泌尿紀要 37：1677-1682, 1991

慢性前立腺炎と前立腺炎様症候群の臨床的研究

5. 肛門疾患合併前立腺炎の検討

昭和大学藤が丘病院泌尿器科（主任：甲斐祥生教授）
池内 隆夫，上野 学，与儀 実夫
長谷川和則，佐々木春明，浜島 寿充

CLINICAL STUDIES ON CHRONIC PROSTATITIS AND PROSTATITIS-LIKE SYNDROME

(5) EVALUATION OF PROSTATITIS COMPLICATED BY ANAL DISEASE

Takao Ikeuchi, Manabu Ueno, Saneo Yogi,
Kazunori Hasegawa, Haruaki Sasaki and Toshinori Hamashima
From the Department of Urology, Fujigaoka Hospital, School of Medicine, Showa University

We analyzed the incidence of anal disease in patients with nonbacterial prostatitis (NBP) or with prostatitis-like syndrome (PLS), and evaluated the clinical efficacy.

The complicated rate of anal disease in these patients was 29.7% (31.8% for NBP and 28.1% for PLS), and the overall incidence of active anal disease was 15.4% (16.2% for NBP and 14.8% for PLS), it yielded a significantly higher complicated rate than other urological disease ($p<0.01$). The most common type of anal disease was hemorrhoids, especially piles. The clinical cure rate for anal disease in NBP patients was 71.4%, and in PLS patients was 58.2%.

The high incidence of hemorrhoids (especially piles) was in these patients by clinico-statistical observation suggests that the development of anal disease may be etiologically correlated with NBP and PLS. Furthermore, we noted that Kampo treatment (Keisibukuryogan) was useful in the treatment of prostatitis complicated by anal disease, especially when combined with anti-hemorrhoidal suppositories against active anal disease in PLS patients ($p<0.05$).

(Acta Urol. Jpn. 37: 1677-1682, 1991)

Key words: Nonbacterial prosatitis, Prostatitis-like syndorome Complication with anal disease, Kampo treatment, Anti-hemorrhoidal suppostitories

緒　　言

慢性前立腺炎とその類似疾患（前立腺炎様症候群）は，治療において難治性で，再発や再燃症例が多いことが臨床上問題とされるが，現在なお確実な治療法がないうえ，その病態の解明も不十分と思われる．一方，前立腺炎患者に肛門疾患とくに痔疾患の合併が多いことは以前より漠然とした印象ではあるが日常診療に携わる多くの医師から指摘されていた．

しかし，前立腺炎の肛門疾患合併症例に関する臨床統計的観察や臨床成績の報告は，今日までまったくみられていない．そこで今回は，前立腺炎のうちで細菌の関与が明確でない非細菌性前立腺炎および前立腺炎様症候群を対象として，肛門疾患合併症例の臨床統計的観察を行い，さらに漢方療法を中心とした治療法での臨床効果，とくに痔疾治療坐剤併用治療の有用性について検討したので報告する．

対象および方法

1）対象症例：対象は昭和大学藤が丘病院泌尿器科で1989年1月から1990年12月までの2年間に経験した350症例（非細菌性前立腺炎154例，前立腺炎様症候群196例）である．これら前立腺炎は Meares and Stamey法[1] を用い診断を行い，病型の分類は細菌性前立腺炎の薬効評価基準[2]に準拠した．

2）治療法：肛門疾患合併症例の治療は全例に漢方療法を施行したが，漢方薬は駆瘀血剤である桂枝茯苓丸を常用量（1日，3包），食前投与した．その他の併

Table 1.　肛門疾患合併症例の頻度

	非細菌性前立腺炎	前立腺炎様症候群	計
[肛門疾患合併頻度]			
症例数	49/154	55/196	104/350
合併率	31.8%	28.1%	29.7%
[前立腺炎病態別頻度]			
初発症例	13/49(26.5%)	16/55(29.1%)	29/104(27.9%)
再発症例	14/49(28.6%)	22/55(40.0%)	36/104(34.6%)
難治症例	22/49(44.9%)	17/55(30.9%)	39/104(37.5%)
[活動性病変合併頻度]			
症例数	25/154	29/196	54/350
合併率	16.2%	14.8%	15.4%
肛門疾患内頻度	25/49(51.0%)	29/55(52.7%)	54/104(51.9%)

