

痛明显,有时可见龈沟内溢出脓液,病情加重,可有张口受限,影响进食,如治疗不及时,常可并发颌面部蜂窝组织炎、颌骨髓炎等严重感染。

3.2 目前我国妇女妊娠年龄分布于 25~30 岁居多,此年龄也是冠周炎高发年龄,妊娠期妇女因体内激素水平变化,易出现牙龈充血水肿致牙周炎、智齿冠周炎发作,影响孕妇进食和胎儿发育。因此,妊娠期冠周炎需及时治疗。但妊娠期口腔颌面部感染性疾病的临床治疗必须考虑母体情况和胚胎发育阶段两方面。受精后 2 周内,孕卵着床前后,药物对胚胎的影响是“全”(早期死亡而流产)或“无”(不出现异常);3~8 周为器官分化发育开始定向阶段,为畸形高度易感期;9 周至足月是胎儿生长、器官发育、功能完善阶段,唯神经系统、生殖器官和牙齿仍继续分化,特别是神经系统在妊娠晚期和新生儿期达生长发育高峰,此间有害药物易致胎儿受损,致宫内发育迟缓、低出生体重、功能和行为异常^[2]。因此妊娠期用药应权衡利弊,尽量减少各种治疗措施对婴儿的不

良影响。

3.3 碘伏是一种新型含碘灭菌剂,它是碘与表面活性剂的不定型络合物,对细菌、芽孢、病毒均有很强的杀灭作用,用于口腔粘膜消毒,异味小、低毒、无刺激、无腐蚀、无致敏作用。此外,碘元素在碘伏中逐渐释放,能保持较长时间的滞留杀菌作用,而且碘伏尚具有收敛、消除肿胀、促进愈合等作用^[3]。我们用 0.25% 碘伏冲洗液给患者进行冠周冲洗,达到局部杀菌消炎目的,避免了全身用药对胎儿的影响,易被患者接受。与传统的冲洗方法相比,疗效显著,值得推广应用。

参考文献

- [1] 邱蔚六,张震康,王大王. 口腔颌面外科理论与实践. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社. 1998:388~389.
- [2] 郭燕燕,周世梅. 实用妇产科药物治疗学. 北京:人民卫生出版社.
- [3] 黄建萍,徐武夷,曹焦明,等. 碘伏换药治愈小腿深部严重感染皮肤大面积缺损一例. 中华护理杂志,1998,33(7):404.

癃闭舒治疗慢性前列腺炎 90 例疗效观察

郭锋,孙传岐

(山东省监狱医院,山东 济南 250100)

摘要:目的 观察中成药癃闭舒治疗慢性前列腺炎(CP)的临床疗效。方法 采用随机、对照、单盲的方法,将 180 例 CP 患者分为治疗组(90 例)和对照组(90 例)。治疗组采用癃闭舒治疗,对照组采用左氧氟沙星治疗。两组均以一个月为一个疗程,随访 3 个月,观察治疗前后患者 CP 症状评分指数(NIH-CPSI:排尿症状、疼痛或不适、生活质量)、EPS-WBC 及 EPS-卵磷脂小体数的变化。结果 两组在改善排尿症状、疼痛或不适、生活质量 EPS-WBC 方面与对照组比较,差异无显著性;EPS-卵磷脂小体数比较,治疗组优于对照组;与治疗前比较,差异有非常显著性($P < 0.01$)。结果癃闭舒治疗 CP 有较好疗效。提示癃闭舒改善和恢复前列腺功能具有优势。

关键词:慢性前列腺炎 癃闭舒 左氧氟沙星。

中图分类号:R969.4 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-7738(2007)08-0503-02

慢性前列腺炎(CP)是男性的常见病、多发病。笔者于 2001 年 9 月~2007 年 3 月采用中药癃闭舒胶囊治疗 CP 90 例,西药左氧氟沙星联用对症药物治疗为对照组,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 180 例均为门诊患者。随机分为治疗组和对照组,各 90 例。治疗组年龄 19~58 岁,平均 35.3 岁;病程:3 个月~3.6 年,平均 2.7 年。对照组年龄 21~60 岁,平均 37.1 岁,病程 5 个月~3.8 年,平均 2.5 年。两组患者在病程、CP 症状评分、EPS-WBC 等方面具有可比性。

