

前列解毒汤保留灌肠联合西药治疗 ⅢA 型前列腺炎的临床研究

● 王志勇¹ 金冠羽² 卢太坤^{2▲} 韩玉芬¹ 王 瑜¹

摘 要 目的:观察前列解毒汤保留灌肠联合乳酸左氧氟沙星分散片和呋喃唑酮片治疗ⅢA型前列腺炎的临床疗效。方法:收集ⅢA型前列腺炎患者300例,随机分为2组,治疗组200例给予前列解毒汤保留灌肠联合乳酸左氧氟沙星分散片和呋喃唑酮片治疗;对照组100例给予乳酸左氧氟沙星分散片和呋喃唑酮片治疗,1周为1个疗程,共6个疗程。结果:6个疗程后治疗组总有效率89.56%,对照组总有效率67.02%,两组疗效差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。结论:前列解毒汤保留灌肠联合乳酸左氧氟沙星分散片和呋喃唑酮片治疗ⅢA型前列腺炎的临床疗效明显优于乳酸左氧氟沙星分散片和呋喃唑酮片,能有效改善患者临床症状,提高生活质量。

关键词 ⅢA 前列腺炎 前列解毒汤 中药灌肠 中西医结合 疗效观察

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是影响成年男性生活质量的常见病,全球发病率9%~14%^[1],占泌尿外科门诊患者8%~25%^[2]。据美国国立卫生研究院(National Institutes of Health, NIH)分类标准(1995年),前列腺炎分为4型,分别为I型:急性细菌性前列腺炎;II型:慢性细菌性前列腺炎;III型:慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征;IV型:无症状性前列腺炎,其中III型又分为ⅢA型和ⅢB型两种,其发生率占前列腺炎的90%以上^[3]。由于ⅢA型前列腺炎的发病机制、病理生理学改变尚不十分清楚,目前尚无满意疗法。笔者采用中药保留灌肠联合西药治疗取得了满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 收集2010年6月至2013年1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300例门诊患者,采用区组随机方法用SAS统计软件产生随机数字将患者分为2组:治疗组200例,年龄20~45岁,平均年龄 27.93 ± 4.66 岁,病史3个月~14年,平均病史 9.25 ± 19.82 个月;对照组100例,年龄19~45岁,平均年龄 27.56 ± 4.91 岁,病史3个月~12年,平均病史 8.59 ± 17.27 个月。2组患者在年龄、病程经秩和检验,差异无显著性意义($P > 0.1$),具有可比性。

1.1.2 诊断标准 参照文献^[4]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:前列腺大小正常或增大或缩小,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 $\geq 10/HP$;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。

1.1.3 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、腰骶等部位疾病如附睾炎、精索静脉曲张、腰背肌筋膜炎、直肠

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人指导老师,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. 河南濮阳市妇幼保健院生殖中心(457000); 2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

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。

1.2 治疗方法 (1)治疗组:用前列解毒汤保留灌肠联合乳酸左氧氟沙星分散片和吡哌美辛肠溶片治疗。前列解毒汤药物组成为:虎杖 20g,败酱草 20g,红藤 15g,蒲公英 20g,蛇舌草 15g,莪术 15g,三棱 15g,川楝子 15g,元胡 15g,金钱草 30g。偏于气郁者加柴胡 10g,枳壳 12g;偏于血瘀者加桃仁 10g,红花 10g;偏于火盛者加栀子 12g,龙胆草 10g;偏于湿盛者加草薢 15g,苦参 15g;尿不尽感明显者加冬葵子 15g,石韦 15g;尿中白浊、迁延日久者加早莲草 15g,桑螵蛸 15g;睾丸疼痛明显者加荔枝核 20g,桔核 20g。以上中药水煎煮 2 次,滤去药渣,得药液 150ml,每日 1 剂,嘱患者每晚睡觉前排空大小便,取左侧卧位,药温 40℃~42℃,用一次性使用肠道冲洗袋(扬州市华冠科技发展有限公司,产品标准:YZB/苏 0250-2007)滴注,导管插入肛门 20cm~30cm,以每分钟 40~50 滴滴注,保留时间不少于 2 小时,无便意者最好保留至次日晨。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。(2)对照组:用乳酸左氧氟沙星分散片和吡哌美辛肠溶片治疗,其中乳酸左氧氟沙星分散片:0.2g, bid, po;吡哌美辛肠溶片:25mg, tid, po。治疗组和对照组均 1 周为 1 疗程,共治疗 6 个疗程,每个疗程结束后均行前列腺液常规检查,服药期间 2 次前列腺液常规检查正常者停止用药。治疗期间忌饮酒,忌食辛辣刺激性食物,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他疾,

停止本治疗,待他疾痊愈后继续本治疗。

1.3 疗效判定标准 参照文献^[5]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。

1.4 统计方法 应用 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 χ^2 检验。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

治疗组因大便次数增加终止 6 例,因工作出差终止 3 例,因胃脘部疼痛终止 9 例;对照组因工作出差终止 1 例,因胃脘部疼痛终止 5 例。治疗组共 182 例,对照组 94 例完成本研究。

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

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	94	33	30	31	67.02
治疗组	182	92	71	19	89.56*

注:与对照组比较,* $P<0.01$

2.2 两组治疗前后症状积分的评价 治疗组和对照组在改善患者疼痛、尿路症状和对生活质量影响方面与治疗前相比有非常显著性差异($P<0.01$);治疗后两组在疼痛、尿路症状和对生活质量影响方面的积分,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疗效,但治疗组疗效更为显著,且优于对照组。