Table 2.　泌尿器科他疾患での合併頻度との比較

(疾　患)	肛門疾患合併症例	活動性病変合併症例
[前立腺炎症例]*1		
非細菌性前立腺炎	104/350	54/350
前立腺炎様症候群	(29.7%)	(15.4%)
[男性疾患症例]*2		
同期間内：	60/544	25/544
成人男性入院患者	(11.0%)	(4.6%)
[前立腺疾患症例]*3		
同期間内：	28/197	12/197
前立腺肥大症・癌	(14.2%)	(6.1%)

*1 VS. *2, *3：P<0.01 (χ^2 test)

用薬として，抗菌剤は非細菌性前立腺炎症例にかぎり，new-quinolones（1日 300～600 mg）を使用し,併用率は80%である．消炎剤の併用率は非細菌性前立腺炎が67%，前立腺炎様症候群が62%である．また，痔疾の治療にはヒドロコルチゾン配合痔疾用坐剤であるシェリプロクト坐剤®を使用したが，併用率は非細菌性前立腺炎が33%，前立腺炎様症候群が42%である．

3）検討方法：肛門疾患合併症例の臨床統計的観察では合併症例の頻度，他の泌尿器科疾患における合併頻度の比較，合併肛門疾患の頻度，発症年齢，発現症状，誘因について検討した．また，臨床効果の検討では今回の治療法での臨床成績を，非細菌性前立腺炎症例では熊本の判定基準[3]，前立腺炎様症候群症例では池内の判定基準[4]を用いて算定し，これを当科集積症例の臨床成績と比較して有用性を検討した．なお，臨床効果の判定は28日目に行い，統計学的分析は χ^2 検定を用いた．

結　　果

I．臨床統計的観察

1）肛門疾患合併症例の頻度

期間内に経験した350症例（非細菌性前立腺炎154例，前立腺炎様症候群196例）における肛門疾患の合併頻度を Table 1 に示した．1年以内に肛門疾患既往のある肛門疾患合併症例は104例（非細菌性前立腺炎49例，前立腺炎様症候群55例）であり，合併率は29.7%（非細菌性前立腺炎31.8%，前立腺炎様症候群28.1%）となる．これを病態別にみると初発症例が27.9%，前回の治療後6カ月以上経過して再発をみた再発症例が34.6%，西洋医学的治療で改善しない難治症例が37.5%であり，非細菌性前立腺炎では難治症例，前立腺炎様症候群では再発症例に合併頻度が高い傾向をみた．また，合併症例のうちで肛門疾患の治療が必要と判断した活動性病変の合併率（例数）は51.9%（54例）〔非細菌性前立腺炎51.0%（25例），前立腺炎様症候群52.7%（29例）〕であり，対象症例の15.4%（非細菌性前立腺炎16.2%，前立腺炎様症候群14.8%）に相当した．

2）泌尿器科他疾患での合併頻度との比較

他の泌尿器科疾患での肛門疾患合併率を比較するために，同期間内に入院した成人男性患者544名および同期間内に入院した前立腺肥大症・前立腺癌患者197名を対象に合併頻度を算定した（Table 2）．成人男性患者における肛門疾患合併率は11.0%，活動性病変の合併率は4.6%，前立腺肥大症・前立腺癌患者における肛門疾患合併率は14.2%，活動性病変の合併率は6.1%であり，ともに統計学的にも前立腺炎での合併率に比し有意（P<0.01）に低いことから，前立腺炎症例と肛門疾患合併とはとくに深い関係にあることが示唆された．

3）合併肛門疾患の頻度

合併した肛門疾患は可能なかぎり，外科診療を依頼して診断した．疾患内訳（Table 3）は,内痔核・外痔核を含めた痔核が66.4%と圧倒的に多く，他の肛門疾

患の合併率に比して統計学的にも有意（P<0.01）に高い結果であった．

4）発症年齢

肛門疾患合併症例の平均年齢は41.9歳（非細菌性前立腺炎40.1歳，前立腺炎様症候群43.5歳）であり，集積症例[5]での平均年齢38.1歳（非細菌性前立腺炎 36.3歳，前立腺炎様症候群38.8歳）と比較すると，両病型ともに約4～5歳は高齢に発症する傾向をみた．

