

# 行气活血法联合西药治疗ⅢA型前列腺炎 气滞血瘀证患者疗效观察

● 王志勇<sup>1</sup> 金冠羽<sup>2</sup> 卢太坤<sup>2▲</sup> 邓龙生<sup>2</sup>

**摘要** 目的:观察“桃红泽兰汤联合乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”治疗ⅢA型前列腺炎气滞血瘀证患者的临床疗效。方法:收集ⅢA型前列腺炎气滞血瘀证患者240例,随机分为2组,治疗组120例给予“桃红泽兰汤联合乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”治疗;对照组120例给予“乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”治疗,4周为1个疗程,共1个疗程。结果:1个疗程后治疗组有效率87.27%,对照组有效率64.86%,经统计分析,两组疗效差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。结论:“桃红泽兰汤联合乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”治疗ⅢA型前列腺炎气滞血瘀证的临床疗效明显优于“乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”,行气活血法联合西药治疗能有效改善患者临床症状,提高生活质量。

**关键词** ⅢA型前列腺炎 气滞血瘀证 桃红泽兰汤 中西医结合 临床研究

前列腺炎是50岁以下成年男性的常见病、多发病,约50%的男性在一生中的某个时期会受到前列腺炎的影响<sup>[1]</sup>,部分前列腺炎可能严重地影响患者的生活质量<sup>[2]</sup>,并造成巨大的经济负担<sup>[3]</sup>。Ⅲ型前列腺炎发生率占前列腺炎的90%~95%<sup>[4]</sup>,气滞血瘀证占Ⅲ型前列腺炎的88.13%<sup>[5]</sup>,但Ⅲ型前列腺炎的病因病机仍不明确,目前尚无非常满意的疗法。笔者采用中西医结合治疗取得了良好疗效,现总结如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 收集2011年6月至2012年10月河南省濮阳市妇幼保健院男科和福建省厦门市中医院男科240例门诊患者,采用区组随机方法SAS统计软件产生随机数字将患者分为2组:治疗组120例,年龄20~43岁,平均年龄 $27.10 \pm 4.03$ 岁,病史3个月~144个月,平均病史 $8.58 \pm 17.20$ 个月;对照组120例,年龄

21~45岁,平均年龄 $27.24 \pm 4.35$ 岁,病史3个月~156个月,平均病史 $8.40 \pm 18.88$ 个月。2组患者年龄、病程经秩和检验,无显著性差异,具有可比性( $P > 0.1$ )。

**1.2 西医诊断标准** 参照文献<sup>[6,7]</sup>制定ⅢA型前列腺炎诊断标准。①疼痛症状:会阴部、外生殖器、下腹部、耻骨上区及腰骶部等疼痛不适;②排尿症状:尿后滴沥、尿刺痛、尿道滴白、尿频、尿道灼热;③其它症状:焦虑、忧郁、失眠、记忆力下降或性功能障碍;④前列腺触诊:前列腺大小增大或缩小,表面不平或不对称,中央沟变浅或消失,可触及不规则的炎性硬结、压痛,质地失去正常的均匀弹性;⑤前列腺液镜检:白细胞 $\geq 10/\text{HP}$ ;⑥前列腺液细菌培养:阴性。凡具备⑤和⑥两项,加①、②、③和④中任意1项及1项以上即可确诊。

**1.3 中医证候诊断标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>制定。气滞血瘀证(具备主症1项及次症2项及2项以上即辨证成立):主症:会阴部、外生殖器、下腹部、耻骨上区、腰骶部、肛门周围坠胀或疼痛;次症:尿后滴沥,尿刺痛,尿道滴白,舌质黯或有瘀点瘀斑,脉弦或涩。

**1.4 排除标准** ①急性前列腺炎、前列腺癌患者;②有神经源性膀胱、膀胱尿道结石、尿道狭窄等影响排尿的疾病患者;③局部疼痛因下腹、会阴、腰骶等部位疾病

**▲通讯作者** 卢太坤,男,教授,主任医师,博士研究生导师,全国第三批、第四批老中医药专家学术经验继承指导老师,全国名老中医传承工作室项目专家。研究方向:男科疾病。E-mail: ltk1234@163.com。

**• 作者单位** 1. 河南省濮阳市妇幼保健院(457000); 2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

如附睾炎、精索静脉曲张、腰背肌筋膜炎、直肠结肠疾病等引起的患者;④有精神疾患、神经障碍,无法合作的患者;⑤服药依从性差的患者;⑥严重烟酒嗜好患者。

2 研究方法

2.1 治疗方法 治疗组用“桃红泽兰汤联合乳酸左氧氟沙星分散片和吡哌美辛肠溶片”治疗。桃红泽兰汤药物组成:桃仁 10g,红花 8g,泽兰 12g,丹参 15g,莪术 10g,地鳖虫 8g,刘寄奴 15g,蒲黄 10g,败酱草 20g,红藤 20g,元胡 15g,枳壳 10g,黄芪 10g,以上中药采用全自动中药煎药机水煎,袋装,每剂两袋,每袋 200ml,每次 1 袋,早晚餐后半小时温服;乳酸左氧氟沙星分散片(四川升和药业股份有限公司,国药准字:H20080278):0.2g,bid,po;吡哌美辛肠溶片(广东华南药业集团有限公司,国药准字:H44020701):25mg,tid,po。对照组用“乳酸左氧氟沙星分散片和吡哌美辛肠溶片”治疗。治疗组和对照组均 4 周为 1 疗程,共治疗 1 个疗程,每个疗程结束后均行前列腺液常规检查。治疗期间忌饮酒,忌食辛辣刺激食物,禁止服用其它治疗慢性前列腺炎的药物。若在治疗期间发生急性它疾,停止本治疗,待它疾痊愈后继续本治疗。

