

# 三联疗法治疗慢性前列腺炎临床观察

尚永强<sup>1</sup>, 陈栋<sup>2</sup>, 陈泽铭<sup>2</sup>, 胡雷<sup>2</sup>, 何肖<sup>2</sup>

- 1. 静宁县城关社区卫生服务中心, 甘肃 静宁 743400
- 2. 暨南大学附属第一医院, 广东 广州 510630

**[摘要]** 目的: 观察三联疗法治疗慢性前列腺炎的临床疗效。方法: 将慢性前列腺炎患者 150 例随机分为 2 组, 对照组 72 例采用前列康治疗, 治疗组 78 例采用中药内服、灌肠联合针灸治疗。结果: 总有效率治疗组为 92.31%, 对照组为 75.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。经 Ridit 分析, 2 组患者 ESP 中白细胞、脓细胞、卵磷脂小体等指标改善情况比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组疗效优于对照组。治疗后 2 组 NIH-CPSI 各项评分均较治疗前明显降低 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组上述各项评分降低较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 中药内服、灌肠联合针灸三联疗法治疗慢性前列腺炎疗效显著。

**[关键词]** 慢性前列腺炎; 三联疗法; 中药内服; 灌肠; 针灸疗法

**[中图分类号]** R697.33 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0114-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.048

慢性前列腺炎(chronic prostatitis, CP)是男性生殖系统常见的一种疾病。属中医学淋病(劳淋)、精浊范畴。本病临床以青壮年男性发病为多, 多与过量饮酒、过食刺激性食物、久坐、便秘等因素相关, 并且发病率有逐年上升和复发率较高的趋势<sup>[1]</sup>。现代医学治疗本病主要以抗生素为主, 但疗效不一。近年来, 笔者采用三联疗法治疗慢性前列腺炎 78 例, 效果满意, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 入选病例均来自 2012 年 8 月—2015 年 2 月间静宁县城关社区卫生服务中心及暨南大学附属第一医院门诊专病专科患者共 150 例。其中已婚 108 例, 未婚 42 例; 患者病程较长, 均在 3 月以上, 并且多有反复发作病史。全部患者均有不同程度的前列腺肿大、会阴胀痛、尿频尿急尿痛、性功能低下、腰膝酸软、睾丸隐痛及尿道口滴白等症状。全部患者直肠指诊前列腺触痛明显。前列腺液镜检: 卵磷脂小体减少  $\leq 25$  个/HP, 白细胞  $\geq 10$  个/HP。采用随机数字表法分为 2 组。治疗组 78 例, 平均年龄( $29.56 \pm 6.31$ )岁; 平均病程( $6.82 \pm 3.93$ )年。对照组 72 例, 平均年龄( $28.52 \pm 5.86$ )岁; 平均病程( $6.07 \pm 3.76$ )年。2 组患者年龄、病程比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 依据美国国立卫生研究院的 CPPS- NIH 评分, 符合慢性非细菌性前列腺炎的诊断标准<sup>[2]</sup>。①症状: 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、外生殖器区、下腹部、耻骨上区、腰骶及肛门周围坠胀、疼痛。②前列腺触诊: 质地: 腺体饱满, 或软硬不均, 或有炎性结节, 或质地较韧; 压痛: 可有局限性压痛; 大小: 可增大、正常或缩小。③前列腺液(EPS)镜检: 卵磷脂小体减少或消失, WBC  $\geq 10$  个/HP, 下尿路 2 杯法细菌培养阴性。必具①、②、③项即可确诊。

**1.3 纳入标准** ①符合本病诊断标准; ②症状反复发作, 持续 1 年以上。

**1.4 排除标准** ①良性前列腺增生症、前列腺癌; ②以局部疼痛为主要表现的患者, 应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变; ③合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病; ④治疗依从性差的患者。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 中药内服、灌肠联合针灸治疗。

**2.1.1 中药内服、灌肠** 基本方: 牛膝、当归、车前子、虎杖、萆薢各 15 g, 浙贝母 8 g, 薏苡仁、败酱草、红藤各 20 g, 炮附子 3 g, 瞿麦、皂角刺、栀子各 10 g。加减: 血精者加仙鹤草 20 g; 滑精者加龙骨、牡蛎各 25 g; 早泄者加金樱子 10 g; 遗精者加菟丝子 15 g; 气虚者加黄芪 25 g; 阳虚者加淫羊藿 15 g; 失眠、多梦者加茯神 15 g; 腰部酸痛者加杜仲 20 g; 前列腺液镜检白细胞增高者加白花蛇舌草 25 g; 阴虚者加生地、龟板各 15 g。每天 1 次, 上方加水煎煮

[收稿日期] 2016-04-19

[基金项目] 全国百项中医临床适宜技术成果推广项目 (国中医药通 [2009] 1 号); 建设广东省中医药强省项目 (2008316)

