳。为此我们设计双囊四腔导管直接注药至前列腺腺体内,使局部药物浓度提高,自1982~1994年共治疗效千例,疗效满意,其中资料完整者109例,现报告如下。

1、导管结构

导管长40cm,直径0.46cm,采用对组织无刺激的硅橡胶制成。导管前端有一长2.5cm、直径0.6cm硅胶囊,其后7cm处有一长1.5cm、直径0.2cm的硅胶囊(二囊各有一腔通入)。男性尿道前列腺部长3cm,膀胱颈至尿道膜部约4cm,内有输精管、前列腺腺管开口处、尿道嵴隐窝等结构。局麻下,将消毒的双囊四腔导管慢慢插入膀胱,前囊充水8~10ml,向外拉紧导管后,可堵住膀胱颈,后囊充水3ml,于膀胱颈外7cm处堵住后尿道,使两气囊间的前列腺尿道部成一闭合腔。经第三腔(注药管腔)注入配制药液,闭合腔内压力增高后,药液即逐步进入腺体,被腺体吸收而发挥治疗作用。第四腔为通管尖的孔,引流膀胱尿液至体外。

2、病例选择标准:

(1) 临床症状显著,病史典型,长期顽固的慢性细菌性及白色念珠菌性前列腺炎。

(2) 按Meare法,明确前列腺炎的诊断 方法为收集最初尿液10ml(VB₁),再排20ml尿液,之后收集中段尿10ml(VB₂),然后作前列腺按摩,收集前列腺液(EPS)后再排尿10ml(VB₃)。以上尿液及前列腺液作细菌培养及药敏试验,并在高倍镜下检查白细胞。当EPS和VB₃内的白细胞数或菌落计数大于VB₁,细菌培养阳性,计数大于5000/ml时,符合慢性细菌性前列腺炎的诊断。

本组109例的前列腺液内白细胞计数大于10/HP,VB₂内白细胞数大于VB₁,细菌培养均阳性(均>5000/ml),其中一般细菌培养采用普通血平板培养“h,疑有白色念珠菌的病人采用酸性沙保罗培养基,培养7天,前列腺液和VB₃的菌数大于VB₁。

3、药液的配制及疗程

本组慢性细菌性及白色念珠菌性前列腺炎,对前列腺液培养物呈高度敏感的抗生素如下:本组慢性细菌性及白色念珠菌性前列腺炎,前列腺培养呈高度敏感的抗生素如下:卡那霉素(17例),左氧氟沙星(31例),先锋霉素VI号(28例),庆大霉素(10例),氟康唑(8例),氨苄青霉素(6例),氯霉素(5例),红霉素(4例)。

药物选择敏感的抗生素注射剂配成药液 30-40ml, 加地塞米松 10mg 混合而成。其浓度根据病人治疗后的疗效情况而改变(其中卡那霉素 50 万单位, 先锋霉素 VI 0.5g, 庆大霉素为 16 万单位, 左氧氟沙星 200-400mg, 氟康唑 20mg)。对白色念珠菌性前列腺炎病人选用氟康唑 20mg。我们认为, 每 3-4d 治疗 1 次, 每 8~10 次为一疗程, 每次治疗时, 导管留置尿道 40-45min, 疗效最为满意。

4、方法

病人取仰卧位, 1%利多卡因 3ml 作尿道内麻醉, 将蘸有灭菌石蜡油的消毒导管慢慢插入膀胱, 前气囊充入 8-10ml 无菌液体后, 向外拉紧导管, 并在尿道外口用绳带固定该管。随后注水 3ml 至后气囊, 以阻住后尿道。然后将配制的药液由注药管腔内缓慢注入, 一般首次 7-8ml (当病人有尿道内胀感或测尿道内压力大于 24cmH₂O 停止注入)。注药后用血管钳夹住注液管, 以保持膀胱颈和后尿道的两气囊间形成闭塞性腔, 此时使药液逐步进入前列腺体内, 发挥治疗作用。注药管腔用小钳夹住, 每 10 分钟开放 1 次, 视管腔内是否有足够的压力。若压力不够, 应继续注入药液, 以保持管腔内压力。

5、注药导管治疗作用机理探讨

2 例自愿病人, 于插管后药液内加入 70%泛影钠 15ml, 将混合液一同注入, 随后作 X 摄片, 表明前列腺显影, 提示药物进入腺体。6 例应用卡那霉素病人, 完成插管治疗后, 每 2 小时分别排尿, 随后采用管碟法作尿内卡那霉素含量测定, 直到尿内卡那霉素含量少于 10U/ml (>20U/ml 为有效抑菌浓度)后, 再于治疗后 4-8 小时 h 内取前列腺按摩液测定药物含量, 均大于 20U/ml, 其中 2 例>40U/ml, 表明腺体内药物浓度高于尿内浓度。

6、疗效标准

痊愈: 临床症状消失, 前列腺体压痛消失, 前列腺液内的白细胞<10/HP, 细菌培养由阳性转阴 2 次以上。好转: 临床症状减轻或消失, 前列腺液内白细胞 10-20/HP, 细菌计数明显减少。无效: 临床症状无改善, 前列腺液内白细胞和细菌计数无明显减少。