2.2 前列腺液量化积分 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup> 制定:WBC 记量单位为个数/HP。WBC:0~9 个/HP 表示为-/HP,记为 0 分;WBC:10~19 个/HP 表示为+/HP,记为 1 分;WBC:20~29 个/HP 表示为++/HP,记为 2 分;WBC:≥30 个/HP 表示为+++/HP,记为 3 分。

表 2 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	疼痛评分	尿路症状评分	对生活质量影响评分	CPSI 总分
对照组	111	治疗前	12.03 ± 2.01	4.03 ± 1.04	8.25 ± 0.95	24.31 ± 2.42
		治疗后	6.75 ± 4.42*	2.47 ± 1.55*	4.59 ± 2.67*	13.80 ± 8.29*
治疗组	110	治疗前	12.42 ± 2.38	4.20 ± 1.30	8.21 ± 0.98	24.84 ± 2.86
		治疗后	5.77 ± 3.85*	2.12 ± 1.46*	3.65 ± 2.17*	11.53 ± 7.04*

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.01$

3.3 治疗前后前列腺液量化积分的评价 经配对  $t$  检验显示:2 组在降低患者前列腺液中白细胞数量与治疗前相比差异有显著性意义( $P < 0.05$ );经秩和检验显示:2 组治疗前后在降低患者前列腺液中白细胞数量差值方面,差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。因此,治疗组和对照组在降低白细胞数量方面均有疗效,且治疗组疗效更为显著。见表 3。

2.3 疗效判定标准 参照文献<sup>[9,10]</sup> 制定临床疗效判定标准:显效:CPSI 减少  $> 15$  分或 CPSI 为 0 分;有效:CPSI 减少 5~15 分;无效:CPSI 减少  $< 5$  分。

2.4 统计方法 本研究采用美国 SPSS12.0 版统计软件对研究数据进行统计学处理。符合正态分布的计量资料用  $t$  检验,不符合正态分布的计量资料用秩和检验,治疗前后用配对  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  认为差异有统计学意义。

3 结果

治疗组因胃脘部疼痛终止 7 例,因工作出差终止 3 例;对照组因胃脘部疼痛终止 6 例,因工作出差终止 3 例,最终,治疗组共 110 例患者、对照组 111 例患者完成本研究。

3.1 总疗效的评价 治疗组的临床疗效明显优于对照组,疗效差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较 n(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	111	41	31	39	64.86
治疗组	110	62	34	14	87.27*

注:与对照组比较,\* $P < 0.01$

3.2 治疗前后症状积分的评价 经配对  $t$  检验显示:2 组在改善患者疼痛、尿路症状、对生活质量影响和 CPSI 总评分方面与治疗前相比差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ ),因此,治疗组和对照组在改善临床症状方面均有效。见表 2。

表 3 两组治疗前后前列腺液量化积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后	治疗前后差值
对照组	111	2.29 ± 0.73	1.43 ± 1.05*	0.87 ± 0.84
治疗组	110	2.27 ± 0.74	0.87 ± 0.90*	1.40 ± 0.79 <sup>△</sup>

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>△</sup> $P < 0.01$

## 4 讨论

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是泌尿男科常见疾病之一,占门诊量的8%~25%<sup>[1,11]</sup>。长期以来,虽然对其进行了大量的研究与实践,但其病因及发病机制目前尚不甚明确,多数学者认为与病原体感染、尿道阻力增高、自身免疫反应、化学因素及神经肌肉因素等有关<sup>[12]</sup>,其治疗至今尚无非常满意的治疗方案,但已达成共识,即ⅢA型前列腺炎虽然细菌培养阴性,但仍以足量有效的抗生素治疗为主,因为该类患者也可能存在潜在难以诊断的病原体感染<sup>[13]</sup>,抗生素治疗关键在于选择最有效的药物,使感染区域达到有效的杀菌浓度,由于前列腺腺泡上皮类脂质膜的屏障作用,多种抗菌药物不能进入前列腺腺泡内,所以应选择具有较高的脂溶性、较低的血清蛋白结合率等特点的药物,符合上述特点的抗生素主要是喹诺酮类,因此,本研究选择左氧氟沙星治疗。

