

中西医结合治疗慢性前列腺炎

——附 860 例分析

北京市海淀医院外科 袁 申

我院自 1974 年~1980 年用中西医结合方法治疗慢性前列腺炎共 860 例,治愈率达 75.2%。通过临床实践,拟定了临床实用的分类分型,并摸索出注射用药的处方、方法及中医辨证论治的中西医结合治疗方法,现简介如下:

诊断依据及分型

一、病人主诉症状

1. 全身症状:失眠多梦、记忆力减退、疲乏无力、精神萎靡不振、头晕、头痛、面色灰暗等。

2. 疼痛:如腰痛、下腹痛、腹股沟痛、腿、髋痛,睾丸、精索痛,肛门、会阴部痛等。

3. 泌尿系症状:有尿频、尿急、尿痛、排尿困难、尿道口遗液、阴茎、尿道口灼痛或痒、尿白、血尿等。

4. 生殖系统症状:有遗精、性欲减低、早泄、勃起不良、阳痿、血精、不射精或射精痛、不育、阴囊潮湿带腥秽味等。

二、前列腺液的化验检查

每个病例,均首先视其前列腺液的化验结果(但要注意可因按摩时期、条件以及手法等因素而其结果出入很大),凡前列腺液检查结果,在高倍镜下,每个视野有白细胞 10 个以上或有脓细胞者,为感染性。其中:1. 单纯感染型:即前列腺液里有多数白细胞或脓细胞,除部分病例有形态不整和局部变软外,无其他明显形态改变者。

2. 寄生虫感染型:即在前列腺液里除有多数白细胞或脓细胞外,还发现有寄生虫,如滴虫等。

3. 混合型:即除前列腺液里有多数白细胞或脓细胞外,同时伴有其他形态改变,如结节

出血、弥漫肿大、精囊改变及前列腺液腺腔内贮留等。

本组对 114 例做了前列腺液细菌培养,其结果为白色葡萄球菌生长 76 例,占 66.7%,其中凝固酶试验阳性者 53 例,占 69.8%。其他有:甲型链球菌 7 例,大肠杆菌、副大肠杆菌各 1 例,柠檬色葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、细球菌各 2 例,杂菌 3 例,无细菌生长者 20 例。可见多系来自包皮内或皮肤等一般感染。均对多种抗菌素耐药。

此外,临床症状明显,前列腺液反复检查白细胞很少(不超过 10 个者),但指诊发现前列腺有形态改变者,为“非感染性”。所以,“非感染性”慢性前列腺炎的临床诊断依据,是参考主诉和化验结果,主要依靠指诊。

三、指诊前列腺的形态改变

1. 结节型:即在前列腺腺体上(很少在腺周围),扪到有大小不等、部位深浅不一的结节。表浅者容易发现,而深部结节易被忽略。但有的结节,初诊时前列腺液里白细胞很少,经治疗一段时间后,自觉症状虽明显好转,但结节不缩小,前列腺液里反而出现多量白细胞、脓细胞等,此时,应注意该结节可能系一包裹性感染灶,因周围组织消肿、变软,排出口阻力减低而内容排出,应即按感染性处理。对孤立结节,硬度较高者,应早做血磷酸酶测定,以排除肿物。

2. 弥漫型:即腺体呈弥漫性肿大,外形均匀且有弹力,中间沟存在或模糊。如系高年患者,易与前列腺肥大相混淆,以至有的服过大量女性素无效,或建议手术。此型平时以少按摩为宜。

3. 硬化型:即前列腺体积变化不大或稍大,但弹力消失,全部变硬,有的与纤维组织

炎样改变相似。

4. 萎缩型：即腺体变小、柔软，或腺床空虚感。其萎缩原因：(1)为先天发育不全；(2)后天因某种疾病，如病毒感染后的继发性萎缩。先天性(不属于前列腺炎)治疗无效，后天性者，合并睾丸萎缩者疗效不佳，而单纯前列腺萎缩者，治疗后可好转或治愈。凡萎缩型以少按摩为好。