7、临床资料

病人平均年龄 36.5 岁, 平均病程 6.2(1-18)年, 病史 5 年以上者占 48.6%。治疗结果表明, 病史愈短, 所需治疗次数愈少。病史 1 年以内者平均治疗 5.6 次, 病史 5 年以上者平均治疗 8.9 次。

细菌培养中, 72 例白色葡萄球菌(27000-100000/ml)平均治疗 3.8 次后, 其中 85%转阴。23 例大肠杆菌(10000-50000/ml)平均治疗 3.2 次后细菌培养转阴。此外, 甲型链球菌, 白色葡萄球菌混合感染 6 例(其中凝固酶阳性葡萄球菌 3 例), 1 例治疗 3 次后细菌培养转阴, 2 例未能转阴。本组慢性细菌性前列腺炎采用本法治疗后, 细菌培养连续 2 次阴性者占 87%。101 例中痊愈 51 例, 好转 26 例, 无效 24 例。其中 2 例为葡萄球菌, 大肠杆菌混合感染。另 8 例有白色念珠菌生长, 经应用氟康唑注药治疗后, 痊愈 6 例, 无效 2 例。

一般以 8-10 次治疗为一疗程, 每 3 天治疗 1 次, 治疗前必须作前列腺按摩, 以利腺体内液体排出, 同时管道畅通, 有利于注药时药物吸收。

8、体会

应用本导管治疗慢性细菌性和白色念珠菌性前列腺炎, 治愈及好转者占 76%, 证明本法设计及用药途径合理, 药物能进入腺体内, 故受到临床欢迎。治疗前应检查有无尿道外口狭窄及包茎, 若有应作矫正治疗。对有尿道炎者, 必须治疗尿道炎后方可插管治疗。治疗过程中, 有时注药 1~2 次后, 前列腺液内白细胞较治疗前增高, 而病人症状明显改善。前列腺液内白细胞暂时升高, 可能因前列腺管腔及开口处炎症经治疗得到控制和改善, 腺体内淤积之脓细胞排出之故。采用该法治疗同时, 药液也可从射精管口注入精囊腺, 治愈精囊腺的病变。本组 12 例因患精囊腺炎产生血精, 治疗后血精消失。32 例因患慢性前列腺炎导致不育病人中, 12 例经治疗后获得生育。作者另有一项 106 例已婚男性前列腺液及精液常规前瞻性研究表明, 精子活力下降与前列腺内白细胞增加有一定的关系, 但由于无明显的临床症状, 前列腺炎的诊断常常被忽略。

9 注意事项

必须明确疾病诊断; 必须在严密无菌条件下进行; 术前必须检查导管内四腔管是否通畅以及气囊有无漏气; 治疗中操作需仔细, 牵拉导管时不应用力过度, 以免气囊破裂及膀胱

颈部损伤；治疗期避免体力劳动、饮酒，减少性生活，以免腺体充血。

上述资料表明，该方法为治疗慢性细菌性前列腺炎的一种选择方法。本治疗方法应用至2004年12月，共治疗病人12万人次，治疗效果满意，受到普遍欢迎。

2、前列腺注射疗法在治疗慢性前列腺炎中的现状和应用前景

吴阶平医学基金会科技部科研协作 PMS 项目专家委员会委员 原 勤

概 述

慢性前列腺炎由于其病因多样、病理复杂、症状繁多、治疗棘手，容易反复，迄今为止仍是泌尿科或男科的一大难题；临床实际的情况是采取口服、肌注、静脉滴注等给药方式常规给予相应药物治疗后，见效多不难，但难以有效维持，复发率高，这是引起医学界关注的一个主要原因。

前列腺局部注射疗法慢性前列腺炎常规治疗中的一种特殊的治疗方法，一方面通过前列腺局部注射治疗，其临床疗效远比常规方式用药显著和稳定的多，且治愈率也得以较大的提高；另一方面也因局部注射可能产生的出血、感染、纤维化或增生结节等并发症而使临床一部分医生产生顾虑；那么，前列腺注射在前列腺炎的治疗中到底处于什么样的地位？采用注射后的疗效到底怎样？出血、纤维化等相关并发症容易产生吗？现就这些问题进行分析探讨。

一、药物进入前列腺需要哪些条件？

我们都知道，临床上应用抗生素治疗慢性前列腺炎往往效果不十分理想，其中一个主要原因就是药物在前列腺组织里的吸收问题，这样我们选择抗生素，首先应了解抗生素进入前列腺组织需要的几个条件。

(1)前列腺上皮的脂膜特性：前列腺中含有大量的脂质，脂溶性大的药物易透入前列腺组织中，而水溶性大的药物则较难透入。

(2)血浆蛋白相结合率：与血浆蛋白相结合的药物不能透过前列腺上皮，只有游离的药物才可扩散进入前列腺中去，所以药物与血浆蛋白结合率不能过高。

(3)药物本身的化学特性，属弱碱性还是弱酸性。

(4)药物在血浆中的电离状况，也就是说，酸性药物在碱性 pH 中离解度大，而碱性药物在酸性 pH 中离解度大。

(5)前列腺液的 pH 值：药物的离子化对组织渗透十分重要，即使在脂溶性良好条件下，药物也只能以非离子化的状态进入前列腺。当抗菌药物通过组织渗透进入前列腺后，则希望变成离子状态而聚积于前列腺，不再回渗血液。这样就可使前列腺部位药物浓度增加。药物的离子化不仅取决于药物的解离常数 PK_a ，还取决于周围环境的 pH 值。由于血浆 pH 与前列腺液中 pH 值不同，存在 pH 值梯度，故可利用这一差别，使抗菌药物在前列腺环境中达到较高浓度。

