

癃闭舒胶囊联合乳酸司帕沙星片治疗慢性非细菌性前列腺炎疗效观察*

汤文鑫, 易东生, 区烈良, 陈 军, 李 栋

(深圳市福田区妇幼保健院, 广东 深圳 518026)

【摘要】 目的 探讨癃闭舒胶囊联合乳酸司帕沙星片治疗慢性非细菌性前列腺炎(CAP)的疗效。方法 将 92 例慢性非细菌性前列腺炎(CAP)患者随机分成两组, 对照组 46 例口服乳酸司帕沙星片 0.1g, 每日 2 次, 共 4 周; 治疗组 46 例在对照组治疗基础上加用癃闭舒胶囊 0.9g 口服, 每日 2 次, 连续 4 周。结果 治疗组总有效率为 80.43%, 对照组为 52.18%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.205$)。结论 应用癃闭舒胶囊联合乳酸司帕沙星片治疗慢性非细菌性前列腺炎(CAP)安全、有效, 患者的依从性较好。

【关键词】 癃闭舒; 慢性前列腺炎; 疗效

【中图分类号】 R 697⁺33 **【文献标识码】** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-3511.2012.12.011

Clinical Observation of Longbishu Capsule with Sparfloxacin in Lactatetablets for Treatment of Chronic Abacterial Prostatitis

TANG Wen-xin, YI Dong-sheng, OU Lie-liang, et al

(Diagnostic and Therapeutic Center of Urogenital Diseases, Maternity and Children's Health Care Hospital of Futian, Shenzhen 518026, Guangdong, China)

【Abstract】 Objective To investigate the effect of Longbishu Capsule with Sparfloxacin in Lactatetablets in the treatment of chronic abacterial prostatitis(CAP). **Methods** 92 patients with CAP were randomly divided into two groups, 42 cases in the control group were given sparfloxacin in lactatetablets 0.1g, twice daily for 4 weeks. On the base of the control group's treatment, 46 cases in the treatment group were added Longbishu 0.9g, twice daily for 4 weeks. **Results** The total effective rate was 80.43% in the treatment group control group and 50.18% in the control group. The total effective rate and the total cure rate were statistically significant between the two groups($P < 0.05$). **Conclusion** Long bishu Capsule with Sparfloxacin in Lactatetablets issafeand effective with better patient compliance for treating CAP.

【Key words】 Longbishu; Chronicprostatitis; Curativeeffect

慢性前列腺炎(CP)是青壮年男性最常见的泌尿生殖系统疾病,男性一生中曾经出现过前列腺炎症状者约占 50%,而慢性非细菌性前列腺炎(CAP)占前列腺炎的绝大多数,由于其病因和发病机制都很复杂,有些假设引起不少争议,还不能下结论。临床上探索治疗慢性非细菌性前列腺炎的方法较多,但治疗效果不佳。其中中药疗效是肯定的,但其在药理、新剂型运用等诸方面有待进一步研究,探索中医药的治疗机制,对指导防治有一定的实用价值。我中心自 2009 年 7 月~2011 年 6 月使用癃闭舒胶囊联合乳酸司帕沙星片治疗慢性非细菌性前列腺炎患者 46 例,临床疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 92 例患者年龄 17~45 岁,平均(32.5±3.5)岁,病程 2 个月~3 年,平均(1.5±0.8)年。有程度不一的排尿刺激症状,包括尿频、尿急、尿痛,排尿烧灼感,有排尿困难、尿不尽等,会阴部不同程度疼痛。所有病例前列腺按摩液(EPS)细菌培养(Merest-steamy 四杯法)均为阴性,符合 NIH-CPPS 的诊断标准^[1],即慢性前列腺炎患者症状评分(CPSI)≥4 分或前列腺液常规检查中的白细胞≥10 个/HP 的诊断标准,且前列腺液培养均为无菌生长。所有病例均无喹诺酮药物过敏史,排除肝、肾功能不全。将 92 例随机分为治疗组和对照组各 46 例,两组患者年龄、病程、前列腺炎症状积分等指标,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用癃闭舒胶囊(石家庄科迪药业有限公司,国药准字 Z10960007)每次 3 粒,每

基金项目:广东省重点攻关项目(编号:2KM09601S)

天 2 次;乳酸司帕沙星片 0.1g, 每天 2 次, 连续 4 周。对照组乳酸司帕沙星片 0.1g, 每天 2 次, 连续 4 周。两组分别用 NIH-CPPS 症状评分表进行症状评估。所有患者在治疗过程中规律作息时间, 合理膳食, 禁止饮酒等, 性生活不限定。

1.3 疗效判断 痊愈: 症状程度评分较前减少 90% 以上, 临床症状完全消失, 前列腺液镜检白细胞小于 10 个/HP; 显效: 症状程度评分较前减少 60%~90%, 临床症状基本消失, 前列腺液镜检白细胞数减少 50% 以上; 有效: 症状程度评分较前减少 30%~60%, 临床症状大部分消失或明显好转, 前列腺液镜检白细胞数

