

# 前列腺炎清颗粒治疗慢性非细菌性前列腺炎 68 例疗效观察

□ 黄晨昕\* 夏于芳

(江苏省姜堰市中医院 江苏 姜堰 225500)

**摘要** 目的: 观察前列腺炎清颗粒治疗慢性非细菌性前列腺炎 (CNP) 的疗效。方法: 102 例患者随机分成两组。治疗组 68 例予前列腺炎清颗粒 10g, tid; 对照组 34 例口服特拉唑嗪 2mg, qd。均治疗 4 周。根据美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状评分 (NIH - CPSI)、前列腺按摩液 (EPS) 常规、最大尿流率 (MFR) 及平均尿流率 (AFR) 比较两组疗效。结果: 两组总有效率分别为 92.6%、55.9% ( $P < 0.01$ )。治疗组 NIH - CPSI 总分降低 71.6%, EPS 中白细胞数减少 72.0%, 卵磷脂小体增加 87.0%, MFR、AFR 分别增加 54.7% 与 51.6%, 均优于对照组 ( $P < 0.01$ ), 未发现明显不良反应。结论: 前列腺炎清颗粒治疗慢性非细菌性前列腺炎安全有效。

**关键词** 慢性非细菌性前列腺炎 前列腺炎清颗粒 特拉唑嗪

我们自 2004 年 1 月至 2004 年 12 月采用以特拉唑嗪作对照、随机单盲的试验方法, 以复方前列腺炎清颗粒治疗慢性非细菌性前列腺炎 (CNP), 取得了较好疗效, 报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 研究对象** 102 例为本院男科门诊 CNP 患者, 随机分为 2 组。治疗组 68 例, 年龄 18 ~ 62 岁, 平均 38.3 岁; 病程 4 ~ 66 个月, 平均 31.1 个月; 对照组 34 例, 年龄 21 ~ 62 岁, 平均 40.6 岁; 病程 4 ~ 63 个月, 平均 31.4 个月。两组患者的年龄分布、婚姻状

况、病程、病情严重程度等经统计学处理, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断与病例纳入标准** 参照文献<sup>[1,2]</sup> 制定。临床均有尿频、尿急、尿痛, 尿有余沥, 尿道口有乳白色分泌物; 会阴部、下腹部、阴茎阴囊、腰骶部、肛周等部位疼痛或酸胀不适。直肠指检 (DRE): 前列腺大小正常或增大, 质地饱满或略硬, 有压痛, 可扪及不规则的炎性结节。前列腺按摩液 (EPS) 中白细胞 (WBC)  $\geq 10/\text{HP}$ , 卵磷脂小体减少或消失。美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状评分指数<sup>[3]</sup> (NIH - CPSI)  $\geq 4$  分。

符合诊断标准, 且近二周内未接受相关治疗者可纳入本观察。合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重疾病, 尿道狭窄、前列腺肿瘤以及依从性差、资料

\* 作者简介 黄晨昕, 男, 医学硕士, 副主任医师。从事中西医结合男科临床与科研工作。

不全者均不纳入本研究。

**1.3 治疗方法** 治疗组予前列腺炎清颗粒（院内制剂，由败酱草、黄柏、薏苡仁、生蒲黄、王不留行、生黄芪、鹿角霜、牡蛎、琥珀等组成）10g，tid，开水冲服；对照组每晚睡前口服特拉唑嗪（重庆华森制药有限公司生产）2mg。

**1.4 观察方法与指标** 单盲观察4周，试验期间禁用其他任何治疗前列腺炎的药物及方法，观察结束后随访3个月。主要观察指标：（1）NIH-CPSI；（2）EPS中WBC数及卵磷脂小体数；（3）最大尿流率（MFR）及平均尿流率（AFR）；（4）药物不良反应。

**1.5 疗效标准** 根据文献<sup>[1]</sup>制定。临床治愈：症状消失，EPS镜检WBC<10个/HP，症状评分较前减少90%以上。显效：症状基本消失，EPS镜检WBC较前减少50~89%，症状评分较前减少60~89%。有效：症状减轻，EPS中WBC减少25~49%，症状评

分减少30~59%。无效：症状、体征无改善甚或加重，症状评分较前减少不足30%或WBC减少不足25%。

**1.6 统计学处理** SPSS8.0 for windows 分析处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，均数 $t$ 检验，等级资料用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有显著性。

## 2 结果

所有病例均完成观察，且无失访。治疗组临床治愈16例、显效41例、有效6例，总有效率92.6%；对照组治愈0例、显效7例、有效12例，总有效率55.9%。两组总有效率比较，差异有显著性意义（ $P < 0.01$ ）。两组治疗后分别比较NIH-CPSI（疼痛不适、排尿异常、总分）、EPS中WBC数、卵磷脂小体数、MFR及AFR，治疗组优于对照组（分别见表1、2、3）。观察过程中未发现明显不良反应。