5）発現症状

肛門疾患合併症例における発現症状を病型別に集積症例[5]での発現症状と比較した結果，非細菌性前立腺炎では排尿に関する訴えが少ない反面その他の訴えが多く（P<0.01），個々の症状では排尿障害，尿道不快感，下腹部不快感が多く（P<0.05）みられる．また前立腺炎様症候群でも排尿に関する訴えが少ない反面その他の訴えが多く（P<0.01），会陰部の訴えも多い（P<0.05）．個々の症状では会陰部痛，会陰部不快感，下腹部痛，ソケイ部不快感が多く（P<0.01～0.05）みられており，肛門疾患による症状が中心となる傾向が認められた．

6）誘因

明らかな誘因を認める症例は47例（非細菌性前立腺炎21例，前立腺炎様症候群26例）で，発現率は45.2%（非細菌性前立腺炎42.9%，前立腺炎様症候群47.3%）である．おもな誘因は飲酒（23.8%），長期座位（19.1%），冷え（16.7%），疲れ（14.3%）であるが，病型間で有意の差はない．なお，誘因発現率および主誘因の頻度は集積症例[5]に比して有意（P<0.01）に高く，肛門疾患の発生環境がより高いことが示唆された．

Table 3.　合併肛門疾患の頻度

	非細菌性前立腺炎	前立腺炎様症候群	計	%
痔核（内・外痔核）	32	37	69	66.4%
裂肛	5	4	9	8.7%
肛門周囲炎	2	5	7	6.7%
過敏性腸症候群	3	2	5	4.8%
大腸ポリープ	2	2	4	3.8%
痔瘻前状態	2	0	2	1.9%
肛門脱	1	1	2	1.9%
肛門狭窄	0	2	2	1.9%
潰瘍性大腸炎	0	2	2	1.9%
肛門周囲膿瘍	1	0	1	1.0%
肛門括約筋不全	1	0	1	1.0%
計	49	55	104	

Table 4.　病態別臨床効果（非細菌性前立腺炎）

病　態	例数〔%〕	著　効	有　効	やや有効	無　効	臨床的有効率
初発症例	13〔26%〕	(4)30.8%	(7)53.8%	(2)15.4%	(0) 0%	(11)84.6%
再発症例	14〔29%〕	(4)28.6%	(7)50.0%	(2)14.3%	(1) 7.1%	(11)78.6%
難治症例	22〔45%〕	(5)22.7%	(8)36.4%	(6)27.3%	(3)13.6%	(13)59.1%
活動性⊖例	24〔49%〕	(6)25.0%	(11)45.8%	(5)25 8%	(2) 8.4%	(17)70.8%
活動性⊕例	25〔51%〕	(7)28.0%	(11)44.0%	(5)20.0%	(2) 8.0%	(18)72.0%
症例全体	49	(13)26.5%	(22)44.9%	(10)20.4%	(4) 8.2%	(35)71.4%

Table 5.　治療法別臨床効果（非細菌性前立腺炎）

治療法	例数〔%〕	著　効	有　効	やや有効	無　効	臨床的有効率
漢方療法	49	(13)26.5%	(22)44.9%	(10)20.4%	(4) 8.2%	(35)71.4%
抗菌剤⊖例	10〔20%〕	(2)20.0%	(4)40.0%	(3)30.0%	(1)10.0%	(6)60.0%
抗菌剤⊕例	39〔80%〕	(11)28.2%	(18)46.2%	(7)17.9%	(3) 7.7%	(29)74.4%
消炎剤⊖例	16〔33%〕	(4)25.0%	(7)43.8%	(4)25.0%	(2)11.8%	(11)68.8%
消炎剤⊕例	33〔67%〕	(9)27.4%	(15)45.5%	(6)18.2%	(2) 6.2%	(24)72.7%
痔坐剤⊖例	33〔67%〕	(8)24 2%	(15)45.5%	(7)21.2%	(3) 9.1%	(23)69.7%
痔坐剤⊕例	16〔33%〕	(5)31.3%	(7)47.7%	(3)18.7%	(1) 6.3%	(12)75.0%
活動性(+)	(11)	(4)36.4%	(5)45.4%	(2)18.2%	(0) 0%	(9)81.8%
活動性(−)	(5)	(1)20.0%	(2)40.0%	(1)20.0%	(1)20.0%	(3)60.0%

Ⅱ．臨床効果の検討

1）非細菌性前立腺炎での検討

今回の治療法における臨床効果を熊本の判定基準[3]を用いて算定した結果，著効26.5%，有効44.9%，やや有効20.4%，無効8.2%で，臨床的有効率は71.4%と

