

引用:赖聪,柳培兴,张雅. 前列腺汤口服配合直肠给药治疗慢性前列腺炎血瘀湿热证 58 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(2):10-13.

前列腺汤口服配合直肠给药 治疗慢性前列腺炎血瘀湿热证 58 例临床观察

赖 聪¹,柳培兴¹,张 雅²

(1. 浏阳市中医医院,湖南 浏阳,410300;

2. 浏阳市妇幼保健院,湖南 浏阳,410300)

[摘要] 目的:观察前列腺汤口服配合直肠给药治疗慢性前列腺炎血瘀湿热证的临床疗效。方法:选取慢性前列腺炎血瘀湿热证患者 116 例,随机分为治疗组和对照组,每组各 58 例。对照组给予盐酸坦索罗辛缓释胶囊治疗,治疗组在对照组基础上给予前列腺汤口服配合直肠给药治疗。2 组均以 7 d 为 1 个疗程,连续治疗 8 个疗程。观察治疗前后中医证候评分、美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分及匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分,评价综合疗效。结果:治疗组总有效率为 94.83%(55/58)、治愈率为 51.72%(30/58),对照组分别为 74.14%(43/58)、37.93%(22/58),2 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组中医证候、NIH-CPSI 及 PSQI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:前列腺汤口服配合直肠给药治疗慢性前列腺炎,可改善患者临床症状,提升睡眠质量,提高临床疗效。

[关键词] 慢性前列腺炎;中西医结合治疗;前列腺汤;盐酸坦索罗辛缓释胶囊

[中图分类号] R277.573.3 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.003

Clinical effect of oral Qianliexian decoction combined with rectal administration in treatment of chronic prostatitis with blood stasis and damp-heat syndrome: An analysis of 58 cases

LAI Cong¹, LIU Peixing¹, ZHANG Ya²

(1. Liuyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Liuyang 410300, Hunan, China;

2. Liuyang Maternal and Child Health Hospital, Liuyang 410300, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of oral Qianliexian decoction combined with rectal administration in the treatment of chronic prostatitis with blood stasis and damp-heat syndrome. Methods: A total of 116 patients with chronic prostatitis with blood stasis and damp-heat syndrome were selected and randomly divided into treatment group and control group, with 58 patients in each group. The patients in the control group were given tamsulosin hydrochloride sustained-release capsules, and those in the treatment group were given oral Qianliexian decoction combined with rectal administration in addition to the treatment in the control group; each course of treatment was 7 days, and both groups were treated for 8 consecutive courses. The two groups were observed in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) score, and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score before and after treatment, and overall response was evaluated. Results: There were significant differences between the treatment group and the control group in overall response rate [94.83% (55/58) vs 74.14% (43/58), $P<0.05$] and cure rate [51.72% (30/58) vs 37.93% (22/58), $P<0.05$]. Both groups had significant changes in TCM syndrome score, NIH-CPSI score, and

基金项目:湖南省科技厅临床医疗技术创新引导项目(2018SK51302)

第一作者:赖聪,男,主治医师,研究方向:泌尿外科

通讯作者:柳培兴,男,副主任医师,研究方向:泌尿外科, E-mail:253758956@qq.com;

张雅,女,主治医师,研究方向:西医临床, E-mail:276742336@qq.com

PSQI score after treatment, and there were significant differences in these scores between the two groups after treatment ($P < 0.05$). Conclusion: In the treatment of chronic prostatitis, oral Qianliexian decoction combined with rectal administration can improve patients' clinical symptoms, sleep quality, and clinical outcome.

[**Keywords**] chronic prostatitis; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Qianliexian decoction; tamsulosin hydrochloride sustained-release capsule