表1 两组治疗前后NIH-CPSI比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

n		疼痛不适	排尿异常	症状影响	生活质量	总分
治疗组	68	7.79 ± 3.40 <sup>*</sup>	4.01 ± 2.00 <sup>*</sup>	2.28 ± 1.68 <sup>*</sup>	2.34 ± 1.72 <sup>*</sup>	16.38 ± 8.14 <sup>*</sup>
		2.49 ± 2.91 <sup>*</sup>	0.96 ± 1.08 <sup>*</sup>	0.62 ± 1.11 <sup>*</sup>	0.54 ± 1.10 <sup>*</sup>	4.65 ± 5.45 <sup>*</sup>
		5.31 ± 2.72 <sup>**</sup>	3.06 ± 1.83 <sup>**</sup>	1.66 ± 1.20 <sup>*</sup>	1.79 ± 1.29 <sup>*</sup>	11.74 ± 5.97 <sup>**</sup>
对照组	34	8.15 ± 3.49 <sup>*</sup>	4.24 ± 2.00 <sup>*</sup>	3.12 ± 1.47 <sup>*</sup>	2.94 ± 1.56 <sup>*</sup>	18.44 ± 8.00 <sup>*</sup>
		5.79 ± 3.89 <sup>*</sup>	2.79 ± 1.90 <sup>*</sup>	1.50 ± 1.08 <sup>*</sup>	1.44 ± 1.02 <sup>*</sup>	11.53 ± 7.23 <sup>*</sup>
		2.24 ± 1.76 <sup>**</sup>	1.44 ± 1.24 <sup>**</sup>	1.62 ± 0.74 <sup>*</sup>	1.50 ± 0.86 <sup>*</sup>	6.91 ± 3.27 <sup>**</sup>

注：与治疗前相比，<sup>\*</sup> $P < 0.01$ ；组间比较，<sup>\*</sup> $P > 0.05$ ，<sup>\*\*</sup> $P < 0.01$

表2 两组治疗前后EPS中WBC及卵磷脂小体数比较（ $\bar{x} \pm s$ ，/HP）

n		WBC数			卵磷脂小体数		
		治疗前	治疗后	减少值	治疗前	治疗后	增加值
治疗组	68	21.25 ± 8.61 <sup>*</sup>	5.96 ± 6.54 <sup>*</sup>	15.29 ± 7.12 <sup>**</sup>	18.09 ± 7.18 <sup>*</sup>	33.83 ± 7.92 <sup>*</sup>	15.74 ± 7.59 <sup>**</sup>
对照组	34	21.76 ± 7.97 <sup>*</sup>	14.15 ± 9.38 <sup>*</sup>	4.62 ± 5.12 <sup>**</sup>	18.82 ± 6.40 <sup>*</sup>	19.41 ± 8.50 <sup>*</sup>	0.59 ± 6.00 <sup>**</sup>

注：与治疗前相比，<sup>\*</sup> $P < 0.01$ ；组间比较，<sup>\*</sup> $P > 0.05$ ，<sup>\*\*</sup> $P < 0.01$

表3 两组治疗前后MFR、AFR比较（ $\bar{x} \pm s$ ，ml/s）

n		MFR			AFR		
		治疗前	治疗后	增加值	治疗前	治疗后	增加值
治疗组	68	14.76 ± 1.07 <sup>*</sup>	22.84 ± 4.75 <sup>*</sup>	8.08 ± 4.79 <sup>**</sup>	8.47 ± 1.35 <sup>*</sup>	12.83 ± 2.45 <sup>*</sup>	4.37 ± 2.04 <sup>**</sup>
对照组	34	14.47 ± 1.30 <sup>*</sup>	15.84 ± 2.17 <sup>*</sup>	1.36 ± 1.34 <sup>**</sup>	7.64 ± 1.44 <sup>*</sup>	9.30 ± 2.19 <sup>*</sup>	1.66 ± 1.32 <sup>**</sup>

注：与治疗前相比，<sup>\*</sup> $P < 0.01$ ；组间比较，<sup>\*</sup> $P > 0.05$ ，<sup>\*\*</sup> $P < 0.01$