从以上几个方面的叙述可以看出，抗生素进入前列腺而要发挥作用所受到的限制条件很多，满足一个或两个条件可以做到，临床实践中却难以满足所有的条件，从而导致这些生理或病理状况的持续存在，成为口服、静脉等用药治疗前列腺疾病疗效不理想的最主要的影响因素。

二、科学认识前列腺注射疗法

(一) 前列腺注射历史的演变：

1、腐蚀剂阶段：时间：1894年～1936年；这一阶段，欧洲一些国家的外科医生对前列腺增生明显的患者（特别是前列腺肿大明显，排尿困难症状严重）采用石炭酸对前列腺进行直接的注射治疗，目的是腐蚀、破坏增生的前列腺组织，使其坏死、脱落，从而减少尿道压迫，改善症状；虽有一定疗效，但显而易见的也是并发症难以控制，特别是出血、感染等，临床上应用了较短的时间就被摒弃。

2、抗生素阶段：时间：1932年～1970代末；1927年英国人弗莱明发明青霉素后，到1932年正式应用于临床，感染性疾病的治疗进入到一个崭新的阶段，尤其是人工合成和半

合成的抗生素的不断出现,临床上对前列腺增生合并炎症或慢性前列腺炎的治疗进入了疗效确切治愈高的阶段;可随着基础医学、解剖生理对前列腺研究的深入,前列腺组织细胞微环境本身对药物吸收利用的阻碍愈加明显,细菌的耐药性不断增加,因此单纯适用化学药物包括抗生素的状况逐步减弱。

3、中西医结合阶段:时间:1980代至今;上个世纪70年代到80年代,传统中医学得到了极大的发展和推陈出新,特别是对临床上较难治疗的一些疾病包括前列腺疾病,均尝试采用中西医结合的方法来加以治疗,其中采用具有活血化瘀的中药进行前列腺局部注射来治疗前列腺增生和慢性前列腺炎,获得了满意的疗效;这个时期,是前列腺注射疗法发展最快也是效果最突出的一个时期,通过中西药物的混合注射,确实消除和改善了前列腺疾病患者多年不愈或反复发作的症状体征,受到了较好的临床效果,也得到学术界的肯定和好评;可是注射方法五花八门,操作规程不规范,针具长短粗细不统一,多部位多点注射途径、使用的药物也是多种多样,引起疗效不稳定,出血等并发症也时有发生,加之病理学的观察,发现前列腺有纤维化的可能性,因此,导致前列腺注射治疗走入低谷,一度受到学术界的质疑。

(二)前列腺注射治疗在临床上的应用虽然已经有一百多年的历史,但真正用于临床还是在抗生素发明后开始的;可单纯使用抗生素进行前列腺注射治疗在临床上也容易带来两个弊端,一个是致病微生物的耐药性产生,另一个是抗生素作为化学药物进入前列腺后可能产生的化学性质改变,出现析出、沉淀,可能引起前列腺组织纤维化;因此解决并克服前列腺注射治疗可能产生相关并发症对这一治疗方法的发展和推广应用具有重要意义。

三、前列腺注射解决了哪些问题:

实际上,前列腺注射治疗需要解决的两大问题,一是最大限度的促使药物吸收和利用,发挥药物的最佳治疗作用;二是最大限度的降低局部注射可能产生的各种并发症;

虽然现代医学的发展给我们带来了多种治疗方法或药物的选择,但慢性前列腺炎的治疗现状,迄今为止仍是泌尿专科的一大难题,除了病因病理、临床症状复杂多样以外,其中首当其冲的就是怎样提高药物在前列腺内的高效吸收和利用;注射疗法治疗前列腺增生症已有近百年的历史,总有效率(尿潴留消失、排尿症状好转、尿线变粗)可达90%以上;目前所了解到的国家药品标准中唯一被指定用于前列腺注射的药物川参通注射液,就具有这样的临床疗效;它是一种纯中药注射制剂,其动物实验研究中反复证实,前列腺注射治疗后,腺体肉眼观察无明显改变,组织病理学检查亦无明显坏死及纤维化,经取活组织在电镜下观察未发现局部坏死,这说明该药品的临床应用从根本上打消了药物注射可能产生纤维化的临床难题;表明该药品采取注射治疗非常安全,而且还有以下几大优点:

- 1、病变组织获得的药物浓度高,直接吸收利用;
- 2、在微环境下,药物降解慢,稳定性比较好,作用维持长;
- 3、疗效确切、稳定、持久,不宜反复或反跳;

前列腺疾病的临床治疗经验告诉我们:除了把握好诊断外,药物的疗效和给药的途径是相辅相成的两个不可或缺的重要条件。前列腺炎临床疗效不佳,其中药物吸收差和病变组织不能达到有效治疗浓度是两个最主要的原因,而这个原因的产生就是用药方法或给药途径的选择所决定的,这也是医药界专家学者在前列腺疾病的治疗方法学中所一致公认的观点。这就是为什么“川参通注射液”选择了经会阴部前列腺局部注射的用药方式来治疗前列腺疾病,尤其是治疗慢性前列腺炎的理论基础。

