

前列汤配合坐浴治疗慢性非细菌性前列腺炎 40 例*

★ 邱永生 喻祖松 杨超 黄兵 胡明芳 彭云飞 管金平 (江西上饶曙光医院 江西上饶市前列腺研究所 上饶 334000)

关键词:慢性非细菌性前列腺炎;前列汤;坐浴

中图分类号:R 277.5 **文献标识码:**B

我院于 2006 ~ 2007 采用前列汤口服配合坐浴治疗慢性非细菌性前列腺炎,并以前列康片为对照,效果满意。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例 80 例,随机分为 2 组。治疗组 40 例,年龄 21 ~ 49 岁,平均 36.5 岁;病程 6 个月 ~ 4.2 年,平均 3.0 年。对照组 40 例,年龄 19 ~ 51 岁,平均 35 岁;病程 7 个月 ~ 3.8 年,平均 2.8 年。病情轻、中、重度分级按照美国国立卫生研究院的慢性前列腺炎评分(NIH-CPSI)标准进行判断^[1],其中疼痛和排尿症状共计 0 ~ 31 分,0 ~ 9 分为轻度,10 ~ 18 分为中度,19 ~ 31 分为重度。治疗组轻、中、重度分别为 20、11、9 例,对照组为 18、15、7 例。两组年龄、病程及病情程度等比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 参考《吴阶平泌尿外科学》^[2]有关 CAP 诊断和《中药新药治疗慢性前列腺炎的临床研究指导原则》的诊断标准拟定:(1)具有下尿路刺激症状和盆腔疼痛或不适症状,表现为不同程度的尿频、尿急、尿痛、尿不尽感、尿道灼热,于晨起、尿末或大便时尿道偶有少量白色分泌物流出;会阴部、外生殖器、耻骨上区、腰骶、肛周或大腿根部内侧等疼痛或不适。(2)直肠指检前列腺有大小不等、质地不匀和结节等改变;B 超检查无明显前列腺增大及占位病变。(3)前列腺按摩液(EPS)异常(WBC > 10 个/HP,卵磷脂小体减少)。尿常规镜检正常,并经过前列腺按摩前后“二杯法”(PPMT)尿细菌培养

阴性。(4)病程在 3 个月以上。(5)凡年龄在 18 岁以下或 58 岁以上者,有严重原发性心、肝、肾、血液或严重影响其生存的严重疾病,过敏体质,合并有急性前列腺炎、慢性细菌性前列腺炎、前列腺增生、前列腺肿瘤、尿道狭窄,可引起类似症状的其他可能相关性疾病(如尿道炎、附睾炎或精索静脉曲张)及严重神经官能症的患者不纳入本研究范畴。

2 治疗方法

2.1 治疗组 (1)内治法:基本治则清热除湿、行气活血、祛瘀补肾、通窍导浊。前列汤药物组成:黄芪 12 g,赤芍 15 g,桃仁 10 g,红花 15 g,柴胡 6 g,川牛膝 10 g,王不留行 25 g,败酱草 15 g,车前子 15 g,丹参 10 g,元胡 10 g,栀子 10 g,黄柏 10 g,石菖蒲 10 g,远志 10 g,生地 15 g。每日 1 剂,水煎剂另冲入三七粉 3 g、炮甲珠粉 3 g,早晚分服。

(2)中药外洗坐浴。药物组成:夏枯草 30 g,小茴香 20 g,白头翁 30 g,黄芪 35 g,红藤 30 g,野菊花 20 g,黄柏 20 g,鱼腥草 30 g,苦参 20 g,土茯苓 30 g,甘草 10 g。以上中药加水煎成 2 500 mL,滤汁再冲入三七粉 5 g 坐浴,每晚 1 次,每次 30 min。

2.2 对照组 服用前列康片(浙江康恩贝制药股份有限公司生产,批号:国药准字 Z33020303),用法:每次 3 片,每日 3 次。配合中药外洗坐浴同治疗组。

2 组均以 30 天为一个疗程。服药前患者均停用所有药物 1 周以上,服药期间禁用其他治疗药物和方法;禁食酒、辣等食物;勿久坐和长时间骑自行车。

* 基金项目:上饶市科委 08 年社会发展指导性科技项目(081C0008)

车。

主要观察指标:(1)美国国立卫生(NIH)研究院慢性前列腺炎症状评分指数(NIH-CPSI);(2)前列腺液中的白细胞数(EPS-WBC)和EPS-卵磷脂小体数。

2.3 疗效标准 临床痊愈:症状、体征消失且无症状保持4周以上而无复发,EPS常规连续2次以上WBC < 10个/HP;显效:NIH-CPSI评分分值减少15分以上,EPS常规白细胞连续2次以上较治疗前减少1/2或<15个/HP;有效:NIH-CPSI评分分值减少5~15分,EPS常规白细胞较治疗前改善。无效:症状和体征未明显变化,NIH-CPSI评分减少<5分,EPS常规白细胞无变化或加重。