慢性前列腺炎是泌尿外科的常见疾病,指各种病因引起的前列腺组织的慢性炎症,临床主要以尿频、尿急、尿不净、滴白、会阴不适等为主要症状,可伴有头昏、乏力、焦虑、失眠等精神神经症状,甚者出现阳痿、早泄、遗精等^[1]。本病分为慢性细菌性前列腺炎和非细菌性前列腺炎两类,临床以后者多见,治疗目标主要是缓解疼痛、改善排尿症状和提高生活质量。西医多采用口服抗生素治疗,可取得一定的疗效,但长期使用易产生耐药性^[2]。笔者自拟前列腺汤配合直肠给药治疗慢性前列腺炎 58 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 2 月至 2019 年 2 月于浏阳市中医医院泌尿科门诊就诊及住院的患者 116 例,将其随机分为治疗组和对照组。治疗组 58 例中,年龄 19~53 岁,平均(37.21±7.10)岁;病程 3 个月至 5 年,平均(3.47±1.27)年。对照组 58 例中,年龄 18~56 岁,平均(36.94±6.17)年;病程 3 个月至 5 年,平均(3.66±1.22)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册》^[3]制定。按照美国国立卫生研究院(NIH)分型诊断,Ⅱ型和Ⅲ型均为慢性病程。临床症状:多有疼痛和排尿异常等。Ⅱ型可表现为反复发作的下尿路感染;Ⅲ型主要表现为骨盆区域疼痛,可见于会阴、阴茎、肛周部、尿道、耻骨部或腰骶部等部位,尤以射精痛为著。排尿异常可表现为尿急、尿频、尿痛和夜尿增多等。由于慢性疼痛久治不愈,患者生活质量下降,并可能有性功能障碍、焦虑、抑郁、失眠、记忆力下降等症状。体格检查:肛门指诊示前列腺质硬有结节或轻压痛。实验室检查:前列腺按摩液(EPS)检查示白细胞 >10 个/HP,卵磷脂小体减少或消失。前列腺 B 超检查提示前列腺实质回声不均。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究

指导原则》^[4]拟定血瘀湿热证的辨证标准。尿频、尿急,小便时有灼热感,且有涩痛,尿道口滴白,可有血尿或脓尿,下腹、会阴、睾丸等刺痛不适,肛检示前列腺肿大,压痛明显;舌质红、苔黄腻,脉涩而数。

1.3 纳入标准 1)年龄 18~65 岁;2)病程在 3 个月以上、5 年以内;3)患者能配合治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)伴有心、脑、肺、肝、肾等重要脏器功能受损;2)患有精神疾病;3)近期进行过直肠、肛门、结肠手术;4)大便失禁或有下消化道出血;5)妊娠期妇女;6)对所用药物过敏;7)近 1 周内使用过其他药物治疗。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西药治疗。盐酸坦索罗辛缓释胶囊[安斯泰来制药(中国)有限公司,批准文号:国药准字 H20000681,规格:0.2 mg/粒]口服,1 粒/次,每晚睡前服用。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用前列腺汤口服配合直肠给药治疗。前列腺汤组成:黄柏 9 g,龙胆草 15 g,赤芍 15 g,柴胡 15 g,川芎 15 g,当归 15 g,桃仁 15 g,地龙 15 g,瞿麦 15 g,萆薢 15 g,女贞子 15 g,郁金 15 g,炙甘草 6 g。用法:由本院煎药房统一煎制,200 ml/袋,2 次/d,早晚各服 1 袋。直肠给药方法:前列腺汤 1 剂,熬成汤剂 400 ml,浓缩至 100 ml,待温度 40℃ 时行保留灌肠,嘱患者灌肠前排空二便,药液全部灌入后肛门收缩 5 次,保留灌肠 1 h 以上,每晚 1 次,观察并记录患者有无不良反应。

2 组均以 7 d 为 1 个疗程,连续治疗 8 个疗程,并对患者进行 6 个月的随访观察,嘱忌酒及辛辣食物,避免长时间骑、坐,进行有规律的性生活。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候评分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[4],将主要症状和体征(尿频、尿急,小便时有灼热感,且有涩痛,尿道口滴白,肛检前列腺肿大,压痛明显)按无、轻、中、重的程度

分别计 0、2、4、6 分,次要症状和体征(有血尿或脓尿,下腹、会阴、睾丸等刺痛不适)按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。2)美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分。轻度 1~14 分,中度 15~29 分,重度 30~43 分^[5]。3)匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分。PSQI 评分分为主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及日间功能 7 个维度。每个维度按 0~3 分计分,总分范围为 0~21 分,得分越高表示睡眠质量越差^[6]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4],结合患者临床表现和 EPS 检查结果进行判定。临床治愈:症状、体征消失,中医证候积分减少 $\geq 95\%$,EPS 检查示无白细胞或 <10 个/HP,卵磷脂小体(+++)/HP;显效:症状、体征消失或明显改善,中医证候积分减少 $\geq 60\%$ 、但 $<95\%$,EPS 检查示白细胞减少 1/2,卵磷脂小体(++)/HP;有效:症状、体征有改善,中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、但 $<60\%$,EPS 检查示白细胞较前减少,卵磷脂小体(+)/HP;无效:症状、体征无变化甚或加重,中医证候积分减少 $<30\%$,EPS 检查示白细胞、卵磷脂小体未减少甚至反而增多。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 治疗组总有效率为 94.83%,临床治愈率为 51.72%,对照组分别为 74.14%、37.93%,2 组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	58	30(51.72)	16(27.59)	9(15.52)	3(5.17)	55(94.83)
对照组	58	22(37.93)	12(20.69)	9(15.52)	15(25.86)	43(74.14)
χ^2 值		4.0321				4.0015
P 值		0.04				0.03

