

# 解毒通淋汤治疗男性尿道炎后综合征疗效观察<sup>※</sup>

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

**摘要** 目的:观察“解毒通淋汤联合心理疏导疗法”治疗男性尿道炎后综合征的临床疗效。方法:180 例患者随机分为 2 组,治疗组 120 例采用“解毒通淋汤联合心理疏导疗法”治疗;对照组 60 例采用“盐酸坦索罗辛缓释胶囊、呋喃唑酮片和心理疏导疗法”治疗,1 周为 1 个疗程,共 6 个疗程。结果:6 个疗程结束后治疗组有效率 91.07%,对照组有效率 67.24%,经统计分析,两组疗效有非常显著性差异( $P < 0.01$ )。结论:“解毒通淋汤联合心理疏导疗法”治疗男性尿道炎后综合征疗效显著,且无明显的毒副作用,值得临床广泛应用。

**关键词** 男性尿道炎后综合征 解毒通淋汤 心理疏导疗法

随着社会的发展,人们对性观念的转变,淋病和非淋菌性尿道炎(non-gonococcal urethritis, NGU)的发病率逐渐增加,2001 年我国 NGU 患病人数为 253116 例,发病率为 20.04%,淋病患者人数为 234561 例,发病率为 18.57%,二者发病率分列 8 种性病第一位和第二位<sup>[1]</sup>,男性尿道炎后综合征(male's post-urethritis syndrome, MPUS)患者也随之呈急剧上升的趋势,患者性病实验室检测各种致病微生物多次检查均呈阴性,但尿道不适症状持久存在或反复发作,给患者造成严重的身心痛苦,临床治疗往往经久不愈。纵观近年文献,MPUS 的发病机制主要与慢性前列腺炎或慢性前列腺炎综合征以及性病神经症密切相关,更加令医者在治疗上感到棘手。为此,笔者采用自拟解毒通淋汤结合心理疏导疗法治疗,取得了较好疗效,现报告如下,以飨同仁。

※基金项目 国家中医药管理局卢太坤名老中医药专家传承工作室建设项目

▲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. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009); 2. 河南省濮阳市妇幼保健院生殖中心(457000)

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 6 月至 2013 年 6 月厦门市中医院男科和濮阳市妇幼保健院男科 180 例门诊患者,采用随机法将患者分为 2 组:治疗组 120 例,年龄 20~48 岁,平均  $30.38 \pm 5.85$  岁;病史 1 个月~5 年,平均  $7.21 \pm 10.47$  月;对照组 60 例,年龄 19~45 岁,平均  $29.10 \pm 4.97$  岁;病史 1 个月~8 年,平均  $9.58 \pm 15.42$  月。两组患者在年龄、病程经  $t$  检验,无显著性差异( $P > 0.1$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照文献<sup>[1-4]</sup>制定:(1)有淋病或/和非淋菌性尿道炎病史;(2)有尿道虫样爬行感或尿道刺痒、尿痛、尿道灼热、排尿不适、晨起尿道口有粘液性分泌物等尿道不适的症状或体征;(3)性病实验室检查无阳性发现(包括淋病奈瑟菌涂片及培养,衣原体检测和支原体培养,前列腺液真菌和滴虫镜检,梅毒血清试验, HIV、HSV 检测);(4)尿常规及尿培养阴性。

具备(1)、(3)和(4),加(2)中任意 1 项及 1 项以上方可确诊。

1.3 排除标准 (1)有神经源性膀胱、膀胱尿道结石、尿道狭窄等影响排尿疾病的患者;(2)前列腺液检查示:WBC  $> 10$  个/HP,患有炎症性前列腺炎的患者;(3)对治疗药物过敏的患者;(4)治疗期间服用

其他药物治疗此病的患者;(5)服药依从性差,影响疗效判定的患者;(6)有精神疾患、神经障碍,无法合作的患者。

#### 1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 采用“中药解毒通淋汤和心理疏导疗法”治疗。中药解毒通淋汤药物组成:土茯苓 40g,白花蛇舌草 30g,鱼腥草 20g,黄柏 12g,金钱草 25g,瞿麦 15g,降香 10g,生蒲黄 15g(包煎),川牛膝 15g,琥珀 3g(冲服),地肤子 15g,白鲜皮 15g。所有中药均购自本院中药房,采用全自动中药煎药机水煎,每天 1 剂,每次 200ml,早晚餐后 30 min 温服。心理疏导疗法:针对患者高度紧张、过分焦虑、猜测多疑的心理特点,以耐心细致的思想工作 and 可靠的实验室证据消除患者的恐惧心理,树立战胜疾病的信心和欲望,增强患者对医师的信赖,使其积极配合治疗。