虽然前列腺注射疗法在药物疗法中有其使用上不便的一面,但它的独特性和优势性,在用于难治性顽固性慢性前列腺炎的治疗中是很有价值、值得推广的方法。

前列腺注射治疗的理论基础

前列腺注射疗法在治疗前列腺疾病特别是炎症方面已被证明是有确切疗效的一种临床治疗方法,但在临床上也存在一定争议,其中一个主要原因就是可能出现一些并发症;为什么在临床上不易被医务人员所接受?前列腺注射治疗到底能不能解决传统药物治疗中存在的吸收差、浓度低、疗效弱的难题?中药注射制剂“川参通注射液”到底疗效怎样?到底能

否最大程度地减少注射治疗所引起的并发症？下面就从三个方面加以分析：

一、病原学分析：

抗感染治疗是临床治疗慢性前列腺炎的主要方法，以口服、肌肉、静脉注射给药为主，这是全身给药的方式；要彻底控制慢性前列腺炎，临床上必须满足三项基本要求：①病原学检查无菌；②患者症状消失或显著缓解；③实验室常规检查无异常发现。可临床上影响药物疗效的因素较多：

1、由于抗生素的离子化作用和蛋白质的粘附性质，大多数抗生素在以口服、肌内或静脉注射给药时常不能有效进入前列腺内；虽然在前列腺发生急性炎症时可允许某些抗生素进入前列腺内，然而正常前列腺以及慢性炎症的前列腺却具有明显的阻止抗菌药物进入的屏障作用，导致绝大多数由前列腺外途径给予的抗菌药物均不能进入前列腺内，即使某些抗生素能够进入前列腺，但在临床上却达不到足以抑制或杀灭引起慢性前列腺炎的细菌的浓度。

2、导致慢性前列腺炎的细菌往往有二个特点：

①细菌的耐药性：通常以抗菌药物浓度或抗菌药物常用剂量在血清中的浓度与该抗菌药物对细菌的最小抑菌浓度（MIC）的关系来确定。如果某种抗菌药物的治疗浓度大于其对某种细菌的 MIC，即表示该细菌对此抗菌药物敏感，反之则表示该细菌对此抗菌药物耐药。

②细菌耐药性的扩散：各种细菌都能对任何一种或多种抗菌药物形成耐药性，而任何细菌的耐药性也都能够在同种或异种细菌中扩散，这是抗菌药物能够诱导细菌发生细胞壁缺陷造成细菌形成耐药性的机制之一；加上抗菌药物的不规范使用或滥用，不但能筛选出耐药菌株，而且还能加重细菌耐药性的程度和促进细菌耐药性形成与扩散的速度。

综上所述，常规给药途径中的口服、肌内、静脉注射等给药均难以达到前列腺内有效的治疗浓度，即使药物浓度达到，也因细菌的耐药性或扩散性造成临床治愈的难度加大，这是“川参通注射液”临床应用途径中考虑的最基本的因素，即药物获得最大吸收浓度以及利用中药制剂不易产生细菌耐药性这一特性而选择局部注射治疗、提高临床治愈率的最主要原因。

二、药理学分析：

抗生素的前列腺局部注射对细菌性前列腺炎的治疗作用是肯定的，但从泌尿外科、男科等临床上的统计可以看出，绝大部分前列腺炎患者都是非细菌性慢性前列腺炎，这个时候单纯使用抗生素作前列腺的局部注射只会增加化学药物的不稳定性和结晶析出，还会导致细菌的耐药；因此传统中药的优势在这方面就凸现出良好的治疗作用，一是有效成分的完全吸收利用，不会产生蓄积沉淀；二是药物极少不良反应，细菌对中药不会产生耐药性；

川参通注射液的临床应用采取前列腺局部注射的方式，解决了给药途径中药物难以进入前列腺达到有效治疗浓度的难题，但如果该药本身药理、疗效作用不确切，也难以达到良好的治疗效果。“川参通注射液”是一种经过药理药效、临床治疗反复验证的具有确切疗效的纯中药注射制剂，通过试验和临床观察发现，具有以下药理作用：

1、川参通注射液是一种中药复方制剂，其中最主要的成分是丹参中的丹参素、丹酚酸 A、B、C 以及原儿茶醛等多种多样的复杂成分，而中药制剂尤其是复方中药制剂产生疗效的物质基础就是其成分的多样性和复杂性；因此在动物实验和临床治疗中观察，发现该药具有对抗睾酮向双氢睾酮转化的生化过程，从而抑制双氢睾酮在良性前列腺增生中所起的促进作用，类似于 5 α -还原酶抑制剂治疗良性前列腺增生症的药理作用；同时该药通过改善局部上皮组织血液循环，促进细胞的新陈代谢功能，使前列腺上皮组织中的高柱状上皮细胞转变为扁平状或矮柱状的上皮细胞，前列腺腺体软化、缩小，达到改善或消除临床症状的治疗目的；病理学切片还证实，前列腺组织没有产生新的结节或纤维化。

