

中西医结合治疗慢性前列腺炎 106 例疗效观察

罗会治

苏州市东吴中西医结合医院男科, 江苏 苏州 215007

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗慢性前列腺炎的临床效果。方法: 对 106 例患者给予中西医结合治疗, 包括辨证分型中药治疗、抗生素治疗、个体化对症治疗及生活调摄等, 疗程为 3 月, 比较治疗前后慢性前列腺炎症状积分指数 (NIH-CPSI) 评分, 并评定临床疗效。结果: 治愈 60 例, 显效 9 例, 有效 18 例, 无效 19 例, 治愈率为 56.6%, 总有效率为 82.1%。治疗后 1、2、3 月, 患者疼痛症状、排尿症状、生活质量、NIH-CPSI 总分等各项评分均呈下降趋势, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗慢性前列腺炎临床疗效肯定。

[关键词] 慢性前列腺炎; 辨证论治; 抗生素; 中西医结合疗法

[中图分类号] R697+.33

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 02-0090-03

慢性前列腺炎(CP)是中青年男性泌尿生殖系统的常见病、多发病。由于其病因及发病机制还没有完全阐明, 至今尚缺乏特效治疗方法和药物。笔者自 2009 年 1 月~2011 年 12 月采用中西医结合方法治疗本病, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为本院就诊的 CP 患者, 共 106 例。年龄 23~62 岁, 平均 35 岁; 病程 3 月~10 年, 平均 20 月; 有尿路感染病史 73 例; 曾在外院做各种物理治疗 84 例。临床症状: 尿频、尿急、尿不尽 84 例; 排尿困难、尿无力、尿分叉、尿等待 35 例; 尿后滴白 27 例; 小腹不适或胀痛 42 例; 会阴部胀痛 38 例; 腰骶部酸痛 37 例; 睾丸坠胀 15 例; 血精 6 例; 早泄 26 例; 勃起功能下降 35 例。行肛诊(DRE): 前列腺质地尚软或稍硬, 表面光滑, 有压痛, 其中有 19 例中央沟变浅或消失, 体积增大(I-II)。前列腺液常规(EPS-RT)检查: 白细胞 10~15 个/HP(+)32 例, 白细胞 15~30 个/HP(++)28 例, 白细胞 30~45 个/HP(+++)23 例, 满视野(++++)33 例; 卵磷脂小体减少为 25%(+)以下为 49 例, 减少为 50%(++)45 例, 减少为 75%(+++12 例。前列

腺液细菌培养结果: 有各种细菌培养阳性者 51 例, 支原体培养阳性者 18 例, 衣原体检测阳性者 3 例, 合并感染者 6 例, 病原微生物检查阴性者 28 例。辨证分型: 湿热下注型 41 例, 湿阻血瘀型 32 例, 阴虚火旺型 12 例, 脾肾两虚型 7 例, 混合型 14 例。

1.2 诊断标准 诊断符合 1995 年美国国立卫生研究院(NIH)制定的慢性前列腺炎 II 型或 IIIA 型及 IIIB 型的分类方法^[1]。美国国立卫生研究院慢性前列腺炎症状积分指数(NIH-CPSI)评分^[1]≥10 分; 前列腺液常规白细胞 > 10 个/HP; 卵磷脂小体减少或消失。

2 治疗方法

2.1 辨证分型治疗 湿热下注型(多见于 CP 早期 II 型及 IIIA 型有病源体感染或嗜食酒醇厚味者), 用程氏萆薢分清饮合八正散加减, 常用药: 萆薢、瞿麦、萹蓄、黄柏、车前子、滑石、茯苓、栀子、薏苡仁、败酱草、蒲公英、莲子芯、赤芍、甘草等。湿阻血瘀型(多见于 CP 病程较长的患者), 用自拟慢性前列腺炎汤, 常用药: 桃仁、红花、赤芍、丹参、泽兰、荔枝核、小茴香、青皮、川楝子、乳香、没药、蒲公英、败酱草、茯苓、薏苡仁、车前子等。阴虚火旺型(多见于青壮年, 性冲动频繁, 欲火伤阴者或

[收稿日期] 2013-09-21

[作者简介] 罗会治 (1962-), 男, 副主任医师, 主要从事泌尿男科临床诊疗工作。

兼早泄的患者),用知柏地黄丸加减,常用药:知母、黄柏、熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、茯苓、泽泻、泽兰等。脾肾两虚型(多见于年长或病史较长者,或禀赋阳虚、房劳过度者或兼有阳痿的患者),用右归丸合四君子汤加减,常用药:熟地黄、肉桂、山药、山茱萸、菟丝子、枸杞子、当归、杜仲、五味子、黄芪、党参、白术、金樱子等。以上各型中可酌情加穿山甲、王不留行、路路通等活血化瘀通络之品。每天1剂,水煎服,疗程1~3月。