1.4.2 对照组 采用“盐酸坦索罗辛缓释胶囊、吡哌美辛肠溶片和心理疏导疗法”治疗。盐酸坦索罗辛缓释胶囊(安斯泰来制药(中国)有限公司,国药准字:H20000681):0.2mg, qn, po;吡哌美辛肠溶片(上海现代哈森药业有限公司,国药准字:H41021943):25mg, tid, po。心理疏导疗法同治疗组。

治疗组和对照组均 1 周为 1 疗程,共治疗 6 个疗程。治疗期间忌饮酒,忌食辛辣刺激性食物,禁止服用其他治疗 MPUS 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。

1.5 疗效判定标准 参照《男科病特色专科实用手册》<sup>[2]</sup>和《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[3]</sup>拟定判定标准。显效:临床症状完全消失,尿道口无分泌物;有效:临床症状改善,尿道口晨起有时有少量浆液性分泌物;无效:临床症状、体征无改善,甚或加重。

重。

1.6 观察指标 采用美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)进行评分,包括疼痛积分、尿路症状积分、生活质量(QOL)评分和总分。

1.7 统计方法 应用 SPSS 13.0 对数据进行统计分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,用  $t$  检验;计数资料用  $\chi^2$  检验;等级资料采用 Ridit 检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 病例脱落情况 共脱落 10 例,其中治疗组因腹痛泄泻终止 3 例,因工作出差终止 5 例;对照组因胃脘部疼痛终止 2 例,最终完成研究病例数为治疗组 112 例,对照组 58 例。

2.2 临床疗效比较 经 Ridit 检验显示: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( $P < 0.01$ ),两组总有效率比较,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(%)
治疗组	112	71(63.39)	31(27.68)	10(8.93)	91.07*
对照组	58	21(36.21)	18(31.03)	19(32.76)	67.24

注:与对照组比较,\* $P < 0.01$

2.3 两组治疗前后 NIH-CPSI 比较 两组在改善患者疼痛、尿路症状、对生活质量影响和 CPSI 总评分方面与治疗前相比有非常显著性差异( $P < 0.01$ );两组治疗后 CPSI 总评分有显著性差异( $P < 0.05$ ),因此,治疗组和对照组在改善临床症状方面均有效,且治疗组疗效更为显著。见表 2。

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
治疗组	112	治疗前	12.39 $\pm$ 2.29	4.13 $\pm$ 1.21	8.17 $\pm$ 1.01	24.70 $\pm$ 2.78
		治疗后	5.62 $\pm$ 3.70*	2.01 $\pm$ 1.39*	3.50 $\pm$ 2.10*	11.13 $\pm$ 6.76**
对照组	58	治疗前	12.21 $\pm$ 2.03	4.07 $\pm$ 1.09	8.36 $\pm$ 0.85	24.64 $\pm$ 2.48
		治疗后	7.05 $\pm$ 4.63*	2.57 $\pm$ 1.63*	4.72 $\pm$ 2.78*	14.34 $\pm$ 8.70*

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P < 0.05$

### 3 讨论

男性尿道炎后综合征 (male's posturethritis syndrome, MPUS), 是指淋病或者 NGU 经多种抗菌药物治疗后, 已无尿道炎的临床及实验室客观依据, 但患者仍诉有诸多症状和不适的症候群<sup>[4]</sup>。国内外学者<sup>[5]</sup>认为心理因素在 MPUS 发病中占有重要作用, 表现为: 焦虑、内疚、自责、悲观、恐惧、绝望等, 因此, 心理疏导对 MPUS 的治疗有非常重要的意义。心理疏导就是有顺序地将患者的心理开通, 让其把最深层的心理压力坦露出来, 再引导其对自己的病有正确认识, 解除疑惑, 树立起抗病的信心, 使病理心理转化到正常心理。Shoskes DA<sup>[6]</sup>认为 MPUS 主要病因是: (1) 慢性前列腺炎, 尤其是慢性无菌性前列腺炎和慢性盆腔综合征更为多见; (2) 性病神经症。赵天恩<sup>[4]</sup>认为 MPUS 发病的重要因素是淋菌、衣原体性尿道炎的残留抗原物质返流入前列腺, 诱发前列腺免疫性炎症与  $\alpha$  受体表达增高, 导致膀胱颈、后尿道、前列腺的平滑肌痉挛而出现各种症状。坦索罗辛为选择性  $\alpha 1$  受体阻滞药, 可阻断膀胱颈、后尿道、前列腺的平滑肌  $\alpha 1$  受体, 使平滑肌松弛, 降低尿道内压, 增加尿流率, 从而缓解尿道不适症状。氧化应激学说是导致尿道疼痛不适重要因素之一, 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 E2 (PGE2), PGE2 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 PGE2 降低,  $\beta$ -内啡肽增高<sup>[7]</sup>。非甾体类抗炎药吲哚美辛是最强的 COX 抑制药之一。故本研究对照组采用心理疏导、坦索罗辛和吲哚美辛治疗 MPUS。