2、川参通注射液除具有抗炎消肿作用外，还有一个特性，即该药与抗生素配伍后，其抑菌杀菌作用明显增强，具有显著的协同和增效作用，并明显降低抗生素的 MIC 和 MBC，避免了单纯使用抗生素所带来的耐药性产生、药物沉淀析出、结节形成或纤维化的不良后果。

三、治疗学分析：

前列腺局部注射治疗前列腺疾病之所以未能推广或得到广大医务人员的普遍认可或接受，原因是多方面的，但归纳起来主要有三点：

1、尚没有一种具有“国家标准”的前列腺局部使用药物；临床选择局部注射治疗时因

无专门药物可用而导致药物选择混乱,而且又多是选择抗生素致细菌耐药性增多和扩散,医务人员对注射治疗效果的优劣也难以观察和判定;

2、缺乏统一的用于前列腺注射治疗的注射针具;个别医务人员甚至还使用带芯的腰穿针等用于前列腺注射,难免造成损伤或出血等,也是临床应用难以接受或推广的主要原因。

3、对注射治疗可能产生并发症的担忧;如对可能产生的出血、感染甚或前列腺纤维化等一些并发症的顾虑,

川参通注射液的临床应用,逐步消除了医务人员以上的顾虑,特别是在安全性方面的验证,得到了临床上普遍的认可;从临床应用实践看,只要严格按照前列腺注射的操作规程进行,安全性事件的发生已降到最低,这其中有一个关键因素就是注射针具的改进,与“川参通注射液”配套应用所研制的注射针是一次性前列腺专用无损伤注射针,该针长度适宜、针类锐利、针体纤细、钢性适中,完全克服了过去使用的穿刺针长短不一,粗细不均,反复使用的缺陷,避免了出血、疼痛等并发症的发生;同时,明确了注射途径,即采用经会阴部的前列腺注射途径,其解剖位置离前列腺最近,毗邻关系清晰,无特殊的神经或血管,因此注射时能最大限度降低并发症的产生,解决了医务人员临床应用过程中十分关切的“并发症”问题,也为患者的用药安全带来了极大的保障,经临床数万病例应用验证,疗效确切,应用简便,无并发症产生。

川参通注射液解决了前列腺疾病治疗中的哪些问题?

采取前列腺局部注射方法治疗慢性前列腺炎和良性前列腺增生症,是对前列腺疾病治疗方法或手段的完善和补充,是治疗前列腺疾病的有效方法之一。作为国家二类新药,“川参通注射液”是当前国家全部药品标准中唯一在用法上被指定用于前列腺局部注射的纯中药制剂,填补了该用药领域里的国内空白,为前列腺疾病的临床用药解决了以下问题:

1、药物吸收问题:由于采用局部注射,解决了口服、直肠、尿道灌注、皮肤渗透等用药方式易产生的药物吸收差、组织浓度低、临床疗效差的难题;

2、疗效保障问题:由于川参通注射液独特的药理作用机制,前列腺上皮和间质细胞能获得极大的激活,抗病力增强,修复病变组织,消除症状,改善和提高生活质量。

3、配伍用药问题:与敏感抗生素联合配伍使用,解决了单纯使用抗生素局部注射易产生细菌耐药性、病情易反复发作、易产生沉淀、结节或纤维化的难题;

4、注射安全问题:为川参通局部注射配套使用的穿刺针是相关医疗设备企业与医务人员共同研制开发的“前列腺专用一次性无损伤注射针”,充分解决了川参通注射液在临床推广应用,医务人员十分关切的出血、疼痛、感染及纤维化的问题,也为患者的用药安全带来了极大的保障,可以说,传统前列腺注射疗法的弊端由于川参通注射液的研发和应用,使医务人员得以重新认识和掌握,为前列腺疾病的临床治疗增加了中西医结合的新的应用途径。

综上所述,前列腺注射在慢性前列腺炎和良性前列腺增生症的药物治中已是被临床应用所确认的有效方法,现在又有了国家标准的药品,只要诊断明确,把握病情,掌握好适应症,并严格操作规程,相信前列腺注射治疗这一传统而又不断创新改进的方法一定会得以逐步普及并推广应用的。

3、慢性前列腺炎患者前列腺液 ROS 表达变化及意义

福建省人民医院男科(350004)

张敏建 翟芳同 于开源 刘锦志 谭育红 史亚磊 郑胜 程宛均

福建省人民医院中心实验室(350004) 陈康

我们近年来对87例慢性前列腺炎患者前列腺液中活性氧(Reactive Oxygen Species, ROS)水平进行检测,分析其与慢性前列腺炎类型、EPS中卵磷脂小体及白细胞计数的相关关系。现报告如下:

材料和方法

一、临床资料

患者皆来自门诊,病程 ≥ 3 个月,按照美国健康研究院(NIH)分类标准,通过EPS常规检查,前列腺按摩前后尿样细菌培养及白细胞(WBC)计数检测(PPMT),抽取II型前列腺炎10例,年龄22~47岁,平均年龄 31 ± 9.55 岁;IIIA型前列腺炎患者30例,年龄23~50岁,平均 35.5 ± 11.12 岁;IIIB型前列腺炎患者30例,年龄23~49岁,平均年龄 30.5 ± 10.12 岁;病程均3个月以上。从不育症患者中抽取IV型前列腺炎患者17例,年龄23~45岁,平均年龄 32.0 ± 9.12 岁。另抽取26例健康志愿者,作为正常健康对照组,年龄23~44岁,平均年龄 31.0 ± 11.23 岁。要求所有研究对象禁欲2~5天并停用抗生素等药物2周。各组排除:精囊腺炎;不明原因血精;急性慢性附睾睾丸炎;良性前列腺增生、前列腺癌、尿道狭窄、间质性膀胱炎、膀胱肿瘤、神经源性膀胱等疾病;心、脑血管、肝、肾、呼吸系统、消化系统、造血系统等严重疾病;精神病;严重神经症;过敏体质或有过敏史;怀疑或确有酒精、药物滥用病史等。