5. 精囊型：即合并有精囊的非感染性改变，一般单侧多于双侧，触之精囊壁变厚变硬，有的射精管呈索状变硬，有触痛，同时多伴有腰痛，射精痛或射精不适、血精等症状。

6. 出血型：即前列腺内出血。前列腺出血，常与尿路出血相混淆，往往反复作膀胱镜及造影等检查而不能确诊，故有些病例可达20余年的血尿史。经过治疗，多随前列腺炎治愈而血尿消失，非急性大量出血，一般多不需要止血剂。

7. 贮留型：其特征为一定量的前列腺液贮留于腺内部分扩张的腺腔内，浅在者可扪到部分膨出，内容挤出后，患者即有松快感，数日后又复坠胀感。该型最适于定期按摩。

8. 无液型：即在多日无排精或按摩的情况下，虽反复按摩，亦无前列腺液排出，其原因可能为：(1)分泌过少；(2)排出口阻碍。这两种情况，皆系前列腺病态，均不宜勉强按摩，因往往为了需要一点标本化验，而反复地用力揉压，造成前列腺腺腔内及腺组织新的损伤，加重病变，增加病人痛苦。待治疗到一定程度，往往做轻柔按摩，即可有液排出，再化验参考。

治 疗 方 法

一、局部注射药物

注射一号：醋酸强的松龙混悬液 50mg、维生素 B₁ 400mg、维生素 B₁₂ 200μg、卡那霉素 1g(或庆大霉素 16 万单位)、2% 盐酸普鲁卡因注射液 3ml。适用于感染性各型轻症及“非感染性”各型(“非感染性”可去卡那霉素或庆大霉素)。

注射二号：一号液加盐酸黄连素注射液 8ml。适用于感染性各型较重者。

注射三号：二号液加糜蛋白酶 10mg。适用于感染性各型用二号液一疗程后，白细胞仍有时出现较多者。

注射四号：一号液加绒毛膜素 1,000 单位。适用于萎缩型，或不育患者一般症已消失，唯精子死亡率仍较高者。遗精、老年患者禁用。

注射五号：一号液加透明质酸酶 3,000 单位。适用于出血型或弥漫型，一号液治疗一疗程后，疗效较差者。但必须反复检查前列腺液，确定无多数白细胞，而临床表现也不象感染型者再用。

二、注射方法

患者术前排便，取胸膝位于诊察台上，肛门周围皮肤用碘酒、酒精消毒，术者左食指戴伞状指套或手套，沾足石蜡油，探入直肠腔，确定病变部位，右手持已吸好药液的注射器，(用 20 号长针头，避免用过细长针头，以掌握穿刺方向)，先在左侧距肛门口上缘 3~4 cm 外穿刺，进入皮下后，以左手食指引导绕直肠壁外，达前列腺病变部位包膜外，吸引确实无出血后，缓缓注射半量，同样步骤注射余半量于右侧病变部位。

一般每周注射一次，10 次为一疗程。个别重症，注射后，前 3~5 天内症状明显减轻，而后 2~3 天则又较重者，可每 5 天注射一次。如一疗程仍未痊愈，可连续 2~3 个疗程。

三、注意事项

1. 注射药物尽量接近病变部位，但切勿刺入腺体内或包膜下，以免引起出血。(初做时宁可稍离开些，以不损伤前列腺为原则)腺外结节，肯定非精囊或射精管后，可以直接注入结节内。2. 勿刺入肠腔，如误刺入，即更换消毒针头，重新穿刺，以防止污染。

四、辨证论治

1. 感染性各型，证多见尿频、尿急、尿痛等为主，舌质红、苔黄或黄厚腻、脉弦滑。属下焦湿热。治法：清利下焦湿热。方药：土

茯苓 30~60g 马齿苋 30g 败酱草 30g 露蜂房 6g 乳香 10g 没药 10g 赤芍 10g 当归 10g 牛膝 10g 甘草 6g。注：(1)单纯感染型，其变形部分(非结节)可先不处理。(2)寄生虫感染者，如滴虫，应夫妇同时进行灭滴灵驱虫，不用中药，以免扰乱方药。(3)混合型：有结节，可加桃仁 10g 红花 20g。有液贮留，可加木通 10g 路路通 10g。(4)合并出血，不需特别加用止血剂。(5)急性发作期可加山甲 10g 皂刺 10g。