### 3 讨论

Donker 等的研究结果证实, 前列腺、后尿道及膀胱颈组织存在着丰富的  $\alpha$ -肾上腺素能受体, 尿道壁的张力是由  $\alpha$ -受体控制<sup>[4]</sup>。 $\alpha$ -肾上腺素能受体受刺激时兴奋性升高, 膀胱颈和前列腺尿道痉挛, 产生功能性下尿路梗阻, 导致前列腺内尿液返流 (IPUR)<sup>[5]</sup>, IPUR 是 CNP 的主要原因<sup>[6]</sup>。因此, 有学者提出应用  $\alpha$ -受体阻断剂缓解后尿道高压引起的 IPUR 可达到治疗慢性前列腺炎的目的<sup>[7]</sup>。

本研究显示, 前列炎清颗粒能显著降低 NIH - CPSI, 消除 EPS 中 WBC、提高 EPS 中卵磷脂小体, 增加 MFR 与 AFR。随访 3 个月, 结果治疗组未见复发或加重者, 而对照组复发率为 36.8%。推测其可能具有较明显的  $\alpha$ -受体阻断作用。

根据本病所出现的尿频、尿痛、尿道白色分泌物等症状, 本病当属于中医学之“精浊”、“劳淋”等范畴。其病理机制为湿热虫毒瘀阻, 日久伤及脾肾, 正虚邪恋, 治当在清热解毒、化瘀泄浊的基础上, 注重扶正托毒。处方中重用败酱草以“清热泄结, 利水消肿, 破瘀排浊”(《本草正义》), 直趋下焦, 《本草纲目》云其“善破脓血”; 黄柏“泻湿热, 清膀胱而排瘀浊”(《长沙药解》), 二者共为主药。薏苡仁, 性偏微寒, 清热利湿排脓; 生蒲黄“利小便……消瘀血”(《本经》); 王不留行“利小便”(《本草纲目》), 善通血脉, 活血化瘀; 琥珀“安五脏, 定魂魄, 消瘀血, 通五淋”(《别录》), 合为臣药。生黄芪顾护脾胃, 益气和营, 扶正托毒; 佐以适量鹿角霜, 温振阳气, 与他药相反相成, 既防苦寒之品攻伐太过, 又可促进血液循环, 以缩短病程, 提高疗效; 牡蛎软坚散结, “疗泄精”(《别录》), 同为佐药。全方寓消补于一体, 共奏活血通淋、祛湿泄浊、扶正托毒、畅通腺管之功。

现代药理研究证实, 黄柏能抑制环氧化酶的转录活性, 阻断炎性递质的形成, 减少间质性细胞浸

润<sup>[8]</sup>, 阻滞  $\alpha$ -受体<sup>[9]</sup>, 因而能消退炎症, 减轻尿道阻力, 从而缓解 CNP 的症状。黄芪能提高机体非特异性免疫功能, 增强网状内皮系统吞噬能力<sup>[10]</sup>, 薏苡仁能增强免疫功能<sup>[11]</sup>。活血化瘀药物能消除病灶水肿, 解除炎性梗阻, 畅通前列腺导管, 使纤维组织软化, 局部血流增加, 与清热利湿药合用, 使药直达病所, 并能促进组织修复, 增强消炎与免疫功能。

### 参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗慢性前列腺炎 (非特异性) 临床研究指导原则 (第 3 辑) [S]. 1997. 52 - 54.
- [2] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准 (精浊) [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 50.
- [3] Litwin MS, McNaughton - Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure [J]. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network [J]. J Urol, 1999, 162 (2): 369 - 375.
- [4] Donker PJ, Ivanovici F, Noach EL. Analysis of the urethral pressure profile by means of electromyography and the administration of drugs [J]. Br J Urol, 1972, 44: 180 - 193.
- [5] 鲍镇美. 前列腺内尿液返流与前列腺炎 [J]. 中华泌尿外科杂志, 1995, 16 (6): 380.
- [6] Hellstrom WJ, Schmidt RA, Lue TF, et al. Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis [J]. Urology, 1987, 30 (1): 183 - 188.
- [7] Durwood E, Neal JR, Moon TD, et al. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire [J]. Urology, 1994, 43 (2): 460 - 465.
- [8] Fukuda K, Hibiya Y, Mutoh M et al. Inhibition by berberine of cyclooxygenase - 2 transcriptional activity in human colon cancer cells [J]. J Ethnopharmacol, 1999, 66 (2): 227 - 233.
- [9] 江明性, 姚伟星, 林保东, 等. 小檗碱对大鼠输精管及肛尾肌中  $\alpha 1$  及  $\alpha 2$  肾上腺素受体的阻断作用 [J]. 中国药理学报, 1986, 12 (2): 29.
- [10] 高绿纹. 实用有毒中药临床手册 [M]. 北京: 学苑出版社, 1994. 15.
- [11] 八木晟. 薏苡仁的抗癌消炎活性 [J]. 国外医学植物药分册, 1989, 4 (2): 75 - 76.