2.2 抗生素治疗 根据病源微生物培养及检测结果和药敏试验,选择二联敏感抗生素(若培养为细菌感染可选头孢曲松钠,每次3g,加左氧氟沙星,每次0.4g;若培养或检测有支原体及衣原体感染,用左氧氟沙星,每次0.4g,加阿奇霉素,每次0.5g),每天1次,静脉滴注1周;对上述药物产生耐药者可酌情选用米诺环素、磺胺类、利福平等类药物。1周后再根据患者具体情况口服其他敏感抗生素2~3周。若为IIIb型患者可暂不用抗生素治疗,先运用中药及其它综合治疗方法,效果不佳时再可考虑试探性运用抗生素治疗。

2.3 个体化对症治疗 针对CP患者部分不同症状,如使用 α -受体阻滞剂盐酸坦索罗辛缓释胶囊(哈乐),以松弛膀胱颈和前列腺部尿道(前列腺周围),改善排尿不适的症状;如有会阴或小腹胀痛明显者,可用吡哌美辛口服或双氯芬酸钠栓塞肛,以消退炎症反应缓解疼痛和不适等症状;如性功能欠佳者,可用盐酸曲唑酮或万艾可治疗,或配合负压吸引(VCD)、阴茎海绵体血管活性药物的注射治疗等。

2.4 生活调摄 解除患者对CP的心理担忧与焦虑,并嘱治疗期间戒烟戒酒,尽量少吃辛辣,多活动避免久坐,热水坐浴,性生活规律,或定期前列腺按摩等,并注意加强个人性生活卫生,勤清洗避免细菌再次感染。

3 观察项目与统计学方法

3.1 症状观察 分别于治疗前、治疗后4、8、12周,按照NIH-CPSI评分。疗效评估依据疗程结束后NIH-CPSI评分下降程度判断。

3.2 实验室检查 治疗前后作前列腺液白细胞计数及细菌、其它病原微生物的培养与检测。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS12.0统计学软件进行处理,采用自身对照配对 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治愈:NIH-CPSI评分降低90%以上,前列腺液白细胞计数 <10 个/HP,细菌培养及其它致病微生物转为阴性;显效:症状明显减轻,NIH-CPSI评分降低50%~89%,前列腺液白细胞计数 <15 个/HP或较前减少50%~89%,细菌培养及其它致病微生物转为阴性或阳性;有效:症状减轻,NIH-CPSI评分降低25%~49%,前列腺液白细胞计数减少在25%~49%,细菌培养及其它致病微生物转为阳性或阴性;无效:临床症状无改善,NIH-CPSI评分减少25%以下,前列腺液白细胞计数减少在25%以下,细菌培养及其它致病微生物仍为阳性。

4.2 临床疗效 治疗12周疗效观察,治愈60例,显效9例,有效18例,无效19例,治愈率为56.6%,总有效率为82.1%。

4.3 治疗前后NIH-CPSI评分比较 见表1。治疗后1、2、3月比较,患者疼痛症状、排尿症状、生活质量、NIH-CPSI总分等各项评分均呈下降趋势,与治疗前比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 治疗前后NIH-CPSI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

时 间	疼痛症状评分	排尿症状评分	生活质量评分	NIH-CPSI总分
治疗前	12.61 \pm 1.61	6.91 \pm 1.21	7.12 \pm 0.63	27.17 \pm 3.21
治疗后1月	7.48 \pm 1.98	3.98 \pm 1.15	3.57 \pm 0.96	14.62 \pm 3.97
治疗后2月	5.58 \pm 1.81	3.11 \pm 0.91	2.58 \pm 1.21	11.18 \pm 3.12
治疗后3月	4.92 \pm 1.21	2.29 \pm 0.48	1.89 \pm 0.79	8.97 \pm 2.43

与治疗前比较,① $P < 0.05$

5 讨论

目前对CP病因及发病机制还没有完全了解,至今尚缺乏统一的治疗方案,既往西药常用治疗方案是广谱抗生素4~6周,再辅以解热镇痛药、 α -受体阻滞剂和定期前列腺按摩,但疗效也不尽人意^[2]。近年来也有西药配合各种物理治疗方法综合治疗CP,或运用中医药治疗,但治疗效果不一。故此,笔者对于部分患CP并乐意接受中药治疗的患者,运用辨证分型中药配合西药等治疗,取得了较好的疗效。