2.4 统计学分析 用SPSS 11.2软件包进行统计分析,定性资料用 χ^2 检验,定量资料用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

3 结果

3.1 疗效评价 见表1。

表1 两组疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	40	12(30.0)	16(40.0)	9(22.5)	3(7.5)	92.5%*
对照组	40	6(15.0)	14(35.0)	11(27.5)	9(22.5)	77.5%

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3.2 两组症状指数积分比较 见表2。

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

例数	疼痛或不适	排尿症状	生活质量	
治疗组 40	治疗前	12.8 ± 2.7	8.8 ± 1.5	10.4 ± 2.4
	治疗后	3.3 ± 2.1 Δ *	2.6 ± 2.1 Δ *	4.2 ± 3.3 Δ
对照组 40	治疗前	11.4 ± 1.9	8.1 ± 1.6	10.2 ± 3.1
	治疗后	5.7 ± 3.1 Δ	3.1 ± 1.7 Δ	4.8 ± 2.6 Δ

注:与治疗前相比, $\Delta P < 0.05$;与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

3.3 两组治疗前后EPS中白细胞和卵磷脂小体含量比较 见表3。

表3 两组治疗前后EPS-WBC及EPS-卵磷脂小体数比较 ($\bar{x} \pm s$,个/HP)

组别	例数	EPS-WBC	卵形磷脂小体
治疗组 40	治疗前	20.6 ± 4.4	7.6 ± 2.1
	治疗后	8.1 ± 3.3 Δ *	29.3 ± 2.2 Δ *
对照组 40	治疗前	19.8 ± 5.2	7.4 ± 2.2
	治疗后	8.4 ± 3.5 Δ	18.96 ± 2.4 Δ

注:与治疗前相比, $\Delta P < 0.05$;与对照组相比,* $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学认为本病可分为湿热蕴结、气滞血瘀及肾虚等证型。但笔者根据多年临床经验认为本病多见于青壮年,性机能旺盛,多因思欲不遂或房劳过度致肝郁肾虚,相火妄动,精窍封藏及疏泄无权,且因嗜食烟、酒、辛辣,致脾失健运,湿热内蕴,流注下焦;

加之频繁手淫、性交、忍精不泄等。导致湿热、败精瘀阻精室,蕴久酿毒,阻于经络,气血凝滞,而气血凝滞又会加重湿热毒邪的形成。其病因病机特点是湿、热、瘀、虚四者并存,肝郁肾虚为本,败精湿热为标,浊邪蕴结、精窍瘀阻是病机关键。治法宜融清热除湿、行气活血、祛瘀补肾、通窍导浊为一体,前列汤正是根据上述病机特点而制定。方中车前子、黄柏、败酱草清热利湿,加上石菖蒲、远志开窍导浊,共奏前列腺的炎症肿胀消退及前列腺液的排出之功;黄芪、元胡行气活血,三七、丹参、赤芍解毒活血,炮甲珠、桃仁、红花、王不留行、祛瘀通络。三者一起可活血化瘀通络,改善前列腺的血液循环,畅通络脉之瘀阻,缓解本病疼痛和(或)不适。生地补肾益精可调节机体内环境,其与黄芪合用可提高机体免疫能力,特别是恢复和增强前列腺局部免疫功能;柴胡舒肝解郁,且会同川牛膝引诸药而达病所。现代药理研究证明,黄芪有抗炎等作用,并能促进代谢,扩张腺管,促使分泌物排出,以消除炎症,恢复正常生理功能;丹参、川牛膝有改善微循环、调节免疫功能及镇痛利尿的作用;王不留行能消除病灶水肿,解除炎性梗阻,疏通腺小管^[3];解脲支原体对黄柏有较高的敏感性^[4]。故诸药合用,共奏清热除湿、行气活血、祛瘀补肾、通窍导浊之功,而使湿毒得清,气血畅行。同时配合中药坐浴,可以改善前列腺周围组织的血液循环,缓解前列腺的充血状态,有利于炎症的吸收,故能达到满意的治疗效果。以临床上治疗CAP的常用药物前列康片为对照,通过对比研究发现前列汤配合坐浴在临床上能够有效改善患者疼痛不适和排尿症状,降低EPS中WBC的含量,提高卵磷脂小体含量,充分体现了中医内外并治、综合治疗的特点。

参考文献

- [1] Litwin MS, Mc Naughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chroni Prostatitis Collaborative Research Network [J]. J U ro, 1999, 162(2): 369-375.
- [2] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2004: 579-581.
- [3] 陈志强, 吴清和, 王树声, 等. 前列清抑菌、抗炎和改善微循环作用的实验研究[J]. 广州中医药大学学报, 2000, 17(2): 147-151.
- [4] 陆原, 陈达灿, 李强, 等. 中药尿路清对临床不同血清型解脲支原体及其耐药菌株的药敏试验[J]. 中华男科学, 2002, 8(2): 152-154.

(收稿日期: 2008-12-11 责任编辑: 曹征)