二、试验方法:ROS检测,用显色法检测。前列腺按摩法获得EPS $100 \mu\text{l}$ 加入 $100 \mu\text{l}$ 生理盐水做2倍稀释,将 0.2ml 已稀释好的样本加入新配制应用液和反应试剂,混匀, 37°C 反应1分钟,立即加入显色剂终止反应。混匀,室温放置20分钟后, 1cm 光径, 550nm 波长以蒸馏水调零,用分光光度计测吸光度值,同时做标准空白管、标准管和对照管。

三、统计学方法:应用Stata4.0统计学软件包,数据用 $\bar{X} \pm \text{SD}$ 表示,用单因素方差分析和简单相关分析。

结果

各组ROS值比较结果:II型组、IIIA型组、IIIB型组、IV型组、正常对照组的ROS的水平变化呈现从高到低的变化规律。其中II型与III型之间比较 $P=0.002 < 0.01$,有非常显著的差异;IIIA型与IV型之间的ROS值有非常显著的差异($P=0.0001 < 0.01$);IIIB型与IV型之间的ROS值有显著差异($P=0.030 < 0.05$);IV型与正常对照组之间的ROS值有显著的差异($P=0.015 < 0.05$)。而IIIA型组与IIIB型组组间ROS值无显著差异($P=0.058 > 0.05$)详见附表。

附表: 各型前列腺炎和正常对照组EPS中的ROS水平比较($\bar{X} \pm \text{SD}$)

Groups	n (例)	ROS (u/ml)
II型	10	233.14 ± 56.10
IIIA型	30	180.51 ± 70.72
IIIB型	30	156.85 ± 38.98
IV型	17	124.94 ± 34.12
正常对照	26	87.98 ± 26.32

ROS表达与EPS中WBC计数变化:按WBC数多少分为四组:0~9个/HP组56例,ROS为 $124.87 \pm 48.14 \text{ u/ml}$;10~19个/HP组12例,ROS为 $156.41 \pm 51.65 \text{ u/ml}$;20~49个/HP组20例,ROS为 $157.82 \pm 60.23 \text{ u/ml}$;50个以上/HP组15例,ROS为 $165.14 \pm 84.35 \text{ u/ml}$ 。差异性检验结果发现各组之间ROS值有显著差异($F=3.226$, $P=0.026 < 0.05$)。各组WBC数与ROS值呈正相关性($r=0.282$, $P=0.004 < 0.01$)。

ROS表达与卵磷脂小体含量的变化:按EPS中卵磷脂小体含量分为四组:++组13例,ROS值为 $158.30 \pm 74.95 \text{ u/ml}$;+++组28例,ROS值为 $163.84 \pm 55.46 \text{ u/ml}$;++++组37例,ROS值为 $147.18 \pm 54.85 \text{ u/ml}$;+++++组25例,ROS值为 $97.65 \pm 36.08 \text{ u/ml}$ 。差异性检验结果发现各组之间ROS值有非常显著的差异($F=7.608$, $P=0.000 < 0.01$)。各组卵磷脂小体含量与ROS值呈负相关性($r=-0.369$, $P=0.000 < 0.01$)。

讨论

在正常情况下,机体的氧自由基产生、利用、清除三者处于动态平衡,各种生理过程就可正常有序的进行。当生物机体受到环境因素或营养条件制约,其生成氧自由基的量增加或清除氧自由基的能力减弱,机体即进入氧化应激状态,这时机体的结构和功能就会受到过氧化损害,可以造成细胞蛋白质、DNA、细胞膜以及细胞器的脂质过氧化损伤。有资料表明,在慢性前列腺炎患者确实存在氧化应激作用增强的生物化学和分子生物学证据,Pasquillo等发现无论精液内的WBC是否增多,慢性前列腺炎或前列腺痛患者的精液的氧

化应激作用都明显增强,表现为过度产生 ROS, Shahed 等也发现慢性前列腺炎患者 EPS 内存在氧化应激作用增强的现象。提示 ROS 参与前列腺炎的发生与发展,其可能导致前列腺组织的瘀血、缺氧、水肿、变性、纤维化。因此进一步探讨 EPS 中 ROS 水平变化与慢性前列腺炎的相关关系有重要意义。