Table 6. 病態別臨床効果（前立腺炎様症候群）

病　態	例数〔%〕	著　効	有　効	やや有効	無　効	臨床的有効率
初発症例	16〔29%〕	(4)25.0%	(6)37.5%	(4)25.0%	(2)12.5%	(10)62.5%
再発症例	22〔40%〕	(5)22.7%	(8)36.4%	(5)22.7%	(4)18.2%	(13)59.1%
難治症例	17〔31%〕	(1) 5.9%	(8)47.0%	(5)29.4%	(3)17.7%	(9)52.9%
活動性⊖例	26〔47%〕	(4)15.4%	(10)38.4%	(8)30.8%	(4)15.4%	(14)53.8%
活動性⊕例	29〔53%〕	(6)20.7%	(12)41.4%	(6)20.7%	(5)17.2%	(18)62.1%
症例全体	55	(10)18.2%	(22)40.0%	(14)25.4%	(9)16.4%	(32)58.2%

Table 7. 治療法別臨床効果（前立腺炎様症候群）

治療法	例数〔%〕	著　効	有　効	やや有効	無　効	臨床的有効率
漢方療法	55	(10)18.2%	(22)40.0%	(14)25.4%	(9)16.4%	(32)58.2%
消炎剤⊖例	21〔38%〕	(4)19.0%	(8)38.1%	(5)23.8%	(4)19.0%	(12)57.1%
消炎剤⊕例	34〔62%〕	(6)17.6%	(14)41.2%	(9)26.5%	(5)14.7%	(20)58.8%
痔坐剤⊖例	32〔58%〕	(4)12.5%	(12)37.5%	(10)31.2%	(6)18.8%	(16)50.0%
痔坐剤⊕例	23〔42%〕	(6)26.1%	(10)43.5%	(4)17.4%	(3)13.0%	(16)69.6%
活動性(+)	(17)	(6)35.3%	(8)47.1%	(2)11.7%	(1) 5.9%	(14)82.4%
活動性(−)	(6)	(0) 0%	(2)33.3%	(2)33.3%	(2)33.3%	(2)33.3%

なった．また，膿球の改善率は67.3%（2段階改善が32.7%，1段階改善が34.6%）であった．病態別臨床効果の分析（Table 4）では，初発症例，再発症例，難治症例の順に良好であり，活動性病変か否かの検討では差はない．治療法別臨床効果の分析（Table 5）では，抗菌薬，消炎剤，痔疾治療坐剤ともに併用治療群が非併用群に比して良好であるが有意の差はない．なお，集積症例[4]での臨床成績（著効率24.0%，臨床的有効率76.5%）との比較では，各治療法ともに統計学的に有意差を認めない．

2）前立腺炎様症候群での検討

今回の治療法における臨床効果を池内の判定基準[4]を用いて算定した結果，著効18.2%，有効40.0%，やや有効25.4%，無効16.4%で，臨床的有効率は58.2%となった．病態別臨床効果の分析（Table 6）では，初発症例，再発症例，難治症例の順に良好で，活動性病変は非活動性病変に比して良好であるが有意の差はない．治療法別臨床効果の分析（Table 7）では，消炎剤の有無による差はなく，痔疾治療坐剤併用群が非併用群に比し良好であるが有意の差はない．なお，集積症例[4]での臨床成績（著効率12.6%，臨床的有効率52.9%）との比較では，各治療法に有意差は認めないが，活動性病変の症例に対して痔疾治療坐剤を併用した群での臨床成績は，集積症例の成績に比して，著効率では $P<0.05$ ($\chi_0^2=6.737$)，臨床的有効率では $P<0.05$ ($\chi_0^2=5.544$) と有意に良好な結果がえられており，痔疾治療坐剤の臨床的有用性が高いことが示唆された．

考　　察

肛門周囲の疾病の総称である痔疾は日本人では比較的多いとされているが，積極的に専門的な治療を受ける症例が少ないために正確な頻度は不明である．代表的疾患は内痔核・外痔核，裂肛，痔瘻であるが，このうち痔核が全体の半分以上を占める．痔核は肛門静脈巣の鬱血による静脈瘤で起こる肛門粘膜および皮膚の結節状の隆起であり，とくに中年以降の男性に発生が多いとされている[6]．