1.2 诊断标准 参照文献^[1,2]制定本病的诊断标准。

1.3 纳入与排除标准 符合本病中西医诊断标准均可纳入本研究。排除标准:(1)急性前列腺炎;(2)前列腺增生症、前列腺癌、神经源性膀胱、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症;(3)以局部疼痛为主要表现者,应注意排除下腹、会阴、腰骶

等部位的其他病变;(4)合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病者;(5)无法合作,如精神病患者,未按规定用药,无法判断疗效或资料不全者。

1.4 治疗方法 (1)治疗组:癃闭舒胶囊(科迪药业)3 粒/次,3 次/天。(2)对照组:左氧氟沙星,200mg/次,2 次/天,联用对症药物(排尿症状明显联用特拉唑嗪;疼痛症状明显联用布洛芬;神经衰弱症状明显联用阿普唑仑等)。

1.5 观察指标 两组均治疗一个疗程,随访 3 个月。主要观察指标:(1)美国国家研究院慢性前列腺炎症状评分指数(NIH-CPSI);(2)前列腺液中的白细胞数(EPS-WBC)和 EPS-卵磷脂小体数。

1.6 疗效标准 制定:(1)临床治愈:症状消失;EPS 检查连续 2 次以上 WBC < 10 个/HP,NIH-CPSI 减少 $\geq 90\%$;(2)显效:症状基本消失,EPS 检查连续 2 次,WBC 减少 $\geq 60\%$,NIH-CPSI 减少 $\geq 60\%$;(3)有效:症状减轻,EPS 检查连续

2 次以上 WBC 减少 $\geq 30\%$, NIH—CPSI $\geq 30\%$; (4) 无效: 症状、体征及 EPS 无改善或加重, NIH—CPSI 减少 $< 30\%$, 连续检查 2 次以上 WBC $< 30\%$ 或无变化。

1.7 统计学方法 所有数据采用 SPSS10.0 统计软件分析处理, 计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验分析。

2 结果

两组疗效比较见表 1, 可见两组总有效率比较, 差异无显著性。两组治疗前后 NIH—CPSI 比较, 差异无显著性, 见表 2

表 2 两组治疗前后 NIH—CPSI 比较(分)							
组别	例数	疼痛或不适		排尿症状		生活质量	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	90	11.9 $\pm$ 2.4	4.1 $\pm$ 2.1	8.3 $\pm$ 2.6	2.8 $\pm$ 1.9	12.1 $\pm$ 2.6	4.3 $\pm$ 4.8
对照组	90	12.3 $\pm$ 2.2	4.0 $\pm$ 2.4	8.4 $\pm$ 2.5	3.2 $\pm$ 2.2	11.7 $\pm$ 2.2	4.4 $\pm$ 2.2

注: 与治疗前相比, $P > 0.05$

表 3 两组治疗前后 EPS—WBC 及 EPS—卵磷脂小体比较(个/HP)					
组别	例数	WBC		软磷脂小体数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	90	30.5 $\pm$ 2.3	8.8 $\pm$ 2.3 *	7.6 $\pm$ 2.1	29.3 $\pm$ 2.33 #
对照组	90	28.8 $\pm$ 2.4	8.6 $\pm$ 2.1	7.4 $\pm$ 2.2	2.76 $\pm$ 2.44 #

注: 与治疗前相比, # $P < 0.01$; 与对照组相比, * $P > 0.05$

3 讨论

由于 CP 具有病情复杂, 症状多样, 病程反复迁延的特点, 目前尚无适用其诊断及疗效判定的客观方法。美国 NIH 在 1999 年提出了慢性前列腺炎症状评分问卷 (NIH—CPSI)^[2], 包括疼痛症状和排尿症状及其他症状 3 个方面。近年来国内学者对此进行了研究和探索, 业已证实 CPSI 是 CP 症状量化的好方法, 对 CP 诊断及疗效评定具有很大的临床实用性, 故本文将 NIH—CPSI 选为诊断与判定的标准之一。

