

引用:曾理,谭舒怀,方园,常小荣,邓加勤. 艾灸联合坦索罗辛缓释胶囊治疗慢性前列腺炎 15 例总结[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(11):76-78.

艾灸联合坦索罗辛缓释胶囊治疗 慢性前列腺炎 15 例总结

曾理¹,谭舒怀¹,方园¹,常小荣¹,邓加勤²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 郴州市第一人民医院,湖南 郴州,423000)

[摘要] 目的:观察艾灸联合坦索罗辛缓释胶囊治疗 3 型慢性前列腺炎(CP)的临床疗效。方法:将 3 型 CP 患者 30 例随机分为治疗组和对照组,每组各 15 例。对照组采用坦索罗辛缓释胶囊治疗,治疗组在对照组基础上联合艾灸治疗。比较治疗前后美国国立卫生研究院 CP 症状积分评分表(NIH-CPSI)、国际前列腺症状评分表(IPSS)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分,并评估其综合疗效。结果:总有效率治疗组为 80.00%(12/15),高于对照组的 53.33%(8/15),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗后 NIH-CPSI、IPSS、SAS、SDS 评分均较治疗前有所改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且治疗组改善程度均明显优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:艾灸联合坦索罗辛缓释胶囊治疗 3 型 CP 效果显著,能缓解患者的临床症状和体征及焦虑、抑郁情绪,值得临床推广应用。

[关键词] 慢性前列腺炎;艾灸;温坐仪;坦索罗辛缓释胶囊

[中图分类号] R277.57*3.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.11.024

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是男性前列腺在病原体或某些非感染因素作用下,出现以盆腔区域疼痛或不适,排尿无力、尿分叉、尿线变细、中断及排尿时间延长等症状为特征的疾病^[1]。目前 CP 的病因病理尚未完全明确,美国国立卫生研究所(NIH)将前列腺炎分为 4 型:1 型,急性细菌性前列腺炎;2 型,慢性细菌性前列腺炎;3 型,慢性无细菌性前列腺炎/慢性盆腔部疼痛综合征;4 型,无症状炎症性前列腺炎。据 NIH 对 CP 的分类及流行病学调查显示,3 型 CP 是临床最常见的类型。本研究采用艾灸联合坦索罗辛缓释胶囊治疗 3 型 CP 患者 15 例,取得较满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取于湖南中医药大学第一附属医院针灸科、男病科、外科、杂病科门诊就诊治疗的 3 型 CP 患者及社会招募的 3 型 CP 患者志愿者共 30 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 15 例。治疗组中,年龄 24~64 岁,平均($52.80 \pm$

7.46)岁;病程 1~15 年,平均(6.07 ± 3.96)年。对照组中,年龄 22~63 岁,平均(54.53 ± 5.62)岁;病程 1~18 年,平均(5.27 ± 4.37)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 参考《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[2]及《吴阶平泌尿外科学》^[3]中关于 3 型 CP 的诊断标准制定。1)临床症状:疼痛主要在骨盆区域,包括会阴、腰骶、肛周或尿道等部位;尿道刺激症状:尿频、尿急、尿痛和夜尿增多;可伴见性功能障碍、紧张、焦虑、抑郁、多疑、记忆力下降和失眠等;疼痛症状持续时间 ≥ 3 个月。2)美国国立卫生研究院 CP 症状指数评分表(NIH-CPSI)中第 1、2 项之和 ≥ 5 ,第 9 项 ≥ 4 ^[4]。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄 18~65 岁;3)未参加其他临床试验;4)有治疗意愿且本人签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)伴其他重大疾病,如心律失常、心肌梗死、心力衰竭等;2)既往有直肠手术史,或接

基金项目:国家中医药管理局“湖湘五经配伍针推学术流派”传承工作室建设项目(LP0118041)

第一作者:曾理,男,2019 级硕士研究生,研究方向:针灸治病机制研究

通讯作者:邓加勤,男,主治医师,主管治疗师,研究方向:针灸治疗机制研究,E-mail:214442602@qq.com

受过影响排尿功能的治疗;3)体内植入心脏起搏器、心脏支架;4)患有前列腺癌等恶性肿瘤、神经源性膀胱、尿道狭窄或处于痔疮发病期;5)存在认知功能障碍、精神疾病或正在服用影响精神、智力等药物。