今日まで前立腺炎と肛門疾患の合併に関して検討した報告はみられない．今回の非細菌性前立腺炎および前立腺炎様症候群での臨床統計では1年以内に肛門疾患の既往がある症例（肛門疾患合併率）は29.7%，肛門疾患の治療が必要と判断した症例（活動性病変合併率）は15.4%に相当した．この合併頻度が高いのか，低いのか知る目的で他の泌尿器科疾患と比較したが，成人男性患者ならびに前立腺肥大症・前立腺癌患者での肛門疾患合併率，活動性病変合併率に比し，統計学的にも有意（$P<0.01$）に高い結果をえた．また，合併した肛門疾患では肛門部の鬱血が原因とされる痔核の合併が圧倒的に多くみられ，発症年齢でも痔核の好発年齢が反映される傾向をみた．さらに，発現症状と誘因発現率を集積症例と比較すると統計学的にも有意

Table 8. 瘀血の診断基準

	(男)	(女)		(男)	(女)
眼輪部の色素沈着	10	10	臍傍圧痛抵抗　左	5	5
顔面黒色	2	2	臍傍圧痛抵抗　右	10	10
皮膚の甲錯	2	5	臍傍圧痛抵抗　正中	5	5
口唇の暗赤化	2	2	回盲部圧痛・抵抗	5	2
歯肉の暗赤化	10	5	S状部圧痛・抵抗	5	5
舌の紫暗色化	10	10	季肋部圧痛・抵抗	5	5
細　絡	5	5			
皮下溢血	2	10	痔　疾	10	5
手掌紅斑	2	5	月経障害		10
判定基準		20点以下	非瘀血病態		
		21点以上	瘀血病態		
		40点以上	重度瘀血病態		

(科学技術庁研究班：寺沢ら[8]による)

(P<0.01) な差異がみられ，肛門疾患（とくに痔核）の影響および発症環境がより高いことが示唆された．

前立腺炎と肛門疾患とくに痔疾患合併との関係を考察する．漢方医学的立場では，種々の病的状態で起こると推定される微小循環障害，いわゆる静脈鬱血症候群を瘀血という[7]．科学技術庁研究班の瘀血の診断基準[8]（Table 8）によれば痔核は重要な要因であり，男性では基準の最高点数が与えられている．痔核の成因は肛門静脈巣の鬱血であるが，前立腺炎においても前立腺周囲の血液循環障害・静脈鬱血が炎症若起に関係するとされ，その裏付けとして慢性前立腺炎症例の超音波検査で前立腺静脈叢の拡張像が確認されている[9]

今回の肛門疾患合併・前立腺炎症例の治療では全例に桂枝茯苓丸による漢方療法を施行した．再発を繰り返しやすい痔疾には西洋医学治療の補助療法として漢方療法が効果的であり[7]，桂枝茯苓丸で代表される駆瘀血剤は，痔核治療の基本方剤として繁用される[10]また，前立腺炎に対する桂枝茯苓丸の臨床効果については西洋医学的治療の結果，難治または再発した非細菌性前立腺炎および前立腺炎様症候群の治療に使用し，有用性が高いことを著者がすでに報告している[11]．

一方，肛門疾患に前立腺炎が合併する可能性の裏付けとして，Shafik ら[12]は直腸と尿路性殖器との間に静脈交通路(Haemorrhoido-genital veins)の存在を報告し，この交通路の存在で肛門周囲の鬱血から前立腺周囲の鬱血が起こりうることを解剖学的に確認した．さらに，肛門粘膜下に投与した抗生剤（Amino glycosides）が血清中に比し高濃度に前立腺組織中に移行することも確認している[13]．このことから考察すると，今回の場合は細菌が明確でない症例なので抗生剤はあまり関与しないと思われるが，痔疾治療坐剤は痔疾（とくに痔核）に対する治療効果に加えて，前立腺炎自体の治療にも臨床上有効に作用するものと思われる．今回使用したシェリプロクト坐剤はカプロン酸ヒドロコルチゾンに殺菌剤，抗ヒスタミン剤，鎮痛剤を配合しており，前立腺炎に対する効果は含有成分中のステロイド剤の抗炎症作用によるものと推測される．