[作者简介] 尚永强 (1975-), 男, 主治医师, 研究方向: 泌尿男科。

[通讯作者] 陈栋, E-mail: drchendong@aliyun.com。

30 min, 取汁 150 mL, 二煎再取汁 150 mL, 将 2 次药汁混合, 分 2 次服。然后重新取上方 1 剂, 水煎复渣, 共取汁 300 mL 药液; 嘱病人便后取左侧卧位, 垫高臀部, 肛管插入 5 cm 左右, 每次予 150 mL 药液保留灌肠 30 min 以上, 每天 2 次。7 天为 1 疗程, 连续用 1~3 疗程。

2.1.2 针灸治疗 取穴: 主穴: 中极、太冲、会阴、太溪。配穴: ①大椎、尺泽、合谷; ②次髎、天枢、足三里; ③秩边、三阴交; ④肾俞、关元; ⑤膀胱俞、阴陵泉、行间。操作: 每次轮取主穴 2~3 穴, 配穴 1 组。中极、关元深刺, 使针感向会阴部放射; 次髎直刺第 2 骶后孔中, 深进针, 使会阴及小腹部有针感; 得气后均采用平补平泻手法, 留针 20 min。关元、太溪针后, 各加灸黄豆大艾炷 3 壮, 为无疤痕着肤灸法。会阴穴采取点穴。按摩和艾条悬灸交替进行, 每次约 25 min。针灸每天 1 次, 7 次为 1 疗程, 1 疗程后休息 1 周, 再继续下一疗程, 共治疗 2 疗程。

2.2 对照组 前列康片(包头中药有限公司)口服, 每次 4 片, 每天 3 次。7 天为 1 疗程。连续用 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①症状积分: 采用 NIH 慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)评分标准<sup>[3]</sup>。包括疼痛、排尿症状评分和生活质量评分; ②检测 EPS 中白细胞、红细胞、上皮细胞以及卵磷脂小体含量。

3.2 统计学方法 应用 SPSS13.0 软件包进行分析。其中等级计数资料、计数资料、计量资料分别采用 Ridit 分析、 $\chi^2$  检

验、*t* 检验进行统计学分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 应用 NIH-CPSI 评分标准进行评分, 并参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[4]</sup>拟定。临床治愈: 临床症状消失, CPSI 评分减少 $\geq 90\%$ , EPS 连续 3 次检查均正常。直肠指诊前列腺压痛消失, 质地正常或接近正常, 中间沟存在; 显效: CPSI 评分减少在 60%~90% 间, 或分值减少 $> 15$  分, 症状基本消失 EPS 检查连续 3 次 WBC 较治疗前减少 50% 或 $< 15$  个/HP(高倍视野), 指诊压痛及质地均有改善; 有效: CPSI 评分减少在 30%~60% 间, 或分值减少在 5~15 分间, 症状体征减轻, EPS 较治疗前改善; 无效: CPSI 评分减少 $< 30\%$ , 或分值减少 $> 5$  分, 未达到有效标准或反复者。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 92.31%, 对照组为 75.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	78	25(32.05)	27(34.62)	20(25.64)	6(7.69)	72(92.31) <sup>①</sup>
对照组	72	20(27.78)	22(30.56)	12(16.67)	18(25.00)	64(75.00)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗后 ESP 3 项指标情况比较 见表 2。经 Ridit 分析, 2 组患者 ESP 3 项指标改善情况比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 治疗组疗效优于对照组。

表 2 2 组治疗后 EPS 3 项指标的改善情况比较

治疗后例数 / 治疗前例数

组别	n	白细胞(个/HP)			脓细胞(个/HP)			卵磷脂小体(个/HP)			
		10~14	15~24	$\geq 25$	10~19	20~29	$\geq 30$	10~14	15~24	25~34	$\geq 35$
治疗组	78	5/53	11/18	62/7	36/42	27/26	15/11	8/3	24/11	26/35	20/29
对照组	72	4/36	5/21	63/15	31/35	22/19	19/18	7/4	21/25	27/20	17/23

4.4 2 组治疗前后 NIH-CPSI 评分比较 见表 3。治疗后 2 组 NIH-CPSI 各项评分均较治疗前降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组上述各项评分降低较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

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

组别	n	时间	疼痛或不适	排尿症状	生活质量影响	总积分
治疗组	78	治疗前	12.3 $\pm$ 3.9	4.5 $\pm$ 3.6	7.7 $\pm$ 3.8	25.7 $\pm$ 10.2
		治疗后	4.8 $\pm$ 3.5 <sup>②</sup>	3.5 $\pm$ 1.9 <sup>②</sup>	3.8 $\pm$ 2.6 <sup>②</sup>	10.3 $\pm$ 4.6 <sup>②</sup>
对照组	72	治疗前	13.8 $\pm$ 3.5	4.5 $\pm$ 3.4	7.9 $\pm$ 4.4	25.5 $\pm$ 10.4
		治疗后	7.3 $\pm$ 4.1 <sup>①</sup>	3.8 $\pm$ 2.5 <sup>①</sup>	4.7 $\pm$ 3.6 <sup>①</sup>	15.2 $\pm$ 10.1 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