2 治疗方法

2 组患者均进行健康教育和心理疏导,缓解其对本病的过分关注,消除焦虑情绪;建立良好的饮食、生活习惯,戒烟,少食辛辣刺激、寒凉的食物;避免久坐和憋尿,加强锻炼。

2.1 对照组 采用常规西药治疗。予以 α 受体阻滞剂盐酸坦索罗辛缓释胶囊(杭州康恩贝制药有限公司,批准文号:国药准字 H20050285;规格:0.2 mg/粒)口服,1 粒/次,1 次/d,疗程为 2 周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用艾灸治疗。穴位选取:气海、关元、肾俞。穴位定位:气海,于下腹部前正中线上,脐下 1.5 寸;关元,于下腹部前正中线上,脐下 3 寸;肾俞,于腰部当第二腰椎棘突下,旁开 1.5 寸。艾灸治疗方法:以小艾妃温坐仪(七星薪艾健康科技有限公司)进行坐灸,同时艾灸气海、关元和肾俞穴位。患者每天坐灸加穴位灸 1 次,30 min/次,6 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,疗程间间隔 2 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)NIH-CPSI 评分。疼痛或不适症状积分 0~21 分,排尿症状 0~10 分,生活质量 0~12 分,合计总评分 0~43 分。总评分越高表明症状越严重^[4];2)国际前列腺症状评分表(IPSS)评分。包括 7 项内容,总评分范围 0~35 分,分数越高,表示症状越严重^[5];3)焦虑自评量表(SAS)。包括 20 个项目,分为 1~4 分,将 20 个项目的得分相加后乘以 1.25,取整数部分即为标准分,标准分越高,表示症状越严重^[6];4)抑郁自评量表(SDS)评分。方法同 SAS 评分^[7];5)安全性观察。记录坐灸仪治疗是否会对会阴部皮肤产生刺激,造成红疹、过敏、疼痛等不良反应事件,多功能随身仪是否造成烫伤等不良反应,药物治疗是否引起过敏或其他身体不适情况。如伴发其他不良事件,则随时记录并及时对症处理。

3.2 疗效标准 根据临床症状及 NIH-CPSI 评分改善率评定综合疗效。NIH-CPSI 评分改善率=(治疗前总评分-治疗后总评分)/治疗前总评分 $\times 100\%$ ^[8]。

显效:临床症状明显改善,NIH-CPSI 评分改善率 $\geq 50\%$;有效:临床症状、体征明显好转,NIH-CPSI 评分改善率 $\geq 30\%$ 、但 $<50\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,NIH-CPSI 评分改善率 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较和组内治疗前后比较,首先进行正态性检验,满足正态性采用独立样本 t 检验,不满足者用 Wolcoxon 秩和检验。计数资料以率(%)表示,根据数据特点采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 80.00%,对照组为 53.33%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	15	5(33.33)	7(46.67)	3(20.00)	12(80.00) ^a
对照组	15	2(13.33)	6(40.00)	7(46.67)	8(53.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 NIH-CPSI 评分比较 2 组 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($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 NIH-CPSI 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	15	14.00 $\pm$ 4.80	8.67 $\pm$ 4.13	5.870	<0.01
对照组	15	14.07 $\pm$ 2.89	9.33 $\pm$ 2.13	10.012	<0.01
t 值				1.62	
P 值				0.04	

3.4.3 2 组治疗前后 IPSS 评分比较 2 组 IPSS 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($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 IPSS 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	15	14.20 $\pm$ 5.17	6.40 $\pm$ 4.17	6.211	<0.01
对照组	15	10.13 $\pm$ 1.85	8.73 $\pm$ 2.12	5.501	<0.01
t 值				-1.93	
P 值				0.01	

3.4.4 2 组治疗前后 SAS、SDS 评分比较 2 组 SAS、SDS 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 4)

表 4 2 组治疗前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	15	38.83±5.08	34.50±3.43 ^a	38.50±11.01	34.75±6.98 ^a
对照组	15	39.00±3.21	35.63±4.90 ^a	39.25±6.59	36.75±6.53 ^a
<i>t</i> 值		0.11	2.54	-0.23	-0.24
<i>P</i> 值		0.92	0.03	0.82	0.02