减少 50% 以下; 无效: 症状程度评分较前减少不足 30%, 仍有慢性非细菌性前列腺炎症, 前列腺液镜检白细胞数无变化或增加。

1.4 统计学处理 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量配对资料均数比较采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, 所有统计分析在 SPSS 13.0 统计软件包上完成。

2 结果

本组 92 例患者均顺利完成治疗疗程, 随访 4~6 个月, 平均 4.4 个月。两组患者治疗效果比较见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 NIH-CPSI 评分和治疗效果比较

Table 1 Comparison of two groups of patients before and after the NIH CPSI score and treatment effect

组别	n	NIH-CPSI 评分(分)		临床疗效[n(×10 ⁻²)]				
		治疗前	治疗后	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	46	20.4±1.2	8.1±0.7 ^①	11(23.91)	12(26.09)	14(30.43)	9(19.57)	37(80.43) ^②
对照组	46	16.4±1.2	9.8±0.7	7(15.22)	6(13.05)	11(23.91)	22(47.82)	24(52.18)

注: 与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组比较, ② $P < 0.05$

3 讨论

慢性前列腺炎(CP)是 50 岁以下男性最常见的泌尿生殖系统疾病之一, 也是影响成年男性生活质量的常见病, 发病率高达 10%~50%^[2]。临床上对急性细菌性前列腺炎和慢性细菌性前列腺炎的认识及诊断治疗有较为明确的指导。但对于发病率占绝大多数的慢性非细菌性前列腺炎(CAP), 其病因和发病机制很复杂, 有许多假设至今仍有较大争论。有学者提出交感神经理论, 认为膀胱内括约肌和前列腺前括约肌含有很多 α 肾上腺素能神经末梢, 而且在前列腺被膜、肌肉、腺泡平滑肌、腺管周围的肌肉以及精囊、输尿管、射精管, α -肾上腺素能神经纤维也很丰富; 尿道外括约肌的非随意肌也含上述纤维。由于多种因素刺激导致患者血循环糖皮质激素浓度增高, 患者全身和局部的儿茶酚胺水平也随之升高, 肾上腺素能神经纤维活动增强, 导致尿道内括约肌痉挛和(或)盆底横纹肌痉挛; 以上两种情况单独或共同导致前列腺部尿道压力升高和前列腺内尿液反流, 并使尿液中化学物质如尿酸等进入前列腺, 结果是前列腺腺管扩张, 其腺管腔内炎性渗出并形成大量微结石, 最终引起前列腺炎。有学者提出免疫机制和 CAP 之间有密切关系, 患者的前列腺组织、按摩液和血清中都存在免疫球蛋白, 这表示前列腺组织对异物的免疫应答。有学者认为可能与支原体或衣原体或某些潜在的难以诊断的病原体感染有关。因此, 现在临床上应用中药、抗生素、 α -受体阻滞剂、理疗等各种治疗方法广泛使用, 特

别是抗生素的应用为目前所共识。乳酸司帕沙星片对革兰阴性菌抗菌活性与环丙沙星相似, 对葡萄球菌、人型支原体、沙眼衣原体等微生物的抗菌活性比常见的喹诺酮强, 作用机制是抑制细菌 DNA 回旋酶, 阻碍 DNA 复制, 进一步造成染色体的不可逆损害, 而使细菌细胞不再分裂, 从而杀灭细菌。体内分布广泛, 组织中药物浓度高于血浆药物浓度, 主要分布于前列腺、卵巢、皮肤等组织^[3]。但 CAP 病因复杂, 单一疗法往往难以达到令人满意的效果, 有学者认为, 在目前 CAP 的发病机制尚未完全搞清楚的情况下, 采用包含抗生素在内的联合治疗, 对进一步改善患者的症状具有重要意义^[4]。

中医认为, 慢性前列腺炎是湿热瘀阻所致, 湿热蕴结下焦引起尿频、尿急、下腹和会阴部胀痛等症状。癃闭舒胶囊是具有安全、高效、稳定、均一特点的复合纯天然植物制剂, 属国家基本药物目录药品。具有益肾活血、清热通淋、活血化瘀、散结止痛作用。用于肾气不足、湿热瘀阻所致的癃闭, 症见腰膝酸软、尿频、尿急、尿赤、尿痛、尿线细, 小腹拘急痛等症^[5~8]。方中君药补骨脂研究认为是通过调节神经和血液系统, 促进骨髓造血、增强免疫和内分泌功能。补骨脂有升高白细胞作用, 对多种微生物有抑制和杀灭作用; 对平滑肌有舒张作用, 提示对尿道平滑肌痉挛所引起的尿频、尿急及下腹和会阴部胀痛有一定的缓解作用。方中琥珀有镇静、利尿通淋散瘀作用, 对于夜尿频数、神

(下转第 2284 页)

3 讨论

近年来,国内外相继开展了腹腔镜膀胱全切除术,本研究通过对比分析膀胱全切除+回肠原位新膀胱两种不同术式的 92 例患者的各组参数,发现两种手术方法疗效相当,腹腔镜下膀胱全切并原位新膀胱术相比开放手术虽然平均手术时间延长,但是术中出血量、术后肠蠕动恢复时间、恢复正常饮食的时间、术后住院天数均显著减少,体现了腹腔镜下膀胱全切+原位新膀胱术与开放膀胱全切+原位新膀胱术两种不同手术方式的优劣势^[3]。