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分及 NIH-CPSI 评分比较 2 组中医证候积分、NIH-CPSI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分及 NIH-CPSI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	中医证候积分		t 值	P 值	NIH-CPSI 评分		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
治疗组	58	26.23 $\pm$ 8.46	4.83 $\pm$ 4.30	0.6472	0.01	35.37 $\pm$ 3.82	6.25 $\pm$ 2.39	0.5728	0.01
对照组	58	25.26 $\pm$ 9.55	7.23 $\pm$ 4.12	0.2654	0.01	35.52 $\pm$ 4.11	15.32 $\pm$ 4.25	0.4180	0.01
t 值		0.3765	0.6236			0.5217	0.6611		
P 值		0.70	0.02			0.77	0.02		

3.4.3 2 组治疗前后 PSQI 评分比较 2 组 PSQI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 PSQI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	58	15.13 $\pm$ 1.46	3.12 $\pm$ 2.01	0.6472	0.02
对照组	58	15.24 $\pm$ 1.36	8.37 $\pm$ 2.47	0.1864	0.01
t 值		0.2986	0.9275		
P 值		0.54	0.01		

4 讨 论

慢性前列腺炎可归属中医学“精浊”“白浊”“淋浊”等范畴,患者或嗜食肥甘厚腻,致湿浊内生,或忍精不泄,或情欲不遂,或房事不节,使相火妄动,耗精伤阴,导致前列腺及其相邻组织器官气血运行不畅,经络阻滞,不通则痛。本病多起病缓慢,初期疏于调治,病程逐渐蔓延,病理改变初起以湿热为主,后湿滞气化,导致经络郁阻、脉络受损,久病生瘀,逐渐出现气滞血瘀的表现,故治疗应以湿热瘀血并重,清热利湿、活血化瘀为要^[7-8]。

与西药相比,中医药治疗本病具有更强的特异性和针对性。前列腺汤为我院治疗慢性前列腺炎的经验方,其对辨证属于血瘀湿热型患者疗效尤佳。前列腺汤方以黄柏、瞿麦、萆薢、女贞子为主药,黄柏苦寒沉降,长于清泻下焦湿热;瞿麦清热下行、利尿通淋;萆薢利湿祛浊;女贞子滋补肝肾;另加龙胆草清热燥湿,柴胡、郁金疏肝解郁,地龙通络止痛,赤芍、当归、桃仁活血化瘀、清热利水;全方共奏清热燥湿、活血化瘀、散瘀止痛、利尿通淋之功。研究表明,补肾药物有类性激素样作用,可以促进和增加前列腺液的分泌,提高前列腺局部免疫水平和增强吞噬细胞功能^[9]。清热利湿药具有消炎止痛、抗病原微生物的作用^[8]。红花、赤芍、桃仁、川芎等活血化瘀药可以扩张血管,改善红细胞变形能力及血液黏稠度,改善腺体微循环以及前列腺上皮

细胞通透性,促进纤维组织软化吸收,确保腺小管通畅^[10]。

除口服外,本研究还将中药汤剂进行保留灌肠。前列腺位于直肠的前面,紧贴于直肠壁,应用中药保留灌肠,将药液温度提高到 40℃~42℃,可通过温热效应直接作用于前列腺,促使前列腺及其周围肌肉松弛,促进盆腔的血液循环,改善微循环,增强白细胞的吞噬能力,解除炎症引起的症状,还能够加速前列腺的新陈代谢,帮助局部炎性渗出物的消散和吸收。同时直肠给药无须通过胃肠吸收,可减少药物对脾胃的伤害,因而减少了药物的不良反应^[11-12]。多项研究表明,运用中药保留灌肠治疗前列腺炎可解除前列腺包膜屏障,保证在病灶达到有效药物浓度,可有效缓解疼痛,改善排尿症状,降低 EPS 的白细胞计数,且无明显不良反应^[13-16]。

综上所述,自拟前列腺汤口服配合直肠给药治疗慢性前列腺炎血瘀湿热证,临床有效率可达到 94.83%,明显优于单独采用盐酸坦索罗辛治疗,治疗后中医证候积分、NIH-CPSI 评分、PSQI 评分均较治疗前明显降低,提示该治疗方法具有确切效果,可改善患者临床症状,提升睡眠质量,提高临床治愈率。