MPUS 属于中医学中“淋证”、“白浊”等范畴。就其病因而言主要有 2 个方面: 其一: 房事不洁, 秽浊之邪侵入尿道, 而发为此病; 其二: 下焦湿热, 由于外感湿热之邪侵袭阴部或者脾胃虚弱, 水湿不运, 流注下焦, 日久郁而化热, 酿成湿热, 湿热生虫, 虫蚀阴中所致, 另外, 患者病程日久, 引起气阴两虚或肝郁气滞或脾肾亏虚而致脾肾气化功能失调, 从而加重病情。总之, 本病病位在肾、膀胱、尿道; 病因为感受邪毒或下焦湿热; 基本病机为初期: 湿热蕴结下焦; 后期: 脾肾亏虚。卢太坤教授认为本病患者多为青壮年和中年男性, 证属湿热下注者居多, 虚证者甚少, 并据此以清

热解毒、利尿通淋、活血祛瘀和杀虫止痒为治法自拟解毒通淋汤。方中以土茯苓和白花蛇舌草为君药, 共奏解毒通淋之功。鱼腥草、黄柏、金钱草和瞿麦均为臣药, 以加强君药清热解毒、利尿通淋之效, 使邪从小便而出, 其病自止。降香、生蒲黄、川牛膝、琥珀、地肤子、白鲜皮共为使药, 其中降香、生蒲黄、川牛膝和琥珀共奏活血祛瘀、破血通经, 使邪毒更易排出体外; 地肤子、白鲜皮合用直接祛风杀虫止痒; 川牛膝既可活血, 又可引药下行是为方中佐使之药。

土茯苓与白花蛇舌草二药相配, 其解毒泄浊、利尿除湿、通络止痛之功, 为治湿诸药所不及, 重用二药常可获事半功倍之效果。笔者在临证中体会到处方中对该药对的加与不加, 疗效不一样。现代药理研究亦显示, 土茯苓有明显的利尿、镇痛作用; 对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌等均有抑制作用。本品可通过影响 T 淋巴细胞释放淋巴因子的炎症过程而选择地抑制细胞免疫反应。而白花蛇舌草则能显著增强机体免疫力, 能增强白细胞的吞噬功能, 对体液免疫也有增强作用, 值得进一步研究和深入探讨。

综上所述, MPUS 临床症状复杂多样, 反复发作, 缠绵不愈, 给患者造成极大身心痛苦, 应引起广大男科、泌尿科和性病科医务人员的高度重视。本研究组采用自拟中药解毒通淋汤和心理疏导疗法联合治疗, 取得较好疗效, 且无明显毒副作用, 值得临床广泛应用。

### 参考文献

- [1] 龚向东, 叶顺章, 张君炎, 等. 1991-2001 年我国性病流行病学分析 [J]. 中华皮肤科杂志, 2002, 35(3): 179.
- [2] 秦国政. 男科病特色专科实用手册 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 160.
- [3] 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: 172.
- [4] 赵天恩, 刘清英, 郑宝钟. 男性尿道炎后综合征研究进展 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2002, 16(4): 277.
- [5] 李科茂. 心理疏导治疗男性性病后性功能障碍临床体会 [J]. 中国性科学, 2005, 14(4): 29-30.
- [6] Shoskes DA. Use of antibiotics in Chronic Prostatitis syndromes [J]. Can J Urol, 2001, 8(suppl): 25-28.
- [7] 王志勇, 金冠羽, 卢太坤, 等. 行气活血法联合西药治疗 III A 型前列腺炎气滞血瘀证患者疗效观察 [J]. 中医药通报, 2013, 12(1): 59.