CP 的疗效至今无明确而统一的方案, 抗生素治疗被大多数医生列为首选治疗^[3], 选用抗生素的原则是: 脂溶性高、与血清蛋白结合率低, 以及药物离解常数大的药物, 能穿透血—前列腺屏障而保持较高的血药浓度。有研究认为: 喹诺酮类药物穿透前列腺包膜能力强, 在前列腺内能达到有效抑菌及杀菌浓度^[4], 故对照组采用左氧氟沙星, 联合消炎、解痉、止痛及 α -受体阻滞剂等缓解症状的药物综合治疗。

中医学认为 CP 属于“淋症”及“浊症”范畴, 涉及腰痛、癃闭、阳痿、遗精、早泄等病。病因病机可归结为湿热、淤滞与肾虚, 三者并存并贯穿整个疾病过程: (1) 湿热是 CP 发病之关键, 症见下焦湿热症状 (尿频、尿痛、尿后余沥、滴白、尿分叉、尿线细或无力不适等); (2) “瘀滞”可由久病入络, 或湿热淤滞下焦, 致精气不利, 气滞血瘀, 症见局部疼痛或不适 (如会阴、肛周、下腹腰骶、腹股沟及睾丸阴茎疼痛或不适); (3) “肾虚”可因年龄增长, 或房事过度, 伤肾损精, 可见虚弱或神经衰弱症状 (尿道口滴白、头晕眼花、腰膝酸软、阳痿遗精、失眠多梦等)。治疗多以清热利湿、活血行滞、补肾固精立法。但由于 CP 症状复杂而无特异性, 临床分型很复杂, 各型之间

表 2. 两组治疗后 EPS—WBC 数比较, 差异无显著性; EPS—软磷脂小体数比较, 治疗组优于对照组, 见表 3。

表 1 治疗后两组疗效观察[例(%)]					
组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效
治疗组	90	36(40)	22(24.44)	24(26.67)	8(8.89)
对照组	90	28(31.11)	34(37.78)	21(23.33)	7(7.78)

注: 与对照组相比, $P > 0.05$

互相交叉, 故遣方用药及疗效难以把握。

因此, 治疗组给予具有“清热利湿、活血行滞、补肾固精、清热解毒”功效的癃闭舒治疗 CP。现代药理学研究: (1) 清热利湿药: 具有显著抗菌作用, 对多种病原微生物有抑制和杀灭作用; (2) 活血化瘀药: 可扩张血管, 改善微循环, 抑制结缔组织增生, 促进炎症吸收, 疏通腺管, 消散分泌物, 消除炎性浸润, 有活血行滞、通则不痛的效果; (3) 补肾药: 能调整和增强免疫功能, 增强机体抗菌力; (4) 清热解毒药有抗菌、抗毒素、抗感染作用。据此选用癃闭舒, 紧守病机, 切合临床实际。本研究观察 90 例, 与对照组比较, 总有效率差异无显著性。可见癃闭舒是通过抗菌消炎、改善微循环、抗纤维组织增生及调节机体免疫力等多途径、多环节发挥治疗作用^[5]。结果还显示, 在降低 GPSI、消除 EPS—WBC 方面与左氧氟沙星治疗差异无显著性, 但在 EPS—卵磷脂小体恢复方面优于左氧氟沙星, 与文献报道一致^[6], 提示中医药在改善和恢复前列腺功能方面具有优势。

参考文献

[1] 郑筱萸. 中药新药治疗前列腺 (非特异性) 的临床研究指导原则. 中药新药临床研究指导原则 (试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 168~172.

[2] Li twin McNaughton - Collins M, Fowler FJ, et al. The national institute of health chronic prostates symptom index: development and validation of a new outcome measue. Chronic Prostates Collaborative research Newnet. J Urol, 1999, 162(2): 369~375.

[3] 陈勇辉. 前列腺炎综合征. 中国男科学杂志, 2005, 19(4): 67~69.

[4] 叶章群, 曾晓通. 慢性前列腺炎诊疗进展. 中华男科学, 2003, 9(7): 483~488.

[5] 杜位良, 胡节惠, 王久源. 平前汤治疗慢性前列腺炎 46 例. 中医药学刊, 2002, 20(4): 521.

[6] 陈业明, 黄晨昕, 夏于芳. 中西医结合治疗前列腺炎临床疗效观察. 中华男科学杂志, 2005, 11(6): 471~472.