本研究结果发现慢性前列腺炎患者 EPS 中 ROS 值明显高于正常人,且 II 型组、III 型组、IV 型组、正常对照组的 ROS 的水平变化呈现从高到低的变化规律,各组两两比较皆有非常显著的差异 ($P < 0.01$)。目前以 WBC 计数区分慢性前列腺炎类型的临床实用性受到质疑,在临床上用以区分慢性前列腺炎/慢性盆腔疼痛综合征 (CP/CPPS) 中无炎症的情况有效性不高,仅提供少许有用的临床信息,从而提示除 WBC 和细菌的因素外,还有其他引起 CP/CPPS 症状的因素存在。本课题提示 ROS 与慢性前列腺炎发生发展有关,并可能区分不同类型的前列腺炎,为临床诊断前列腺炎提供新的客观的参考依据之一。慢性前列腺炎诊断主要依靠临床表现和 EPS 改变,但症状严重程度与前列腺病理改变及 EPS 的 WBC 和细菌数往往不呈正比。本课题研究也提示 ROS 值与 EPS 中 WBC 数呈正相关性,但差异性检验结果告诉我们,ROS 值与 WBC 的含量的变化有差异但不显著,提示 EPS 中 ROS 的表达与 EPS 中 WBC 数的变化比较可能更具客观性,更符合目前临床实际,但与 EPS 中 WBC 的检测相比,检测 EPS 中 ROS 对临床医生取样要求相对较高,要求按压前列腺力度均匀适度,指腹接触面积尽可能大,按压排出的 EPS 量应 $> 100 \mu l$ 以上方能符合标本检测量的基本要求。因为前列腺液量的问题我们不能同时再测量总抗氧化能力 (total antioxidant capacity, TAC), 值得我们进一步去研究探索。

以往认为卵磷脂小体的减少较能客观反映前列腺炎症的程度,本课题研究还发现, EPS 中 ROS 表达与卵磷脂小体含量呈负相关性,卵磷脂小体减少则 ROS 增多,差异性检验发现不同的卵磷脂小体含量的变化与 ROS 变化有十分显著性差异,提示 ROS 也较好的体现了这一指标的变化,为客观定量分析前列腺炎症程度提供了更好的指标。

4、清热活血汤治疗慢性非细菌性前列腺炎 80 例

上海中医药大学附属龙华医院泌尿科 陈磊 夏卫平 周智恒

慢性前列腺炎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,其病程较为迁延,容易复发,严重地影响青壮年的身心健康。上海中医药大学附属龙华医院泌尿科于 2004 年 8 月 2005 年 4 月,运用清热活血汤治疗慢性非细菌性前列腺炎 80 例,取得了良好疗效,现小结如下:

一般资料:

1. 病例来源: 本组 80 例病例,均为门诊病例。已婚 52 例,未婚 28 例。年龄 20~50 岁,平均 36.50 ± 9.25 岁。病程 6~72 月,平均 26.55 ± 21.46 月。曾接受各项治疗 54 例。

2. 诊断标准: 参见《中药新药临床研究指导原则》^[1]

(1) 症状: 小便频急、尿道涩痛、尿后余沥、尿后滴白、会阴不适、腰骶疼痛等。(2) 肛诊: 前列腺表面不平或不对称,可触及不规则的炎性硬结,并有压痛。(3) 前列腺液 (EPS) 检查: WBC > 10 个/高倍视野,卵磷脂小体减少。(4) 前列腺液细菌培养阴性。

疗效判定:

1. 症状及实验室检查评分标准

项目	正常 (分)	偶有 (分)	时有 (分)	经常有 (分)
小便频急	0	1	2	3
尿道涩痛	0	1	2	3
尿后余沥	0	1	2	3
尿后滴白	0	1	2	3

少腹疼痛	0	1	2	3	
会阴不适	0	1	2	3	
腰骶疼痛	0	1	2	3	
前列腺触诊	0	1	1	1	
前列腺液	< 10	10-19(+)	20-29(++)	30-39(+++)	>40(++++)
白细胞	0	2	4	6	8

疗效判定标准:1、临床治愈:证候、体征及 EPS 较治疗前评分减少 90%以上, EPS: 白细胞连续 2 次以上正常。2、显效:证候、体征及 EPS 较治疗前评分减少 60%-89%, EPS: 白细胞较前减少 1/2。3、有效:证候、体征及 EPS 较治疗前评分减少 30%-59%, EPS: 白细胞较前改善。4、无效:证候、体征及 EPS 较治疗前评分减少 30%以下, EPS: 白细胞无改善。

统计方法:均数采用均数±方差, 征候治疗前后用 t 值, 级差数值用 Ridit。

治疗方法:基本方:大火草 20g, 野菊花 15g、黄柏 15g、泽兰 12g、丹参 15g、王不留行 12g、肾虚络阻:加炙黄芪 15g, 淫羊藿 15g, 鸡血藤 30g, 菟丝子 15g; 湿热夹瘀:加柴胡 9g, 丹皮 12g, 赤芍 10g, 鹿含草 24g。

每日 1 帖, 1 个月为 1 疗程, 治疗期间停服一切与治疗前列腺炎相关药物。

结果

1、疗效

表 1 疗效比较 例(%)

例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总显效率	总有效率
80	17 (21.25)	18 (22.50)	26 (32.50)	19 (23.75)	35 (43.75)	47 (76.25)

2、中医证候比较

表 2 中医证候比较 ($\bar{X} \pm SD$ 分)