今回の治療での成績を病態別にみると両病型ともに初発症例，再発症例，難治症例の順に良好であり，活動性病変に対する効果は前立腺炎様症候群症例でやや良好であった．病型別検討では，細菌の関与は明確でないが前立腺に炎症所見を認める非細菌性前立腺炎での臨床効果は過去の集積症例での成績[4,11]と比較して大きな差は認めないが，痔疾治療坐剤の併用はやや有用性が高い印象をえた．一方，前立腺に炎症所見を認めず骨盤内の鬱血が原因と考えられる[5]前立腺炎様症候群での臨床効果は過去の集積症例での成績[4,11]と比較してやや良好な印象があり，痔疾治療坐剤の併用は有用性が高いと思われる．とくに，活動性病変における併用は著効率・臨床的有効率ともに有意に良好（P<0.05）で，臨床的有用性が高いことが示唆された．また，治療における反応は痔核の治癒・改善例に前立腺炎の改善傾向が高い印象がえられている．

以上，臨床統計的観察から非細菌性前立腺炎・前立腺炎様症候群と肛門疾患とくに痔疾患の合併および発症とは密接な関係があることが確認された．また，肛門疾患を合併した前立腺炎に対して漢方（桂枝茯苓丸）を中心とした治療を施行したが，概ね満足できる結果がえられ，とくに前立腺炎様症候群で活動性病変を合併する症例に対する痔疾治療坐剤の併用は，今までの治療法に比して明らかに臨床的有用性が高い治療法と考えられた．

結　　語

1）非細菌性前立腺炎および前立腺炎様症候群における肛門疾患合併率は29.7％，活動性病変合併率は15.4％であり，他の泌尿器科疾患での合併率に比し有意（P<0.01）に高い．

2）合併肛門疾患では痔疾患とくに痔核の合併頻度が高い特徴をみた．

3）今回の治療法による臨床成績（臨床的有効率）は非細菌性前立腺炎が71.4％，前立腺炎様症候群が58.2％であった．

4）前立腺炎と痔疾患とくに痔核の合併および発症とは深い関係があることが臨床統計的観察で確認された．また，肛門疾患を合併する前立腺炎に対して漢方療法（桂枝茯苓丸）は有用で，とくに前立腺炎様症候群の活動性病変合併症例に対する痔疾治療坐剤の併用療法は有用性の高い治療法と考えられた．

稿を終わるにあたり，診療に御協力いただいた甲斐祥生教授ならびに医局員各位に深く感謝いたします。

本論文の要旨は第29回神奈川県感染症研究会において発表した．

文　　献

1）Meares EM and Stamey TA：Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatistis and urethritis. Invest Urol **5**: 492-518, 1968
2）守殿貞夫，荒川創一，石神襄次，ほか：細菌性前立腺炎に対する薬効評価基準．泌尿紀要 **35**：427-445, 1989
3）熊本悦明，丸田　浩，井川欣市，ほか：慢性前立腺炎治療における臨床症状の推移について―消炎剤の2重盲検による薬効の検討―．泌尿紀要 **23**: 81-90, 1977
4）池内隆夫：慢性前立腺炎と前立腺炎様症候群の臨床的研究．第2報．治療効果の検討．泌尿紀要 **34**：453-460, 1988
5）池内隆夫：慢性前立腺炎と前立腺炎様症候群の臨床的研究．第1報：臨床統計的観察．泌尿紀要 **34**：446-452, 1988
6）隅越幸男：痔の教室．同文書院，東京，1987
7）松田邦夫，稲木一元：臨床医のための漢方〔基礎編〕第1版．カレントテラピー，東京，1987
8）寺沢捷年，篠田裕之，今田屋章，ほか：瘀血証の症候解析と診断基準の提唱．日東洋医誌 **34**：1-17, 1983
9）熊沢浄一，後藤健太郎，菊池敬夫，ほか：新しい診断手技としてのエコー診断．前立腺炎診療マニュアル．前立腺炎シンポジウム組織委員会，前立腺研究財団編．pp. 49-57，金原出版，東京，1990
10）山本　巌：痔疾と漢方製剤について．日本医師会誌 **90**：1357-1362, 1983
11）池内隆夫：慢性前立腺炎と前立腺炎様症候群の臨床的研究．第4報：前立腺炎難治症例に対する漢方療法．泌尿紀要 **36**：801-806, 1990
12）Shafik A and Mohi M: A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defaecation. XXIV. Hemorrhoidal venous plexuses: anatomy and role in hemorrhoids. Coloproctology **7**: 291-296, 1985
13）Shafik A: Anal submucosal injection: a new route for drug administration. VI. Chronic prostatitis: a new modality of treatment with report of eleven cases. Urology **37**: 61-64, 1991

(Received on April 24, 1991
Accepted on August 2, 1991)
（迅速掲載）