与传统手术相比,由于腔镜镜头的放大作用,膀胱全切时术中解剖结构更加清晰,手术视野宽阔,盆腔各脏器及组织结构的解剖清楚,手术操作更加精细,术中保留神经方面更能体现优势,尤其是在游离精囊与前列腺后外侧神经血管束更具有明显优势^[4],同时,在熟练训练的基础上,镜下膀胱尿道吻合更加清晰确切。腹腔镜手术由于切口比开放性手术小,避免了肠管长时间暴露,术后肠道功能恢复较快,并且降低了术后肠粘连的发生率,减少了术后并发感染的风险。克服了传统开放性手术中的解剖视野的不清楚,术中出血较多及易发生周围组织器官损伤的并发症,术后肠道功能恢复较慢的缺点^[5]。腹腔镜膀胱全切除+原位新膀胱术手术时间相对较长,主要与医疗

器械以及腹腔镜操作技术熟练程度相关,随着操作者熟练程度增加,设备器械的更新,手术时间必将缩短。手术步骤虽然较复杂且技术难度较高,但已呈现出替代开放性手术的趋势。因此,腹腔镜膀胱全切除+原位回肠新膀胱术较传统开放性手术具有更高的临床应用价值。

4 结论

腹腔镜膀胱全切除-原位回肠新膀胱术具有创伤小、出血少、盆腔淋巴结清扫彻底、术后恢复快等优点,是治疗浸润性膀胱癌的安全、有效的方法,值得临床推广应用。

【参考文献】

[1] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:30-31.
 [2] 张旭. 泌尿外科腹腔镜手术学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:139-148.
 [3] Porpiglia F, Renard J, Billia M, et al. Open versus laparoscopy-assisted radical cystectomy: results of a prospective study[J]. J Endourol, 2007, 21(3): 325-329.
 [4] Yang S, Huang YH, Ou Yang CM, et al. Clinical experience of laparoscopic-assisted radical cystectomy with continent ileal reservoir. UrolInt, 2005, 74(3): 240-245.
 [5] 王东, 邱明星, 刘竞. 后腹腔镜技术应用于泌尿外科疾病的初步临床分析[J]. 医院临床杂志, 2010, 7(3): 59-61.

(收稿日期: 2012-09-18; 编辑: 母存培)

(上接第 2281 页)

情烦躁也有一定的良性作用^[9~11]。

4 结论

应用癃闭舒胶囊联合乳酸司帕沙星片治疗 CAP 能明显改善症状,减轻患者痛苦,有效率高,临床效果明显;同时可减少抗生素使用的种类和数量,医疗费用大大降低,患者乐于接受;所有患者安全平稳用完疗程,无明显不良反应,值得临床推广应用。

【参考文献】

[1] Chronic Prostatitis work shop. National Institutes of Health[J]. Bethesda Maryland, Decemher, 1995: 7-8.
 [2] 曾令冬. 美洛昔康在慢性前列腺炎治疗中的应用[J]. 中国现代医生, 2010, 48(2): 54-55.
 [3] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 100-101.
 [4] 苏鸿学, 金滨, 刘明. 抗生素在非细菌性前列腺炎治疗中的疗效观察[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(7): 538-539.
 [5] 李燕, 赵燕宜, 于海平, 等. 中华人民共和国药典[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2010: 1226-1227.
 [6] Kolumbic LA, Skerk V, Malekovic G, et al. Aswitch the rapypro-

TOCOL with intravenous azithromycin and ciprofloxacin combination for severe, relapsing chronic bacterial prostatitis: a prospective non-comparative pilot study[J]. J Chemother, 2011, 23(6): 350-353.
 [7] Zheng X, Ji P, Mao H, et al. A novel and simple approach to distinguishing uisshchronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome IIIb from II-Ia using virtual tissue quantification[J]. Bosn J Basic Med Sci, 2011, 11(4): 205-208.
 [8] Repin EV, Dolgikh VT, Dolgikh TN, et al. Effects of immunocorrective therapy on immunological indices in patients with chronic bacterial prostatitis[J]. Urologiia, 2011(6): 50-54.
 [9] KulChavenia EV, Azizov AP, Brizhatiuk EV, et al. A comparative study of efficacy of 2-, 3- and 4-glass tests in patients with chronic prostatitis[J]. Urologiia, 2011(6): 42-45.
 [10] Zhiborev BN, Zhiborev AB, Rakcheev B. Clinicopathophysiological aspects of utilization of local physiotherapy with clemastin combined treatment of patients with chronic prostatitis and symptomatic prostatic adenoma[J]. Urologiia, 2011(6): 36, 38-42.
 [11] Tkachuk VN, Al-Shukri S, Tkacuk IN, et al. Correction of erectile dysfunction in patients with chronic bacterial prostatitis[J]. Urologiia, 2011(6): 29-31.

(收稿日期: 2012-06-11; 编辑: 陈舟贵)