参考文献

- [1] 郭应禄,胡礼泉.男科学[M].北京:人民卫生出版社,2004:1488-1490.
 - [2] 江海身,陈志强.男科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2002:2.
 - [3] 那彦群,叶章群,孙颖浩,等.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M].北京:人民卫生出版社,2014:560-582.
 - [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:168-172.
 - [5] 顾方六.现代前列腺病学[M].北京:人民军医出版社,2002:568.
 - [6] 路桃影,李艳,夏萍,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,43(3):260-263.
 - [7] 李奇,沈建武,吕双喜,等.基于数据挖掘的张广生治疗慢性前列腺炎的用药特点分析[J].辽宁中医杂志,2017,44(12):2490-2493.
 - [8] 李秀凤,伊娜,高钧.活血化瘀治疗慢性前列腺炎的理论基础[J].中医中药指南,2013,11(23):496-497.
 - [9] 王中瑞.中药汤药联合 TRM 多功能前列腺治疗仪治疗慢性前列腺炎的临床体会[J].中医临床研究,2020,12(5):131-133.
 - [10] 何清湖.论男科中西医结合临床研究方法[J].湖南中医药大学学报,2007,27(2):1.
 - [11] 周文,王冬梅,刘增光,等.叶品良治疗湿热瘀阻型慢性前列腺炎经验[J].陕西中医学院学报,2013,12(5):872-873.
 - [12] 刘文泓,杜红兵,杨逢生.龙胆泻肝汤加减治疗湿热下注型慢性前列腺炎的临床疗效分析[J].中医临床研究,2018,10(24):79-80.
 - [13] 姜玉良.中药保留灌肠治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎的临床与实验研究[D].济南:山东中医药大学,2017.
 - [14] 王晓民,邓汪东,丘济万.中药保留灌肠治疗湿热瘀滞型慢性前列腺炎的随机对照研究[J].中医外治杂志,2019,28(4):21-22.
 - [15] 陆良喜,吴金玉,黄志敏,等.壮药火草保留灌肠治疗慢性前列腺炎 60 例临床观察[J].湖南中医杂志,2019,35(6):55-56.
 - [16] 牛培宁,刘玉忠,葛松,等.前列通 I 号保留灌肠治疗 IIIA 型前列腺炎湿热瘀阻证[J].中医学报,2018,33(12):2441-2444.
- (收稿日期:2020-07-13)
- (上接第 9 页)
- [8] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:121-126.
 - [9] 朱咏梅,尹斌.抗抑郁药物的相关研究及其临床疗效[J].临床合理用药,2018,11(3c):178-179.
 - [10] 王小党,何丽云,刘艳骄.抗抑郁药物治疗抑郁症的研究概况[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(6):50-53.
 - [11] 梅可夫,白宏英,曾志磊,等.卒中后抑郁患者院外抗抑郁药物服用依从性影响因素分析[J].山东医药,2019,59(9):47-50.
 - [12] 沈大庆,张潇,祝海洲,等.行为疗法联合帕罗西汀对膀胱过度活动症患者临床疗效及抑郁焦虑情绪的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(4):347-349.
 - [13] 王立真.帕罗西汀对老年急性心肌梗死患者焦虑抑郁情绪及血清炎症标志物的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2012,21(9):823-825.
 - [14] 杨节,沈莉.柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁研究进展[J].中医临床研究,2019,11(8):141-145.
 - [15] 孟新玲,房江山,刘远新,等.盐酸帕罗西汀片对帕金森病患者合并抑郁和焦虑症状的临床疗效[J].中国临床药理学杂志,2013,29(6):403-405.
 - [16] 何吉才.柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肿瘤后抑郁 41 例[J].光明中医,2018,33(3):386-388.
 - [17] 韩玉静.柴胡加龙骨牡蛎汤联合氟西汀治疗中风后抑郁(肝郁痰扰)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2018,32(9):47-50.
 - [18] 张铁丹,栗春玲.24 式太极拳干预治疗抑郁症患者 40 例疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(95):72.
 - [19] MA Y, YEUNG A. The effects of tai chi on sleep quality in chinese american patients with major depressive disorder: a pilot study [J]. Behav Sleep Med, 2018, 16(4):398-411.
 - [20] LI Y, SU Q, GUO H, et al. Long-term Tai Chi training is related to depressive symptoms among Tai Chi practitioners [J]. Journal of Affective Disorders, 2014, 169(12):36-39.
- (收稿日期:2020-05-28)