凡对感染性病人的治疗，应做到“证”与化验结果并重，即虽化验结果已正常；但尿路症状及舌象仍较明显时，或“下焦湿热”证已不显，但化验结果白细胞仍较多时，均说明非真治愈，注射及清热利湿治法仍不能过早停药，须二者均已正常或基本稳定时，再考虑按其型或“证”修改治法。如果疗效反复，可能系老病灶壁厚或排出不畅而阻碍了药物渗入及引流，应先从注射手法上改进解决，再考虑辨证或治法的不当。

2. 结节型、硬化型、弥漫型(高年或较重者)，贮留型、无液型，其病因虽各有不同，但其形态改变均属于聚结、硬、肿、阻塞，临床多伴有腰痛，舌质暗、有瘀点，苔薄白，脉沉。辨证属血瘀凝集，气滞络阻。治法：化瘀散结，理气通络。方药：三棱 10g 莪术 10g 桃仁 10g 红花 20g 丹参 20g 路路通 10g 木通 10g 牛膝 10g 黄芪 20g 党参 20g 甘草 6g。遗精者禁用。

在反复化验中，只要有一次发现有多数白细胞，即应按感染型处理。对白细胞多者，偶然出现一次结果正常，也不应认为是治愈。

加减：气虚重者，去莪术加黄芪党参各 30g。阴虚重(口干多饮舌绛无苔)者，加玄参 20g 石斛 20g 首乌 15g 脾湿重(口干不欲饮，舌苔白厚腻)加茯苓 10g 白术 10g 苍术 10g。

3. 出血型、精囊型、弥漫型(较轻症)及各型伴有遗精症状者，其病变多属血瘀、血热妄行或虚火妄行。治法：化瘀软坚，凉血止血或

清泻虚火。方药：桃仁 10g 红花 20g 丹参 20g 赤芍 15g 丹皮 10g 黄柏 10g 泽泻 10g 知母 10g 牛膝 10g 甘草 6g 黄芪 20g。

4. 萎缩型：后天性萎缩也多表现为腺体缩小，无分泌或分泌很少，性功能差、或无性功能，但常无明显寒象、热象或虚象，其他症也较少。辨证为肾精虚。治法：滋补肾精。方药：仙灵脾 15g 巴戟天 15g 菟丝子 15g 仙茅根 10g 女贞子 10g 黄芪 20g 党参 20g 当归 10g 甘草 6g。也适用于“不育症”前列腺炎已愈，但精子死亡率较高或不甚活泼者。

感染性或“非感染性”各型，均可出现下腹胀痛、腹股沟痛、精索、睾丸痛或肛门、会阴部痛等症状，舌淡或紫、苔白。证属肝寒气滞。治法：暖肝理气。方药：乌药 10g 荔枝核 10g 桔核 10g 小茴香 6g 川楝子 10g 木香 10g 肉桂 3g 肉苁蓉 6g 炒莱菔子 15g 当归 10g 白芍 10g 牛膝 10g 甘草 6g。部分患者可能出现(或原有)畏寒重、阴囊收引、肛门、会阴部痛，下肢凉等症状不消失，说明肝寒同时还伴有“肾寒”，当治以温肾。方药：黑附片 30g(先煎) 炮姜 6g 肉桂 3g 肉苁蓉 6g 乌药 10g 荔枝核 10g 桔核 10g 小茴香 6g 川楝子 10g 陈皮 6g 白芍 10g 牛膝 10g 甘草 6g。

治疗结果

一、疗效标准：1. 治愈：所有症状均消失，前列腺液反复检查结果正常，指诊前列腺形态已恢复正常或已稳定。有关功能已恢复或基本恢复。

2. 好转：主要症状已消失，但有的症状尚未消失，或有关功能未恢复，或前列腺形态改变仍较明显，或前列腺液里有时仍出现多数白细胞、红细胞者。

3. 无效：自觉症状、前列腺指诊以及前列腺液检查均无改善者(中止治疗者除外)