症状	小便频急	尿道涩痛	尿道余沥	尿后滴白	小腹疼痛	会阴不适	腰骶疼痛
疗前	1.03±0.87	0.48±0.69	1.48±0.68	1.56±0.74	1.13±0.97	1.83±0.68	0.62±0.57
疗后	0.48±0.66	0.13±0.37	0.82±0.68	0.79±0.67	0.56±0.77	0.84±0.83	0.18±0.35

分析:对改善临床症状均有显著改善 ($P < 0.01$)。

3、前列腺液白细胞变化比较

表 3 前列腺液白细胞变化比较 (例)

	总例数	< 10	10-	20-	30-	40-
疗前	80	0	16	26	21	17
疗后	80	34	21	12	8	5

分析:治疗前后 $H=6.53$, $P < 0.01$ 。

讨论:

主方由大火草、黄柏、泽兰、丹参组成, 具有清热解毒、活血化瘀的功效, 主治慢性前列腺炎证属湿热瘀阻所致的征候。前列腺的慢性炎症可属“淋浊”、“淋症”、“精浊”范畴, 张介宾在《景岳全书》中说:“有浊在精者, 必有相火妄动淫欲逆精以致精离其位, 不能闭藏。则源流相继, 淫溢而下, 热移膀胱则若溺孔涩痛, 精浊并至, 此皆白浊之因也。”同时, 祖国医学认为“久病必瘀”, 现代中医研究也证实慢性前列腺炎与“血瘀”关系密切, 前列腺的局部炎症反应, 可造成局部的微循环障碍, 微血管通透性增高, 血流缓慢淤滞, 慢性前列腺炎患者红细胞压积、全血比粘度、血浆比粘度、全血还原比粘度均增加, 符合中医“久病入络”, “久病必瘀”的理论。腰骶、会阴、少腹固定不移的疼痛也符合“不通则痛”的中医瘀血证。因此, 精浊以“湿热”、“血瘀”居多。

处方以大火草为君药, 清热利湿、理气消积; 黄柏清热燥湿, 共为臣药; 以泽兰清热、降浊通淋佐君、臣之力。久病入络, 姑佐丹参清热、凉血、散瘀。诸药合用, 扶正祛邪, 共奏清热利湿, 活血化瘀之功。

本临床观察表明, 清热活血汤可显著改善慢性非细菌性前列腺炎患者的临床症状, 减低

前列腺液中白细胞，对治疗湿热瘀阻型慢性非细菌性前列腺炎具有显著疗效。

5、补肾利尿合剂治疗前列腺增生症(肾虚型)的临床观察

上海中医药大学附属曙光医院(200021) 薛慈民 何霄 徐兆东

前列腺增生症是老年男性的常见病，患者常常由于恼人的尿路症状被迫限制日常活动，严重影响了老年人的健康及生活质量^[1]。我院应用补肾利尿合剂治疗 BPH 已有二十余年，该方出自老中医沈楚翘多年临床经验，其功效为益肾补气、提壶揭盖、通利小便，疗效显著，故进一步进行观察以验证疗效。本研究参考《中药新药治疗良性前列腺增生症的临床研究指导原则》1997 版及第五届国际良性前列腺增生咨询委员会国际科学委员会推荐意见：老年男性下尿路症状的评估和治疗^[2]。

1 临床资料

1.1 病例来源：曙光医院中医外科前列腺专科门诊及伴有前列腺增生症的住院病人，采用随机分组的方法入选病例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准：①排尿症状：排尿踌躇、尿线细、费时费力、夜尿频数等。②B 超检查：前列腺重量>20g。③尿流率测定：Q_{max}<15ml/s。

1.2.2 肾虚型中医诊断标准：①排尿困难、尿流变细、或尿流涓滴不成线，夜尿次数增多等。②腰膝酸软、畏寒肢冷。③舌淡苔白脉细弱。

1.3 病情评分标准

国际前列腺症状评分 (IPSS)、生活质量评分 (QOL)、中医证情评分 (见表 1)

表 1 中医证情评分

	0 分	1 分	2 分	3 分
夜尿次数	0—1	2	3—4	≥5
小腹症状	无	满闷感	胀满	胀痛
尿线情况	正常	细而成线	断续成线	涓滴不成线
腰膝酸软	无	偶有	时有	常有
畏寒肢冷	无	偶有	时有	常有
舌淡苔白(不计分)				
脉细弱(不计分)				

1.3.4 病情总评分 (见表 2)

表 2 病情总评分

	0 分	1 分	2 分	3 分
IPSS	0	1—7	8—19	20—35
QOL	0—1	2	3—4	5—6
夜尿次数	0—1	2	3—4	≥5
小腹症状	无	满闷感	胀满	胀痛
尿线情况	正常	细而成线	断续成线	涓滴不成线
腰膝酸软	无	偶有	时有	常有
畏寒肢冷	无	偶有	时有	常有

1.4 病情分级方法：病情总积分小于 8 分为轻度，8—14 为中度，大于 14 分为重度。

1.5 纳入标准：符合 BPH 西医诊断标准及肾虚型中医辨证且病情总评分>5 分。

1.6 排除标准：年龄在<50 岁，或病程小于三个月，或近一个周以内服用相关药。合并心脑血管、肝肾、造血系统等严重疾病、前列腺癌等。有性病病史。先前针对膀胱出口梗阻的侵袭性的治疗失败。有盆腔手术或损伤者。

1.7 疗效判断标准