氧化应激学说是导致前列腺炎的重要研究热点之一,在氧化应激作用增强的情况下,环氧化酶(COX)激活,催化花生四烯酸产生前列腺素 $E_2$ ( $PGE_2$ ), $PGE_2$ 能抑制免疫细胞分泌的 $\beta$ -内啡肽释放, $\beta$ -内啡肽可以缓解炎症引起的疼痛,抗炎治疗可使 $PGE_2$ 降低, $\beta$ -内啡肽增高。Shahed<sup>[14]</sup>认为CP患者的疼痛是由氧化应激作用增强导致 $PGE_2$ 水平升高而引起的。前列腺素(PG)除了本身是致痛物质外,还可增敏其它致痛物质。非甾体类抗炎药吲哚美辛是最强的COX抑制药之一,其治疗CP机制有三:其一抑制COX生成,进而减少 $PGE_2$ 生成,从而缓解疼痛;其二减少WBC在炎症部位的浸润和释放致痛物质,减少组织损伤;其三减少缓激肽生成,抑制红细胞和血小板凝集而发挥止痛和抗炎作用。故本研究选用了具有抗炎和缓解疼痛双重功效的吲哚美辛治疗ⅢA型前列腺炎患者。

中医学认为本病属于“淋证”、“精浊”及“白淫”等范畴。早期中医对CP的病因多从湿热论,治疗也以清热利湿为主,但对于ⅢA型前列腺炎患者,清利之法总体疗效并不理想。随着中医学对CP病因病机认识的不断深入,众医家逐渐重视气滞血瘀在本病发病和病程中的作用。前列腺属肝经循行部位,湿热蕴结,经络阻滞,则肝经气血瘀滞;又患者心理负担过重,导致肝气郁滞,气滞血瘀。本研究组认为本病病机变化为湿热下注,阻滞气机,气滞血瘀,久病及肾,终致肾虚,但气滞血瘀贯穿于慢性前列腺炎的始终。据此其自拟的桃红泽兰汤治疗ⅢA型前列腺炎取得了良好疗效,方中桃仁、红花、泽兰、丹参、莪术、地鳖虫、刘寄奴、蒲黄活血化瘀止痛,元胡、枳

壳行气疏肝止痛,败酱草、红藤清热解毒祛瘀,黄芪扶助正气以助血行。诸药合用,使气滞得行、瘀血得散、湿热得清、脓毒得排。现代药理研究证实,桃仁、红花、泽兰、丹参、莪术、地鳖虫、刘寄奴、蒲黄能改善前列腺血液循环,消除血栓及纤维组织增生,达到软化变硬的腺体的目的,并有利于炎症的消退,同时改善后尿道等邻近器官的纤维组织;枳壳、元胡有明显的缓解神经肌肉的痉挛、减轻疼痛等作用;败酱草、红藤有较强的抗病原体、抗炎作用;黄芪能提高免疫功能,增强机体的抗病能力。

综上所述,“桃红泽兰汤及乳酸左氧氟沙星分散片和吲哚美辛肠溶片”联合治疗可显著提高ⅢA型前列腺炎疗效,减轻患者症状,提高生活质量,标本兼治,易为广大患者所接受,值得临床推广。

## 参考文献

- [1] Krieger JN, Riley DE, Cheah PY, et al. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world - wide problem[J]. World J Urol, 2003, 21(2): 70 - 74.
- [2] Tripp DA, Curtis Nickel J, Landis JR, et al. Predictor of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study[J]. BJU Int, 2004, 94(9): 1279 - 1282.
- [3] Calhoun EA, McNaughton - Collins M, Pontari MA, et al. The economic impact of chronic prostatitis[J]. Arch Inter Med, 2004, 164(11): 1231 - 1236.
- [4] Roberts Ro, Lieber MM, Bostwick DG, et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes[J]. Urology, 1997, 49(6): 809 - 821.
- [5] 李兰群, 王传航, 刘春英, 等. 慢性前列腺炎中医证型分布频率研究[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(4): 246.
- [6] Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JAMA, 1999, 282(3): 236 - 237.
- [7] 王 尉, 胡卫列, 王元利, 等. 慢性非细菌性前列腺炎的诊断[J]. 中国男科学杂志, 2006, 20(1): 38 - 40.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 168 - 172.
- [9] 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 chronic prostatitis collaborative research network [J]. J Urol, 1999, 162(2): 369 - 375.
- [10] 谢续标, 彭龙开, 赵晓昆. 慢性前列腺炎症状指数的临床应用[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(15): 36 - 38.
- [11] Rizzo M, Marchetti F, Travaglini F, et al. Prevalence diagnosis and treatment of prostatitis in Italy: a prospective urology outpatient practice study[J]. BJU Int, 2003, 92(9): 955 - 959.
- [12] Nickel JC. Prostatitis: evolving management strategies[J]. Urol Clin North Am, 1999, 26(4): 737 - 751.
- [13] 王应芳, 孟 灵, 徐雅萍, 等. 慢性前列腺炎的病原菌及其耐药性研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2008, 18(12): 1793 - 1795.
- [14] Shahed AR, Shoskes DA. Correlation of beta - endorphin and prostaglandin  $E_2$  levels in prostatic fluid of patients with chronic prostatitis with diagnosis and treatment response[J]. J Urol, 2001, 166(5): 1738 - 1741.