注:与本组治疗前比较,^a*P*<0.05。

3.5 安全性观察结果 治疗期间,治疗组 15 例患者出现 1 例便秘,其他无异常。

4 讨 论

CP 的病因复杂且存在广泛争议,发病机制不明确。现代医学认为,CP 可能由多种因素导致,涉及遗传、感染、解剖结构、血流、神经肌肉、内分泌、心理等多个方面;可能由一个或几个因素始动引发,或由多种因素共同影响形成^[9-11]。CP 发病的影响因素包括婚姻和性生活质量、职业因素(司机、煤矿工人等)、文化教育程度等。而辛辣刺激饮食、酗酒、吸烟、久坐、骑跨动作等不良饮食习惯和生活方式是 CP 的高危因素^[12]。现代医学选择 α 受体阻滞剂作为 3 型前列腺炎的基本药物,通过松弛前列腺和膀胱等部位的平滑肌从而达到改善尿路症状和缓解疼痛的效果,但疗效存在一定的局限性。有临床研究表明,与西药比较,结合针灸、推拿等中医外治方法的疗效较佳^[13]。

中医学中并无 CP 的病名,但根据其临床表现,可归属于“淋证”“白浊”“白淫”等范畴。本病病因复杂,与肾火郁结、相火妄动、精瘀、房事不节、湿热毒邪等因素相关;病机主要为本虚标实;病位在肾,与任脉、肝、脾密切相关。临床多见湿热下注、瘀血阻滞、肝肾亏虚、脾气虚 4 种证型,中医治疗主要以健脾滋肾、化湿、祛瘀解毒为法^[14],以达到化瘀通络、扶阳固本的效果^[15]。

本研究在西药坦索罗辛缓释胶囊治疗基础上采用艾灸温坐仪配合艾条温和灸气海、关元、肾俞三穴治疗 3 型 CP 15 例,治疗后 NIH-CPSI、IPSS 评分都均较治疗前下降,且差异有统计学意义(*P*<0.05),表明艾灸温坐仪配合艾灸温和灸使用可对坦索罗辛有辅助作用,能够有效缓解 CP 患者排尿困难、疼痛不适等症状,减轻本病对患者生活质量的影响。患者的 SAS、SDS 评分均较治疗前降低,证明此法可通过改善症状从而缓解患者的焦虑、抑郁

情绪。本研究主要在西药的基础上辅以艾灸治疗,因此主要探究艾灸对 CP 的辅助治疗作用,结果显示,其一方面加强了临床疗效并改善症状,另一方面有助于调节患者情绪及焦虑症状。但由于本研究采用西医分型进行研究,艾灸对不同中医证型的治疗还需更多试验加以验证,且艾灸的作用机制和应用范围仍需要进一步探讨。

参考文献

[1] 修子超. 超声治疗慢性前列腺炎患者的临床研究[D]. 青岛: 青岛大学,2018.

[2] 那彦群,叶章群,孙颖浩. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:1.

[3] 吴阶平. 吴阶平泌尿外科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2004:1145.

[4] KRIEGER JN,NYBERG LM,NICKEL JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JAMA,1999,282(3):236-237.

[5] 张春和,李日庆,裴晓华,等. 良性前列腺增生症中医诊治专家共识[J]. 北京中医药,2016,35(11):1076-1080.

[6] 王征宇,迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. 上海精神医学,1984(2):73-74.

[7] 王春芳,蔡则环,徐清. 抑郁自评量表——SDS 对 1340 例正常人评定分析[J]. 中国神经精神疾病杂志,1986(5):267-268.

[8] LITWIN MS,MCNAUGHTON-COLLINS M,FOWLER F J,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]. The Journal of Urology,1999,162(2):369-375.

[9] BARANOWSKI AP. Chronic pelvic pain[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol,2009,23(4):593-610.

[10] PONTARI MA,RUGGIERI MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J]. J Urol,2004,172(3):839-845.

[11] PONTARI MA,MCNAUGHTON COLLINS M,OLEARY MP,et al. A case-control study of risk factors in men with chronic pelvic pain syndrome[J]. British Journal of Urology International,2005,96(4):559-565.

[12] 米华,陈凯,莫曾南. 中国慢性前列腺炎的流行病学特征[J]. 中华男科学杂志,2012,18(7):579-582.

[13] 陈晓文,张斌,李强,等. 中医外治法治疗慢性前列腺炎的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2018,16(13):151-154.

[14] 郑小挺,陈东,尹申,等. 慢性前列腺炎中医病因病机的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2016,34(2):286-288.

[15] 王慕华,陈燕. 黄附子汤联合他达拉非治疗慢性前列腺炎临床观察[J]. 光明中医,2020,35(24):3971-3973.