4. 恶化：比治疗前症状加重者。

(下转第47页)

静滴，遂转为窦性心律。其间曾试用阿托品 5 mg 静注一次，心律反趋紊乱而停用。复用利多卡因静滴维持，稳定窦性心律，血压 110/80 mmHg。

讨 论

乌头系毛茛科植物，分川乌、草乌两大类。川乌根据不同部分有乌头、附子、天雄、侧子、漏芦之别。草乌又包括落地金钱、搜山虎、雪山一枝蒿等。博落回毒性作用亦与乌头相似。乌头类性辛热有大毒，是暖脾补肾之良药，祛风除寒湿之佳品，亦是中药麻醉的要药，其有效成份主要是乌头碱及同类脂碱。

乌头类中药既系生药，所含乌头碱及同类脂碱是不一致的，所以很难测出它的中毒量。且与其制剂的不同，毒性差异迥然不同。临床常用经过烤炙处理的；未经烤炙处理者，所含乌头碱及同类脂碱破坏较小，其毒性会更大。人对乌头类中药可产生耐受性。李时珍云：“有人才服钱匕，即发躁不堪，而昔人补剂用为常。”⁽¹⁾说明乌头类中药不仅可产生耐受性，而且个体差异性很大。本组病例多系采用生药浸泡的酒药，且均自服单方非出医生处方，剂量偏大，服药开始就发生中毒。

乌头碱对心血管的作用，据用犬作动物试验⁽³⁾，发现小剂量乌头碱使心率减慢，心电图出现 T 波双相、倒置、持续时间短暂；稍大剂量心率减慢更明显、T 波倒置，ST 段显著上升，持续时间较长；更大剂量时，可出现室性期前收缩及阵发性室性心动过速，甚至心室纤颤。临床报告乌头类中毒的心电图改变^(2~5)呈窦性心动过缓，窦性心律不齐、心房纤颤、

房室干扰与脱节，结性心律、室上性及室性期前收缩，室性心动过速，甚至出现室颤、窦性停搏、房室传导阻滞、束支阻滞及 ST-T 改变。本组 5 例的心电图改变与文献报道基本一致，其特点是以快速心律失常多见且多变，此时彼时同一病人可产生多种类型的心律失常。

乌头碱所致心律失常的机理：乌头碱能提高迷走神经张力，使窦房结被抑制，失去对心脏有效的控制，发生冲动起源上的障碍，产生被动性心律失常。同时对心脏亦有直接的毒性刺激作用，使心肌的代谢和兴奋发生改变，异位节律点的兴奋性增强，而发生主动性心律失常。

治疗：因乌头类中毒所致的心律失常的特点是多样易变。抗心律失常的治疗药物及手段，不应拘于一格，最好在心电监测下，依其心律失常的性质，选择用药，可避免盲目性。以往报道多用阿托品，是有其片面性的，如本组例 I，开始未作心电监测，盲目用阿托品效果不好，后在心电监测指导下选择用药，效果良好。另外电击转复亦安全有效，本组例 III 室颤时，一次电击成功。

参 考 文 献

1. 李时珍：《本草纲目》，第 4 册，17 卷，第 32 页，商务印书馆
2. 袁树南：雪上一枝蒿中毒所致的心律不齐，中华内科杂志 1：584，1959
3. 徐州医学院附属医院：《中药麻醉》第 15 页，人民卫生出版社，1971
4. 李伯坝：乌头类药物中毒 20 例报告，中华内科杂志 7：450，1962
5. 孙乃杭等：乌头属药物中毒的临床表现及心电图所见，中华医学杂志 48(8)：661，1962

(上接第 36 页)

二、治疗效果：治愈 647 例占 75.2%，好转为 169 例占 19.7%，无效为 44 例占 5.1%，无恶化者，总有效率 94.9%。

小 结

本文介绍了中西医结合治疗慢性前列腺炎

的方法，并提出从实践中形成的临床实用分类分型以及中医辨证论治的意见。特别是西医局部注射用药与中医辨证论治全身用药相结合，使本病治疗取得了满意疗效，值得进一步探讨。