慢性前列腺炎属于中医学淋浊、白浊、精浊等范畴。《岳岳全书》对本病的病因病机及症候表现阐述甚为详细,认为“有灼在精者,必有相火妄动,淫欲逆精,以致精离其位,不能闭藏,则源流相继,淫溢而下,移热膀胱,则溺孔涩痛,精浊并至,此皆白浊

之因于热证也。及其久也，则有脾气下陷，土不制湿，而水道不清者，有相火已杀，心肾不交，精关不固，而遗浊不止者，此皆白浊之无热证也。有热者当辨心肾清之，无热者当求脾肾而固之”。《张氏医通》又认为：“又浊者清为湿，痛者，湿兼热也”。由于历史的局限性，中医学古籍文献并没有前列腺炎有血瘀一说。现代医学研究证明：前列腺腺管走行弯曲、路径较长且开口径较小，前列腺外周区腺管可以呈直角或甚至斜行进入后尿道使得排泌前列腺液比较困难，炎性物质滞留，排泄不畅^[1]。笔者认为，腺管不畅、湿阻血瘀是现代中医对 CP 的新认识，且这一基本病机可以贯穿该疾病的始终。故对 CP 总的病因病机可概括为湿、热、瘀、虚，早期以湿热为主，中后期以瘀虚为主，而且血瘀贯穿该病始终。因而笔者从湿热下注、湿阻血瘀、阴虚火旺、脾肾两虚等 4 型(各型之间或有交错)入手，分别采用相应方药治之。上述各型皆可酌情加穿山甲、王不留行、路路通等活血化瘀通络之品，以活血消瘀，改善前列腺微循环，疏通腺管，而达到排泄病理产物，彻底治疗 CP 的目的。

临床研究认为，现代医学采用药物综合疗法治疗 CP，能获得较好的疗效^[2]。其中对于抗生素的运用以选择药代动力学和疗效较好的头孢类和喹诺酮类为主，对 II 型 CP，选择此类抗菌药物足量连续应用至少 4 周左右，并建议应用 8~12 周；IIIA 型也被认为是一种除细菌之外的微生物(如支原体、衣原体等)感染，也建议给予 4~6 周的抗菌药物，若有效，再继续用药 6 周左右。因左氧氟沙星具有较好的脂溶性，能有效穿透前列腺包膜且半衰期较长，在前列腺内达到较高的药物浓度，从而能在前列腺腺管内及其周围组织发挥药理作用，消除前列腺充血水肿，抑制前列腺炎症反应，使前列腺液中的白细胞减少及卵磷脂小

体增加，逐渐恢复前列腺正常功能^[3]。阿奇霉素属大环内脂类抗生素，其作用机理是通过与敏感微生物的 50s 核糖体的亚单位结合，从而抑制蛋白质合成，对支原体、衣原体具有良好的抗微生物作用，故尤其适用于 IIIA 型 CP 可能伴有支原体、衣原体感染的病例。对于 CP 引起的尿频、尿急、排尿不尽、小腹或会阴胀痛等症状，使用哈乐能有效改善下尿路症状和疼痛。治疗中通过定期按摩前列腺，可使前列腺液及阻塞物更容易从前列腺管腔内排出，对减轻前列腺炎的症状较为显著^[4]。同时配合其它综合治疗，及时改善 CP 其它多样性症状，亦符合中医学标本兼治之意，对消除 CP，恢复前列腺的正常功能取得了良好的效果。

总之，笔者运用中西医结合治疗 CP，治疗后 1、2、3 月 NIH-CPS 积分较治疗前明显减少(均 $P < 0.05$)，临床总有效率达 82.1%，说明该疗法效果确切，值得临床进一步研究与推广。

[参考文献]

- [1] 郭应禄, 李宏军. 前列腺炎[M]. 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2007: 61-64, 132-135, 308.
- [2] 张勇, 孙凤岭, 臧桐. 药物联合局部热疗治疗慢性前列腺疼痛症状的疗效(附 76 例报告)[J]. 中华男科学杂志, 2008, 14(5): 451-543.
- [3] 王平, 王侠, 刘屹立, 等. 慢性前列腺炎诊治及疗效评价[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001, 22(9): 528-530.
- [4] 陶然, 周立群, 王刚, 等. 药物联合治疗慢性前列腺炎临床疗效观察(附 153 例报告)[J]. 中华泌尿外科杂志, 2003, 24(10): 699-701.
- [5] Anderson RU. Management of Chronic prostatitis-Chronic pelvic pain syndrome[J]. Urol Clin North Am, 2008, 22(7): 43-45.

(责任编辑: 冯天保)

欢迎邮购 2012 年《新中医》合订本
每套 3 册, 共 230 元