由于多数慢性前列腺炎的致病菌不明显, 而前列腺腺体又有包膜影响药物的局部吸收。中医学认为, 本病多由外伤湿

热、劳伤精气、气滞血瘀等因素所致。而治疗上, 单纯口服药物或其它单一疗法效果往往不理想。故综合多种疗法之长, 更有利于改善血液循环, 药达局部器官, 驱除瘀阻, 散瘀通络<sup>[5]</sup>, 是临床治疗此病的根本所在。

中医学认为, 瘀血湿热可致前列腺腺管阻滞不通, 故治疗可采用清热利湿、活血通络, 兼以补虚, 以改善微循环, 缓解小血管痉挛, 增加血流量, 促进炎性渗出物的排泄、吸收。笔者选用三联疗法治疗, 中药治疗方选用当归、牛膝、虎杖活血化瘀; 败酱草、红藤、瞿麦、栀子、通草清热解毒, 利水通淋; 萆薢温肾利湿, 分清化浊; 炮附子温经通阳以治腰膝冷痛; 薏苡仁健脾补肺, 清热利湿; 浙贝母、皂刺有清热化痰, 散结消痈。诸药合用, 共奏清热通淋、活血化瘀、散结消痈之功, 使痰、瘀之结消散, 毒素排泄外出。针灸治疗的机理主要是通过任脉与肝经直接引经(药)入前列腺器官, 通过足太阳经脉调补肾气和助阳之气以扶正祛邪。再加上局部药物灌肠, 药

力直达病所。综上所述,既有内服外用,又有针药配合,“三管齐下”,故而取得显著疗效。

### [参考文献]

- [1] 陈栋,周伟雄. 临床男科学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2002:244-264.
- [2] Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel Jc. NIH consensus definition and classification of prostatitis [J]. JAMA, 1999, 282(3): 236-237.

- [3] Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ, et al. The National Institutes of Health Chronic prostatitis symptom index: development, and validation of a new outcome measure[J]. Jurology, 1999, 162: 369-375.
- [4] 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,2002:168-173.
- [5] 张亚强. 活血化瘀法是治疗慢性前列腺炎的有效治则和方法[J]. 中国中西医结合杂志,2002,22(3):217-218.

(责任编辑:冯天保)

## 中西医结合治疗阑尾炎性包块疗效观察

孟繁举,魏春龙,丁丽霞

张掖市甘州区人民医院,甘肃 张掖 734000

[摘要] 目的:观察中西医结合治疗阑尾炎性包块的临床疗效。方法:将124例患者随机分为对照组和观察组各62例,对照组仅给予西医常规治疗,观察组在对照组治疗的基础上加用消肿止痛、清热解毒中药治疗;均治疗7天为1疗程,共治疗2疗程,观察比较2组患者病理生理参数、临床疗效及不良反应发生率。结果:总有效率观察组为95.2%,对照组为75.8%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者首次肛门排气时间、首次排便时间、规律肠鸣音出现时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。不良反应发生率观察组为14.5%,对照组为9.7%,2组比较,差异无统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:中西医结合治疗阑尾炎性包块疗效显著,且安全性较好,值得临床推广应用。

[关键词] 阑尾炎性包块;中西医结合疗法;消肿止痛;清热解毒

[中图分类号] R656.8 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 08-0116-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.049

阑尾炎性包块是阑尾炎患者常见的并发症之一。据统计,其在阑尾炎患者中的发病率高达6.0%<sup>[1]</sup>。因其主要表现为腹部疼痛,给患者身心健康造成危害。因此,如何治疗成为临床工作者亟待解决的重要问题。目前,临床对其主要采用保守治疗措施,但是单纯的西药治疗效果并不理想。近年来,笔者应用中西医结合疗法治疗阑尾炎性包块患者,收到较好疗效,结果报道如下。

### 1 临床资料

选择2014年1月—2015年12月来本院治疗的阑尾炎性包块患者共124例,均为急性阑尾炎患者经B超、CT检查确诊存在阑尾炎性包块,中医辨证为湿热瘀滞型,患者或其家属知情同意。排除既往严重胃肠道疾病史、合并心脏病、肝脏、

肾脏等重大器官严重疾病患者。所有患者按随机数字表法分为2组各62例。观察组男33例,女29例;年龄21~73岁,平均(39.7±4.89)岁;包块直径2~8cm,平均(5.42±0.63)cm。对照组男35例,女27例;年龄19~72岁,平均(38.9±5.08)岁;包块直径2~9cm,平均(5.39±0.74)cm。2组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 2 治疗方法

2.1 对照组 静脉滴注奥硝唑氯化钠注射液(西安天一秦昆制药有限公司),每次0.5g,每天1次;静脉滴注注射用头孢曲松钠(上海罗氏制药有限公司),每次1.0g,每天1次。治疗7天为1疗程,连续治疗2疗程。

[收稿日期] 2016-04-14

[作者简介] 孟繁举(1968-),男,副主任医师,研究方向:普外科、肛肠科。