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

组别	n	疼痛		尿路症状		对生活质量影响	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	94	12.04±1.96	7.61±4.04*	4.06±1.04	2.87±1.45*	8.19±1.06	4.71±2.49*
治疗组	182	12.19±2.87	6.05±3.53*▲	4.13±1.32	2.27±1.47*▲	7.96±1.46	3.84±1.99*▲

注:与同组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组比较,▲ $P<0.01$

3 讨论

ⅢA 型前列腺炎病因学十分复杂,发病机制未完全明了,可能是多种病因同时起作用,其中一种或几种起关键作用^[6]。多数学者认为其主要病因可能是

病原体感染、炎症和异常的盆底神经肌肉活动等的共同作用^[7]。至今尚无非常满意的有效治疗方案,但已达成共识,即ⅢA 型 CP 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^[8]。喹诺酮类抗生素有

脂溶性高、血清蛋白结合率低的特点,其容易穿过前列腺腺泡上皮类脂质膜的屏障作用。Shahed^[9]认为 CP 患者的疼痛是由氧化应激作用增强导致前列腺素 E2(PGE2)水平升高而引起的。非甾体类抗炎药吲哚美辛是最强的环氧化酶(COX)抑制药之一,故临床上常用左氧氟沙星和吲哚美辛治疗ⅢA型前列腺炎。

由于前列腺上脂膜和前列腺液 PH 等影响,使抗菌药物不易自血浆扩散入前列腺腺泡^[10],加上前列腺炎本身病理改变,病灶周围纤维化,也影响抗菌药物向病灶扩散。研究发现,直肠下段的痔静脉丛与泌尿生殖静脉丛之间有 2~6 条小的痔生殖静脉相交通,这些交通支将直肠回流的静脉血液单向输送到前列腺周围的泌尿生殖静脉丛^[11]。通过中药直肠灌入,可以使药物直接从静脉吸收后作用到前列腺,其吸收的总量和生物利用率均比口服药高^[12],为中药保留灌肠治疗 CP 提供了理论依据。

中医学认为本病属于“淋证”、“精浊”及“白淫”等范畴,其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。本病湿热内蕴为本,气滞血瘀为标,二者互为因果,贯穿于发生发展的整个病理过程。所以清热利湿、活血化瘀及行气导滞为治疗本病的基本原则,自拟前列解毒汤保留灌肠治疗ⅢA型前列腺炎,方中虎杖、蒲公英、蛇舌草、败酱草、红藤、金钱草清热解毒利湿通淋;莪术、三棱、虎杖、败酱草、红藤、元胡活血祛瘀行气止痛;川楝子、元胡、莪术、三棱破血行气通络止痛,诸药合用,共奏清热解毒、利湿通淋、活血祛瘀、行气止痛、消痈散结之效。同时,现代药理研究证实,虎杖、蒲公英、蛇舌草、败酱草、红藤、金钱草具有抗菌消炎、镇静等作用;莪术、三棱、虎杖、败酱草、红藤、元胡能改善血瘀患者的血液流变学特征,降低血液黏稠度,改善血液循环,促进炎性病灶的吸收;川楝子、元胡、莪术、三棱有明显的缓解神经肌肉的痉挛,减轻疼痛等作用。

笔者在治疗过程中充分利用西药口服与中药保

留灌肠,全身治疗与局部治疗相结合的优势,使患者尽早得到康复,经过对两组患者治疗前后前列腺症状积分和前列腺液量化积分统计分析发现,西药口服和中药保留灌肠治疗ⅢA型前列腺炎疗效满意,值得临床应用。

参考文献

- [1] Shoskes DA. Use of antibiotics in chronic prostates syndromes[J]. Can J Urol, 2001, 8(1): 24-28.
- [2] 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.
- [3] Schaeffer AJ, Knauss JS, Landis JR, et al. Leukocyte and bacterial counts do not correlate with severity of symptoms in men with chronic prostatitis; the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study[J]. J Urol, 2002, 168(3): 1048-1053.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] Rowe E, Smith C, Laverick L, et al. A prospective randomized placebo controlled double - blind study of pelvic electromagnetic therapy for the treatment of chronic pelvic pain syndrome with 1 year of followup[J]. J Urol, 2005, 173(6): 2044-2047.
- [7] 胡小鹏, 白文俊, 朱积川, 等. 慢性前列腺炎细菌及免疫学研究[J]. 中华泌尿外科杂志, 2002, 23(1): 29-31.
- [8] 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.
- [9] Shahed AR, Shoskes DA. Correlation of beta - endorphin and prostaglandin E2 levels in prostatic fluid of patients with chronic prostatitis with diagnosis and treatment response[J]. J Urol, 2001, 166(5): 1738-1741.
- [10] Zabkowski T, Peterek J, Stawarz B, et al. The result of treatment of chronic prostatitis on the background of anaerobic bacterial and fungal infections[J]. Wiad Lek, 1999, 52(9): 456-461.
- [11] 郭应禄, 李宏军. 前列腺炎(第2版)[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007, 283.
- [12] 黄志勇. 中西医结合治疗慢性前列腺炎 100 例临床分析[J]. 中国医药导报, 2009, 6(29): 10-11.

欢迎订阅《中医药通报》杂志

邮发代号: 34-95